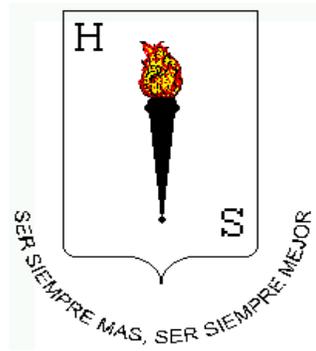


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA  
SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CLAVE: 8722**



**TESIS**

**“INDICADOR DE CALIDAD EN ENFERMERÍA: TRATO DIGNO”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**ALUMNA:**

**HERNÁNDEZ BARRIENTOS JAZMIN LIZETH.**

**ASESORA DE TESIS:**

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LUZ BALDERAS PEDRERO.**

**MORELIA, MICHOACÁN**

**2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIAS

Para mis incansables, fuertes, talentosos y amorosos padres Ma. Soledad Barrientos López y Arturo Hernández Vaca, que nunca me abandonan en el camino, a los que me regañaron y exigieron desde pequeña para que yo fuera la persona que soy en estos momentos, gracias por guiarme y apoyarme más allá de las posibilidades existentes.

A la vida por sus duras lecciones y hermosos parabienes.

A mis hermanos que tanto amo:

Arturo por apoyarme, hacerme reír y ser el pequeño gran niño de la casa y

Mi hermosa hermana Alma, Mi ángel adorado que está en el cielo.

Para mi Tía Socorro por ser mi segunda madre,

A mis primos Miriam, Carlos y Emmanuel

Por darme los más gratos momentos de mi infancia,

A mis nuevos sobrinos Lionel y Yaretzi

que me contagian su curiosidad y alegría por la vida.

A mis mejores amigos, los que aún siguen y los que ya han partido.

A mi Dios por siempre ponerme en el sendero del éxito

y darme el talento para concluir los proyectos que me propongo.

Y finalmente a todos y cada uno de los seres que han formado parte de mi vida en algún momento, por ser parte de mis más gratos y memorables recuerdos.

## AGRADECIMIENTOS

El arte de vivir se aprende precisamente viviendo, por ello agradezco a todos y cada uno de los maestros que han sido pilar fundamental de mi educación superior, agradezco a las maestras:

QFB. María de Jesús Domínguez Sierra por inducirme a realizar proyectos, prototipos y acudir a concursos de las ferias de investigación DGTI durante mi preparación como Laboratorista Clínico.

Agradezco a la Lic. María Guadalupe Corona Abarca por transmitirme la pasión y las bases para realizar una buena investigación, por ser mi consejera de proyectos y una excelente mujer.

A la LEO. María Griselda Lara Gutiérrez por su entusiasmo, entrega y sabiduría al guiarme en la consolidación de ésta Tesis.

A la LEO. Ana Silvia Rodríguez Juárez Jefa de Enfermeras del Hospital De Nuestra Señora de La salud, por asesorarme en la formulación de los cuestionarios realizados.

A la Enfermera Especialista en Salud Mental Lic. Oliva Paniagua Corona, por acogerme como su hija durante mis prácticas en el hospital, por ser una magnífica y humilde persona que comparte ese conocimiento que la distingue a las nuevas generaciones dejando un extraordinario legado en el HNSS.

A la maestra LIE. Gabriela Díaz por asesorarme, apoyarme, guiarme y ayudarme a estructurar mi tesis.

Al maestro más sabio y filósofo del mundo que ha despertado mi lado más humano al tratar a mis pacientes: Licenciado Florentino Medina Arriola, por asesorarme, escucharme y ser apoyo moral cuando no se ve alguna salida.

Mil palabras no bastan, ni pequeñas hojas de papel para plasmar a todos aquellos que han sido mi ayuda incondicional para lograr la presente investigación.

# Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>Pág.</b>
<b>CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL INDICADOR DE CALIDAD</b> .....	- 10 -
1.1 Planteamiento del Problema .....	- 19 -
1.2 Justificación .....	- 22 -
1.3 Objetivo General.....	- 24 -
1.3.1 Objetivos Específicos. ....	- 24 -
1.4 Hipótesis .....	- 25 -
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</b> .....	- 27 -
2.1 Concepto de Calidad.....	- 27 -
2.1.1 La Conceptualización De La Calidad De La Asistencia Médica.....	- 32 -
2.1.2 Tendencias Más Recientes En El Abordaje De La Calidad En Salud .....	- 34 -
2.1.3 El Control De Calidad Total (Total Quality Control) .....	- 36 -
2.1.4 Evaluación De La Calidad De La Atención Médica.....	- 37 -
2.2 Indicador De Calidad: Trato Digno Al Paciente .....	- 40 -
2.3 Trato Digno Al Paciente .....	- 42 -
2.4 Servicio.....	- 45 -
2.5 Servicio de Enfermería .....	- 49 -
2.5.1 Funciones Propias de la Enfermería .....	- 50 -
2.5.2 Intervenciones de Enfermería.....	- 52 -
2.6 Código De Ética Para Las (Os) Enfermeras(Os) En México .....	- 54 -
2.6.1 Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México .....	- 70 -
2.7 Paciente.....	- 71 -
2.7.1 Obligaciones y Carta de Derechos de los Pacientes .....	- 72 -
2.8 Relación Enfermera-Paciente .....	- 76 -
2.8.1 Fundamentación Teórica .....	- 78 -
2.8.2 Descripción de Teorías .....	- 79 -
2.8.2.1 J. Watson: Teoría Del Cuidado Humano .....	- 79 -
2.8.2.2 Ernestina Wiendenbach Teoría de Enfermera-Persona-Salud-Entorno. ....	- 87 -

<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA</b> .....	- 91 -
3.1 VARIABLES.....	- 94 -
<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS</b> .....	- 97 -
4.1 APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS Y FORMULARIOS .....	- 97 -
Etapas:.....	- 97 -
1. Formulación de Herramientas.....	- 97 -
2. Aplicación de Formatos .....	- 98 -
3. Recolección, Análisis e Interpretación de Datos .....	- 98 -

**Conclusiones**

**Referencias Bibliográficas**

**Referencias Electrónicas**

**Anexos**

## “INDICADOR DE CALIDAD EN ENFERMERÍA: TRATO DIGNO”

### RESUMEN:

La calidad es un principio del cuidado de enfermería puesto que las enfermedades que acontecen en la sociedad día con día van evolucionando. El uso de la tecnología, aplicación de conocimientos y el servicio humanitario brindado por el profesional es la esencia del ser, el deber y el hacer.

El trato digno es el pilar de la ciencia en el ejercicio cotidiano, basándose en el cuidado integral del individuo teniendo como base la *Dignidad, Necesidades y Derechos* inherentes de las personas. El evaluar las funciones y el trato que imparten las enfermeras en la práctica clínica tiene un impacto positivo en la salud del enfermo atendido relacionándose con la vocación y los valores con que cuenta la enfermera.

La enfermería ha pasado de ser un simple “oficio” a una profesión con base científica, contando con lineamientos, protocolos, guías de práctica clínica, metas internacionales de salud, estándares, indicadores de calidad e inclusive un decálogo y código de ética como respaldo legal.

Los valores morales en la persona que desempeña esta ciencia trascienden las aptitudes laborales debido al potencial de mejora que se tiene en unión del paciente a partir del vínculo creado en la atención del usuario, en la que la capacidad de relacionar el conocimiento con la realidad dentro de un marco holístico, conforman el arte del cuidar con bases y funciones propias del gremio.

La relación humana entre la enfermera/o y el paciente indica labores extraordinarias, competencias profesionales, eficacia, eficiencia y sobre todo un sello de distinción humanitario que revoluciona los servicios, acreditando y gestionando la calidad en la atención a la salud.

## **ABSTRACT:**

The quality is a principle of nursing care since the diseases that occur in the day to day society are evolving. The use of technology, application of knowledge and the humanitarian service provided by the professional is the essence of the being, the duty and the doing.

The dignified treatment is the pillar of science to the daily exercise, based on the comprehensive care of the individual taking the dignity, Needs and inherent rights of all people. To evaluate the functions and the treatment provided by the nurses in clinical practice has a positive impact on the health of the sick person attended interacting with the vocation and the values with the nurse.

Nursing has gone from being a simple "ex officio" to a profession with scientific basis, with guidelines, protocols, clinical practice guidelines, international health goals, standards, quality indicators and including a Decalogue and code of ethics as legal support.

The moral values in the person who plays this science transcend work skills due to the potential for improvement that is has in union of the patient from the link created in the user's attention, in which the ability to relate the knowledge with the reality within a holistic framework, make up the art of caring with databases and functions of the guild.

The human relationship between the nurse and the patient indicates work overtime, professional skills, effectiveness, efficiency, and above all a seal of distinction that revolutionizes the humanitarian services, by crediting and managing the quality of health care.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de los servicios de enfermería ha venido revolucionando en los últimos años a la par del avance tecnológico-científico de los sistemas de salud, los procesos han sido adaptados a las necesidades de las personas con respecto a las enfermedades, por lo que se ha olvidado el tratar dignamente a la persona como un universo infinito, por ello, la relación existente entre la salud del paciente, el ambiente y el agente causal de las patologías conforman la atención integral del usuario de los servicios, por tal motivo la perspectiva del paciente es de suma importancia, ya que los servicios proporcionados por el personal de enfermería son adaptables y modificables de acuerdo a las necesidades, la tecnología e ideología con que cuenta la institución en la que desempeña.

Los conocimientos que tiene cada uno de los profesionales de enfermería dan identidad caracterizando el trato humanitario satisfaciendo la creciente demanda por recibir un servicio adecuado, eficaz, cálido y competente.

Actualmente el sistema nacional de salud, en especial la secretaría y cada una de sus instituciones califican las competencias con que cuenta el personal de éste gremio, por lo que es relevante considerar los elementos a evaluar para ser un profesional competente, eficaz y capaz, que brinda una atención de calidad y calidez.

La ideología de llevar a cabo el humanismo tiene bases teóricas comprobadas con hechos científicos escritos por investigadoras en el ramo de enfermería como Jean Watson y Ernestine Wiendenbach que fundamentan el cuidado como esencia al tratar con tacto, respeto, paciencia, amor, valores éticos y morales desde lo más humano del ser de la persona .

Instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) rige cada uno de los procesos y procedimientos en el sistema de salud mundial proponen normativas. leyes como la norma ISO 9001, priorizando a la calidad como herramienta de evolución y mejora holística de los profesionales, implicando compromiso, lealtad y servicio con preparación continua a favor de la humanidad.

El gestionar nuevas formas de trabajar, innovando y creando herramientas para la evaluación del cumplimiento de normativas dan la pauta para conocer en que es lo que se está fallando, porque y cuál es la posible solución a partir de la aplicación, recolección, análisis, resultados y evaluación de las investigaciones realizadas.

## **CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL INDICADOR DE CALIDAD**

La necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud ha llevado a numerosos autores a realizar estudios acerca de la calidad de la atención médica, por ello la profesión de enfermería no podía ser la excepción, ya que de considerarse en tiempos antiguos como un simple oficio poco a poco, a lo largo de la historia, ha ido adquiriendo relevancia en la actualidad.

En siglos pasados los cuidados prestados a los enfermos eran llevados a cabo por personal con poca preparación profesional y con escasa formación, debido a que la mayoría de los cuidadores eran voluntarios y realizaban el quehacer de forma empírica, hombres y mujeres de distintas órdenes militares y religiosas ofrecían el servicio de enfermería, siendo la más famosa la de los “Caballeros hospitalarios: De San Juan de Jerusalén”.

En Europa, y sobre todo tras la reforma, la enfermería fue considerada como una ocupación de bajo estatus, adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX con los primeros programas oficiales de formación en 1836, la cual estaba bajo el cargo de Theodor Fliedner en Alemania, en donde la madre de la enfermería moderna Florence Nightingale se formó, para posteriormente consagrarse en el peldaño que actualmente ocupa como teórica en enfermería que establece un modelo de higiene y salubridad en el entorno del enfermo.

La experiencia de Florence Nightingale en la guerra de Crimea le proporcionó las bases para organizar la enfermería en los campos de batalla, y más tarde, para establecer el programa de formación de enfermería en el Hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale, y los heroicos esfuerzos y reputación transformaron

la concepción de la enfermería en Europa, lo cual estableció las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Así como Florence Nightingale, a lo largo de la historia de enfermería, surgieron innumerables teorías y modelos de autoras reconocidas como Dorothea Orem, Virginia Henderson y Marie Gordon, consagrándose la enfermería como un campo profesional altamente especializado con alcance personal, interpersonal y a nivel comunitario, distinguiéndose también funciones específicas las cuales son las técnicas o asistenciales, Docentes, de Investigación y Administrativas, así como las acciones independientes, dependientes e interdependientes que le competen al gremio.

Al encuadrarse el ámbito profesional que abarca la enfermería, se muestra que es una carrera prometedora, que tiene una particularidad muy especial, como lo es el trato que se tiene con las personas, el cuidado práctico y seguro que se ofrece para la mejoría del paciente y el vínculo que se crea con el equipo multidisciplinario y las personas que reciben el servicio.

La enfermería también hace uso fundamental de las respuestas humanas, ya que el sujeto con el que se convive y recibe los cuidados del personal a diario en el campo clínico, no simplemente se basa en la respuesta fisiopatológica de la enfermedad, ni exclusivamente al ámbito preventivo, o social, más bien es un conjunto de un todo, de tratar al paciente sano o enfermo en sus 5 esferas: fisiológica y anatómica, psicológica y emocional, social, mental y espiritual, es el dar una atención holística al individuo que acude a los servicios prestados por el profesional de enfermería.

Por ello, al realizar el servicio con la persona que acude a recibir la atención de salud es importante recordar y remontarse a la historia del control de calidad y la evolución histórica de la calidad. La historia del control de la calidad se reporta desde el año 1992, con la creación en Estados Unidos del American College of Surgeons, que proyectaba asociar a los cirujanos de todo el país, velando por el prestigio de sus miembros mediante una progresiva exigencia a los mismos. Por las dificultades en valorar la capacidad profesional asistencial en el año 1920, se creó un Programa de estandarización, donde aparecían las características mínimas que

debían cumplir los que iban a trabajar. Como resultado del proceso de acreditación, paulatinamente se incrementaron los centros que cumplían los criterios de la sociedad antes mencionada.

En Europa los estudios sobre la calidad se reportaron más tarde. Históricamente a nivel internacional, la vigilancia de la calidad de la asistencia ha sido motivo de preocupación, como un problema social y organizativo y ha significado un estilo de trabajo permanente. En Enfermería, desde el inicio de la profesión, Florencia Nightingale enunció que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si son comparados los tratamientos con el resultado".

En México, a partir de la creación del Sistema Único de Salud los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, por lo que ha sido una tarea sistemática el control de la calidad de los servicios, lo que a su vez ha permitido los cambios introducidos en los propios servicios, actividades docentes e investigativas. En el equipo de salud el personal de Enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre calidad de atención.

Por tal motivo, es de interés revisar los aspectos relacionados con la calidad y su control, dada la vigencia actual de los conocimientos de Enfermería, para continuar dando cumplimiento a los propósitos, metas y directrices del Sistema de Salud.

### **Evolución Histórica De La Calidad.**

La calidad, como característica, peculiaridad o singularidad de los productos o servicios, a partir de los cuales es posible calificarlos como aceptables, buenos, excelentes, inaceptables, malos o pésimos, no es algo nuevo en la larga historia de la humanidad.

La batalla por asegurar que los resultados del trabajo humano respondan a las exigencias o expectativas de quienes van a consumirlos, parece haber empezado desde muy

temprano. Por supuesto, algunas medidas de rectificación de errores parecen, en los términos actuales, particularmente excesivos.

Las antiguas civilizaciones del mundo ya eran rigurosas con los problemas de calidad. Fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras, y los mayas empleaban el mismo método. Los fenicios, famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que los elaboraban mal y de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores. El código de Hammurabi (Mesopotamia 1752 a.C.) decretaba la muerte del albañil que hubiera construido una casa que se derrumbara matando a su dueño.

Otro hecho significativo, es el concepto de marca, como símbolo de distinción y “buena calidad” que, aunque parece reciente, tiene su origen en la edad media, con propósitos casi idénticos a los actuales, aunque con respecto a productos artesanales, que eran los que aparecían en los mercados de la época. Los gremios establecían normas y ejecutaban las inspecciones.

La revolución industrial trajo consigo la producción en serie, la no participación directa del propietario en la fabricación del producto, la especialización en el trabajo y el surgimiento de la competitividad como problema, lo que derivó en la necesidad de encontrar nuevas formas de organizar las empresas en función de que fueran capaces de satisfacer un mercado que crecía exponencialmente y se volvía cada vez más exigente.

Taylor (1856-1915) encontró respuestas científicamente fundamentadas para resolver estas necesidades. La organización Taylorista del proceso industrial hacía énfasis en la división del trabajo, la estandarización de los componentes y de los procesos, la separación en personas diferentes de la función de hacer el producto y la de inspeccionarlo, el estudio de los tiempos y movimientos para simplificarlos y hacerlos más eficientes y una estructura organizativa conceptualmente nueva, que pudiera asimilar el significativo crecimiento en

cantidad de subordinados, en niveles de ejecución y elementos nuevos, tales como las diferencias entre lo ejecutivo y lo funcional.

La calidad ha evolucionado en la misma medida en que han evolucionado las sociedades, personas, métodos de producción, distribución, transporte, medios de comunicación, tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección de siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad.

La globalización y la regionalización de los servicios profesionales están condicionando un nuevo modelo de profesiones, ya que desde la década de los noventa del siglo pasado, los profesionistas asumieron transformaciones en un mundo económico, social y políticamente diferente.

La disciplina de enfermería es una de las doce profesiones incluidas en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC). Ante esta perspectiva de libre intercambio de servicios: profesionales, educativos y de atención de enfermería, se ha derivado la necesidad de construir los procesos de acreditación y certificación, así como, procedimientos e infraestructura para elevar la calidad de la educación y de la práctica profesional, de tal forma que en un plazo relativamente corto, las instituciones formadoras de talento humano de enfermería y sus egresados, se encuentren en condiciones de competir con sus homólogos de otros países.

Es durante el proceso de globalización que se origina entre otros, dos movimientos: La migración de la fuerza de trabajo altamente calificada y la exigencia en la mejora de la calidad de los servicios, lo que exige la vigilancia de la actualización constante y permanente de los profesionales de enfermería.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud (OMS), oficina Regional Europea, dio el primer paso hacia el establecimiento de sistemas de calidad, con el desarrollo de estándares

para la práctica profesional y desde entonces ha recomendado en varios documentos el establecimiento de sistemas que promuevan la calidad de la atención.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en 1983 convocó a sus asociaciones nacionales a realizar un estudio para identificar la situación en relación con la formación y la práctica de Enfermería. El fin era evaluar y elaborar sistemas reguladores apropiados para la profesión.

En España todos los profesionales de enfermería se colegian y certifican obligatoriamente, a través de un proyecto CENFER (Certificación Profesional para Enfermería), el cual expresa que, los profesionales sanitarios certificarán regularmente su competencia profesional. Los Centros Sanitarios revisarán cada tres años que los profesionales de plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer su profesión: Título, diplomas, certificados entre otros para poder determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente.

EUA tiene 53 años de exigir a todas las enfermeras que laboran en instituciones de salud y educativas estar certificadas a través de un examen general de conocimientos, donde se evalúan sus competencias y la aptitud para desempeñar su trabajo; se re certifican a través de evidencias de educación continua por medio de créditos acumulados en los 3 últimos años.

Canadá posee un sistema de certificación similar al de EUA, solo que este proceso, se lleva a cabo a través de un órgano de certificación a nivel nacional para todas las profesiones, pero existe un consejo de especialistas para cada una de las profesiones.

En América Latina el proceso se inicia cuando se establecen las bases del TLCAN, acuerdo en el que se conviene el libre tránsito de productos y servicios entre las naciones involucradas. Instaurándose los acuerdos para el mutuo reconocimiento y homologación de certificados de estudios y vigilancia de ejercicio profesional.

En México, el proceso de certificación profesional está regulado legalmente de manera compartida entre el estado y la sociedad civil, es decir, por la Secretaría de Educación Pública (SEP), a través de la Dirección General de Profesiones (DGP) y se diseña, construye e implementa por asociaciones profesionales de enfermería como colegios y consejos de la disciplina de acuerdo a normatividad, una de las funciones del fomento de la calidad y de protección al público de prácticas poco seguras.

