



INSTITUTO MARILLAC I.A.P
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INCORPORADA A LA UNAM

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE CALIDAD TRATO DIGNO, AL
PACIENTE HOSPITALIZADO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN
EL HOSPITAL GENERAL LA VILLA

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CARBAJAL ESCALANTE YAZMIN

ASESORA:

LIC. DELIA ESPINOSA RIOJA

CIUDAD DE MÉXICO

FECHA / / 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

LIC. MARÍA ELENA QUIÑONEZ MUÑOZ

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TÉCNICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. DELIA ESPINOSA RIOJA

ASESOR DE TESIS

IGNACIO CANCINO QUIROZ

PROFESOR (A)
DEL INSTITUTO MARILLAC, I.A.P.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco principalmente a Dios por haberme acompañado, guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y felicidad.

Le doy gracias a mi madre Imelda Obdulia Escalante Trejo por siempre apoyarme cuando mas lo necesitaba, varias veces fracase pero no me arrepiento ya que gracias a esos fracasos aprendi y ahora soy mejor persona, les agradezco por haberme dado la oportunidad de recibir educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un gran ejemplo a seguir.

A mi padre Tomas Carbajal Dominguez que siempre confio en mi, en que iba a terminar mi carrera a ser una profesionista, por la motivacion constante que me ha permitido ser una persona de bien pero mas que nada, por su amor.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicacion de tiempo a mis profesores: el Dr. Jose Manuel Estrada Villanueva, Lic. Delia Espinosa Rioja, Lic. Jovita Genara Arias Calla por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su paciencia en los momentos donde decia ya no puedo; ellos de una forma o de otra me impulsaron para seguir adelante. Gracias al Dr. Ignacio Cancino Quiroz, Lic. María Cruz Sotelo Badillo y Lic. Delia Espinosa Rioja por creer en mi y haberme brindado la oportunidad de desarrollar esta tesis y darme la oportunidad de crecer.

Yazmin

ÍNDICE

	Pag.
I. Introducción	1
II. Justificación	3
III. Planteamiento del problema	4
IV. Objetivos	5
V. Hipótesis	6
VI. Marco histórico	7
1. Historia de la calidad.....	7
VII. Marco referencial	14
1. Autores de la calidad.....	14
2. Programas que fueron para mejorar la calidad hospitalaria.....	22
3. El Consejo Internacional de Enfermeras.....	27
4. Sistema Nacional de Salud.....	29
5. Estrategias y líneas de acción para la calidad de salud en México.....	31
6. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.....	37
7. Teoría de las necesidades de Maslow.....	40
8. Modelo de las necesidades de Virginia Henderson.....	43
VIII. Marco conceptual	44
1. Calidad de los servicios de enfermería.....	46
2. Trato Digno.....	48
3. Código de ética de enfermería.....	51
4. Relación entre las necesidades de Virginia Henderson y el trato digno...	56
IX. Metodología de la investigación	58
1. Tipo de estudio y Variables.....	58
2. Procediendo para obtener la muestra.....	59
3. Ámbito geográfico, recursos humanos, recursos materiales.....	60
4. Financiamiento, límite de la investigación.....	61
X. Tratamiento estadístico	62
1. Análisis estadístico de los resultados.....	62

XI. Resultados	63
1. Edad y antigüedad del personal de servicio de Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia y Columna.....	63
2. Resultados obtenidos de las preguntas de Trato Digno hacia el Paciente.....	70
XII. Discusión	83
XIII. Conclusión	84
XIV. Propuesta	85
XV. Bibliografía o fuentes electrónicas	88
XVI. Anexos	92

I. INTRODUCCIÓN.

Las acciones institucionales para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales de la década de los sesenta en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A mediados de los años ochenta se destaca la implementación de los primeros círculos de calidad en la Secretaría de Salud, posteriormente se intensifican a los diez años y con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de enfermería se hace más énfasis en ello. Sin embargo, es hasta la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios de salud.

Con la preocupación por elevar la calidad de manera sistematizada en el sector salud surge el programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención, el impulso a la certificación de los hospitales "Amigo del niño y de la madre", la certificación de jurisdicciones y la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en la Secretaría de Salud, así como las acciones en materia de calidad realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, los servicios médicos de PEMEX y del ISSSTE.¹ A ello se agregan los esfuerzos realizados en hospitales e instituciones privadas que iniciaron procesos de mejora continua.

En el sexenio del presidente Vicente Fox, se dio inicio a La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud con la finalidad de brindar una mejor atención a los usuarios de este sector. Por lo que a partir de la implementación de estándares e indicadores de calidad y proporcionar un trato de calidad, se deben reunir ciertas características como son respeto, información y amabilidad.²

Los indicadores de calidad en enfermería son instrumentos de medición que garantizan las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.

Entendiéndose como Trato Digno, al indicador que mide el grado de satisfacción del usuario o familia, (en cuanto a tiempo de espera y trato amable y respetuoso, información adecuada).

Entendiéndose que es un derecho de todo usuario, recibir una atención adecuada, eficiente, respetuosa y oportuna y que el personal de enfermería debe desempeñarse y tratar al paciente con ética profesional, mostrando sus valores y principios con los que fue formado académicamente en su trayectoria profesional.