Desde este momento se inicia la instrumentación del proceso de evaluación para certificación con la metodología autorizada. Este proceso desde sus orígenes, fue socializado en los órganos colegiados y en consecuencia bien aceptado, lo que ha favorecido la cultura de evaluación, se ha constituido como guía en las instituciones de salud y con ello ha promovido la calidad en el ejercicio profesional de Enfermería. COMCE tuvo la experiencia de 5 años de llevar a cabo el proceso de certificación.

Hasta diciembre del año 2004 se aplicaron 6402 exámenes teórico prácticos a enfermeras de toda la república, de los cuales 5163, que corresponden al 81% obtuvieron su certificado de calidad. **COMCE**<sup>1</sup> ha certificado hasta marzo de 2009, 2274 enfermeras (os) de 35 colegios de la disciplina. La “Constancia de Idoneidad” que se otorga al esquema de evaluación del proceso de Certificación Profesional que aplica la Asociación tiene una vigencia de cinco años, contados a partir de la fecha de firma del convenio de concertación, lo que nos muestra la importancia de la preparación, actualización y validación de los conocimientos adquiridos para mejorar la calidad, la gestión y la competencia del servicio de enfermería, que se logrará al evaluar los indicadores de calidad de enfermería, en especial el de trato digno al paciente hospitalizado.

Otro hecho singular fue el que deviene de la creación del acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las “Reglas de operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, en el que hace

---

<sup>1</sup> COMCE: Consejo Mexicano De Certificación De Enfermería.

mención de los avances surgidos a partir de la segunda mitad del Siglo XX, mostrando que aún permanece la necesidad de ofrecer servicios de “Alta Calidad”.

Ante dicha situación surge la necesidad de establecer una estrategia nacional que rescate de manera sistematizada el valor de la calidad, y forme parte de la cultura organizacional de sistema y de cada uno de los prestadores de servicios de salud.

En el programa Nacional de salud 2001-2006 se plasman los tres retos principales que se afrontarán en el sector como son: Equidad, Protección financiera y Calidad (en el que se inscribe la Cruzada Nacional por la Calidad De los Servicios de Salud, como instrumento para elevar la calidad y eficiencia de los servicios de salud de las instituciones, con enfoque en la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida).

La Cruzada Nacional fue diseñada para impulsar un nuevo modelo y poder enfrentar los retos que resultan de un diagnóstico sobre la calidad de los servicios de salud, en los que se caracterizaba por un bajo nivel de servicio tanto público como privado, heterogeneidad de los niveles de calidad entre las regiones geográficas, en las instituciones y al interior de las mismas, y de las que se percibía una mala calidad por parte de la población a la vez de información pobre y poco confiable en el desempeño del servicio de salud.<sup>2</sup>

En éste sentido la cruzada inicio como estrategia sectorial durante el año 2001 con la medición de indicadores orientados al trato digno que deben recibir los usuarios de los servicios de salud, en tiempos de espera, surtimientos de recetas e información recibida sobre su diagnóstico y tratamiento. La monitorización de los indicadores en unidades prestadoras de servicios de salud surgieron como una herramienta de gestión para la calidad, que fundamentaba la toma de decisiones para efectuar intervenciones de mejora con especial énfasis en el trato digno a los usuarios y la atención medica efectiva a fin de otorgar confianza a los ciudadanos sobre los servicios que reciben.

---

<sup>2</sup> Datos obtenidos de la “Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, 2000” Programa Nacional de Salud 2001-2006.  
Programa de Acción: “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”

Durante el año 2001 como parte del Plan de Arranque de la Cruzada Nacional se estableció el Equipo Consultor Sectorial, integrado por funcionarios de alto nivel de la SSA, IMSS<sup>3</sup> e ISSSTE<sup>4</sup> para el impulso de la estrategia a nivel sectorial. Asimismo, se instalaron Comités Estatales de Calidad en 29 entidades federativas, conformados por directivos de las instituciones de salud en el estado que se adhirieron en forma voluntaria al programa.

En el proceso de medición de indicadores durante el periodo señalado se incorporaron a la Cruzada Nacional 3,069 unidades tanto de la SSA, IMSS e ISSSTE que representa alrededor del 26% del total de unidades. Cada institución es responsable de atender la problemática específica que reflejan los índices de sus unidades y de canalizar recursos a las mismas para la mejora de la calidad de los servicios, pero en forma coordinada a través de los Comités Estatales de Calidad y el Equipo Consultor Sectorial se definen las estrategias para la mejora de los procesos y sea homogénea teniendo como base los lineamientos de la Cruzada Nacional.

En el mismo periodo, de las 9,507 unidades médicas de la Secretaría de Salud se incorporaron para medición de indicadores 2,046 unidades prestadoras de servicios, que representa el 21.5% del total. En las unidades de la SSA se realizaron acciones de capacitación, asesoría y seguimiento que promueven la mejora de los procesos de atención a los usuarios de los servicios y su monitoreo.

Como resultado de la medición de índices de calidad en el 2001 en unidades de primer y segundo nivel de atención se registraron avances en la disminución del tiempo de espera y un incremento en la satisfacción de los usuarios sobre la información que reciben sobre su diagnóstico y tratamiento, así como en el surtimiento de recetas. Sin embargo, estos avances deben mejorarse y ampliarse a todas las unidades de la SSA.

---

<sup>3</sup> IMSS: Instituto Mexicano de Seguro Social.

<sup>4</sup> ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

## **1.1 Planteamiento del Problema**

**La pregunta de investigación es:**

**¿Cuál es la importancia de conocer el indicador de calidad de un trato digno al paciente hospitalizado y cómo afecta la atención de enfermería brindada en la mejoría del enfermo?**

Actualmente se vive en un mundo globalizado, en el que han evolucionado las tecnologías, técnicas, ambiente, comunidad, cuidado y sobre todo la persona en el ámbito social y humanitario, por ello es de especial interés, conocer las necesidades que tiene el paciente para prestarle un servicio adecuado. La importancia de aplicar el indicador de calidad y servicio por parte del profesional de enfermería es relevante, dado que éste califica la atención proporcionada, la competencia humana y el grado de preparación académica con que cuenta la profesional para brindar el servicio de salud con eficacia y efectividad, en el que se identifican los valores, aptitudes y prácticas de cuidado, siendo la enfermería una ciencia y un arte humanístico.

El Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) es una institución privada con más de 50 años de experiencia, que tiene como valor principal el respeto por la vida, en conjunto con los valores de honestidad, responsabilidad, calidad y calidez humana centradas en la atención del usuario, ofertadas a un bajo coste, en el que al ser un campo clínico muy amplio para la práctica profesional también funge como hospital escuela, en el que se crean conocimientos en las estudiantes de la Escuela de Enfermería a partir de las experiencias vividas con pacientes reales y en el que el valor principal a desarrollar en la alumna es el espíritu de servicio con un trato digno.

La estudiante de enfermería tiene el deber de brindar un trato holístico y suplir las necesidades del enfermo, por ello necesita conocer sus obligaciones y los derechos del paciente establecidos en el código de ética de la profesión, lo cual respalda científicamente el cuidado que se brinda en el proceso de interacción entre la enfermera y el paciente.

Es por ello que la Subsecretaria de Innovación y Calidad, Dirección general de Calidad y Educación en Salud desarrolla la llamada “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en México”, como una estrategia de gran escala, según Enrique Ruelas Barajas<sup>5</sup> menciona que la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) que fue lanzada formalmente el 22 de Enero de 2001, forma parte de la primera estrategia de alcance Nacional en México y el Mundo, que permitió, por una parte integrar proyectos para mejorar la calidad de la Atención Médica, que anteriormente se desarrollaba de manera aislada, tanto en el sector público como el privado, y por la otra, estimular a aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención para sus pacientes.

De esta forma la Cruzada se convirtió en una plataforma para la convergencia y el avance que, impulsada desde Gobierno Federal, adquirió el rango de Política Pública, a diferencia de lo que habían sido los programas institucionales independientes unos de los otros.

Esta estrategia de gran escala fue producto de un proceso de maduración de tendencias generadas desde varias instituciones durante muchos años y formó parte del inicio, junto con otras políticas públicas, de una nueva era del Sistema Nacional de Salud (SNS) caracterizada por los intentos para lograr una cobertura universal efectiva que se han acentuado en los últimos años. Ello da en el presente una dimensión adicional a la trascendencia de la Cruzada si se considera que no es posible conceptuar ni lograr la efectividad si no es con calidad, entendida como valor esencial, como estrategia y como resultado de cualquier sistema de salud.

La tendencia hacia una cobertura universal efectiva es cada vez más clara en todo el mundo, por consiguiente, la calidad empieza a ser reconocida explícitamente como un

---

<sup>5</sup>Dr. Enrique Ruelas Barajas: Actualmente es Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Asesor Estratégico del Instituto de Mejoramiento de la Atención a la Salud de Estados Unidos (Senior Fellow. Institute for Health care Improvement). Director del Instituto Internacional de Futuros de la Salud. Harvard School of Public Health -Tec de Monterrey.

ingrediente fundamental, por lo que la proyección de la Cruzada ha empezado a ser reconocida internacionalmente. El proyecto denominado “Joint Learning Network”, iniciado en 2011 y auspiciado por la Fundación Rockefeller para fortalecer los sistemas de salud de 10 países de ingresos medios y bajos en África y Asia, y apoyado técnicamente por el Institute for Healthcare Improvement (IHI) de los Estados Unidos de América, ha considerado a la experiencia mexicana de la Cruzada como punto de partida para definir los componentes de lo que debiesen ser estrategias de alcance nacional, es decir, de gran escala, para fortalecer los sistemas de salud, mejorar la calidad y lograr la buscada efectividad.

En cuanto al contexto de la Cruzada como política pública el Programa Nacional de Salud, a través del Equipo de Transición se construyó un diagnóstico tan preciso cómo fue posible, de las condiciones prioritarias que debían ser atendidas. Con base en éstas se definieron los objetivos del Programa y entonces las estrategias para alcanzarlos.

Los retos se definieron de la manera más concreta posible como: 1) Equidad; 2) Calidad; 3) Protección Financiera. Para el primer reto el objetivo fue reducir las inequidades en salud; para el segundo, mejorar las condiciones de salud de la población y el trato digno; para el tercero, asegurar justicia financiera para la atención de la salud. De acuerdo con cada objetivo se establecieron las tres estrategias: Seguro Popular, Cruzada Nacional y Arranque Parejo en la Vida. Es de observancia la gran coherencia y codependencia entre las tres estrategias, lo cual conduciría hacia una sinergia que fortalecería a las tres. Así, la Cruzada no fue una política pública aislada, sino una de tres grandes estrategias enmarcadas en una política pública más amplia articulada como Programa Nacional de Salud.

Es relevante el enmarcar la importancia que tiene el unificar criterios, el establecer estrategias que lleven una dirección concreta hacia los posibles resultados en pro del servicio de salud, y la problemática que ello implica en la gestión de la atención humana, ética y profesional proporcionada al usuario para la mejoría de la salud a partir de la buena relación enfermera-paciente.

Por tanto la presente investigación destaca la importancia de conocer la perspectiva de los pacientes de las áreas de hospitalización (Clínica Privada, Obstetricia General, Obstetricia Privada y Medicina Interna Mujeres) del HNSS con un rango de edad de 18 a 80 años sobre el trato recibido, durante un periodo de 6 semanas (16 de Febrero de 2015-27 de Marzo de 2015), que se obtendrá a partir de la aplicación de los formatos F1-TDE/02 y F2-TDE/02 de la Secretaría de Salud, así como la aplicación de pruebas piloto, entrevistas y cuestionarios, a profesionales y especialistas de enfermería sobre el trato digno que brindan las enfermeras en el que la experiencia laboral juega un papel importante para la recolección productiva de datos cualitativos.

El conocimiento que se obtiene a partir de estudios de campo se entiende con experiencias vividas, y con evidencias teóricas se comprueban los hechos y acontecimientos, por ello, la concientización del profesional para aplicar un Trato Digno al paciente como si fuera complemento de sí mismo, forma parte no sólo de la preparación y competencia académica, sino de la calidad como persona.

## **1.2 Justificación**

La enfermería ha ido evolucionando a lo largo de la historia, pues de ser un simple oficio, en la actualidad, juega un papel sumamente importante en el equipo de salud, convirtiéndose en una rama profesional que es crucial en el cuidado, la recuperación, la mejoría y la atención integral del enfermo, familia o comunidad, teniendo consigo una identidad propia que cuenta con la creación de lineamientos, normativas, manuales de procedimientos, códigos de ética y guías de práctica clínica para aplicarlos en nuestro quehacer profesional, lo cual muestra un claro avance hacia la globalización al mundo moderno de los servicios de salud.

En cuanto al sistema de salud, poco a poco se han ido adoptando las tecnologías como herramienta fundamental para la atención holística del paciente, familia y/o comunidad que requiera el servicio en cualquiera de los tres niveles de salud que son el primer nivel o

preventivo, segundo nivel donde se trata de limitar el daño y reducir las secuelas, y tercer nivel de atención que se encarga del tratamiento de alta especialización, rehabilitación, reintegración o muerte del paciente, desafortunadamente, los cuidados se han protocolizado y sistematizado tanto que se ha olvidado el trato digno al paciente.

A pesar de todas las tecnologías y fundamentos científicos con los que cuenta la profesión de enfermería, se ha ido perdiendo la interacción con la persona atendida creando cierto grado de deshumanización del cuidado, en el que la relación efectiva enfermera-paciente se encuentra disminuida manifestándose por la introyección del enfermo, falta de confianza, cooperación, experiencias y conductas negativas en respuesta al plan terapéutico proporcionado.

Es por ello que es relevante el evaluar y conocer los indicadores de calidad, en especial el que se enfoca en la perspectiva que tiene el paciente acerca del servicio recibido, como es el de trato digno al paciente hospitalizado.

Actualmente la competencia profesional en cuanto a calidad se refiere es evaluada por la norma ISO 9001, la cual entre los parámetros que califica se encuentra no sólo la efectividad, rapidez y preparación escolar con que cuenta la enfermera, sino que también valúa los valores, conductas y aptitudes con las que la profesional realiza su servicio, y en el que es de suma importancia el tratar al enfermo como si fuéramos nosotros mismos o algún ser querido, velando por la seguridad, el respeto y sobre todo, defendiendo la dignidad humana, tratando a la persona atendida como un ser holístico visto desde su carácter fisiológico y patológico en el contexto biomédico, para contribuir de la manera más satisfactoria a la recuperación del individuo y la reintegración como persona al entorno habitual.

La presente investigación abordará la interacción entre la enfermera y el paciente valuando los criterios establecidos en el formato F1-TDE/02 y F2-TDE/02 de la Secretaría de Salud (SS), además de la aplicación de entrevistas y cuestionarios que abordan la perspectiva del trato digno a familiares, pacientes y especialistas en el campo clínico del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS), con lo que se obtendrán datos para entender las

necesidades que tienen los pacientes y familiares que requieren del servicio de salud, ya que se harán comparativas en cada uno de los cuestionarios.

La fundamentación presentada en el presente texto podrá ser aplicada a cualquier nivel de atención, ya que el trato digno es el derecho que toda persona debe recibir, y la obligación del profesional de enfermería es defender la dignidad humana, esto proporciona competencias trascendentales que contribuyen al mejor desempeño de las funciones y actividades del gremio, y por ende a los individuos que acuden a recibir la atención de salud.

### **1.3 Objetivo General**

Documentar la importancia de valorar el indicador de calidad sobre el Trato Digno a los pacientes Hospitalizados de 20 a 80 años de edad en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, donde se brinde una atención Holística a partir de la relación efectiva enfermera-paciente, en la que se creó un vínculo de confianza y participación activa en dicho binomio, contribuyendo a la satisfacción de necesidades del prestador de servicios como al solicitante para mejorar la estancia y por consiguiente la limitación del daño de la enfermedad, reducción de secuelas, rehabilitación y reintegración al entorno al que pertenece el individuo, e inclusive la recuperación total y mejoría de la salud.

#### **1.3.1 Objetivos Específicos.**

1. Valorar las necesidades y la opinión del paciente sobre el trato recibido por la enfermera.
2. Mejorar la calidad del servicio proporcionado en cada una de las personas que se interesen por leer la investigación.
3. Crear una nueva herramienta para evaluar las necesidades del paciente hospitalizado.

4. Concientizar a las enfermeras sobre la importancia de tratar bien al enfermo a partir de los datos obtenidos en relación al servicio brindado por las profesionales de los distintos turnos.

#### **1.4 Hipótesis**

- ❖ Existen formatos para la evaluación de trato digno al paciente hospitalizado enfocados a la enfermera porque la profesional además de ser el actor principal para la mejoría del enfermo, ha adoptado a su atención el modelo biomédico y ha protocolizado los procesos de salud, por lo tanto la calidad del servicio proporcionado al paciente es menos cálido y humano afectando de manera negativa en la recuperación de salud del usuario.
- ❖ Al evaluar los servicios de salud en un hospital de segundo nivel, como lo es el Hospital de Nuestra Señora de la Salud se obtiene una panorámica del impacto que tiene la salud de la persona atendida al tratarlo bien.
- ❖ Al conocer los indicadores de calidad en enfermería, y desarrollar el indicador de trato digno al paciente, la atención brindada será más competente, eficaz y segura, ya que documentará teóricamente lo que hay que hacer, cómo actuar y en qué momento actuar.
- ❖ La aplicación de instrumentos metodológicos para la recolección de datos como las encuestas, cuestionarios y entrevistas dará como resultado las cualidades del servicio que el paciente espera recibir en el campo de acción.
- ❖ La opinión de los expertos respecto a la aplicación del indicador de calidad: Trato digno al paciente, proporcionará un abordaje adecuado al servicio de enfermería, satisfacción de las necesidades del cliente y un sello de distinción de calidad, eficacia y competencia por parte del gremio de enfermería.

Al tener conocimiento de los beneficios que aporta la presente investigación y adoptarlos a la labor diaria se obtiene la satisfacción del cliente que da un significado a la praxis de enfermería llevando al profesional a una grata autorrealización humana y profesional.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

La profesión de enfermería se ha caracterizado por mejorar la atención y los servicios prestados a la persona, familia y comunidad que demanda un trato digno, por ello la competencia profesional y la preparación en los campos clínicos, funciones e intervenciones de enfermería forman parte relevante del desempeño actual que otorgan un sello de distinción al realizar el ejercicio profesional.

### **2.1 Concepto de Calidad**

La norma **UNE-EN ISO 9000:2000** la define como el grado en que un conjunto de características cumple con los requisitos. El concepto de calidad tiene diversas definiciones siendo el grado de aceptación o satisfacción que proporciona un producto o servicio a las necesidades y expectativas del cliente en conjunto de las características de una entidad, que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas, o como el grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria.

La calidad no es un concepto actual, desde décadas de los años treinta fue sumamente importante debido a la fabricación de productos e insumos que surgieron a partir de la revolución industrial, es cambiante de acuerdo a los tiempos y a las necesidades de los clientes, por ello a continuación se expresa los diferentes enfoques que ha tenido el concepto hasta la visión que se tiene en la actualidad.

**Cuadro 1: “Evolución de la Calidad”**

<b>HASTA 1930</b>	<p><b>Orientación al Producto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspección después de la producción.</li> <li>- Auditoría de productos terminados.</li> </ul>
<b>1930 - 1950</b>	<p><b>Orientación al Proceso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Control de calidad durante el proceso de elaboración.</li> <li>-Control estadístico del proceso.</li> </ul>
<b>1950 - 1960</b>	<p><b>Orientación al Sistema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Extensión del control de calidad a todas las áreas.</li> <li>-Aseguramiento de la calidad en todo el sistema.</li> </ul>
<b>1960 - 1970</b>	<p><b>Orientación a la Prevención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Optimización en el diseño del producto, -Mejora continua.</li> <li>-Reducción de costos de no calidad.</li> </ul>
<b>1970 - 1980</b>	<p><b>Orientación a las Personas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividades y técnicas de resolución de problemas.</li> <li>- Participación directa de los trabajadores.</li> <li>- Círculos de Calidad y Equipos de Mejor.,</li> <li>- Capacitación para los empleados.</li> </ul> <p><b>Orientación al costo</b></p> <p><b>Enfoque Japonés: control de la Calidad Total.</b></p>
<b>1980 - 1990</b>	<p><b>Reingeniería de Procesos.</b></p> <p><b>Reorientación cultural.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cambio de Cultura organizacional.</li> <li>- Innovaciones organizacionales.</li> <li>- Liderazgo en el estilo de dirección.</li> </ul> <p><b>Reorientación al Servicio y Satisfacción al cliente.</b></p>
<b>1990 HASTA AHORA</b>	<p><b>Orientación global</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sistema de Gestión de la Calidad.</li> <li>- Hincapié hacia Eficacia.</li> <li>- Modelo de Excelencia en el Desempeño.</li> <li>- Modelo de Competencias Laborales.</li> <li>- Sistema de “Valor”.</li> </ul>
<b>LO QUE VIENE.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Interrelación e integración de los conceptos de Eficiencia y Eficacia.</li> <li>- Enfoque conjunto de Calidad y Ambiental.</li> <li>- Integración de los Sistemas de Gestión.</li> </ul>

No debe confundirse calidad con control de calidad, ya que es más una condición psicológica y emocional que una técnica. La calidad afecta a todos y cada uno de los componentes de la empresa.<sup>6</sup>

Calidad significa:

- ✓ Cero defectos.
- ✓ Cumplir exactamente con lo que pide el cliente.
- ✓ Hacer bien las cosas desde la primera vez.
- ✓ No quejas, rechazos o devoluciones.

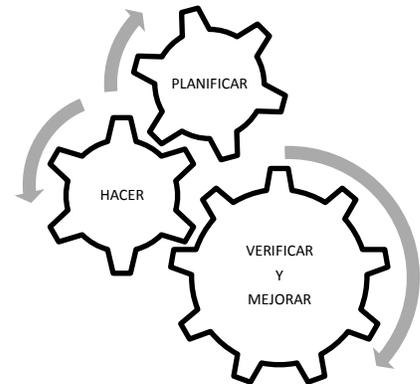


Ilustración 1 Ciclo de la Calidad.

**Los Principios de la Gestión de la Calidad:** Una empresa u organización requiere no solo de mejorar sus procesos de calidad y evaluación sino de identificar las causas internas y externas para encontrar áreas de mejora, así como innovar en la gestión de estándares de calidad que revolucionen y traigan consigo beneficios para el trabajador y para la empresa, en relación a ello se requiere de:

**Un enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

**Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización además de contar con el poder de la toma de decisiones, ellos deberían crear y mantener un óptimo ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

**Fomentar la participación del personal:** El personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

---

<sup>6</sup> FUENTE: “Inducción a la Calidad”. Autor. Licda. Carolina de Barrillas et al. ONSEC, 2011.

**Un enfoque basado en procesos:** Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

**Enfoque de sistema para la gestión:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos, resaltándose la importancia de trabajar en equipo.

**Mejora continua:** Buscar nuevas formas de trabajar, identificar sistemas o procesos defectuosos a partir de diversas herramientas forman parte de la mejora continua del desempeño global de la organización que debería de ser un objetivo permanente en cualquier empresa prestadora de bienes, productos o servicios.

**Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Las decisiones eficaces son tomadas por parte del líder que se basa en el análisis de los datos y la información.

**Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

*Principales causas de la baja calidad:*

- Errores humanos.
- Imperfecciones de los insumos.
- Errores técnicos.
- No conocer los requisitos del Cliente.

*Factores que influyen en la calidad:*

- Las exigencias del cliente.
- Los insumos o materiales.
- Los recursos humanos.
- El equipo y la maquinaria.
- El tipo de administración.
- Los recursos Financieros.
- Los métodos de Trabajo.
- El medio ambiente.

## Los Costos De La Calidad

Todo sistema de calidad debe buscar lograr dos grandes objetivos: Satisfacer al cliente y reducir costos.

## Costos Comparativos De La Calidad

A continuación se muestran dos cuadros en el que se destaca las propiedades al cumplir o no con los requisitos, ambos puntos son sumamente importantes para la mejora, sin embargo, el coste se eleva en medida que no se cumpla con el requisito establecido y no solamente económico y monetario, sino que al haber una falla y tratar de corregirla puede haber pérdida de recursos tanto materiales como humanos.

 Al cumplir los requisitos.

<b>DE PREVENCIÓN</b>	<b>DE EVALUACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Diseño del producto.</li><li>✓ Capacitación.</li><li>✓ Evaluación de proveedores y contratistas.</li><li>✓ Auditorias.</li><li>✓ Preparación de estándares.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Procedimientos de medición.</li><li>✓ Pruebas de control de calidad.</li></ul>

 Al incumplimiento de requisitos.

<b>FALLAS INTERNAS</b>	<b>FALLAS EXTERNAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✗ Acciones correctivas en el diseño.</li><li>✗ Desperdicios.</li><li>✗ Pérdida de materiales y otros insumos.</li><li>✗ Demoras internas.</li><li>✗ Quejas internas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✗ Quejas de los clientes.</li><li>✗ Devoluciones.</li><li>✗ Malos subcontratistas y proveedores.</li><li>✗ Pérdida de clientes.</li></ul>

## **2.1. 1 La Conceptualización De La Calidad De La Asistencia Médica**

Particularidades: Todos los avances en las concepciones teóricas, prácticas y metodológicas de la calidad estuvieron muy marcados por su origen y posterior evolución en el campo de la industria. Su introducción en el campo de los servicios ha tenido necesariamente que adecuarse a las particularidades que los distinguen del sector industrial (el producto no puede ser almacenado ni reciclado; el proceso es intangible; prestador y cliente deben coincidir en tiempo y espacio; los valores relativos a la comunicación interpersonal son decisivos).

Las particularidades de los servicios resultan aún más significativas cuando se trata del sector salud, ya que obligan a modificar sustancialmente o adaptar los métodos y técnicas originados en la industria.

Algunas de esas particularidades son:

1. El cliente (paciente, familiar o la comunidad), es parte de la ejecución del servicio, por tanto, es sujeto y objeto en la creación de valor.
2. Es un servicio imprescindible para la persona sana como para la enferma, lo que le da carácter de universal.
3. El prestador tiene una posición privilegiada con respecto al cliente, por lo que influye decisivamente sobre el consumo, del cliente y de la institución.
4. Muchos errores y daños prevenibles tienen carácter irreversible o al menos provocan repetición de intervenciones.
5. Cada paciente es un caso único e irrepetible.
6. La calidad en salud no está vinculada sólo con satisfacción de clientes y manejo adecuado de los costos, dado que incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar se enfermen o mueran innecesariamente.

Aunque los seis puntos anteriores son esenciales a la hora de hablar de particularidades de la calidad en salud, el sexto, por sus implicaciones sociales y humanistas, representa el punto más complejo y delicado a resolver, en materia de calidad, en dicho sector.

Malagón-Londoño, al referirse a los errores y fallas que implican mala calidad en cualquier sector, compara la industria con los servicios de salud y señala que los primeros *“Se pagan con pérdidas de dinero, mientras que la segunda lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica el desprestigio definitivo de la institución y la condena ética y penal”*.

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontrada en Papiros egipcios, el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley del propio Hipócrates. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad. La eficacia presidió el trabajo de Nightingale, cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea.

La efectividad de las intervenciones quirúrgicas era el interés fundamental de Codman a principios de siglo, siendo ambos los precursores más cercanos de la calidad asistencial como característica intrínseca de la práctica clínica.

La definición de calidad de la atención médica ha evolucionado en el decursar de los años. Lee y Jones, en un documento ya clásico, definieron el concepto de “buena atención” como “la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o periodo determinado, agregando que la calidad significa conformidad con normas y que dichas normas no son absolutas sino que varían de una sociedad a otra. Ese mismo año, dichos especialistas dan a conocer sus “Ocho artículos de fe”, donde fijan los que consideran son los principios de la buena atención médica.

Más de 75 años después, no hay nada que objetar a tales principios. Sin embargo, la definición considerada clásica, es la de Avedis Donabedian (1919- 2000), experto en este campo, quien la definió como una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en dónde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

Donabedian enfatiza el estudio de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado; así como su análisis mediante tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades.

Hay otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica. Para el Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica, “la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud a los individuos y a las poblaciones incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en salud que se corresponden a su vez con el nivel actual de los conocimientos profesionales. Esta definición resulta muy completa al considerar tanto individuos como poblaciones y al vincular la calidad con el desarrollo científico técnico y su dominio por parte de los prestadores.

Otros enfoques, aún más recientes, asocian la calidad con la efectividad y la eficiencia, lo que permite colocar la calidad en salud, no como un generador de altos costos, sino como todo lo contrario.

### **2.1.2 Tendencias Más Recientes En El Abordaje De La Calidad En Salud**

Tres son los conceptos que más recientemente se han venido manejando con respecto a la calidad en salud:

1. Garantía de calidad.

2. Control de calidad total.
3. Mejoramiento continuo de la calidad.

La garantía de calidad (Quality Assessment) en salud aparece inicialmente en Estados Unidos de Norteamérica en la primera década de los años setenta y estaba basada en el sistema de aseguramiento de la calidad de Juran. Esta concepción se extendió con mucha rapidez en Canadá y los países latinoamericanos, principalmente Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba y Chile.

En Europa, el proceso fue mucho más lento y difícil y sólo gracias al empeño de países promotores, particularmente Italia y España, se pudo quebrar la resistencia. Esta situación ha mejorado sustancialmente bajo la conducción de la European Foundation for Quality Management (EFQM).<sup>7</sup>

La garantía de la calidad en salud hace énfasis en la evaluación desde fuera de la ejecución, o sea una persona o equipo de personas valora la intervención o el proceso realizado por otra persona o equipo de personas. El que evalúa y el que es evaluado pueden pertenecer o no a la misma organización.

Este enfoque dio origen a diferentes comités de calidad, tales como el de fallecidos, el de historias clínicas o el de infecciones, así como a las auditorías médicas y a las organizaciones especializadas en revisiones profesionales en el campo de los servicios médicos. El punto débil de este enfoque es cuando los resultados de la evaluación no se convierten en acciones correctivas, lo cual es también cierto para cualquier actividad, sector o rama.

---

<sup>7</sup> Las siglas EFQM hacen referencia a European Foundation for Quality Management, una organización sin ánimo de lucro creada en 1988 por 14 empresas europeas, con la misión de desarrollar un modelo de excelencia europeo el cual establece que para que una organización sea excelente, debe ser excelente en su liderazgo, en su política y estrategia, y en la gestión de las personas, recursos, alianzas y procesos que en ella se realizan.

La garantía de la calidad es un enfoque que sigue vigente en numerosos países y forma parte de los documentos públicos que regulan los sistemas de salud, pero en la mayoría de los casos aparece mezclada con conceptos más recientes y en otros se le asocian definiciones que desbordan el contenido del término.

### **2.1.3 El Control De Calidad Total (Total Quality Control)**

Introducido por Feigenbaum (1920) en el año 1956, representó un cambio sustancial de cómo se debía entender la calidad en las condiciones contemporáneas. Para Feigenbaum, la calidad no sólo es un componente central del proceso de hacer el producto o el servicio, sino que involucra a todas las funciones gerenciales y a sus ejecutores. Como resultado de esta concepción, el enfoque de la calidad se ha renovado, pasando del concepto de calidad orientada al cliente, al de actividades orientadas al cliente.

La introducción del concepto de calidad total, permitió modificar conceptos muy enraizados que consideraban la calidad una responsabilidad exclusiva de las personas relacionadas directamente con la producción y un problema que sólo podía resolverse en las áreas técnicas. A lo anterior se añade un énfasis notable en la evaluación de calidad, en detrimento de la acción consecuente, o sea la mejora y la innovación.

El concepto de mejoramiento continuo de la calidad es inseparable de la calidad total, de hecho, muchos autores y especialistas los manejan como una unidad. El aporte fundamental de este concepto radica en la idea de ciclo concebida por Shewart (1891-1967) que se identifica por el acrónimo PDCA (Plan, Do, Check, Act) en idioma inglés y en español como PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). Tal idea fue desarrollada ampliamente por Deming (1900-1993), como parte de su conceptualización acerca del mejoramiento continuo de la calidad actualmente es más conocido como ciclo de Deming.

La idea de este ciclo no es nueva, de hecho estuvo presente en los fundadores de la Administración Científica, particularmente Fayol (1841-1925), cuando la concibió como conformada por un ciclo integrado por Planificación, Organización, Dirección y Control, que

aunque no parecen idénticas en sus denominaciones, si tienen mucho parecido en cuanto a su concepto de flujo lógico, que es cómo actúan.

La concepción de ciclo en el mejoramiento continuo de la calidad aporta tres ideas básicas fundamentales: la corrección de errores y fallas en el proceso productivo o de servicios; la innovación como manera de pasar a etapas superiores de calidad aventajando lo que hasta ese momento se consideraba como bueno; y el horizonte desplazable representado por un proceso que no termina nunca.

#### **2.1.4 Evaluación De La Calidad De La Atención Médica**

La evaluación es una actividad inherente al trabajo humano relacionada con los propósitos, metas o estándares que las personas, los grupos u organizaciones se han planteado. Las reglas de evaluación son las que tienen un punto de referencia contra el cual comparar lo que sucedió o sucede con lo que debió suceder, por consiguiente la comparación determina que lo que sucedió se ajusta al punto de referencia o se desvía de éste por encima o por debajo, mientras que la desviación se reporta para ser rectificada por los que tienen autoridad para ello.

El trabajo gerencial es utilizado para comprobar en qué medida los procesos y resultados son comparables con los valores esperados, para decidir acciones a implementar en función de lo que la comprobación demuestre. Al evaluar primeramente se requiere de una estrategia, políticas, metas, planes, estándares e inclusive guías de acción para que se cuente con referencias para medir los procesos, desempeños, productos, servicios o avances.

Durante la evaluación se miden los procesos, desempeños, productos, servicios o avances con los mismos indicadores utilizados para su creación, ello con el fin de aplicar criterios de filtraje y priorizar puntos críticos, un ejemplo del producto principal en esta etapa es la demostración de oportunidades de mejora.

Después de la evaluación devienen las acciones junto con la toma de decisiones, en respuesta de lo detectado, lo que permite tener a la organización o sistema en los parámetros establecidos. Al tomar decisiones también se debe sujetar a evaluación ya que la calidad sigue siendo un proceso permanente, es decir es un ciclo.

Toda evaluación que no disponga de términos de referencia, o que no desencadene acciones consecuentes al producto hallado, representa empleo de recursos que no se convierten en resultados positivos para la organización.

Lo que distingue a la evaluación de la calidad de la atención medica es la capacidad para adaptarse a las particularidades de los sistemas, procesos e instituciones de salud, anteriormente el sistema de salud se centraba en la evaluación de la calidad, sin embargo ello cambio a partir de la introducción del control de calidad total y del mejoramiento continuo de la calidad.

Actualmente algunos de los métodos, técnicas e instrumento en la evaluación de la calidad en salud son los siguientes:

- a. **Estándares.** Referencias contra las que se van a comparar los procesos, intervenciones, acciones, programas o tareas que son objeto de la evaluación. La forma más habitual de expresión son los indicadores, las políticas, criterios clínicos, guías de actuación, convenciones o prácticas.
- b. **Herramientas de análisis.** Conjunto de instrumentos creados o mejorados por expertos en calidad, que constituyen una forma organizada y lógicamente establecida para estudiar los fenómenos, comprenderlos y generar conclusiones acertadas. Ejemplos son la técnica de análisis y solución de problemas, diagrama de causa-efecto de Ishikawa, mapas de procesos, diagrama de Pareto entre otras.
- c. **Acreditación.** Tipo de evaluación hecha por terceros, ya sea instituciones autónomas, públicas o agencias privadas con esa función, la cual consiste en determinar si la

instalación sanitaria cumple con determinados estándares imprescindibles. El resultado puede variar desde la acreditación inmediata hasta posponerla o denegarla si no se resuelven los problemas encontrados. El estar acreditado no indica sinónimo de calidad pero es una evidencia de que la institución cumple los parámetros que la institución acreditadora considera pertinentes.

- d. **Auditoría.** Evaluación hecha por terceros, que revisan que la practica medica examinada cumple con las normas o estándares aplicables en el caso estudiado, como un ejemplo el de las guías de práctica clínica, este tipo de estudio está estrechamente relacionado con la calidad del servicio y también se pueden realizar auditorías internas, que controlan desde adentro la organización, contando con personal especializado para dicho trabajo. El auditor interno actúa como asesor de la gerencia.
  
- e. **Normas internacionales ISO 9000.** Establecen los requisitos a cumplir por parte de las organizaciones en los sistemas de gestión de calidad. El objetivo es gestionar los procesos y actividades de una organización mediante la mejora continua y el logro de la satisfacción del cliente. Dentro de los puntos de aplicación de la norma ISO 9001:2000 sistemas de gestión d calidad, se cuentan con requisitos generales de documentación, responsabilidad de la dirección, planificación, responsabilidad, realización del producto, procesos relacionados con el cliente, diseño y desarrollo, producción y prestación del servicio, control de los dispositivos de seguimiento, medición, análisis y mejora, control del producto no conforme.<sup>8</sup>

La mejora continua de la calidad en salud vista desde la evaluación como un componente, se adecua a las particularidades de los sistemas y los servicios de salud diferenciándose de la industria, otros servicios y comercios. La evaluación no solo brinda elementos requeridos para determinar si los procesos sanitarios se están desarrollando de acuerdo con las políticas, estrategias, normas o estándares sino que crea el espacio e información suficiente para facilitar a la gerencia, las decisiones oportunas para rectificar las

---

<sup>8</sup> INFORMACIÓN OBTENIDA: ENSAYO “CALIDAD Y GESTION DE SERVICIOS DE SALUD” La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. AUTOR. María Isabel Ávalos García. Secretaria de Salud, Aceptado el 4 de Febrero de 2010.

fallas o para introducir aquellas innovaciones que permitan ascender a niveles superiores de desempeño.

## 2.2 Indicador De Calidad: Trato Digno Al Paciente

Un indicador como marca la Real Academia Española es: “Algo que indica o sirve para indicar”, según la INEGI<sup>9</sup>, algunas referencias describen a los indicadores como “Herramientas para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos, son medidas verificables de cambio o resultado, diseñadas para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso, con respecto a metas establecidas, que facilitan el reparto de insumos, produciendo productos y alcanzando objetivos o como índices cuantitativos y cualitativos (cifras o enunciados que dan a conocer la situación en un momento dado) que permiten: verificar el logro o consecución de los objetivos; identificar si existen desviaciones entre lo programado y lo ejecutado y deducir cuál es la situación actual.

Bauer en 1966 definió “Los indicadores sociales son estadísticas, serie estadística o cualquier forma de indicación que nos facilita estudiar dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos con respecto a determinados objetivos y metas, así como evaluar programas específicos y determinar su impacto”

**Los indicadores de calidad** son instrumentos de medición, basados en hechos y datos, que permiten evaluar la calidad de los procesos, productos y servicios para asegurar la satisfacción de los clientes, es decir, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso empresarial. Los indicadores de calidad requieren supervisión constante de la gestión, debiendo cumplir los siguientes criterios:

- **Realismo:** Referente a las “dimensiones” significativas de la calidad del proceso, producto o servicio.
- **Efectistas:** Centrados en el verdadero impacto de la calidad.

---

<sup>9</sup> INEGI: Instituto Nacional De Geografía e Informática.

- **Visibles:** A través de gráficos de fácil interpretación, accesibles a las personas involucradas en las actividades medidas.
- **Sensibles:** A las variaciones del parámetro a medir.
- **Económicos:** Sencillos de calcular y gestionar.

### 2.2.2 Importancia

Los indicadores de calidad pueden ser de.

- ✓ **Conformidad** que consiste en la evaluación interna del grado de cumplimiento de los requisitos o especificaciones del servicio, mediante la inspección o el “cliente anónimo”.
- ✓ **SERVICIO** evalúa el cumplimiento de los requisitos referidos a dimensiones no contractuales de la calidad del servicio (trato, amabilidad, capacidad de respuesta.)
- ✓ **SATISFACCIÓN** evalúa la percepción del cliente acerca de la calidad del servicio.

Los estándares son también importantes porque responden al nivel de calidad objetivo que la empresa espera y desea alcanzar, es la eficiencia del servicio, para la que podemos establecer un indicador en el que se pone como fin un rango de características, actividades o tiempos que proporcionan fallas en el proceso de los servicios y datos acorde a lo que se espera mejorar.

Los indicadores de calidad permiten valorar la correcta aplicación de los recursos consumidos por las diferentes actividades de uso público y la adecuación de sus resultados a los requerimientos del usuario.

El contar con un sistema de indicadores que evalúen el servicio nos ayudará para:

1. Tener los procesos bajo control y garantizar los resultados previstos.
2. Mantener los estándares de calidad.
3. Mejorar el nivel del servicio.