II. JUSTIFICACIÓN.

Durante el desarrollo del servicio social realizado en el Hospital General la Villa detecté que la congruencia de datos escritos con respecto a la satisfacción de los usuarios y lo que estos refieren de manera verbal no corresponden; ya que en este Hospital se califica la calidad de atención referente al indicador “Trato Digno” (instrumento que mide la satisfacción del servicio recibido por los usuarios) de manera periódica una vez al mes por el personal del área de supervisión de enfermería; datos que se acumulan cuatrimestralmente y son reportados a la jefatura de enseñanza de enfermería.

Dado que siempre se logra la expectativa del 100% absoluto de satisfacción. Me llamó la atención que solo en el servicio de Ortopedia los pacientes si referían mediante la entrevista directa un alto grado de satisfacción y que, en los servicios de Medicina Interna, Columna, Cirugía General no era así, por lo que me di a la tarea de identificar la realidad de cumplimiento del indicador específicamente en los servicios mencionados con mayor demanda de este Hospital.

El propósito de esta investigación es contribuir a hacer conciencia de la importancia de motivar al personal de enfermería a que no considere solo la opción de cumplir con el trabajo sino que sea también una labor satisfactoria para ella misma generando un cambio de actitud personal que inspire confianza y sea congruente con las políticas hospitalarias que lo lleven a la certificación de la institución.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Planteamiento científico

Para alcanzar el nivel de cumplimiento con el trato digno al 100% la atención debe cubrir dos dimensiones:

- La primera es, la calidad interpersonal, la cual se traduce en las acciones plasmadas, en las competencias de carácter profesional definidas en el perfil profesional, la visión holística, con la que se precisan actividades como la atención a los pacientes hospitalizados atendiendo sus necesidades físicas emocionales y espirituales.
- La segunda es la calidad técnica que se evidencia cuando se describen las competencias para las cuales se requiere el conocimiento teórico y de las aptitudes para utilizar el juicio crítico en la aplicación de técnicas que garantizan un alto nivel de seguridad para el usuario.

De acuerdo a las observaciones empíricas obtenidas en el hospital llama la atención que el trato digno del personal de enfermería a los pacientes no es homogéneo habiendo diferencias en los servicios.

Por lo que la pregunta de investigación es:

¿Existe diferencia de frecuencia del nivel de cumplimiento del trato digno al paciente por parte del personal de enfermería del servicio de Ortopedia en comparación del personal de enfermería del servicio de Medicina Interna, Columna y Cirugía General, en el Hospital General la Villa?

IV. OBJETIVOS.

Objetivo general

Comprobar cuál es el personal de enfermería del Hospital General la Villa, que presenta mayor frecuencia de nivel de cumplimiento del indicador Trato Digno al paciente a través de las comparaciones entre los servicios de Ortopedia, Medicina Interna, Cirugía General y Columna.

Objetivos específicos

Demostrar que la frecuencia del nivel de cumplimiento del trato digno en el personal de enfermería del Hospital General la Villa del servicio de Ortopedia es mayor que el de los servicios Medicina Interna, Cirugía General y Columna.

Apoyar mediante la elaboración de un instrumento administrativo al conocimiento del indicador Trato Digno dirigido al personal de enfermería del Hospital General la Villa para que los resultados de las encuestas aplicadas sean fidedignos.

V. HIPÓTESIS.

El personal de enfermería del servicio de Ortopedia presenta mayor frecuencia del nivel de cumplimiento del trato digno al paciente hospitalizado en comparación del personal de enfermería del servicio de Medicina Interna, Columna y Cirugía General, en el Hospital General la Villa.

VI. MARCO HISTORICO

HISTORIA DE LA CALIDAD

Los primeros estudios sobre la calidad se hicieron en los años 30 antes de la Segunda Guerra Mundial; la mejora de la calidad fue de manera lenta y se realizaron los primeros estudios y experimentos para lograr que ésta se elevara, en los Estados Unidos. En el año de 1933 el Dr. W. A. Sheward, aplicó el concepto de control estadístico de proceso por primera vez con propósitos industriales; esto significa que la calidad no se estudió al principio referente a la salud sino se basaron en la calidad de los productos, su objetivo era mejorar en términos de costo-beneficio las líneas de producción, el resultado fue el uso de la estadística de manera eficiente para elevar la productividad y disminuir los errores, estableciendo un análisis específico del origen de las mermas, con la intención de elevar la productividad y la calidad.

En 1939 el control estadístico del proceso se convirtió poco a poco en un arma secreta de la industria, fue así que se empezó a trabajar en como elevar la calidad bajo el método moderno consistente en el control estadístico del proceso y a su vez llevó a los norteamericanos a crear el primer sistema de aseguramiento de la calidad vigente en el mundo. El objetivo fundamental era el establecer con claridad que a través de un sistema era posible garantizar los estándares de calidad de manera tal que se evitara, sobre todo, la pérdida de vidas humanas; uno de los principales interesados en elevar la calidad y el efecto productivo de ésta fue el gobierno norteamericano y especialmente la industria militar de Estados Unidos, para los militares era fundamental el evitar que tantos jóvenes norteamericanos murieran porque sus paracaídas no se abrían. En octubre de 1942 de cada mil paracaídas que eran fabricados por lo menos un 3.45 no se abrieron, lo que significó una gran cantidad de jóvenes soldados norteamericanos caídos como consecuencia de los defectos que traían los paracaídas; a partir de 1943 se intensificó la búsqueda para establecer los estándares de calidad a través de una visión de aseguramiento de la calidad para evitar aquella tragedia, no solamente podríamos echar la culpa a los paracaídas sino que también hubo una gran cantidad de fallas en el armamento que Estados Unidos

proporcionaba a sus aliados o a sus propias tropas, las fallas principales estaban esencialmente en el equipo pesado.