4. Mejorar los procesos con el fin de obtener: una mayor satisfacción de necesidades del usuario y mejorar los resultados de uso público.

Un indicador de calidad puede orientar las **actividades de mejora**, mediante la implantación de acciones preventivas y el control de los resultados obtenidos, al tiempo que permite tener bajo control el proceso, de manera que si supera los límites admisibles se tomen las medidas **correctoras y preventivas** correspondientes.

### 2.3 Trato Digno Al Paciente

Para poder introducirnos de lleno al trato digno al paciente es necesario el comprender cada una de las palabras que del siguiente concepto deviene.

Trato: Es la relación de una persona con otra, la forma o manera en que se relaciona una persona con otras.

**-Digno:** Que se hace merecedor de la cosa que se expresa.

**-Paciente:** Persona que recibe atención sanitaria.

**-Dignidad:** Deriva del vocablo en latín “dignitas”, y del adjetivo “digno”, que significa valioso, con honor, merecedor. La dignidad es la cualidad de digno e indica, que alguien es merecedor de algo o que una cosa posee un nivel de calidad aceptable.

**-Dignidad humana:** Como se plasma en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en su artículo 1º: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Es un valor, un derecho inviolable e intangible de la persona, derecho fundamental e inherente al ser humano porque es un ser racional que posee libertad y es capaz de crear cosas.

**-Trato digno:** Se define como el derecho de quién demanda servicios de salud a ser tratado como persona con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información.

Algunos subelementos son: Libertad de tránsito y movimiento, ser tratado con respeto por el personal médico y no médico con el cual se tiene relación durante la prestación de servicio y derecho a disfrutar de privacidad durante la exploración.

**Trato digno, sus características son:**

- a) Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas sobre el servicio de salud que reciben.
- b) Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quién es responsable de él o de ella.
- c) Interés manifiesto en la persona.
- d) Amabilidad.

No existe un concepto bien definido sobre el trato digno al paciente, sin embargo se han realizado estudios cualitativos para que la definición sea más esclarecida, es decir, muestran lo que entendemos por “trato digno al paciente”, lo que va ligado a la ley de derechos y deberes de los pacientes, es un derecho de todos los usuarios en la atención de salud, por lo que es pertinente el conocer las perspectivas de los prestadores del servicio de salud y del paciente, para poder exigirlo como un derecho. En el artículo “Qué entendemos por Trato Digno al Paciente” se muestran los elementos asociados al concepto, siendo los más usados por las personas de los grupos de estudio, para definir lo qué se entiende por “Trato Digno”, lo cual se plasma a continuación:

CONCEPTO	NÚMERO DE IDEAS (n=35)	ORDEN
Trato (Relación Humana)	77	1°
Información	31	2°
Médico Comprometido/Responsable	26	3°
Atención Oportuna	24	4°
Auxiliares de Enfermería/Técnicos paramédicos Y Otro Personal de Salud	22	5°

Estructura y Organización Sanitaria	17	6°
Tratamientos	12	7°
Privacidad o Intimidad	5	8°
Atención Domiciliaria y Traslado	5	8°
Farmacia	3	9°

**Tabla 1. Elementos Asociados al Trato Digno obtenidos a partir de la investigación de hombres y mujeres de la Región Metropolitana de Chile que fueron hospitalizados y/o atendidos en el servicio de urgencia de un Hospital Público, Hospital Universitario, Clínica Privada y/o un Hospital Privado, con edades entre 18 y 74 años, así como representantes de asociaciones de pacientes, pertenecientes a distintos grupos socioeconómicos con un total de 35 participantes.**

En cuanto al análisis del concepto de Trato como Relación Humana mostrado con anterioridad en la Tabla 1, derivan una serie de ideas asociadas que permiten aclarar la definición.

- **Trato (Relación Humana):**

En el estudio los participantes de los diferentes grupos registraron 77 ideas relacionadas con éste concepto, siendo las ideas más relevantes las mostradas a continuación:

- a. **Trato Humano.** Implica el ser tratados como personas y se refiere a la relación con el personal de salud y administrativo que atiende a los usuarios, se asociaron algunas actitudes como el mirar, escuchar, saludar, tener en cuenta su opinión, ser cordiales e inclusive cariñosos. El estudio sugiere que un saludo unido a la sonrisa es percibido positivamente e interpretado como que a esa persona “le gusta lo que hace”, “le importo y sienten que disminuye su ansiedad”.
- b. **Sin discriminación, igualdad en el trato.** Se refiere a la petición de trato igualitario, así pues el trato digno debe darse con la misma atención a personas de la tercera edad, a jóvenes, a los de menor educación y estatus social entre usuarios de subsistemas ya sean públicos o privados.

- c. **Ponerse en el lugar del otro, empatía.** Tratar al paciente como al prestador de servicios le gustaría ser tratado, mostrar interés por parte de los profesionales. Comprender que el paciente se siente enfermo y ello puede concebirle reacciones desfavorables como el enfado y hostilidad, por tanto se requiere que se realice un esfuerzo por entender ese tipo de emociones. Ésta idea aborda el plano tanto emocional como espiritual y el afrontamiento que se tiene ante ciertas situaciones de salud.
  
- d. **Evitar paternalismos.** Alude a un rol activo del usuario, que no se concibe con el rol pasivo que se le asigna al “paciente” donde se plantea la relación que es percibida como asimétrica entre los integrantes del equipo de salud y él. Esto significa un cambio de paradigma en esta relación, esperando dar una información completa acerca del tratamiento y/o enfermedad que tiene. Les produce malestar el ser considerado como personas que no son capaces de entender, tienen acceso a la información a través de otros medios. Predomina también el deseo de tener la oportunidad y el tiempo para poder aclarar dudas específicamente con el médico.
  
- e. **Considerarlos de manera integral, no como una enfermedad.** Se refiere a tratarlos como lo que realmente son, personas aptas capaces de razonar y entender por sí mismos, a la vez de decidir sobre su estado de salud y tratamiento, sin simplemente verlos en el ámbito de la enfermedad, sino como personas que merecen una atención holística.<sup>10</sup>

## 2.4 Servicio.

Un servicio es un conjunto de actividades que buscan responder a una o más necesidades de un cliente. Se define un marco en donde las actividades se desarrollarán con la idea de fijar una expectativa en el resultado de éstas. Es el equivalente no material de un bien.

---

<sup>10</sup> Datos obtenidos de: Clínicas de Chile A.G. TEMAS DE COYUNTURA No. 71. Qué entendemos por “Trato Digno al Paciente”. ABRIL 2014

La presentación de un servicio no resulta en posesión, y así es como un servicio se diferencia de proveer un bien físico.

Al proveer algún nivel de habilidad, ingenio y experiencia, los proveedores de un servicio participan en una economía sin las restricciones de llevar inventario pesado o preocuparse por voluminosas materias primas. Por otro lado, su inversión en experiencia requiere constante inversión en mercadotecnia y actualización de cara a la competencia, la cual tiene igualmente pocas restricciones físicas.

Los comportamientos de servicio al cliente incluyen una amplia gama de factores que incluyen la eficiencia, la velocidad de respuesta, atención al detalle, la escucha, la confianza, el suministro de información y el seguimiento. La actitud es importante en términos de variables tales como la amabilidad, el respeto, la preocupación y la autenticidad. El tipo y nivel de servicio prestado dependerá de la forma que los clientes interactúen con la organización y sus empleados. Por ejemplo, los diferentes comportamientos serán importantes para aquellos que compran en una tienda tratando directamente con el personal de ventas, en comparación con los que compran a través de Internet. Las interacciones pueden ser cara a cara, por teléfono o por escrito.

### **Factores Importantes.**

**El concepto de servicio al cliente:** El servicio al cliente se refiere a la relación que hay entre un proveedor de productos o servicios y aquellas personas que utilizan o compran sus productos o servicios. De acuerdo a Asset Skills, es "la suma total de lo que hace una organización para satisfacer las expectativas de los clientes y producir su satisfacción".

El servicio al cliente se refiere a la comprensión tanto de la naturaleza de los clientes, en el pasado, presente y futuro de la organización, de las características y beneficios de los productos o servicios que presta y el proceso transaccional completo, desde el conocimiento inicial de un cliente potencial hasta la satisfacción post-compra.

**-La identificación de los clientes:** La mayoría de las organizaciones tendrán más de un tipo de cliente. Ellos varían según la edad, el sexo, la personalidad y la situación económica y social. También será diferente en función de variables tales como su experiencia previa al tratar con la organización, la importancia de la compra para ellos, ya sea que estén comprando o no para sí mismos o su compañía y su nivel actual de conocimientos sobre los productos o servicios.

**-Tipo de relación:** "Los clientes" pueden ser clientes potenciales, clientes de una sola vez, los clientes de repetición o ex clientes. Cada uno tendrá unas necesidades específicas de la empresa para hacer frente adecuadamente en términos de servicio.

Las necesidades de los servicios de los clientes potenciales pueden estar relacionadas con la sensibilización de las características y beneficios del producto o servicio y cómo y dónde se encuentra disponible, así como garantías sobre valores de la organización y la integridad. El punto de compra del servicio al cliente puede centrarse en gran medida en factores tales como la demostración, el ofrecimiento de alternativas y el seguimiento de la técnica de venta adecuada. El servicio posventa puede adoptar la forma de proporcionar soporte técnico, mantenimiento de relaciones a través de boletines o correos electrónicos y el ofrecimiento de descuentos especiales para fomentar la lealtad.

**Formación:** Todas las organizaciones, independientemente de su tamaño o naturaleza del negocio, tiene que tener un marco claro para el servicio al cliente, la incorporación de políticas detalladas, procedimientos y normas. Las organizaciones deben dar formación periódica de servicio al cliente para todos para que entiendan el papel que desempeñan en el servicio al cliente dentro de la organización y los comportamientos y actitudes específicas que se esperan de ellos. Se deben actualizar las normas y procedimientos de servicio y la formación con regularidad para satisfacer las cambiantes necesidades de los clientes y las actividades de la competencia.

**Tener una opinión:** Un gran servicio al cliente depende en ver las cosas desde la perspectiva del cliente. En la mayoría de los casos, esto implicará la segmentación de la base de clientes en diferentes tipos y la identificación clara de las necesidades particulares de cada uno.

El Mystery Shopping y encuestas periódicas de satisfacción del cliente pueden ser extremadamente útiles en la evaluación de servicio al cliente, al igual que la observación continua y la supervisión de las situaciones de atención al cliente en un rango de diferentes niveles. Hacer que los empleados se enfoquen y discutan temas de servicio al cliente de forma regular es una buena manera de ayudarles a mejorar las normas y para que tomen posesión en un nivel individual y de equipo.

### **Características de los servicios**

Las más relevantes y que las que las distinguen de las empresas que producen bienes son:

- 1. Los clientes no son propietarios de los servicios:** Depende del prestador del servicio.
- 2. Los servicios son intangibles:** No pueden tocarse, ni verse pero existe.
- 3. Participación del cliente en el proceso de producción:** El cliente debe estar presente para recibir el servicio.
- 4. El tiempo como factor importante:** El servicio debe darse en el mismo instante que es solicitado.
- 5. Sistemas de entrega:** Pasan por un proceso incluyendo la cadena de utilidad y el cliente evalúa el servicio según la calidad que se dé.
- 6. Caducidad:** Tiene un vencimiento y no tiene efecto después porque es consumido al momento de ser producido.
- 7. Los servicios no se almacena:** Se da en el momento que se realiza el acto o desempeño.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> FUENTE TOMADA DEL LIBRO: “Administración de los Servicios de Enfermería”. Autor: María de la Luz Balderas Pedrero. Capítulo 7: Las empresas de Servicios. p. 150.

## 2.5 Servicio de Enfermería

Según Balderas, M (2012) los servicios de enfermería son: “El acto o desempeño de los cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes por parte de una empresa de salud pública o privada”

### **Definición de Enfermería según la Ley Núm. 9 de 11 de octubre de 1987:**

“Es la ciencia y el arte de cuidar de la salud del individuo, la familia y la comunidad. Su campo de acción es la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre. El objetivo de la enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.”

Mientras que la OMS<sup>12</sup> define a la enfermería como una profesión que abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Actualmente el departamento de enfermería, adhiere una la visión, misión y valores institucionales, brindando servicios de cuidado de calidad al paciente y a la familia durante toda la etapa de la internación, basa su atención en el modelo conceptual de Virginia Henderson y aboga por liderar una gestión del cuidado centrada en el paciente y la familia, entendiendo al cuidado de enfermería desde la perspectiva integral, humana, holística, con fuerte compromiso en el trabajo en equipo y la capacitación permanente. Está conformado por personal de enfermería enmarcando diferentes niveles de formación, desarrollando y cumpliendo con las competencias propias de cada uno como son:

---

<sup>12</sup> OMS: Organización Mundial de la Salud.

Licenciados en enfermería, enfermeros profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería, en porcentaje de 96% profesionales y 4% auxiliares. Brinda servicio las 24 horas de cada día, durante los 365 días del año. Integra acciones del equipo de salud en la atención del paciente, acompañando permanentemente los avances científicos y técnicos brindando cuidados acorde a las exigencias, basada en la experiencia y el conocimiento, contando con funciones específicas mostradas a continuación.

### **2.5.1 Funciones Propias de la Enfermería**

Prestar cuidados en materia de salud al individuo, familia y comunidad. Las funciones de enfermería se pueden describir por el grado de dependencia hacia otros profesionales. Según este criterio existen:

**Funciones Independientes o Propias:** Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está capacitada y autorizada.

**Funciones Derivadas:** Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, y principalmente el personal médico.

**Funciones Interdependientes:** Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud. En cualquier medio que la enfermera desempeñe su trabajo da la combinación de estos tipos de funciones. Así mismo las enfermeras /os desempeñan actividades de tipo: Asistenciales, docentes, administrativas y de investigación.

**Función Asistencial:** Es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos en los tres niveles de salud. Las actividades a llevar a cabo en esta

función son el atender las necesidades básicas y aplicar cuidados para la reducción de los daños que provoca la enfermedad.

Las actividades asistenciales se realizan en:

### **Medio Hospitalario:**

Es el que más ha dado a conocer a la enfermería hasta hace unos años. La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se resumen en:

Atender las necesidades básicas, orientar, educar a la población y aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad.

- **Medio Extrahospitalario/Comunitario:** En este medio el personal de enfermería como miembro de un equipo de salud comunitaria comparte actividades y objetivos dependientes de la comunidad.
- **Función Docente:** La enfermería al ser una ciencia cuenta con un cuerpo de conocimientos propios y específicos creando la necesidad de transmitir y gestionar nuevo conocimiento teórico y práctico con niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia, una de las actividades que lleva a cabo el profesional es el de intervenir en el proceso de educación para la salud, que incluye educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidades, favoreciendo un alto nivel de conocimientos a todo el personal sanitario mediante formación y preparación continua a través de cursos, charlas, conferencias, exposiciones, foros, entre otros, el actualizarse y tener una educación permanente es la obligación de cada uno de los profesionales para que se siga avanzando en el cuerpo de conocimientos científicos.

- **Función Administrativa:** Al ser una actividad en la que interviene un grupo de personas es necesario el delegar y asignar funciones, actuando conscientemente sobre un sistema o subsistema social que integre a la organización, con la finalidad de alcanzar determinados objetivos. Es una actividad vinculadora para aprovechar la capacidad y esfuerzos de cada uno de los integrantes de la organización direccionándolos racionalmente hacia el logro de sus metas en común. Esta labor tiene como finalidad lograr el trabajo requerido en el menor tiempo posible con los recursos disponibles compartiéndolo con la calidad de trabajo previamente acordada.
  
- **Función Investigadora:** Esta función es realizada a partir de las actividades dirigidas a fomentar la gestión de un nuevo cuerpo de conocimientos, con avance teórico bien cimentado en investigaciones pasadas y actuales, comprobadas y avaladas por instituciones competentes. Se establecen campos en los que enfermería desee trabajar en colaboración con colegas u otros equipos de salud, comprendiendo aspectos novedosos de la profesión para la mejora de la práctica. Se busca el proponer nuevos modelos y teorías de enfermería, e inclusive un nuevo paradigma de la profesión.

### 2.5.2 Intervenciones de Enfermería

Existen tanta intervención enfermera como enfermedades, ya que la intervención para tomar medidas dependerá de diversos factores como lo es la propia enfermedad, la edad del paciente, el sexo, la situación y la circunstancia en que se presente cierto evento, así como los recursos con que cuente la enfermera a cargo de la atención brindada.

El libro NANDA<sup>13</sup> es una herramienta de libre acceso para la difusión de la metodología enfermera, diseñada para facilitar el aprendizaje de las taxonomías y facilitar la toma de decisiones del profesional o estudiante de enfermería a la hora de diseñar un plan de cuidados. El plan de cuidados va a variar en diversos contextos inclusive de la percepción

---

<sup>13</sup> NANDA: North American Nursing Diagnosis Association was founded in 1982. (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería).

enfermera al valorar al paciente, en el libro se plantean científicamente las intervenciones NIC<sup>14</sup> y NOC<sup>15</sup> a partir de la CIE.

Las intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el proceso de atención de enfermería, se debe definir las intervenciones necesarias para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente, de tal forma que la intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

**Definición de Intervenciones:** Una intervención enfermera es “Todo un tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”

**Las intervenciones de enfermería pueden ser directas o indirectas:**

- ✓ **Directa:** Es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.
- ✓ **Indirecta:** Es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

La profesión de enfermería cuenta con un amplio campo de aplicación que es bien cimentado y regulado tanto internacional como nacionalmente, en México se cuenta con una Norma Oficial Mexicana la **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, en el que define cada una de las funciones de enfermería y el nivel de alcance que tiene cada especialización y jerarquía de estudio, al conocer los aspectos generales de enfermería, las funciones e intervenciones es importante el conocer el Código de Ética y el Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México que a continuación se documenta.

---

<sup>14</sup> NIC: Nursing Interventions Classification. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

<sup>15</sup> NOC: Nursing Outcomes Classification. (Clasificación de Resultados de Enfermería).

## **2.6 Código De Ética Para Las (Os) Enfermeras(Os) En México**

Las sociedades, el entorno y la persona han evolucionado a la par de las tecnologías al igual que las patologías que afectan a la población actual, y un reto principal que atañe al sector salud es garantizar una atención medica libre de riesgos, con la mayor eficacia, eficiencia y calidez humana que conlleve al objetivo principal del desarrollo integral de bienestar para todos y cada uno de los ciudadanos.

En México se ha venido haciendo un reclamo de mayor injusticia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados, lo que exige una mayor preparación y respuesta del profesional de salud para desempeñar su práctica con la responsabilidad ética correspondiente basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permitan desempeñar el ejercicio con calidad y conciencia profesional.

Como resultado de la educación formal de la enfermera se encuentran identificados los más altos valores morales y sociales de la humanidad, que exigen un compromiso con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad, justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento, sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del “deber ser” para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia, voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del

profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con sus colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad. El compendio de los deberes que los profesionistas de

la enfermería asumen al aceptar como suyo un código de ética se resume en el denominado Decálogo.

Con motivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que la Secretaría de Salud emprende en esta gestión, y en la cual el Código de Ética se constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, en su carácter propositivo e integrador de todos los esfuerzos que desarrollan los diferentes grupos de la enfermería en el ámbito nacional, presenta para su conocimiento y en su caso aceptación y cumplimiento por la comunidad de enfermería, el presente documento que concluye la iniciativa asumida por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE), mismo que socializó en tres versiones a nivel nacional en diferentes instituciones educativas y de salud, así como en la Asamblea del Colegio Nacional de Enfermeras. Con la misma intención, la Comisión Interinstitucional trabajó dicho documento y lo socializó a nivel nacional en las Comisiones Interinstitucionales de los estados de la república y en el Distrito Federal en la mayoría de los hospitales e institutos del sector salud.

### **Marco Conceptual**

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos.

La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir, el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva. La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto humano, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. Apela a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal. Marca las directrices que dentro del grupo son aceptadas como buenas, por consiguiente, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o

encaminadas hacia el bien de las personas. La conciencia moral u órgano axiológico de lo ético va más allá de la mera complacencia o convicción personal, en tanto que juzga el bien o el mal de lo hecho y a la bondad o maldad de quien lo hace, porque el hombre siempre elige un bien pero en ocasiones no elige bien.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanan las directrices que le permitirán actuar hacia el bien común, proporcionándole paz, armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad. Así resulta que la moral no es restricción, limitación o prohibición, sino más bien afirmación, elevación, expansión y plenificación.

A la persona humana se le reconoce por su actuación consciente expresada en los múltiples actos de su vida, todos condicionados por los valores que en ética se derivan del principio del respeto igual y recíproco a la dignidad humana. Considerando que la dignidad es el carácter de lo que tiene de valor la persona en sí y por sí; es el valor peculiar que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto. Así la dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia.

La dignidad, por ser un valor inviolable que tienen esencialmente todos y cada uno de los seres humanos, independientemente de sus atributos accidentales, no tiene precio, no es comparable en ningún sentido con las cosas materiales que tienen un precio y que nunca equivaldrán al valor que la propia naturaleza concedió al hombre como ser de razón, insustituible e irrepetible, capaz de expresarse en actos de afecto, simpatía y amistad. Cada hombre en su semejanza es diverso en sus valores, sin embargo la dignidad es un valor universal que se deriva de la apreciación que cada persona hace de su propia dignidad.

En este sentido la corriente personalista que propugna la afirmación de la persona, el rescate de sus derechos y el restablecimiento de la cultura de la responsabilidad personal,

centra la atención del comportamiento moral en la persona, tomándola como protagonista de la historia y como fundadora de la sociedad en el conjunto de relaciones que se dan en la conciencia individual y social; en esta concepción la persona es consciente de sí misma, responsable de sus actos y con la libertad que la hace ser, con fines que la trascienden y con capacidad de desentenderse de sí misma para darse a los demás en una existencia humana fiel a sí misma y a su grupo social.

Esta concepción también es vista en el humanismo Kantiano, el que como filosofía del comportamiento señala: Obra siempre de tal suerte que trates a la humanidad en tu persona tanto como en la persona del prójimo, como un fin y no como un simple medio. Al considerar al hombre como fin, el humanismo se constituye en la reflexión de que la preocupación máxima del hombre debe ser el propio hombre y todo lo que significan sus intereses, sus problemas y su posición en la vida, constituyéndose esto, en el ideal por desarrollar en sí y en cada individuo lo que hay específicamente de humano como el deber, solidaridad y fraternidad, como formas de conducta, responden a la capacidad de interacción entre los seres humanos que comparten la misma visión humanista.

El humanismo tiene su expresión en un ser humano que ayuda a otro con la conciencia de lo valioso de la existencia, respeto y dignidad en todas las etapas de la vida, significando también, la disposición del hombre para responder a las necesidades de sus semejantes con una actitud humana que le dé esencia y valor a su propia vida. Después de todo, la sociedad es un sistema para las personas y toda institución es parte integral del sistema de ayudas.

El humanismo en términos generales, se define como la actitud centrada en el interés por lo humano no sólo de un modo genérico (pueblo, sociedad, humanidad) sino por la persona concreta con nombre y apellidos, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre es en lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual. En este mismo sentido que se da en el humanismo, el hombre para realizarse como persona requiere de un comportamiento ético para practicar el respeto a la integridad que significa la vida y la dignidad de sus semejantes.

Practicar el humanismo es partir de conocerse a sí mismo. Es la idea de sí mismo reflejada en otra persona. Cada hombre será más hombre si se reconoce en la dignidad de los demás. Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser ajeno es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana. Quien pueda contribuir a que el hombre obtenga bienestar en todos estos aspectos que lo constituyen se realizará a sí mismo y se hará más humano. Esta premisa constituye un sustento a la enfermería, ya que ésta durante mucho tiempo se consideró como un trabajo intrascendente en lo social, que existió para alimentar o cuidar al enfermo sin un adiestramiento previo, orientada sólo por la inclinación hacia elevados valores espirituales o religiosos.

Después de varias décadas, la demanda de atención profesional ha motivado a la enfermería a incursionar en actividades propias del trabajo intelectual, porque reconoce la necesidad de sustentar su ejercicio en la aplicación razonada del conocimiento, en el uso lógico de la tecnología y en la reflexión ética del cuidado humanitario. Por esto último, desde su formalización como carrera universitaria de sustento científico, respaldo técnico y orientación humanista se han venido impartiendo como materias obligadas la ética y la deontología en donde existe la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético.

Un código que represente el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta; siempre hay algunas mejores que otras, en eso estriba la reflexión responsable que implica esta disciplina y es en este sentido que el código pretende ayudar a tomar la decisión pertinente, sirviendo de guía, estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no lo son.

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

- A la sociedad como un conjunto de individuos del país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, justicia, igualdad y el pluralismo político.

- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.

- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.

- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.

- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.

- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen. En este contexto es importante establecer la diferencia entre deontología y ética, en ambas se definen reglas; sin embargo es sabido desde siempre que a la deontología se le relaciona con los deberes y obligaciones en el ejercicio de una profesión y como la búsqueda de las exigencias éticas.

No obstante en muchas ocasiones un código deontológico se apega más a reglas administrativas que a la esencia misma de la ética en el deber profesional, por esta razón se le da mayor relevancia a un código de ética, pues es precisamente la dignidad ontológica o constitutiva de la persona la que debe fundamentar todo planteamiento ético en la práctica de enfermería. Lo que la ética a la enfermera le solicita y más aún le exige es que dé un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio de la profesión de constante interacción con la persona, concepto clave en la definición y práctica de la enfermería. Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales.

La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación. La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia. Por todo esto se hace necesario que la enfermera reconozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su

salud; la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

### **Declaración de Principios**

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros. De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

- a. **Beneficencia y no maleficencia.-** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.
  
- b. **Justicia.-** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social

y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

- c. **Autonomía.-** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.
  
- d. **Valor fundamental de la vida humana.-** Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.
  
- e. **Privacidad.-** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene

ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

- f. **Fidelidad.-** Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.
  
- g. **Veracidad.-** Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.
  
- h. **Confiabilidad.-** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.
  
- i. **Solidaridad.-** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o

grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

- j. **Tolerancia.-** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.
- k. **Terapéutico de totalidad.-** Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.
- l. **Doble efecto.-** Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

-Que la acción y el fin del agente sea bueno.

-Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

## **Disposiciones Generales**

- **Artículo primero.-** El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus

servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

### **Los Deberes De Las Enfermeras Con Las Personas**

- **Artículo segundo.-** Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.
- **Artículo tercero.-** Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.
- **Artículo cuarto.-** Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.
- **Artículo quinto.-** Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.
- **Artículo sexto.-** Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.
- **Artículo séptimo.-** Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.
- **Artículo octavo.-** Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

- **Artículo noveno.-** Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

## **De Los Deberes De Las Enfermeras Como Profesionistas**

- **Artículo décimo.-** Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.
- **Artículo décimo primero.-** Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.
- **Artículo décimo segundo.-** Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.
- **Artículo décimo tercero.-** Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.
- **Artículo décimo cuarto.-** Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.
- **Artículo décimo quinto.-** Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.
- **Artículo décimo sexto.-** Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

- **Artículo décimo séptimo.-** Actuar con juicio crítico en la aplicación de normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

### **De los Deberes de las Enfermeras para con sus Colegas**

- **Artículo décimo octavo.-** Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.
- **Artículo décimo noveno.-** Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.
- **Artículo vigésimo.-** Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.
- **Artículo vigésimo primero.-** Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedigna y actual o buscar asesoría de expertos.
- **Artículo vigésimo segundo.-** Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

### **De Los Deberes De Las Enfermeras Para Con Su Profesión**

- **Artículo vigésimo tercero.-** Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.
- **Artículo vigésimo cuarto.-** Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

- **Artículo vigésimo quinto.-** Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

### **De Los Deberes De Las Enfermeras Para Con La Sociedad**

- **Artículo vigésimo sexto.-** Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.
- **Artículo vigésimo séptimo.-** Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.
- **Artículo vigésimo octavo.-** Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

#### **2.6.1 Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México**

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería y los que conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

El código de ética es de observancia legal y moral sumamente relevante en la aplicación de la praxis de enfermería, que desarrolla la parte humanística del cuidado como un deber y derecho que los profesionales deben realizar en su entorno para el correcto desempeño en la familia, comunidad y persona.

## **2.7 Paciente**

De acuerdo con la OMS se define al paciente como la persona que recibe atención sanitaria, es usado éste término en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria, como una embarazada sana o un niño al que se vacuna, no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales.

## **Tipos De Paciente**

No se especifica como tal un tipo absoluto de pacientes, sin embargo, se pueden clasificar por el tipo de atención médica que se le brinda, por ejemplo: paciente quirúrgico, psiquiátrico, diabético. También se pueden distinguir por las cualidades emocionales o comportamientos de acuerdo a la atención y circunstancia vivida, por ejemplo: el paciente que se queja de manera exagerada, el valiente o irritable.

## **Reacciones Del Paciente**

Las reacciones que presenta el paciente en el área intrahospitalaria dependen de la atención brindada por el personal del nosocomio, el proceso de salud enfermedad, el medio ambiente, el entorno, la familia, la educación y las creencias tanto políticas, religiosas, psicológicas y espirituales de la persona.

### **2.7.1 Obligaciones y Carta de Derechos de los Pacientes**

En México, la información sobre la atención médica que se le brinda al paciente está legislada en diferentes instrumentos de normatividad jurídica. Sin embargo, durante años la opinión del paciente, sus derechos y necesidades no fueron percibidos en su justa dimensión.

Antes de 2001 la información estaba dispersa y era difícil para los ciudadanos tener acceso a ella, comprenderla y hacerla valer por ello en la Ley General de Salud, reformada en abril de 2001, estipula que los pacientes en México tienen 16 derechos orientados a favorecer una mejor calidad médica y a fomentar el respeto a sus necesidades e intereses.

También en el año 2001 se conformó un grupo coordinado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico integrado por representantes de diversas instituciones de salud pública y privada, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos. En diciembre de ese mismo año se elaboró un

documento único para el usuario de los servicios de salud: **Carta de los Derechos Generales de los Pacientes** que resume en diez puntos los derechos de los pacientes. Fue presentada a la ciudadanía y a partir de esa fecha la carta debe estar a la vista de todos en hospitales, clínicas y consultorios.

Como ciudadano y paciente, es necesario conocer no sólo los derechos y obligaciones sino también las instancias a las que se puede recurrir en caso de sentirse vulnerado e indefenso ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para ejercer el pleno acceso y ejercicio de los propios derechos.

## **Ilustración 2. Carta De Los Derechos De Los Pacientes**

**Fuente: Guía Para El Paciente Capítulo 1**

<b>Carta de Derechos de los Pacientes.</b>	
<b>I. Recibir atención médica adecuada</b>	El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
<b>II. Recibir trato digno y respetuoso</b>	El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
<b>III. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz</b>	El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.
<b>IV. Decidir libremente sobre su atención</b>	El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
<b>V. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado</b>	

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

#### **VI. Ser tratado con confidencialidad**

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

#### **VII. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión**

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

#### **VIII. Recibir atención médica en caso de urgencia**

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

#### **IX. Contar con un expediente clínico**

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

#### **X. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida**

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Asimismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Los antecedentes de los **derechos de los pacientes** remontan desde el Código de Hammurabi y los textos de Hipócrates (considerado el padre de la medicina). En la actualidad, son varias las declaraciones internacionales que toman el tema de protección a la salud, por ejemplo.

- La Constitución de la Organización Mundial de la Salud
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

En México, La Ley General de Salud, en su Capítulo IX, Artículo 77 bis 37 y bis 38 señala los derechos y obligaciones de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Para tener el mejor tratamiento en tiempo y forma debemos tomar un rol de paciente participativo.

A continuación se presenta el decálogo de obligaciones de pacientes que aparece en el proyecto “Yo paciente participativo” propuesto por el Centro De Investigaciones y Estudios Superiores En Antropología Social de México, 2013:

1. Acudir regularmente al servicio de medicina preventiva en tu clínica de salud
2. Hacer uso de la credencial o carnet de citas que te acredita como beneficiario y presentar este documento siempre que requieras un servicio de salud. En caso de necesitar modificar algún dato (como cambio de domicilio, incorporación o baja de algún integrante de la familia) acudir al módulo de Afiliación y Orientación de tu institución de salud.
3. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de tu institución de salud.
4. Colaborar con el equipo de salud informando de manera clara y con exactitud sobre tus antecedentes médicos, necesidades y problemas de salud.
5. Cumplir con las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general que hayas aceptado someterte.
6. Informarte acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se te indiquen o apliquen.
7. Cubrir oportunamente tus cuotas para mantener la vigencia en tu institución de salud.
8. Tratar con respeto al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y a sus acompañantes.
9. Hacer uso responsable de los servicios de salud cuidando las instalaciones.
10. Informarte sobre los procedimientos para poner una queja.

## 2.8 Relación Enfermera-Paciente

Una relación entre la enfermera y paciente es la forma de interactuar estableciendo una relación genuina para resaltar la posibilidad de bienestar que forma parte de la enfermería humanística como arte clínico, que dependerá de la ideología del cuidado que tiene la enfermera a cargo de desempeñar dicho cuidado a partir de las respuestas humanas, el diálogo entre el hombre y su situación, y la comunicación y atención que le brinda el profesional durante su estancia intrahospitalaria. Según Paterson y Ziderad en 1960 manifiestan que la interacción enfermera-paciente es una experiencia existencial, que es vivida en el momento que se recibe el cuidado.

Para fundamentar la relación que se tiene entre el paciente y la enfermera es necesario el definir el cuidado (proviene del latín *coginatum*) pensamiento que demanda solicitud y atención con esmero de hacer bien una cosa. Diversos autores definen al cuidado de acuerdo a su época, por ejemplo Segundo Roach en 1993 define al cuidado humano como una característica humana, una forma de expresión, de relacionamiento con el otro ser y con el mundo, es una forma de vivir plenamente; mientras que Donahue, 1985 establece la relación: Enfermera-Mujer-Madre-Cuidado.

En cuanto a Pinto en el 2001 menciona que cuidar es la esencia de la enfermería y el cuidado es el elemento paradigmático<sup>16</sup> que hace diferencia entre enfermería y otras disciplinas. Otros autores como Strickland, Martin Heidegger y Simona Roach resaltan que el cuidado es la fuente de nuestra conciencia y se manifiesta como expresión de nuestra humanidad, valores, principios profesionales y personales siendo una “condición existencial” y una forma de ser en la que la enfermera es única y trascendente en el proceso de cuidar.

SEGUNDO ROACH, 1993.	DONAHUE, 1985	PINTO, 2001	STRICKLAND	MARTIN HEIDEGGER Y SIMONA ROACH
<ul style="list-style-type: none"><li>• El cuidado humano es una característica humana, una forma de expresión, de relacionamiento con el otro ser, con el mundo, es una forma de vivir plenamente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Establece la relación</li><li>• ENFERMERA,<ul style="list-style-type: none"><li>• MUJER,</li><li>• MADRE,</li><li>• CUIDADO.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidar Es la esencia de enfermería, el cuidado el elemento paradigmático que hace diferencia entre enfermería y otras disciplinas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El cuidado es la fuente de nuestra conciencia y se manifiesta como expresión de nuestra humanidad, valores, principios profesionales y personales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El cuidado es una “condición existencial” y una forma de ser.</li><li>• La enfermera es única y trascendente en el proceso de cuidar.</li></ul>

<sup>16</sup> Paradigma según la RAE es un Conjunto cuyos elementos pueden aparecer alternativamente en algún contexto especificado, en este caso la disciplina de enfermería.

### Ilustración 3 Resumen de “Cuidado Humanizado” de acuerdo a diversos autores.

- El cuidado que identifica a la enfermería es el cuidado **Recíproco, Interactivo e Integrativo.**
- El cuidado como una práctica ética es la esencia de enfermería, evidenciado por el respeto a los clientes, familiares, a sí misma, a sus colegas y al equipo de salud.

#### Objetivos del arte de enfermería

1. Entender al paciente.
2. Incrementar las actitudes del paciente.
3. Mejorar su patología con el plan terapéutico.
4. Prevenir la recidiva de su problema o desarrollo de otro.

### Ilustración 4 Actividades del arte de enfermería



### Elementos para el Cuidar y Cuidado en Pacientes Hospitalizados

- Para cuidar a un paciente se requiere:
  - Paciencia-Atención-Cariño.
  - Entender al paciente, ser servicial y profesional.
  - Se debe sentir placer, se requiere piedad, esperanza, intención de cuidadora.
  - Comprensión, expresión y colaboración.

- Para ser cuidado se necesita Dedicación, Obediencia, Armonía, Colaboración, Dependencia y Presteza.

### **Efectos del Cuidado**

- 🌍 Calor Humano. Dar una atención integral con el mejor trato digno posible.
- 🌍 Buenos Resultados .Al tratar a una persona sana o enferma y cubrir sus necesidades no solo físicas, psicológicas, fisiológicas, sociales y espirituales a partir de la relación efectiva y eficaz entre enfermera y paciente se obtienen resultados positivos para ambos.
- 🌍 Gratificación y Entendimiento. Se refiere a la empatía y la conexión creada en el proceso de cuidar.

### **El Proceso de Cuidar**

“Desenvolvimiento de acciones, actitudes y comportamientos con base científica, experiencia, intuición y pensamiento crítico realizado para con el ser humano en el sentido de promover, mantener y recuperar su dignidad y totalidad humana”.

#### **2.8.1 Fundamentación Teórica**

A continuación se muestra en resumen el Fundamento Filosófico Del Cuidado Profesional De Enfermería de acuerdo a Watson y a Wiendenbach, posteriormente se describe a fondo las teorías de las dos autoras mencionadas.

#### **Watson en 1985 propone 10 Elementos básicos con componente fenomenológico que son:**

- Formación de un sistema de valores humanístico-altruista.
- Incorporar valores humanísticos para promover un sistema holístico.

- Cultivo de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, auto aceptación enfermera-paciente.
- Desarrollo de la relación: ayuda-confianza.
- Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- Utilización sistemática del método de resolución de problemas.
- Promoción de la enseñanza aprendizaje.
- Provisión de un entorno de apoyo, reconocer la influencia de factores externos e internos de la salud-enfermedad.
- Asistencia con satisfacción de necesidades humanas.
- Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas, describir los datos de la situación inmediata.

### **Wiendenbach nos menciona en su teoría la relación: Enfermera-Persona-Salud-Entorno**

#### **Propone Los Atributos Esenciales De Un Profesional:**

- ✓ Maestría y conocimientos para la consecución del objetivo.
- ✓ Capacidad para establecer y mantener relaciones de trabajo adecuados con otros individuos.
- ✓ Interés por crear nuevo conocimiento.
- ✓ Dedicación al logro de metas de la humanidad en vez de perseguir su gloria personal.

## **2.8.2 Descripción de Teorías**

### **2.8.2.1 J. Watson: Teoría Del Cuidado Humano**

Sus publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado. Todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base antológica, ética y epistemológica para su praxis, así como líneas de investigación. Confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. “La ética y la escala de valores de cuidado,

curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad”.

## **Elaboración de la Teoría**

**1. Interacción Enfermera-Paciente:** Define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

**2. Campo Fenomenológico:** Corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.

**3. Relación Transpersonal del Cuidado:** Para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

-Transpersonal: Significa ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente

-Cuidado Transpersonal: Intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

5. **Momento de cuidado:** Es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

Watson al conceptualizar los elementos clave define su teoría: **Teoría del Cuidado Humano.**

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”.

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.

3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

### **Factores curativos de la ciencia del cuidado.**

- 1- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
- 2- Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- 3- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva al auto actualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
- 4- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

- 5- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- 6- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
- 7- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
- 8- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
- 9- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

10- Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base “filosófica”. Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta.

**Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.** Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

**Premisa 1.** “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.

**Premisa 2.** “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la

profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

**Premisa 3.** “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos metaparadigmáticos de la siguiente manera:

- Salud: Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante .La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

### **Aplicaciones de la teoría.**

Utilizada como marco disciplinario en programas de enfermería de algunas universidades de Estados Unidos y a través del mundo.

### **Aportes a distintos campos.**

-Docencia: El objeto de la práctica profesional es la naturaleza de la vida, del ser humano. Incluye teorías filosóficas respecto de la salud, del cuidado y de la curación. Las áreas centrales de contenido son las humanidades, la ciencia socio-biomédica y tanto el fondo como la forma del cuidado a los pacientes. Los cursos deberían utilizar el arte, la música, la literatura, la poesía, el teatro y el movimiento para facilitar el entendimiento de las reacciones ante distintos estados de salud y ante nuevas posibilidades de dispensación de cuidados y de curación que vayan surgiendo.