Para lograr elevar la calidad se crearon las primeras normas de calidad del mundo, y en la búsqueda de un verdadero control de calidad se ideó un sistema de certificación de la calidad que el ejército de Estados Unidos inició desde antes de la guerra. Las primeras normas de calidad norteamericanas funcionaron precisamente en la industria militar y fueron llamadas las normas Z1, fueron de gran éxito para la industria norteamericana lo que permitió elevar los estándares de calidad dramáticamente evitando así la pérdida de vidas humanas.

Otros países del mundo no contaron con aseguramiento de calidad tan efectivo, y con referencia a los Estados Unidos, este permitió elevar el nivel de productividad de sus equipos, bajar el número sensible de pérdidas de vidas humanas ocasionadas por la mala calidad y por supuesto, garantizar y establecer garantías de calidad antes que ninguna otra nación en el mundo sobre el funcionamiento de sus equipo, aparatos y elemento técnicos.

Walter Sheward se convirtió en uno de los hombres más solicitados por el ejército norteamericano y por la industria militar de Estados Unidos: ahí nació el control de la calidad, el aseguramiento de calidad y el establecimiento de las bases para crear un sistema moderno de calidad que ayudaría en muchas formas bajo el concepto japonés de calidad total, el concepto de las normas de calidad ISO 9000 y bajo muchos otros conceptos que buscan la gestión de la calidad como objetivo estratégico para elevar a través del control de calidad la capacidad de competir de las empresas y las organizaciones así como satisfacer con éxito el mercado, asegurando, por supuesto, la permanencia de las empresas.

El papel de los japoneses en el procedimiento de la calidad fue ciertamente muy importante, pero no fueron únicamente los japoneses los que invirtieron en el procedimiento de la elevación de la calidad, de igual manera Alemania inició un impulso nunca antes visto por elevar la calidad y convertirla en algo fundamental.

De los muchos principios y procedimientos de los que podemos hablar es importante señalar que la calidad tuvo un papel esencial, en 1951 los japoneses aplicaron los conceptos

de mejora continua, se tuvo éxito en cuanto a la implementación de sistemas que permitieron elevar la calidad.

La calidad se convirtió en una verdadera revolución principalmente en Japón, en Estados Unidos y Alemania, posteriormente en Francia y por supuesto también en Inglaterra en donde podríamos buscar la cuna de la globalización de la calidad. Viniendo de estos orígenes la calidad empezó a circular por todo el mundo, sobre todo entre 1960 y 1970 surgió el éxito fundamental de la calidad como estrategia competitiva de las organizaciones y empresas. A partir de 1970 el concepto "norma de calidad" se ha convertido en una constante en la historia industrial del mundo moderno, la calidad es ya una mega tendencia y se ha globalizado a prácticamente todos los países industriales del mundo, pero también se ha globalizado a muchas organizaciones. Hasta principios de los años 60 la calidad permanece en el ámbito de los ingenieros y de la gestión, el hombre en la empresa no es más que un factor, carece de responsabilidad en la obtención de la calidad, pero en octubre de 1961 Phillip B. Crosby lanza su concepto de cero defectos.

Los primeros fracasos en el terreno espacial mostraron, en efecto que los fallas provenían casi exclusivamente de errores humanos, así había que concentrar los esfuerzos en el hombre.

Los japoneses utilizaron los Círculos de Calidad ya que nacieron en Japón después de la II Guerra Mundial promovidos por Kowaro Ishikawa, ya que este país se encontró con que sus productos se conocían en el mundo con el sello de bajo precio, pero también de muy baja calidad; y entre 1955-60 empiezan a aplicar de forma sistemática el control de la calidad en dos líneas diferentes: una de investigación y otra de trabajo.

A partir de aquí se van introduciendo estos círculos de calidad en otros países. En U.S.A el primer Círculo de Calidad se crea en 1973 y en Europa a partir de 1978.

Los círculos de calidad es un pequeño grupo de empleados que realizan un trabajo igual o similar en un área de trabajo común, y que trabajan para el mismo supervisor, que se reúnen voluntaria y periódicamente, y son entrenados para identificar, seleccionar y analizar problemas y posibilidades de mejora relacionados con su trabajo, recomendar soluciones y presentarlas a la dirección, y, si ésta lo aprueba, llevar a cabo su implantación.

La evaluación de la viabilidad de un programa de círculos de calidad se basa en el supuesto de que los círculos de calidad no son aptos para cualquier organización y, por lo tanto, para reducir el riesgo de fracaso habrá que evaluar la compatibilidad de la organización con los supuestos de la técnica.

Después de que la calidad de los japoneses era muy mala mejoraron mucho ya que con todos los avances que realizaron los japoneses se convirtieron en los dueños, del mundo de la calidad.

Otro de los autores que estudio la calidad, pero más importante para el tema que nos ocupa es Avedis Donabedian ya que a él no le llamo la atención la calidad de productos, si no la calidad de la salud posiblemente por el hecho que él mismo padeciera cáncer de próstata desde el año 1972 lo que hizo que supiera entender tan bien a sus semejantes, ya que fue paciente en carne propia durante muchos años de su vida y recibió el trato que se tenía en las instituciones de salud.

Donabedian en 1953 se trasladó a los Estados Unidos para estudiar Salud Pública en Harvard, en la mayoría de sus escritos Avedis estuvo a la vanguardia, descubriendo un vasto panorama intelectual el realizó un artículo en 1966 e introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. ¹

La población mexicana ha enfrentado diversos retos en materia de salud por lo que se empezaron campañas de salud pública con el fin de atacar a las enfermedades; se formó el IMSS e ISSSTE, los pacientes tuvieron mejor atención médica, se integró un sistema de evaluación que permitió conocer las características de como brindar atención, los problemas que la afectan en forma negativa y las situaciones que permiten promover y mejorar la calidad. Se llevó a cabo por el sector salud una revisión y análisis de los procedimientos de la evaluación de la calidad de atención, que van desde la revisión de expedientes, auditorias, evaluación y comités a nivel mundial como nacional

A través de la integración de la información recabada, el grupo básico interinstitucional de evaluación para la salud integró el documento "bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud"

En este documento se plasmó la búsqueda de la aplicación de un instrumento de evaluación o auto evaluación, con el fin de identificar los problemas que surgen en los servicios y planear las alternativas de solución para mejorar la calidad y beneficiar a los pacientes que son atendidos. La evaluación debe ser permanente y periódica; permanente a nivel de autoevaluación de los servicios, sujeta a verificación mensual o cuatrimestral por el cuerpo de unidades médicas evaluando los diferentes servicios.

Proponían que las autoridades en salud estatal o delegaciones supervisaran y evaluaran las unidades médicas cada cuatrimestre o anualmente, dependiendo de la problemática y complejidad de los niveles: central, institucional y sectorial y también se evaluaron anualmente a los niveles estatales o delegaciones conforme al programa de las unidades de salud.

Los resultados se analizan vía internet por el cuerpo de gobierno; en esta evaluación participan también todo el personal hospitalario encargado del paciente tales como: dietistas, jefes de enfermeras, enfermeras de piso, médico tratante y trabajadora social. Cuando el cuerpo de gobierno de las unidades revisa los informes recibidos de los diferentes servicios se realizan los cambios referentes a la calidad que se brinda a los hospitales.³

Posteriormente en el año 2000, durante la gestión del presidente Vicente Fox Quezada se propuso y desarrolló la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, campaña cuyo objetivo es promover un Trato Digno al paciente y sus familiares, así como elevar la calidad de los servicios de salud, para mejorar los aspectos técnicos de la atención, oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud.²

GESTIÓN DE LA CALIDAD

Es una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, es planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en el cumplimiento de los requisitos del cliente y en el logro de la satisfacción del mismo. La gestión de calidad de igual manera como todos los temas y avances que se han hecho en la investigación sobre el tema de la calidad también tiene sus estudios y se divide en etapas.

PRIMERA ETAPA: Control de Calidad por Inspección en el siglo XIX se caracterizó por la detección y solución de los problemas generados por la falta de uniformidad de los productos, puesto que las empresas comenzaron con la producción masiva de bienes con un alto grado de ineficiencia en los sistemas productivos. La inspección, se utilizaba como herramienta de control para la detección de errores, y con el fin de la resolución de problemas por medio de la herramienta de Calidad.

SEGUNDA ETAPA: Control estadístico del proceso. En el año de 1930 estuvo enfocada al control de los procesos y a la aparición de métodos estadísticos y para la reducción de los niveles de inspección del producto su objetivo era de reducir los costos de inspección, detectar problemas de Calidad en los productos que ya habían sido manufacturados. El control solo pudo evitar que el producto fallado llegara al cliente, pero era incapaz de evitar los costos generados por su reparación.⁴

TERCERA ETAPA: El proceso de la Calidad total – Aseguramiento de la Calidad entre los años 1950 a 1970. Esta etapa se fundamentó en el hecho de que el propio proceso de producción, considerado central y único en términos de Calidad hasta ese momento, requería de servicios de soporte y de la coordinación de esfuerzos de todas las áreas de la empresa. En esta etapa se optimiza el proceso mediante técnicas avanzadas, las cuales reducen el tiempo de respuesta al cliente y los costos de los procesos productivos.

CUARTA ETAPA: Administración Total de la Calidad – Los procesos de mejora continua de la Calidad en el año de 1980. Etapa en donde se consideró el mercado y las necesidades del consumidor, reconociendo el efecto estratégico de la Calidad como una oportunidad

competitiva. En esta década, se buscó garantizar la Calidad de los productos por la vía de asegurar la Calidad de los procesos. Es decir, si el proceso funciona correctamente, su resultado, el producto, deberá ser el esperado. La visión de la Calidad se enfoca a realizar productos competitivos en el mercado, mediante programas de mercadotecnia, enfatizando el cubrir la producción del mercado y las necesidades de los consumidores.