-Práctica: Tiene por objetivo ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo que hace que tengan lugar procesos de autoconocimiento, respeto propio, auto-curativos y de atención a uno mismo a la vez que aumenta la diversidad, que es el objetivo de la aplicación de los diez factores.

- Investigación: invita a las enfermeras a utilizar enfoques de investigación innovadores.

### 2.8.2.2 Ernestina Wiendenbach Teoría de Enfermera-Persona-Salud-Entorno.

Basaba sus conocimientos en una teoría, la cual se fundamentaba en tres factores:

- El objetivo central que el médico reconoce como esencial para la disciplina en particular.
- La receta para el logro del propósito central.
- Las realidades de la situación inmediata que influyen en el objetivo central.

A su vez, Wiedenbach afirma que hay cuatro elementos principales para la enfermería clínica. Entre ellos: una filosofía, un propósito, una práctica y el arte.

**La filosofía** de las enfermeras era su actitud y creencias sobre la vida y la forma en que la realidad causaba efecto en ellas. Marcaba que la filosofía es lo que motiva a la enfermera para actuar de cierta manera.

Además caracterizó componentes esenciales asociados con la filosofía de enfermería: la reverencia por la vida, respeto a la dignidad, el valor de autonomía, la individualidad de cada ser humano y la resolución para actuar en personas de manera profesional manteniendo sus creencias.

**El propósito** estaba marcado en que las enfermeras debían dirigir el bien general del paciente en cada uno de sus ámbitos personales y del entorno.

**La práctica** estaba reflejada en las acciones de la enfermería que se observaban cuando las enfermeras se encargaban del cuidado y bienestar del paciente que solicitaba ayuda.

**El arte** de la enfermería incluye la comprensión de las enfermeras sobre las necesidades e inquietudes de los pacientes, las metas de su desarrollo y las acciones destinadas a la mejora de la capacidad de los mismos dirigiendo las actividades relacionadas con el plan médico para mejorar sus condiciones. Es necesario nombrar que Wiedenbach colaboró en la

definición de ciertos conceptos que se utilizaban en el ámbito salud y que muchas veces causaban confusiones. Ella definió Al **paciente** como una persona que ha entrado en el sistema de salud y está recibiendo ayuda de algún tipo, como la atención, la enseñanza o el consejo.

La necesidad para la ayuda se define como cualquier medida deseada por el paciente que tiene el potencial para restaurar o ampliar su capacidad de hacer frente a diversas situaciones de la vida que afectan su salud y bienestar.

La **sentencia** es la decisión acertada que toma la enfermera. Se basan en la diferenciación de la realidad a la suposición y relacionarlos con causa y efecto. **El buen juicio** es el resultado del funcionamiento disciplinado de la mente y las emociones, y mejora con el mayor conocimiento y una mayor claridad de propósito profesional.

Es interesante cuando Wiedenbach conceptualiza claramente a la enfermería como la práctica de la identificación de las necesidades de un paciente en busca de ayuda mediante la observación de la presentación de comportamientos y síntomas, la exploración del significado de los síntomas con el paciente, para determinar las causas de la incomodidad, y la determinación de la capacidad del paciente para resolver su malestar.

**Según la teoría ya mencionada, los conceptos de la disciplina se describen de la siguiente manera:**

- **Salud:** Se define como un bienestar total tomando al individuo como un ser holístico, analizando sus aspectos tanto biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La persona perdía su salud cuando surgía en él una necesidad que solamente el campo de la salud podía resolver.

- **Cuidado:** El cuerpo de enfermería se centraba en localizar las necesidades del individuo, y de esta manera ejercer todo su potencial en conocimientos de salud con el fin de aumentar o

mejorar su completo bienestar, y de esta manera reinsertarlo en la sociedad.

- **Persona:** Cada persona (ya sea enfermera o paciente), está dotada de un potencial único para desarrollar los recursos de auto sustentabilidad. La gente en general tiende hacia la independencia y el cumplimiento de las responsabilidades. Conciencia de sí mismo y auto – aceptación es fundamental a la integridad personal y la autoestima. Todo lo que un individuo hace en un momento dado representa el mejor criterio para esa persona en ese momento.

- **Entorno:** Es el contexto en el que está situada la persona, es decir, la realidad con la que convive todos los días y se relacionan conjuntamente en forma dinámica. Se toma en cuenta en su totalidad para una mejor investigación y próxima actuación en el mejoramiento de su salud.

### **La Relación Enfermero – Paciente – Familia según Wiedenbach:**

**Propuso que las enfermeras deben identificar las necesidades de ayuda de los pacientes mediante lo siguiente:**

- Observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar.
- Exploración del significado de su comportamiento.
- Determinación de la causa de su malestar o incapacidad.
- Determinación de si pueden resolver sus problemas o si tienen necesidad de ayuda.
- Después de eso, la enfermera debe administrar la ayuda necesaria y debe comprobar que se haya satisfecho la necesidad de ayuda.

Para que la enfermera pueda proceder en el proceso de ayuda para el paciente, debe incorporar su contexto más próximo que es la familia del mismo, que serán un pilar fundamental para la recuperación y rehabilitación del paciente. Además, dicha relación enfermero-paciente-familia debe ser bajo ciertas características:

- Comunicación:** Acción indispensable que se debe llevar a cabo en dicha relación para aportar información, con el fin de cumplir con los objetivos previstos.

- **Educación:** Se construye desde las dos partes: enfermero y paciente, familia, ya que debe haber una interacción para que ambos puedan contribuir al mejoramiento de la salud. Además promueve a un auto-cuidado del paciente, para mejorar su calidad de vida.

**PARADIGMA:** La teoría de Ernestine Wiedenbach se puede interpretar dentro del paradigma de integración, ya que su intervención se basa en **actuar con** el paciente. Ernestine orientaba sus cuidados como enfermera, así como su teoría, en la meditación para lograr considerar las opciones a favor o en contra, a la hora de decidir sobre la salud de la gente y así tomar la iniciativa necesaria para el completo bienestar de las personas.

Basaba sus cuidados en una relación con sus pacientes de una manera muy personal. Esto se deja ver en su frase: “Las personas pueden diferir en cuanto al concepto de la enfermería, pero poco estarían en desacuerdo en que la enfermería es criar o cuidar a alguien de manera muy maternal”

El describir a fondo los fundamentos teóricos de la profesión de enfermería deja claro que el cuidado debe ser recíproco, interactivo e integrativo, ya que se integran sentimientos, pensamientos y expresiones, desafortunadamente en la actualidad las instituciones con sistemas complejos y normativas establecidas están determinando que el cuidar no se centre en el usuario por adoptar a la práctica un modelo biomédico, por ello es importante el recordar lo que Watson menciona:

*“La deshumanización en el cuidado es a causa de la reestructuración administrativa en la mayoría de los sistemas de la salud en el mundo, es necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal en la clínica, administrativa, investigativa y educativa por parte de los profesionales de enfermería”.* El paciente puede olvidar lo que vio, lo que escuchó pero jamás olvidará sus experiencias y quién lo cuidó durante su estadía en el hospital.

## CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

En el siguiente capítulo se menciona la metodología de las acciones realizadas y la importancia que tiene cada una de ellas.

Esta investigación se encuentra dividida en dos partes:

La primera etapa cuenta con fundamentación contextual documentada a partir de la descripción del tema de indicador de calidad del trato digno y la relación enfermera -paciente desde la perspectiva teórica de autores reconocidos como Ernestine Wiendenbach que describe la teoría de “Relación: enfermero-paciente-familia”, y la teoría propuesta por J. Watson sobre EL CUIDADO HUMANO, también se describen las funciones e intervenciones de enfermería, normas que fundamentan la calidad y partes citadas del documento “Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería” avalado por la Secretaría de Salud (SS) propuesto en la “Cruzada Nacional De la Calidad de los Servicios de Salud”.

En la segunda etapa se diseñan los instrumentos de recolección de datos que van dirigidos a enfermera, a pacientes y familiares.

Una vez diseñado el instrumento se procede a aplicar el formato “F2-TDE/02” (Ver Anexo1) de la Secretaría de Salud, posteriormente se utilizaron los instrumentos de recolección de datos con la etiqueta de Cuestionarios para las Enfermeras (Ver Anexo 2), para Pacientes con un rango de edad de 18 a 80 años (Ver Anexo 3) y para Familiares de los Pacientes Hospitalizados (Ver Anexo 4) en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud para fines prácticos de la investigación. Los pacientes encuestados fueron electos aleatoriamente independientemente de su patología pero que se encontraran conscientes en sus 3 esferas (tiempo, persona y espacio).

Se aplicará el formato F2-TDE/02 sobre el Indicador de Calidad de Trato Digno al paciente por parte del gremio de enfermería de la Secretaría de Salud para documentar la

calidad de los servicios de Clínica Privada, Obstetricia General y Privada, Medicina Interna Mujeres, y a familiares de los enfermos hospitalizados., acerca del desempeño profesional en 24 hrs., en cada uno de los pacientes abordados, con la finalidad de identificar problemas que presenten los pacientes y familia que acude a la institución, identificando de ésta forma las fallas internas del servicio prestado en el área de hospitalización en que interviene la enfermera durante los 3 turnos, en un periodo de siete semanas del 10 de Febrero al 27 de Febrero, y del 4 de Marzo al 27 de Marzo del 2015.

También se solicitaron entrevistas con las encargadas de dichos servicios así como a las supervisoras y la jefa de enfermería del HNSS, para que comentaran la importancia e impacto que tiene el trato digno al paciente durante su hospitalización, obteniendo de ésta manera los datos cualitativos.

Se trata de un enfoque mixto el cual se logrará a partir de la aplicación del formato F2-TDE/02, la aplicación de entrevistas a profesionales de la salud y del cuestionario sobre el servicio de enfermería en cuanto al trato digno recibido en ese momento por el paciente, posteriormente se recopila, analiza y se presentan los datos, confirmando las hipótesis, además el estudio da como resultado una perspectiva general del hospital y de la calidad del servicio de enfermería respecto al trato recibido en las diferentes áreas de hospitalización.

El diseño de la investigación es de campo con enfoque prospectivo y descriptivo debido a que se muestran los análisis en una tendencia de mejoría en la atención de salud brindada en un tiempo de siete semanas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia, Michoacán.

El universo de estudio es conformado por diversos elementos, el primer momento será la aplicación de cuestionarios a las enfermeras encargadas de diferentes turnos de los servicios de Clínica Privada, Medicina Interna Mujeres, y Obstetricia general y Privada, en la que se pretende involucrar a cada una en el estudio, teniendo como límite un total de 25 participantes; como segundo momento, se realizará el cuestionario a pacientes hospitalizados en dichos servicios que cumplieran con un mínimo de 24 hrs. de estancia intrahospitalaria y en el que las

condiciones de salud le permitieran participar de acuerdo a estado de conciencia o severidad del padecimiento y, el último elemento, fue conformado por la opinión del familiar de los pacientes cuestionados, en los dos últimos se determinó aplicar 20 cuestionamientos para mayor practicidad.

Las pruebas piloto y entrevistas se realizarán: Una a la Jefa de Enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud Lic. Ana Silvia Rodríguez Juárez con 21 años de experiencia laboral en el cargo, otra a la Especialista en Salud Mental Oliva Paniagua Corona con 32 años de experiencia laboral encargada del servicio de psiquiatría del HNSS, al enfermero Eduardo Cerda Loeza TUM (Técnico en Urgencias Médicas) y a la LEO. María Griselda Lara Gutiérrez, las que dieron vialidad a los cuestionarios para cada uno de los sujetos de estudio abordados.

La forma de recolectar datos con las enfermeras será solicitado por medio de la ayuda voluntaria, explicando brevemente el fin de la investigación, posteriormente a todas y cada una de las participantes se les proporcionará el formato de llenado al inicio del turno para que lo contesten cuando consideren pertinente y se les informará que será recolectado al finalizar el turno, al concluir la actividad se agradecerá su contribución.

Respecto a los pacientes se corroboraba la estancia mínima de 24 horas, se explicará la actividad a realizar y pedirá su cooperación, si aceptan se procederá a la aplicación y posterior agradecimiento, si decide no participar se agradece. El llenado del cuestionario para el familiar es similar al del paciente explicándosele la finalidad del cuestionario para pedir su colaboración, pidiéndosele sus datos generales, realizándose la actividad y luego se agradecerá.

### 3.1 VARIABLES.

#### Cuadro Variable y Aspectos.

VARIABLE	ASPECTOS	HERRAMIENTAS
<b>Calidad</b>	Concepto. Elementos de la Calidad. Campo de Aplicación.	-Consulta Documental: Archivos PDF, libros, artículos.
<b>Indicador de Calidad: Trato Digno al Paciente.</b>	<b>¿Qué es el indicador de calidad?</b> Concepto. Importancia. <b>Trato Digno al Paciente.</b> Definición. Elementos del Trato Digno.	-Fundamentación Teórica. -Consulta Documental: Archivos PDF, libros, artículos.
<b>Servicio</b>	Definición. Factores importantes: -Servidor y cliente.	-Consulta Documental: Archivos PDF, libros, artículos.
<b>Servicio de Enfermería.</b>	<b>SERVICIO DE ENFERMERÍA.</b> -Concepto. - Funciones de Enfermería. <b>Intervención de Enfermería</b> -Tipos de intervenciones. -Código de Ética del Profesional de Enfermería. <b>PACIENTE:</b> -Concepto. -Tipos de paciente. -Reacciones del paciente. -Obligaciones y carta de derechos de los pacientes. <b>RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE:</b> -Concepto.	-Libros, Artículos, Documentos PDF, Internet, Diario Oficial de la Federación.

	-El cuidado.  <b>Fundamentación Teórica.</b> <b>Descripción de Teorías:</b> -J. Watson. -E. Wiendenbach.	
<b>Aplicación de cuestionarios y formularios.</b>	<b>Etapas:</b> -Formulación de Herramientas. -Aplicación de formatos. -Recolección, Análisis e Interpretación de datos. -Conclusiones.	-Formatos F1-TDE/02 y F2-TDE/02 de la Secretaría de Salud (SS). -Entrevistas, Cuestionarios.

Las variables dieron cuerpo al marco teórico de la investigación, se desarrolló cada una de las variables independientes y dependientes de manera documental y descriptiva, se realizaron comparaciones de diversas fuentes para citar, deducir y estructurar cada capítulo redactado.

En la variable de Calidad fue desarrollado el concepto de acuerdo a diversos autores basándose en normas, libros y documentos de internet, se describió la evolución histórica de la calidad, los elementos clave de la misma, la importancia y beneficios que aporta en la actualidad, también fueron diseñadas imágenes y tablas de conceptos importantes a manera de resumen. En la misma variable se uso el método de lo general a lo particular para aterrizar finalmente con la Calidad de los Servicios de Atención Médica y el Control Total de Calidad que se pretende lograr en los sistemas de Salud de acuerdo a la “Cruzada Nacional por los Servicios de Salud: Evaluación de los Indicadores de Calidad”.

En la variable independiente de Indicador de Calidad: Trato Digno al Paciente fue documentado el concepto e importancia del mismo, logrado a partir del uso de herramientas como el internet, libros, ensayos y artículos, para comprender el Trato Digno al Paciente Hospitalizado, se desglosaron cada una de las palabras clave para un análisis más a fondo sobre lo que implica dicho concepto, fue deducido y definido al ser más esclarecido en una

investigación asociada, ésta unidad muestra parte de los resultados obtenidos en dicho estudio para dar sustento al trabajo actual.

La variable de Servicio se documentó de fuentes diversas, describiéndose los factores importantes para posteriormente abordar el Servicio de Enfermería, fueron citados libros, documentos y archivos de internet como herramientas para recolectar información, subsecuentemente aparece la documentación de las funciones propias y derivadas de la enfermería, así como las intervenciones que tiene dicho profesional en el servicio de salud, en este capítulo al ser competente y relevante para la disciplina se inducen los aspectos éticos de la investigación presentes el Código y Decálogo de ética para las y los enfermeros de México que se encuentran vigentes en la actualidad.

En la variable Paciente se encuentran conceptualizadas y descritas las Obligaciones y Carta de derechos de los pacientes, se muestran ilustraciones haciendo más estética, práctica y presentable la información, también es propuesto un decálogo de obligaciones para el paciente tomados del proyecto del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de México del año 2013 sobre las obligaciones que deben conocer los pacientes.

En la variable Relación Enfermera-Paciente se conceptualiza, ilustra y citan a diversos autores para la definición del binomio, describiéndose los beneficios del cuidado desde un enfoque fenomenológico induciendo al capítulo siguiente en el que se documenta la fundamentación teórica de Jean Watson sobre el Cuidado Humano, y la teoría de la Relación Enfermera-Persona-Salud –Entorno de Ernestine Wiendenbach, concluyendo de ésta forma la primer etapa contextual de la investigación.

La segunda etapa constó de la Aplicación de formatos, análisis de instrumentos de medición e interpretación de resultados así como la realización de tablas de cada herramienta empleada para finalmente redactar la conclusión, lo cual se redacta a continuación en el capítulo de los resultados.

## **CAPÍTULO 4: RESULTADOS**

El capítulo muestra los hallazgos encontrados al realizar la investigación de campo de la Tesis “Indicador de Calidad en Enfermería: Trato Digno”, en la que fue de suma importancia la disposición y participación de cada una de las personas que contribuyeron para la realización y aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

El Trato digno es un valor inviolable que debe ser salvaguardado por la enfermera ya que es el actor principal en el cuidado de los pacientes sanos, enfermos y de todas las edades, el conocerlo forma parte de la competencia profesional certificada en bases de calidad humana, que brinda un servicio de salud holístico aportando un ambiente terapéutico de totalidad contribuyendo a la pronta mejoría del paciente hospitalizado para el retorno del usuario a la vida cotidiana.

La investigación fue realizada por etapas, en las cuales se realizó un organigrama de actividades para el cumplimiento de las mismas (Ver Anexo 1), en cada etapa es descrito a detalle la forma de realizar desde la formulación de cuestionarios y aplicación de cuestionarios hasta la obtención de resultados de cada herramienta utilizada.

### **4.1 APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS Y FORMULARIOS**

#### **Etapas:**

##### **1. Formulación de Herramientas**

Para la formulación de instrumentos de recolección de datos fue necesario el consultar a enfermeras con experiencia en la práctica clínica, primordialmente se realizo el abordaje

solicitando una entrevista, en la cual se le pedía su colaboración para a partir de su experiencia definiera: ¿Qué es el Trato Digno al paciente hospitalizado?, posteriormente se pedía una aportación para hacer preguntas productivas a enfermeras, pacientes y familiares en las que se pudiera ver un panorama concreto de la atención en los servicios de hospitalización del HNSS, finalmente, fueron electas las ideas y redactadas en los diversos cuestionarios para Enfermera (Ver Anexo 2), Pacientes (Ver Anexo 3) y Familiares (Ver Anexo 4), los cuestionarios incluyen reactivos Cualitativos y Cuantitativos.

Otro instrumento de suma importancia fue el modelo que propone la Cruzada Nacional de los Servicios de Salud acerca del Indicador de Calidad de Enfermería del Trato Digno al Paciente Hospitalizado, para mayor practicidad fue formulado un nuevo diseño del formato (Ver Anexo 1) que incluye los datos que califica dicha Cruzada.

## **2. Aplicación de Formatos**

La aplicación de formatos para la Enfermera, Paciente y Familiar fueron aplicadas en un periodo del 4 de Marzo al 27 de Marzo del 2015. En cuanto a la Evaluación del indicador de Calidad fue solicitada la contribución de la Jefatura de Enfermería para la obtención de los resultados por día durante el mes de Febrero y Marzo del presente año.

## **3. Recolección, Análisis e Interpretación de Datos**

En el presente subtema se describe el panorama general de la población de estudio a través de tablas en las que fueron recolectados los datos.

El universo del que se recolecto la información es con respecto a los pacientes hospitalizados en el HNSS que han requerido la atención de salud durante dos periodos del 10 de Febrero al 27 de febrero del 2015 y del 4 de Marzo al 27 de Marzo de 2015.

A continuación se muestran tablas acerca de la información obtenida en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS).

**Tabla 2. Total de Instrumentos de Recolección de Datos Aplicados a: Especialistas, Enfermeras, Pacientes y Familiares.**

<b>Instrumento de recolección.</b>	<b>Cuestionarios Entregados.</b>	<b>Completos.</b>	<b>Incompletos.</b>
<b>Entrevistas.</b>	5	5	-
<b>Cuestionario.</b>	50	38	12
<b>Pruebas Piloto.</b>	5	5	-

En la Tabla 2 es resumido en general el número de instrumentos aplicados durante toda la investigación, a continuación se expone la cantidad de herramientas asignadas a cada sujeto de estudio.