QUINTA ETAPA: Reingeniería y Calidad Total. En esta etapa la empresa se basa en procesos completos más que en procesos fragmentados y divididos por departamentos, teniendo más responsables de los mismos en su totalidad, obteniendo como consecuencia, un aumento en el grado de pertenencia y responsabilidad redefiniendo el concepto de trabajo. Las estructuras y los sistemas aumentan su flexibilidad, se eliminan y reducen las áreas que no agregan valor y la empresa se estructura por unidades estratégicas de negocios.⁵ Por otra parte, cabe mencionar que se realizaron normas y estándares internacionales que se interrelacionan entre sí para hacer cumplir los requisitos de calidad que una empresa requiere para satisfacer los requerimientos acordados con sus clientes a través de una mejora continua, de una manera ordenada y sistemática para garantizar que una organización o un producto sea consistente, tiene cuatro componentes:

1. Planeamiento de la calidad
2. Control de la calidad
3. Aseguramiento de la calidad
4. Mejoras en la calidad.

La gestión de calidad se centra no solo en la calidad de un producto, servicio o la satisfacción de sus clientes, sino en los medios para obtenerla. Por lo tanto, la gestión de calidad utiliza al aseguramiento de la calidad y el control de los procesos para obtener una calidad más consistente.⁶

VII. MARCO REFERENCIAL

AUTORES DE LA CALIDAD

EDWARS DEMING

Entre 1940-1943 uno de los grandes discípulos de Sheward, fue Deming quien al inicio de su carrera se dedicó a trabajar sobre el control estadístico de la calidad, pero con la entrada de los E.U. a la Segunda Guerra Mundial y la demanda excesiva de productos por parte de los aliados provocó que las empresas americanas se orientaran a la producción satisfaciendo dicha demanda en un mercado muy estandarizado y muy cerrado por lo que trabajó en la Universidad de Stanford capacitando a cientos de ingenieros militares en el control estadístico del proceso, para el establecimiento de una mejora continua de la calidad.

Entre 1942 y 1945 Edwards Deming contribuyó precisamente a mejorar la calidad de la industria norteamericana dedicada a la guerra, al final de este año Deming fue a Japón invitado por el comando militar de ocupación de Estados Unidos, ahí tendría un papel fundamental en cuanto a la elevación de la calidad; llegó a Tokio y en 1947 inició sus primeros contactos con ingenieros japoneses, en 1950 a partir de este momento Deming se dio a conocer, fue considerado el padre de la calidad japonesa viajó a Japón para colaborar en la conducción de un censo de población, y dictó conferencias sobre control estadístico de la calidad, dirigidas a altos ejecutivos de empresas.

Deming les dijo a los japoneses que podrían convertirse en líderes en calidad a nivel mundial si seguían sus consejos. Japón asumió y desarrolló los planteamientos de Deming, y los convirtió en el eje de su estrategia de desarrollo nacional. Hizo uso en Japón ante un grupo importante de su modelo administrativo para el manejo de la calidad.

El objetivo de realizar productos era entender las necesidades del cliente, y por supuesto satisfacer la demanda de los mercados, es importante decir que los japoneses no tenían antecedentes claros de la calidad y que su calidad era verdaderamente fatal antes de la llegada de Deming. Y en 1980 fue proclamado el “fundador de la tercera ola de la Revolución Industrial”.⁷

Deming se basó en 14 puntos que nos sirven como grandes directrices de gestión. Estas recomendaciones fomentan la creación de un lugar de trabajo más eficiente con mayores ganancias y donde la productividad puede crecer.

Los 14 Puntos de Deming

1. Cree una constancia del propósito para el mejoramiento del producto y del servicio. Esta visión le da a la organización una perspectiva a largo plazo y evalúe el compromiso de la dirección, y determine cómo está actuando la organización en relación con otras empresas.
2. Adopte la nueva filosofía. El sector directivo de Occidente debe despertar el desafío, y asumir un nuevo papel en el liderazgo.
3. Deje de depender de la inspección para lograr calidad. La inspección sólo sirve para evaluar un problema, y no permite ninguna corrección.
4. Minimice el coste total operando con un solo proveedor; termine con la práctica de asignar operaciones sólo sobre la base del precio. Reduzca el costo y opten por un solo proveedor para cada artículo, estableciendo una relación a largo plazo sobre la base de la lealtad y la confianza.
5. Mejore constantemente y para siempre cada proceso. El mejoramiento continuo de la calidad y de la productividad reduce constantemente los costes. Para lograr un mejoramiento es imprescindible conocer la respuesta de los consumidores y de los vendedores o proveedores.
6. Instituya la capacitación en la función. La capacitación se aplica a todos los niveles de la organización.
7. Adopte e instituya el liderazgo. El liderazgo surge de los conocimientos, la pericia y las habilidades interpersonales. Los líderes son capaces de eliminar las barreras que impiden al personal y a las máquinas alcanzar su nivel óptimo de rendimiento.

8. Elimine el temor. El temor extingue la creatividad, que es el motor del mejoramiento de la calidad. Ese temor puede ser vencido al identificar y cubrir las brechas en la comunicación, la cultura y la capacitación.
9. Derribe las barreras entre las áreas del personal, todos deben trabajar como un equipo.
10. Elimine los eslóganes, las exhortaciones y los objetivos para la plantilla. Los programas o campañas que imponen una tarea, pero dejan al trabajador sin poder como para lograr un objetivo representan una administración por medio del temor.
11. Elimine las cuotas numéricas para los trabajadores y las metas numéricas para la dirección. Las cuotas numéricas no tienen en cuenta los factores estadísticos que afectan a todos los trabajadores. No todos los trabajadores pueden estar por encima del promedio; tampoco todos por debajo del mismo.
12. Elimine las barreras que impiden que el personal experimente orgullo por la tarea. Elimine todo aquello que prive al trabajador del orgullo por su trabajo. Esto significa suprimir las calificaciones anuales o por mérito y la administración por objetivos.
13. Instituya un vigoroso programa de capacitación y autosuperación para todo el personal. La autosuperación es una tarea progresiva de educación y desarrollo de uno mismo. Esto puede significar la implementación de cursos de administración del tiempo, la reducción del estrés, permitir al personal que utilice su tiempo de trabajo para practicar una actividad física en caso de que desarrolle una tarea sedentaria o permitir a los empleados que tienen trabajos más activos participar en tareas intelectuales o cursos.
14. Haga trabajar a todo el personal de la compañía para lograr la transformación. Es necesario un compromiso de los altos niveles directivos a fin de lograr el esfuerzo necesario para la transformación. La transformación es tarea de todos.⁸