**Tabla 3. Relación de Total de Pruebas Realizadas de acuerdo al Sujeto de Estudio.**

<b>Prueba/sujeto de estudio.</b>	<b>Enfermera.</b>		<b>Paciente.</b>		<b>Familiar.</b>	
	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
<b>Cuestionario.</b>	18	12	11	-	9	-
<b>Entrevista.</b>	4	-	1	-	1	-
<b>Pruebas Piloto.</b>	4	-	1	-	1	-
<b>TOTAL</b>		38		13		11

\*La letra "C" significa Completo, la Letra "I" significa Incompleto.

Los formatos implementados constaban de Entrevistas, Pruebas Piloto, y Cuestionarios, siendo los últimos para Enfermeras (Ver Anexo 2), Pacientes (Ver Anexo 3), y Familiares (Ver Anexo 4).

En el que mayor contratiempo se suscito fue en el del gremio de enfermería debido a que los cuestionarios eran aplicados durante la jornada laboral, fueron realizados de forma aleatoria en los periodos marcados en los diversos turnos, no se cuenta con mucha cantidad de población puesto que no hay mucho personal titular de enfermería sino estudiantes de la EEHNSS, por ello la importancia de dar a conocer la investigación, pues el Hospital de Nuestra Señora de la Salud forma parte de la preparación académica y profesional de las estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (EEHNSS).

Al verificar las herramientas dirigidas a pacientes y familiares, es claro que hubo disponibilidad de las personas, el acontecimiento negativo para obtener mayor cantidad de información fue el poco tiempo durante la jornada laboral con que contaba la investigadora.

En la siguiente tabla se exponen los porcentajes totales de los formatos aplicados y el sujeto al que están dirigidos.

**Tabla 4. Total de Cuestionarios Realizados por Sujeto de Estudio.**

<b>Cuestionarios aplicados.</b>	<b>Enfermera.</b>	<b>Paciente.</b>	<b>Familiar.</b>
100% (60)	63.3%	21.7%	15%

En primer lugar, se expone la panorámica general de los instrumentos aplicados, en todos era necesario solicitar la contribución voluntaria describiéndoles brevemente la finalidad del estudio, para lo cual:

Las Entrevistas y pruebas piloto planeadas a especialistas fueron 4, dichas aplicaciones requirieron previa cita y formalmente fueron llevadas a cabo sin contratiempo alguno, las personas solicitadas contaron con mucha disponibilidad, realizaron sugerencias, brindaron orientación y comentaron la importancia del tema, pareciéndoles relevante y concordaron que el estudio es de gran trascendencia para el ámbito clínico y profesional de la enfermería.

Algunos contratiempos suscitados en la población de enfermería fue la falta de tiempo para completar o realizar el cuestionario, por ello en las Tablas 2 y 3 se muestran la cantidad de cuestionarios completos o incompletos, con el propósito de realizar el estudio con la enfermera es saber qué es lo que “piensa la enfermera” porque en un servicio si no se cuenta con el conocimiento es difícil aplicarlo.

Se diseñaron cuatro instrumentos que fungieron a la vez como pruebas piloto, a continuación se describen los datos generales de las personas que contribuyeron y los aspectos importantes de cada entrevista.

#### *Entrevista 1*

**Nombre:** Eduardo Cerda Loeza. TUM (Técnico en Urgencias Médicas)

**Experiencia laboral:** 9 años.

**Fecha y hora de aplicación:** 4 de Marzo de 2015. 11hrs-11:40 hrs.

**Aspectos importantes:**

El trato digno es hablar al paciente por su nombre, sin faltar al respeto, cuidando su integridad física, brindar un ambiente seguro, tranquilo y agradable. Los elementos del trato digno son los valores como el respeto, humanidad, humildad, confianza, neutralidad, sin distinción de raza, creencia religiosa o política, siendo la esencia del cuidado el ayudar a que la persona se recupere cuidando su integridad física, lo más importante en la relación Enfermera-Paciente es la comunicación distinguiéndose por el control de voz usando un vocabulario amable y sincero; respecto a los cuidados es relevante el apoyo a las necesidades del usuario al igual que la ética profesional, también en un enfermero/a es importante la iniciativa, la estabilidad emocional, el liderazgo, la presentación y control de los hábitos personales.

### ***Entrevista 2:***

Nombre: Oliva Paniagua Corona (Enfermera Especialista en Salud Mental).

Experiencia: 32 años.

Fecha: 13 de Marzo de 2015.

Aspectos importantes:

La Dignidad Humana es un valor inviolable, siendo esto la suma de derechos que tiene la naturaleza humana, por tener un libre uso de la razón y del juicio que nos da la inteligencia con capacidad de expresarse en actos de amor, simpatía y amistad, nadie tiene derecho de violar la integridad ni dignidad como persona, hay que respetar y tratar dignamente a los pacientes y a los compañeros que convivimos, el trabajo en equipo es muy importante, la comprensión, empatía, amistad, la calidad y calidez son factores que ayudan a dejar muy bien al paciente. Hay que recordar que todos somos iguales, pero el paciente está en ligera desventaja y tenemos que estar ahí para entenderlos, hay que conocerlos, convivir e interactuar con los pacientes reconociendo que tanto ellos como nosotros tenemos sentimientos como el Amor, el Miedo, Alegría, Tristeza y Enojo, hay que aceptarnos con todos nuestros defectos y no simplemente ser enfermeras operativas, debemos tener siempre bien presente los 4 fundamentos básicos de enfermería (Respetar la individualidad del paciente, Proteger de causas Externas a su Enfermedad, Satisfacer las necesidades Fisiológicas y Favorecer a la rehabilitación). El ambiente terapéutico, los cuidados de enfermería y las condiciones higiénicas en que tenemos al paciente así como la atención oportuna, rápida, eficaz y de calidad respetando a la persona sin distinción de raza, religión, clase social, creencia religiosa y preferencia política es otro elemento del trato digno. Hay que hacer que la persona se sienta importante, escucharla, atenderla, y hasta hacer amistad con ella, el usuario tiene derecho a recibir toda la atención que se merece como persona respetable y honorable y la enfermera tiene el deber de hacer siempre lo mejor posible para ella y el que atiende.

### ***Entrevista 3:***

Nombre: Lic. Florentino Medina Arriola (Lic. En Derecho y Filósofo).

Experiencia: 30 años.

Fecha: 14 de Marzo de 2015.

Aspectos importantes:

Para dar un trato digno es el deber ser, saber lo que debemos hacer, realizarlo, hay que incluir al paciente en sus cuidados para que colabore en la mejoría de su salud. Sugiere: Debemos considerar la perspectiva y opinión de la enfermera, saber si ya se ha olvidado del cuidado humano, del tratar como persona, ¿Será que se ha convertido en cuidado mercantilista y se ha olvidado el Trato Digno?

La comunicación de acuerdo al léxico del paciente debe ser modificable, siempre con respeto y de una manera en que nos comprendan, la enfermera dejó de ser una “sirvienta” hay que creérsela y demostrarlo con aptitudes, acciones y valores, en la atención a la salud siempre tiene que haber una interacción entre una persona y otra, la salud y la enfermedad tienen realidad dentro de la polaridad de la vida y la muerte y se propone la utilización de la categoría como proceso vital humano que conlleva a los niveles e interacciones biológico-sociales e individual-colectivo, la empatía, la amabilidad, el ponerte en “los zapatos del otro” y realizar un plan terapéutico exclusivamente para cada uno de tus pacientes les proporcionara un autoconocimiento, una visión y apertura interna e intelectual, en suma de sus valores y características como persona.

***Entrevista 4:***

Nombre: Lic. Ana Silvia Rodríguez Juárez (Jefa de Enfermeras del HNSS)

Experiencia: 21 años.

Fecha: 31 de Marzo de 2015.

Aspectos importantes:

El trato Digno es la atención que se otorga a la persona respetando sus derechos humanos y valores, tratarlo con amabilidad, llamarle por su nombre y adecuar su tratamiento individualmente, los valores en la relación Enfermera-Paciente son paciencia, profesionalismo, seguridad y empatía, el deber de la enfermera es la asistencia a la familia, comunidad y paciente, así como a su educación para ayudar al afrontamiento de su enfermedad para la posterior rehabilitación, cada uno debe defender y conocer sus derechos y obligaciones . Otro aspecto es el proporcionar el cuidado y tratamiento oportuno libre de riesgos con respeto, veracidad, valores éticos, morales, espirituales, culturales, religiosos y profesionales adecuados al padecimiento defendiendo ante todo la dignidad como persona.

## **Interpretación de la LEO. Jazmin Lizeth Hernández Barrientos es:**

El Trato Digno tiene relación con la Dignidad humana, del respeto a los derechos y obligaciones que tenemos todos los ciudadanos, la enfermera tiene el deber de conocerlos para interactuar con seres humanos, con personas y sobre todo con vidas, la magnitud del cuidado como esencia de la profesión de enfermería muestra un sustento científico con bases de mejora continua. Aunque actualmente en las instituciones públicas se cuente con especialistas, tecnologías, recursos humanos y financieros, no siempre es usado para las personas que realmente lo necesitan, y las personas que lo reciben no son tratados de la manera más adecuada, algunos factores son la falta de tiempo, la gran demanda y carga de trabajo para cada enfermero/a que labora en dichas instituciones, en las entrevistas se distingue las cualidades con las que debe contar el personal de éste gremio, los valores morales, y el ser de la persona que brinda los cuidados.

El impacto que tiene el cuidado de la enfermera en la salud de una persona o un núcleo familiar es bastante amplio, ya que la vida y la satisfacción al realizar el trabajo no tiene comparación alguna, debe dignificarse la profesión con el actuar diario, al tratar a cada uno de los pacientes, ponerse en su lugar, empatizar, animar, y crear un vínculo durante la interacción Enfermera-Paciente para ayudar de la mejor manera a la recuperación del enfermo y al regreso a su entorno diario, contribuyendo a una buena calidad de vida, a partir del desempeño adecuado de las funciones propias de la enfermería, intervenciones dependientes, independientes y multidisciplinarias, y sobre todo al trabajar en equipo.

Con respecto al familiar y al paciente para las pruebas piloto se escogió el caso de una paciente que llevaba de estancia intrahospitalaria un periodo de 15 días, no se les informo sobre el estudio a realizar, se abordó con la pregunta: ¿Cómo le tratan las enfermeras?, para lo cual ella respondió: “Muy bien, estoy muy agradecida”, posteriormente fue realizada otra pregunta: ¿Cree que el trato entre usted y la enfermera le ayude en su recuperación?, en consecuencia contestó: “Sí muchísimo, que nos sonrían, nos traten bien, que nos miren y que nos respondan preguntas ayuda mucho porque es muy incomodo estar en un lugar que no es tu casa y estar todo el día acostado en la cama cansa” comenta: “Yo tengo una hija enfermera y

ella es de un carácter muy lindo, pero hay veces que también es estricta y más con los familiares, porque a veces creen que tienen todo el tiempo para su paciente, cuando siempre tienen mucho trabajo”, posteriormente se le preguntó ¿Cuáles piensa usted que son los valores más importantes en la relación que tienen las enfermeras con usted?, a lo que responde: “Yo creo que lo más importante es el respeto que me tenga a mí y yo a ella”, el familiar también contribuía y concordaba con lo que decía su paciente.

Al realizar la entrevista y prueba piloto se pudo observar:

- a) Al inicio del turno la paciente se encontraba decaída, sin ánimo, en el servicio de Clínica Privada se encontraban más colegas de menor grado, las cuales cumplían con los cuidados establecidos en el plan terapéutico como toma de signos vitales y ministración de medicamentos, pero no tomaban tiempo para preguntarle a la paciente cómo se sentía, inclusive no se presentaban ni dirigían por su nombre.
- b) Con el fin de comprobar o descartar hipótesis primeramente a un horario se entro sin presentarse ni dirigirse a la paciente, en otro momento, se aplico también el tratamiento y los cuidados pero ahora se saludo, sonrío y disiparon dudas sobre el diagnóstico al paciente y al familiar, se realizo la entrevista y mostro una actitud de empatía para entablar confianza, lo que nos refirió basta información para realizar los cuestionarios dirigidos a Pacientes y Familiares.
- c) Con respecto a la relación Enfermera-Paciente y mejoría de salud, el resultado obtenido fue, en este caso positiva, ya que el semblante que mostro la paciente al ser abordada, darle la importancia, información y hacerla sentir bien atendida le ayudo a cambiar su actitud ante la enfermedad, y hay que recordar que la atención que brinda la enfermera no solo es en respuesta a la patología sino también es en respuesta al ámbito Holístico (biopsicosocial).

A continuación se muestran los resultados cualitativos por reactivo de los Formatos aplicados a las Enfermeras, Pacientes y Familiares.

**Cuadro 2. Resultados Cualitativos del cuestionario para Enfermeras (Ver anexo 2).**

Reactivo	Respuesta
<p><b>1. ¿Qué es el Trato Digno?</b></p>	<p>Atención que brindada, respetar los derechos, confidencialidad, comunicación, orientación, tratarlo de acuerdo al código de ética, humanamente con calidad y calidez, tomar en cuenta las necesidades y atenderlas, cuidado de manera holística, realizar actividades con valores, con el fin de mejorar la atención favoreciendo la comunicación efectiva, sin distinción de raza, sexo, creencia política, trato amable, cordial, tratarlo con humildad, humanidad y confianza.</p>
<p><b>2. ¿Cuál es la importancia y objetivo del Trato Digno?</b></p>	<p>Reconocer al ser humano como un ser biopsicosocial, dar calidad y calidez, para mejorar, dar un trato con amor y sin discriminación, lograr una plena satisfacción del paciente, trato humano, información, oportunidad de atención y responsabilidad, la importancia es que el usuario crea una percepción ya sea buena o mala de la institución y del personal que labora en ella, crea consciencia, tratar por igual, llevarse bien con las demás personas, crear confianza, satisfacción para verse reflejados en su estado de salud.</p>
<p><b>3. ¿Cuáles son los elementos del Trato Digno?</b></p>	<p>Comunicación, empatía, amabilidad, cariño, saludar, presentarse, información, educación, privacidad, respeto, confidencialidad, ética profesional, humanismo, amor, entrega, responsabilidad, empatía, atención oportuna, tolerancia, experiencia, confianza, eliminar factores estresantes, democracia, solidaridad, espíritu de servicio y humanidad.</p>
<p><b>4. ¿Qué es lo que necesita el paciente al recibir el servicio de Enfermería?</b></p>	<p>Que se cumplan sus necesidades de salud, ser comprendido, tratado amablemente, con dignidad en base a valores humanos, confianza, cuidado, claridad y orientación sobre los procedimientos a realizar y el tratamiento, educación, ser escuchados, respeto, compromiso, profesionalismo, conocimiento científico y técnico, no ser ignorado, saber el nombre de la enfermera, sentirse único, importante, útil, igualdad, contribuir y participar activamente en su tratamiento, satisfacer sus necesidades a partir de una buena relación enfermera-paciente.</p>

<p><b>5. ¿Cuál es la esencia del cuidado?</b></p>	<p>Protección de la vida humana, centrarse en las respuestas humanas, conocimiento de procedimientos, hacerlos, prevenir, confiabilidad, respeto, tolerancia, amor, entrega, brindar apoyo, dar una atención holística, desarrollar una práctica adecuada, realizar cuidados de calidad, favorecer a la pronta evolución del paciente, mantener el trato digno, contribuir al equilibrio y recuperación de la persona en ámbito biopsicosocial, lado humanista de la enfermera, calidad, calidez, eficacia.</p>
<p><b>6. ¿Cuál es el deber de la enfermera respecto al Trato Digno?</b></p>	<p>Tratar al paciente como nos gustaría que nos traten, saludar, presentarse, informar al paciente de acuerdo a su patología, contribuir a mejorar la salud, confiabilidad, cumplir el decálogo de ética todos los días en la práctica, aplicar el conocimiento, valores éticos y morales, no ignorar al paciente, trabajar en equipo, tener una buena actitud, mantener la interacción enfermera-paciente, no tratar mal, igualdad, saber atender bien al paciente, ayudar en su recuperación, ser siempre humanitaria.</p>
<p><b>7. ¿Qué valores son los más importantes en la relación Paciente-Enfermera?</b></p>	<p>Respeto, comunicación, igualdad, empatía, solidaridad, tolerancia, confianza, educación, amabilidad, responsabilidad, obligación, humildad, veracidad, sinceridad, amor, honestidad, honradez, equidad, cordialidad, ética profesional, dignidad humana, discreción, lealtad, amabilidad, atención, individualidad, respeto a la vida, interés por el paciente.</p>
<p><b>8. ¿Qué es la relación enfermera paciente?</b></p>	<p>Vínculo profesional-asistencial, es la que se da cuando el usuario requiere de los cuidados de la enfermera ya sea por enfermedad o por adquirir educación para el cuidado de la salud. Se espera que siempre esa comunicación sea positiva y productiva, la forma de interrelacionarse, brindándose apoyo para trabajar armoniosamente de manera efectiva, interacción y comunicación que surge entre la enfermera y el usuario, es la comunicación que hay entre el binomio, es involucrarse con las necesidades del paciente, se consideran derechos y deberes del paciente, entenderse ambos, es la relación entre ambos, atender de manera correcta, hablar con claridad.</p>

Para la realización del cuadro anterior fue requerido revisar cada uno de los reactivos y se escribieron las ideas asociadas, dando datos cualitativos.

El fin es concientizar a cada uno de los profesionales que lean la investigación, en el campo aplicado se consiguió, y se expuso la idea de “Tuve que pensar y reflexionar demasiado para poder responder esas preguntas tan difíciles”, sin embargo, es de considerarse los resultados como exitosos y productivos para la atención con calidad y trato digno al paciente, ya que los enfermeros no se encuentran exentos de enfermar.

Otro factor a destacar es que la atención brindada con ese Trato Digno favorece a la recuperación, colaboración, empatía, confianza y respeto a la vida de la persona que se atiende, ayudándole a tener una buena calidad de vida, los valores son base fundamental del ejercicio humanístico y profesional del gremio de enfermería al desempeñar su actuar.

El ser y tener la vocación también conlleva a resultados exitosos, que aunque parezca utópico y difícil, se puede lograr poco a poco si se cambia de paradigma y prueba con nuevas modalidades de trabajar, investigar y gestionar. Para poder crear se deben investigar cada uno de los elementos que conforma el entorno en vías de mejora, por ello a continuación se expone la perspectiva general de los pacientes y familiares obtenidas por medio de la aplicación de los formatos respectivos. (Ver anexo 3 y 4)

- *¿Por qué cree que es importante el servicio de enfermería? “Porque nos ayuda a nuestro alivio, a la mejoría de salud para que estemos bien, nos apoya dándonos una buena atención, viendo que estemos bien, nos brinda cuidados, “sin enfermeras quien te cura, no tendríamos atención”, el cuidado es básico, necesario, porque voy a tener la confianza de pedir ayuda”.*
- *¿Cómo considera que debe ser una enfermera? “Amable, que cumpla con su trabajo, atenta, paciente, que tenga gusto por su trabajo y los conocimientos necesarios, trabajadora, cuidadosa, limpia, buena gente, con buen aspecto, cordial, apta para atender cualquier urgencia, disponible y servicial”.*

- *¿Qué es lo que más valora al ser tratado por una enfermera? “Atención, cuidado, tacto, que no nos lastimen, su tiempo, paciencia, respeto, amabilidad, satisfacción y su preocupación por nuestra salud”.*
- *¿Cómo lo han tratado las enfermeras? “Muy bien, bien, atentamente”.*
- *Se pregunto: De acuerdo a sus experiencias:*

*¿Piensa que la enfermera cumpla con su trabajo?, ¿Han cubierto sus expectativas de acuerdo a sus necesidades?, ¿Ha notado mejoría con las intervenciones que tiene la enfermera con su salud?*

En las interrogantes anteriores, la respuesta positiva en cuanto al cumplimiento del trabajo, cobertura de necesidades, y la mejoría con las intervenciones de enfermería en relación a la salud de los pacientes abordados fue del 100%.

Consecuentemente se abordó a los familiares, se explicó la finalidad, pido su consentimiento y se realizó el cuestionario respectivo, a continuación se redactan las preguntas realizadas y la obtención de los resultados:

*¿La enfermera le atiende con prontitud?, la enfermera está pendiente de su paciente, ¿Cómo le trataron las enfermeras?, ¿Considera que las condiciones de higiene o cuidado de su paciente son adecuadas?, ¿Se siente satisfecho con el servicio recibido?, ¿Cree que la atención que le otorga la enfermera le ha ayudado a mejorar la salud del enfermo?*

De igual forma los familiares concluyen que el servicio brindado por enfermería en el HNSS es bueno, que están muy bien atendidos y no muestran queja alguna, los resultados al igual que el de los familiares fueron del 100% en cumplimiento.

**Tabla 3. Resultados por día del Indicador de Calidad: Trato Digno Por Enfermería en el HNSS. PERIODO: 10 de Febrero al 27 de Febrero 2015.**

D Í A	Lo Saluda de forma amable	Se Presenta Con Usted	Se dirige por Su Nombre	Le explica Los cuidados Que le va a Hacer	Se Interesa Por que Su estancia Sea agradable	Ofrece Las Condiciones Para Guardar Su Intimidad	Le Hace Sentir Seguro	Lo Trata Con Respeto	Le Enseña Los cuidados que debe tener acorde a su padecimiento	Hay continuidad en los cuidados las 24 h	Se siente satisfecho por el trato que recibe
10	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
11	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
12	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
16	17	13	17	17	17	13	17	17	13	17	17
17	18	18	18	18	17	18	18	18	18	18	18
18	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
19	10	10	10	8	10	10	10	10	10	10	10
20	16	16	16	16	16	16	16	16	14	16	16
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
25	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
26	24	18	24	24	24	24	24	24	24	24	23
27	24	0	22	24	24	24	24	24	24	24	24
T O T A L	274	240	272	272	273	270	274	274	268	274	273
%	100	87.5%	99.2%	99.2%	99.6%	98.5%	100%	100%	97.8%	100%	99.6%

**Tabla 4. Resultados por día del Indicador de Calidad: Trato Digno Por Enfermería en el HNSS. PERIODO: 4 De Marzo al 27 de Marzo, 2015.**

D Í A	Lo Saluda de forma amable	Se Presenta Con Usted	Se dirige por Su Nombre	Le explica Los cuidados Que le va a Hacer	Se Interesa Por que Su estancia Sea agradable	Ofrece Las Condiciones Para Guardar Su Intimidad	Le Hace Sentir Seguro	Lo Trata Con Respeto	Le Enseña Los cuidados que debe tener acorde a su padecimiento	Hay continuidad en los cuidados las 24 h	Se siente satisfecho por el trato que recibe
4	23	23	19	23	23	23	23	23	17	23	23
9	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
10	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
11	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
12	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
13	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
16	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
17	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
18	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
19	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
20	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
23	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
24	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
25	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
26	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
27	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
T O T A L	257	257	253	257	257	257	257	257	251	257	257
%	100%	100%	98.4%	100%	100%	100%	100%	100%	97.6%	100%	100%

Las tablas 5 y 6 son el resultado de la evaluación sobre la aplicación del Indicador de Calidad De Trato Digno al Paciente Hospitalizado por parte de las Enfermeras en el Hospital de Nuestra Señora de La Salud dentro de los periodos del 10 de Febrero del 2015 al 27 de Febrero de 2015, posterior del 4 de Marzo al 27 de Marzo de 2015.

Como puede apreciarse, los datos fueron recolectados diariamente en las fechas y días señalados, al final del mes se realizo un total para obtener el cumplimiento de cada uno de los elementos que evalúa el Indicador de Calidad de Trato Digno al Paciente Hospitalizado.

En el Mes de Febrero y Marzo los elementos con más fallas fueron:

**Cuadro 3: Oportunidades de mejora acerca del Indicador de Calidad de Trato Digno al paciente hospitalizado.**

<b>Elemento del indicador</b>	<b>Febrero %</b>	<b>Marzo %</b>
Se presenta con usted.	87.5	100
Se dirige por su nombre.	99.2	98.4
Le explica los cuidados que le va a hacer.	99.2	100
Se interesa porque su estancia sea agradable.	99.6	100
Ofrece las condiciones para guardar su intimidad.	98.5	100
Le enseña los cuidados que debe tener acerca de su padecimiento.	97.8	97.6
Se siente satisfecho por el trato que recibe.	99.6	100

En el cuadro anterior son expuestos los porcentajes en cuanto a cumplimiento de los elementos del trato digno, también estos resultados conforman puntos a mejorar por parte de las enfermeras de los diversos turnos en el HNSS, siendo el más bajo el de la presentación de la enfermera con el paciente con un 87.5% de cumplimiento en el mes de Febrero, se ve claramente que para el mes de Marzo fueron aplicadas medidas, se educó e informo a la enfermera sobre los deberes a cumplir y por ello los resultados al siguiente mes variaron en forma positiva, ello quiere decir, que han sido aplicadas estrategias para resolver los problemas y el interés por satisfacer las necesidades ha aumentado en el servicio intrahospitalario para brindar una mejor calidad en la atención a la salud.

## CONCLUSIONES

Como pudo mostrarse la población de estudio fue pequeña por el periodo tan corto en que se realizó la investigación, sin embargo, la propuesta inicial del evaluar el indicador de calidad de trato digno al paciente hospitalizado era el crear nuevas herramientas para verificar de manera cualitativa las perspectivas de los implicados en la atención de salud (enfermera, paciente y familiar), en la que a partir de los resultados se concientizara a cada uno de los participantes, lo cual se logró en el HNSS.

La propuesta que surgió y no se pudo realizar en este caso fue la de realizar el estudio de manera coordinada en diversas instituciones: públicas y privadas con la misma finalidad antes descrita, posterior realizar mesas de discusión interinstitucionales para que se llevara a cabo un juicio crítico y una estrategia para solucionar problemáticas, puesto que el tratar al paciente dignamente tiene una relación positiva con el estado de salud. Al terminar la presente investigación se concluyó por parte de la LEO Jazmin Lizeth Hernández Barrientos lo siguiente:

“La enfermería es un arte, no solamente es pura ciencia, se requiere compromiso, vocación y muchos valores para llevarla a cabo de la mejor manera, tiene que apasionarte, gustarte y ser tu vida, porque habrá ocasiones en la que te olvides hasta de ti mismo, pudiendo ser por las exigencias de la vida cotidiana y la gran demanda del departamento de enfermería, como bien fue dicho en las entrevistas y cuestionarios realizados: -¿Qué haríamos sin ustedes las enfermeras?! – nunca me había puesto a considerar esa pregunta, se trata de trabajar en equipo, de ayudarse mutuamente y de hacer más allá de lo que crees posible, porque tenemos en juego la vida humana y debemos defenderla, cuidarla y respetarla, nuestra profesión tiene muchas funciones, las ya determinadas y las que falta aun por sustentar, pero que sin embargo existen y son comprobadas en la vida diaria al desempeñar nuestro papel con la sociedad”.

En la sociedad es requerido el contar con profesionales capacitados y comprometidos que den lo mejor de sí para poder ayudar al más desvalido. Las relaciones humanas son lo más

importante porque el ser humano es un ser social por naturaleza, en el caso de la enfermera porque es la que convive más tiempo con el paciente, la familia, la comunidad y el equipo interdisciplinario de salud, el liderazgo es una característica neutral que debe llevar a cabo el enfermero/a para conseguir lograr los objetivos planteados en los planes terapéuticos establecidos en cada uno de los pacientes atendidos. Otro punto de suma importancia es el dar un significado a la práctica profesional, aplicando las herramientas tecnológicas y los recursos humanos en pro de mejora, convirtiendo de ésta manera al desempeño en un arte que no cualquiera puede dominar con conocimiento, eficacia, respeto y dignidad humana.

La preparación y actualización de conocimientos son para aportar nuevos modelos, teorías e inclusive innovar en los paradigmas dándose a conocer a la comunidad de manera propositiva, realizando trabajos con fundamento científico para después ser aplicado y patentado.

El incluir la interacción como un vínculo de confianza aporta grandes beneficios al binomio enfermera-paciente, ya que de esta forma el paciente se siente más tranquilo, cooperador e interesado por participar en forma activa en la recuperación de su salud, la enfermera es la encargada de ser el gestor de salud, de introyectar esa alegría por la vida obteniendo como resultado un bien común.

Con la presente investigación pudo observarse en un corto tiempo los beneficios que trae consigo la interacción humanística, creando en las personas entrevistadas gratitud y satisfacción por el trato recibido, debido a que se sintieron importantes, se documentó que hay áreas de mejora que aunque pareciera ser de poca trascendencia es lo más relevante en realidad, porque todo ser humano tiene derecho a recibir información, y más aun en algo tan delicado como lo es la salud y hasta la propia vida, pudiera verse como utopía por alcanzar un porcentaje 100% satisfactorio, pero los humanos no somos perfectos, somos razón, libertad y voluntad, si es tomada la iniciativa se logrará y aunque sea en una sola persona tendrá una gran magnitud en el universo personal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Ortega, M. (2014). Manual de Evaluación De Calidad del Servicio de Enfermería.. México: Panamericana.

Cortes, M. (2004). Generalidades sobre Metodología de la Investigación.. Ciudad del Carmen, Campeche: Universidad Autónoma del Carmen.

María De La Luz Balderas Pedrero. (2012) Administración De Los Servicios de Enfermería Sexta edición. México: Mc Graw Hill.

Mondragón, A.. (2002). ¿Qué son los Indicadores?. Revista de Información y Análisis, No. 19, 2-8.

Calidad y Gestión De Los Servicios De Salud. María Isabel Ávalos García Secretaría De Salud. Horizonte Sanitario. Vol.9 no1 Enero-Abril 2010. p. 9 – p. 10.

Artículo: “Inducción a La Calidad”. LICDA. Carolina De B et al. ONSEC, 2011

Ávalos, M (2010). Ensayo “Calidad y Gestión De Servicios De Salud” La Evaluación De la Calidad En La Atención Primaria a La Salud. México: Secretaría de Salud.p.9 –p. 18.

ARTÍCULO: Clínicas de Chile A.G. TEMAS DE COYUNTURA No. 71. Qué entendemos por “Trato Digno al Paciente”. ABRIL 2014. P. 1-P3

Orozco, V et al (2005). Cuidado de enfermería al anciano en su ambiente domiciliario y ambulatorio. Biblioteca Las casas, P. 15- 18. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0022.php>

Manual de Estudiantes de Enfermería, Departamento Enfermería Escuela de Ciencias de la Salud, UMET, 2013. P. 8

Shuttleworth, M (2015). Estudio transversal. Obtenido de Explorable.com: <https://explorable.com/es/estudio-transversal>

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS.

<http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/enferm.htm>

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11\\_1\\_95/enf01195.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf01195.htm)

[http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2010\\_enero-abril/02-MA%20ISABEL%20ARTICULO.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2010_enero-abril/02-MA%20ISABEL%20ARTICULO.pdf)

<http://comceac.org.mx/antecedentes.html>

<http://www.comceac.org.mx/certificacion.html>

<http://www.tlcan.com.mx/-QUE-ES->

[http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01C.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01C.pdf)

[http://www.cofemedir.org.mx/?page\\_id=573](http://www.cofemedir.org.mx/?page_id=573)

<http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=indicador>

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/economicas/indicadores.pdf>

[http://www.redeuroparc.org/sistema\\_calidad\\_turistica/ManualGuiaIndicadoresdeCalidad.pdf](http://www.redeuroparc.org/sistema_calidad_turistica/ManualGuiaIndicadoresdeCalidad.pdf)

<https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=trato%20definicion>

<https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=DIGNO+DEFInicion>

[http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

<http://www.significados.com/dignidad/>

[http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2002/r12\\_salud/completos/ro\\_cruz\\_adanalsalud\\_2002.htm](http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2002/r12_salud/completos/ro_cruz_adanalsalud_2002.htm)

[http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc\\_tecnico.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf)

[http://www.clinicasdechile.cl/Coyuntura\\_71.pdf](http://www.clinicasdechile.cl/Coyuntura_71.pdf)

<http://www.onsec.gob.gt/descargas/calidadgestionpublica/MATERIALINDUCCIONALACALIDADParte1.pdf>

<http://www.onsec.gob.gt/descargas/calidadgestionpublica/MATERIALINDUCCIONALACALIDADParte1.pdf>

[http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2010\\_enero-abril/02-MA%20ISABEL%20ARTICULO.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2010_enero-abril/02-MA%20ISABEL%20ARTICULO.pdf)

<1L4D/DefinicionConceptoServicios.htm>

<http://www.onsec.gob.gt/descargas/calidadgestionpublica/MATERIALINDUCCIONALACALIDADParte1.pdf>

<http://es.slideshare.net/olivaresmtro/formulacion-de-hipotesis>

<http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1JZMDGD7X-1KQX77>

[http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod\\_invest.pdf](http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf)

<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j59.pdf>

[http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia\\_investigacion.pdf](http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf)

[http://profesores.fi-b.unam.mx/jlfl/Seminario\\_IEE/Metodologia\\_de\\_la\\_Inv.pdf](http://profesores.fi-b.unam.mx/jlfl/Seminario_IEE/Metodologia_de_la_Inv.pdf)

<http://www.aulafacil.com/cursosenviados/Metodo-Cientifico.pdf>

<http://www.eumed.net/rev/ccss/04/rcb2.pdf>

<http://ftsydh.uanl.mx/ca-saludysociedad/files/2011/04/PLANTEAMIENTO-DEL-PROBLEMA.pdf>

[http://www.une.edu.pe/Sesion01-Planteamiento\\_del\\_problema\\_cuantitativo.pdf](http://www.une.edu.pe/Sesion01-Planteamiento_del_problema_cuantitativo.pdf)

<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j59.pdf>

[http://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006\\_ocr.pdf](http://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf)

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

<http://eprints.uanl.mx/2276/1/1080080883.PDF>

[http://edumed.imss.gob.mx/gineco4/imagenes\\_para\\_dreamw/politicas\\_del\\_hospital\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/gineco4/imagenes_para_dreamw/politicas_del_hospital_seguridad_del_paciente.pdf)

<http://comceac.org.mx/antecedentes.html>

<http://www.arnaldomartinez.net/enfermeria/articulo3.pdf>

<http://www.crae.gob.mx/archivos/conocenos/Manual%20de%20procedimientos/162%20P roc%20p%20la%20evaluac%20d%20indic%20d%20la%20atn%20en%20enfermeria.pdf>

[file:///C:/Users/HunterStarck/Downloads/Calidad%20de%20los%20servicios%20de%20enfermeria%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HunterStarck/Downloads/Calidad%20de%20los%20servicios%20de%20enfermeria%20(1).pdf)

[http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/)

[http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2010\\_enero-abril/02-MA%20ISABEL%20ARTICULO.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2010_enero-abril/02-MA%20ISABEL%20ARTICULO.pdf)

<http://www.comceac.org.mx/certificacion.html>

<http://www.tlcan.com.mx/-QUE-ES->

<http://donacion.organos.ua.es/enfermeria/funciones.asp>

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0022.pdf>

<http://nanda.es/>

<http://enfermeriaactual.com/nic/>

<http://www.nanda.org/nanda-international-history.html>

<http://enfermeriaactual.com/noc/>

<http://www.taxonomiaenfermera.com/>

<http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=9nhM8bTF1DXX2pAkGvA4>

[http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva\\_Profesores/reina\\_rivero\\_nurs\\_105/Definiciones\\_enfermeria.pdf](http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/reina_rivero_nurs_105/Definiciones_enfermeria.pdf)

<http://hospitaltec100.com/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>

[http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

[http://www.psicologiadelasalud.cl/psicologia/site/artic/20130412/asocfile/20130412095411/tipos\\_de\\_pacientes.pdf](http://www.psicologiadelasalud.cl/psicologia/site/artic/20130412/asocfile/20130412095411/tipos_de_pacientes.pdf)

<http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>

<http://reddeacceso.org/obligaciones-de-los-pacientes.html>

[file:///C:/Users/MinaMinina/Downloads/guia\\_paciente\\_capitulo1.pdf](file:///C:/Users/MinaMinina/Downloads/guia_paciente_capitulo1.pdf)

<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

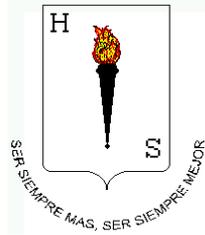
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Trabajoslibres1.htm>

<http://www.apcontinuada.com/es/calidad-que-es-el-modelo/articulo/80000456/>



**Anexo 2: Cuestionario a Enfermeras de los diferentes Servicios del HNSS.**

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.



**“INDICADOR DE CALIDAD DE ENFERMERÍA: TRATO DIGNO”**

**ENFERMERAS**

**(CUESTIONARIO 1)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**PUESTO:** \_\_\_\_\_

**PREPARACIÓN PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_

**EXPERIENCIA:** \_\_\_\_\_

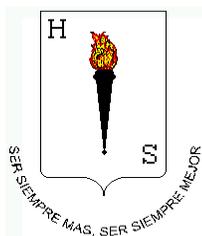
**FECHA Y HORA:** \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS.**

- 1.- ¿Qué es el Trato Digno?
- 2.- ¿Cuál es la importancia y objetivo del Trato Digno?
- 3.- ¿Cuáles son los elementos del Trato Digno?
- 4.- ¿Qué es lo que necesita el paciente al recibir el servicio de Enfermería?
- 5.- ¿Cuál es la esencia del cuidado?
- 6.- ¿Cuál es el deber de la enfermera respecto al Trato Digno?
- 7.- ¿Qué valores son los más importantes en la relación Paciente-Enfermera?
- 8.- ¿Qué es la relación enfermera paciente?

**Anexo 3: Cuestionario a Pacientes conscientes de 18 a 80 años.**

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.



**“INDICADOR DE CALIDAD DE ENFERMERÍA: TRATO DIGNO”**

**PACIENTES**

**(CUESTIONARIO 2)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**PUESTO:** \_\_\_\_\_

**PREPARACIÓN PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_

**EXPERIENCIA:** \_\_\_\_\_

**FECHA Y HORA:** \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS.**

1. ¿Por qué cree que es importante el servicio de enfermería?
2. ¿Cómo considera que debe ser una enfermera?
3. ¿Qué es lo que más valora al ser tratado por una enfermera?
4. ¿Cómo lo han tratado las enfermeras?

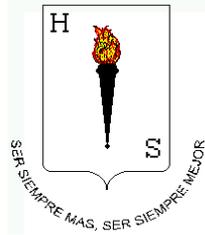
**De acuerdo a sus experiencias**

5. ¿Piensa que la enfermera cumple con su trabajo?
6. ¿Han cubierto sus expectativas de acuerdo a sus necesidades?
7. ¿Ha notado mejoría con las intervenciones que tiene la enfermera  
Con su salud?

SÍ	NO	A VECES

**Anexo 4: Cuestionario a Familiares de Pacientes Hospitalizados.**

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.



**“INDICADOR DE CALIDAD DE ENFERMERÍA: TRATO DIGNO”**

**FAMILIARES**

**(CUESTIONARIO 3)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**PUESTO:** \_\_\_\_\_

**PREPARACIÓN PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_

**EXPERIENCIA:** \_\_\_\_\_

**FECHA Y HORA:** \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS.**

1. ¿La enfermera le atiende con prontitud?  
Sí  No  Nunca  A veces
2. La enfermera está pendiente de su paciente.  
Siempre  Casi Siempre  Nunca
3. ¿Cómo le trataron las enfermeras?  
Bien  Regular  Mal
4. ¿Considera que las condiciones de higiene o cuidado de su paciente son adecuadas?  
Sí  No  Un poco  Nada
5. ¿Se siente satisfecho con el servicio recibido?  
Sí  No  Un poco  Nada
6. ¿Cree que la atención que le otorga la enfermera le ha ayudado a mejorar la salud del enfermo?  
Sí  No  Un poco  Nada

**ANEXO 5: Cronograma de Actividades.**

**FEBRERO: 1era. Quincena.**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	<b>D</b>
	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>APLICACIÓN FORMATOS.</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

**FEBRERO: 2da Quincena.**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	<b>D</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>
	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
<b>FUNDAMENTACIÓN DOCUMENTAL.</b>	<b>X</b>												
<b>ESQUEMATIZACIÓN DE TESIS.</b>	<b>X</b>						<b>X</b>						
<b>APLICACIÓN FORMATOS.</b>	<b>X</b>												

**MARZO: 1era Quincena.**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>D</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	<b>D</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	<b>D</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>APLICACIÓN FORMATOS.</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>ESQUEMATIZACIÓN TESIS.</b>	<b>X</b>						<b>X</b>	<b>X</b>						<b>X</b>	<b>X</b>