JOSEPH MOSES JURAN

Fue un consultor de gestión del siglo XX que es principalmente recordado como un evangelista de la calidad y la gestión de la calidad. Se encargó de publicar libros que hablan de la calidad y como mejorarla esto llamó la atención de los japoneses es que le pidieron ayuda para implementar la calidad total y liberarse de la reputación de la posguerra como fabricantes de productos baratos y de muy mala calidad.

Juran considera que la calidad consiste en dos conceptos diferentes, pero relacionados entre sí:

Una forma de calidad está orientada a los ingresos, y consiste en aquellas características del producto que satisfacen necesidades del consumidor y, como consecuencia de eso producen ingresos. En este sentido, una mejor calidad generalmente cuesta más.

Una segunda forma de calidad estaría orientada a los costos y consistiría en la ausencia de fallas y deficiencias. En este sentido, una mejor calidad generalmente cuesta menos.

Después en 1968, hubo enfoque de Juran sobre la administración de calidad que se basa en lo que él llamó trilogía de Juran, que divide el proceso de administración de calidad en tres etapas: planeación de la calidad, control de la calidad y mejora de la calidad.

Planeación de la calidad

Se puede generalizar en una serie universal de pasos de entrada-salida, llamada mapa de planeación de la calidad, y son los siguientes:

Identificar a los clientes, determinar sus necesidades, traducir las necesidades al lenguaje de la empresa, desarrollar productos con características que respondan de manera óptima a las necesidades de los clientes, desarrollar un proceso que sea capaz de producir las características del producto y transferir el proceso de la operación

Control de calidad

Para controlar un proceso se debe establecer un vínculo de retroalimentación en todos los niveles y para todos los procesos; asegurarse de que cada empleado se encuentre en estado de autocontrol; establecer objetivos de calidad y una unidad de medición para ellos; proporcionar a las fuerzas operativas medios para ajustar los procesos de conformidad con los objetivos.

Mejoramiento de la calidad

Es necesario establecer un consejo o comité de calidad que diseñe, coordine e institucionalice la mejora de calidad anual. El comité deberá definir la forma de seleccionar cada proyecto, que deberá incluir nominación, selección, declaraciones de misión y publicación del proyecto.

Juran Joseph lo que quería comunicar es que en lugar de esperar que los productos estuvieran terminados para proceder a encontrar los defectos, se debía analizar todo el proceso de producción con el ánimo de prevenir en lugar de corregir, además, su pensamiento se orienta hacia la no delegación de la calidad, sino que la calidad debe darse por autonomía, cada empleado, desde el gerente hasta el personal de planta debe tener como meta la calidad.⁸

PHILIP CROSBY

De igual manera otro autor que participó en los cambios que se realizaron referente a la calidad fue Philip Crosby, uno de los pensadores sobre calidad más destacados de los Estados Unidos. Comenzó su trabajo como profesional de la calidad en 1952. Posteriormente, trabajó para Martin- Marietta de 1957. En esta empresa surgió un movimiento muy importante por la calidad, Hacia finales de los 70 y entrados los 80, los empresarios norteamericanos estaban perdiendo mercados frente a los productos japoneses debido a la superioridad de estos últimos.

Crosby no creía que los empleados debían ser los primeros responsables por los errores que ocasiona una calidad débil. La acción ideal es el control preventivo de la calidad, el fundamento anterior se resume en una de sus frases más famosas “hacer las cosas correctamente la primera vez”. Por ello, la alta gerencia debe comprometerse a: educar y motivar a los empleados hacia el logro de este objetivo “Cero defectos” no es un eslogan, constituye un estándar, es decir:

- Calidad como conformidad con las especificaciones.
- Las empresas despilfarran recursos realizando incorrectamente procesos y repitiéndolos.

Crosby estima que en los años sesenta varias compañías japonesas aplicaron adecuadamente el principio de “cero defectos”, utilizándolo como una herramienta técnica, mientras la responsabilidad de su debida implementación se asignó a la dirección. Por el contrario, en Estados Unidos este principio se utilizó como un instrumento motivador, y la responsabilidad en caso de registrarse defectos recaía en el trabajador. Esta estrategia requiere una orientación técnica además del compromiso de la dirección. A continuación, se transcriben los 14 pasos para el mejoramiento de la calidad de Crosby y sus cuatro fundamentos.

Crosby realizo 14 pasos para el mejoramiento de la calidad

1. Asegúrese de que la dirección esté comprometida con la calidad
2. Forme equipos para el mejoramiento de la calidad con representantes de cada departamento.
3. Determine como analizar dónde se presentan los problemas de calidad, actuales y potenciales.
4. Evalúe el coste de la calidad y explique su utilización como una herramienta de administración.
5. Incremente la información acerca de la calidad y el interés personal de todos los empleados.
6. Tome medidas formales para corregir los problemas identificados a lo largo de los pasos previos.

7. Instituya una comisión para el programa “cero defectos”.
8. Instruya a todos los empleados para que cumplan con su parte en el programa de mejoramiento de la calidad.
9. Organice una “jornada de los cero defectos” para que todos los empleados se den cuenta de que ha habido un cambio.
10. Aliente a los individuos para que se fijen metas de mejoramiento para sí mismos y para sus grupos.
11. Aliente al personal para que comunique a la dirección los obstáculos que enfrenta en la prosecución de sus metas de mejoramiento.
12. Reconozca y valore a aquellos que participan activamente en el programa.
13. Establezca consejos de calidad a fin de mantener informado al personal en forma regular.
14. Repita todo para enfatizar que el programa de mejoramiento de la calidad no finaliza jamás.⁸

AVEDIS DONABEDIAN

Es conocido como el fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad. Aunque se habla de diversos modelos y metodologías para mejorar la calidad, lo más efectivo continúa siendo la determinación de los líderes y responsables de conducir los servicios. Es importante resaltar que, con su determinación conceptual y convencido de la validez de sus postulados, dijo Avedis Donabedian en 1996. “Cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”.

Avedis Donabedian puso tal énfasis en el tema específico de la calidad de la atención en la salud que cambió los paradigmas establecidos hasta entonces y transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora se entiende la respuesta social a los problemas de salud.¹⁰

En un artículo de 1966 introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, y sus indicadores para evaluarla, así como la sistematización de los criterios, genera reflexiones

importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad en dicho servicio, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud.

- ✓ Indicadores de estructura. Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.
- ✓ Indicadores de proceso. Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.
- ✓ Indicadores de resultado. Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.¹¹

Donabedian (1984) define calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Señala que ésta puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes.

Finalmente, para este modelo, la calidad del servicio está basada fuertemente en un enfoque técnico médico, lo cual deriva que su evaluación sea competencia de los profesionales de la salud, quedándose corta para medir la perspectiva de los pacientes, esto es, la calidad funcional percibida. Debemos establecer que la calidad tanto en Europa como en Japón y Estados Unidos detonó precisamente al terminar la segunda Guerra Mundial y que justamente en este periodo fue cuando las naciones del mundo se organizaron para crear y elevar los estándares de calidad, es por ello que el antecedente de la ISO esta precisamente ligado desde hace 50 años, cuando entre 1950 y 1960 la calidad se convirtió en una megatendencia en el mundo entero.

PROGRAMAS CREADOS PARA MEJORAR LA CALIDAD HOSPITALARIA EN OTROS PAÍSES

Debido a la creciente complejidad de las ciencias de la salud y al constante incremento en la especialización de los profesionales sanitarios, surge la necesidad de realizar controles rigurosos para garantizar que estos profesionales sanitarios poseen los conocimientos y capacidades suficientes para prestar una asistencia segura y eficaz.

En el pasado, los principales mecanismos para asegurar la calidad de los cuidados de enfermería eran las leyes estatales de autorización, que estaban centradas en las calificaciones necesarias para el acceso a la práctica profesional; las normas institucionales, que controlaban la supervisión, evaluación y los organismos legales e independientes, con el paso del tiempo se crearon los departamentos estatales de la sanidad que fueron la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, la cual se encarga de regular los recursos físicos equipamientos y recursos humanos de las instituciones sanitarias.

Luego surgió la American Nurses Association que elaboró un modelo para encauzar la elaboración de la práctica profesional de enfermería, los cuidados de los pacientes y las instalaciones y servicios de las instituciones ya que de igual manera fue la que creo los primeros estándares para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería.

LAS NORMAS ISO 9000

ISO 9000 es un conjunto de normas sobre calidad y gestión de calidad establecidas por la organización internacional de normalización (ISO).

Este conjunto de normas es aplicado a cualquier tipo de organización o actividad que se oriente a la producción de bienes y servicios.

ISO 9000 especifica la manera en que una organización opera sus estándares de calidad, tiempos de entrega y nivel de servicio. Su utilidad reside en estandarizar las actividades del personal que trabaja.

- Incrementar la satisfacción del cliente al asegurar la calidad de productos y servicios de manera consistente.

- Medir y monitorear el desempeño de los procesos.
- Incrementar la eficacia y la eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.
- Reducir las incidencias negativas de servicios.

Las normas de ISO 9000 y sus derivados contienen los registros del modelo de gestión y el sistema de gestión medio ambiental. En su estructura la ISO 9000 califica los siguientes puntos.¹³

- ✓ Guías y descripciones generales.
- ✓ Sistemas de gestión.
- ✓ Responsabilidades de la dirección.
- ✓ Realización del producto o servicio.
- ✓ Medición análisis y mejora.

JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANITATIONS

La Joint Commission se encuentra en el Colegio Estadounidense de Cirujanos, conduce a inspecciones voluntarias en el lugar de los hospitales. En 1951, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica Canadiense unieron fuerzas para crear la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales se formó como una organización independiente, sin fines de lucro, cuyo objetivo principal era proporcionar la acreditación voluntaria para cumplir con los estándares mínimos de calidad establecidos. No fue hasta 1970 que se reformaron los estándares de calidad para representar los niveles más altos alcanzables, en lugar de los niveles mínimos necesarios. Por lo tanto, se promulgó la forma actual de encuesta, por la cual hay un movimiento para la mejora continua, en lugar de un sello de aprobación para alcanzar un nivel de calidad aceptable. En 1987, la compañía pasó a llamarse Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica, que se acortó a la actual Comisión Conjunta después de la renovación de la marca en 2007.

Es una organización independiente, sin fines de lucro que acredita y certifica, lleva más de 50 años dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias y

sociosanitarias. En la actualidad acredita cerca de 20.000 organizaciones a nivel mundial. Si bien la acreditación es técnicamente un proceso voluntario, a través del cual los organismos de acreditación como The Joint Commission visitan una instalación para realizar controles de calidad y proceso, las agencias estatales también confían en los cincuenta estados en lugar de los requisitos específicos de licencia estatal.

La información y la experiencia obtenidas al evaluar estas organizaciones se utiliza a su vez para actualizar los estándares periódicamente, adecuándolos así a los cambios de los servicios sanitarios. En consecuencia, si una organización no logra la acreditación, ya sea a través de The Joint Commission u otro organismo similarmente reconocido, la licencia estatal es mucho más difícil, si no imposible de lograr. Sin licencia estatal, un centro de salud no puede abrir sus puertas legalmente.

Los hospitales no son los únicos organismos sujetos a acreditación, ya que las oficinas de doctores, hogares de ancianos, centros de cirugía en el consultorio, instalaciones de tratamiento de salud del comportamiento y proveedores de servicios de atención domiciliaria también pueden obtener un estado acreditado, que puede servir como un componente integral del Estado Licenciatura. La recepción de la acreditación se reconoce como un símbolo de calidad que refleja el compromiso de una organización para cumplir con los estándares de desempeño.

La misión de La Comisión Conjunta es "Mejorar continuamente la atención médica para el público evaluando las organizaciones de atención médica e inspirándolas para que se destaquen en brindar atención segura y efectiva de la más alta calidad y valor.

En 1996 nace la Joint Commission International , una de las organizaciones que tiene la finalidad de mejorar la calidad de la atención en la comunidad internacional, facilitando servicios de acreditación en todo el mundo. Para asegurar la aplicabilidad in-ternacional de los estándares, éstos se consensuan por un grupo de expertos y líderes de opinión de los cinco continentes. El proceso de evaluación de la JCI está diseñado para adaptarse a las características legales, religiosas y culturales de cada país.

Se aplican las encuestas de acreditación en el sitio se realiza una vez cada tres años con una agenda específica, formada mediante la guía de actividades de la encuesta proporcionada a la organización en preparación para el evento, cada encuesta es única en función de la clase

de organización. Cada encuesta se realiza para verificar el cumplimiento con los estándares delineados. Los estándares definen las expectativas, estructuras y procesos de desempeño que deben existir para que una organización brinde atención de calidad. Los estándares no son calificados; más bien, cada estándar contiene elementos de rendimiento, que se califican con niveles de "cumplimiento satisfactorio" o "cumplimiento insuficiente".

El objetivo de un estándar. Es el puntaje que forma la base para el cumplimiento general de una organización con un estándar específico.

Los evaluadores son siempre profesionales con amplia experiencia en el sector a evaluar y específicamente formados para poder ofrecer a los centros sugerencias de mejora. El Comité de Acreditación está formado por representantes de las organizaciones profesionales médicas, de enfermería, de gestión y de la administración sanitaria, así como representantes de la propia JCI. Se logra así una gran identificación de los profesionales con este sistema y, por lo tanto, una amplia participación.¹⁴

AMERICAN NURSES ASSOCIATION

Asociación profesional nacional del personal de enfermería titulado de Estados Unidos. Fue fundada en 1896 para mejorar los niveles de salud y la disponibilidad de asistencia sanitaria suministrada con objeto de mantener unos niveles mínimos altos para la enfermería, con el fin de promover el desarrollo profesional del personal de enfermería y potenciar el bienestar general y económico del mismo.

La ANA está constituida por 53 asociaciones de 50 estados. Los miembros pueden asociarse a una o más de las cinco secciones de la práctica de enfermería. Estas secciones están coordinadas por el Congreso de Práctica de Enfermería, el cual evalúa los cambios que se producen en el campo de la aplicación y práctica, lleva a cabo un seguimiento de los desarrollos científicos y de la formación, estimula la investigación y desarrolla los estatutos sobre la política de la ANA en lo que respecta a la legislación que afecta a la práctica de la enfermería. Asimismo, la ANA ejerce un papel activo desde el punto de vista político a nivel federal en todos los aspectos relacionados con la enfermería. Las publicaciones de la ANA son el periódico American Nurse, que es la revista profesional.

En 1896, un grupo de ex alumnos de enfermería formó una organización que se incorporó como la Asociación de Enfermeras Asociadas en 1901. En 1911, el nombre se cambió a la Asociación Americana de Enfermeras (ANA). Esta organización profesional ofrece servicios a enfermeras en áreas tales como educación continua, estándares profesionales, conferencias, relaciones gubernamentales, bienestar económico general e investigación, y proporciona servicios a las asociaciones de enfermeras que lo integran en cada estado, ANA es la principal organización que representa los intereses de los 3,6 millones de enfermeras registradas del país, avanza en la profesión de enfermería fomentando altos estándares de práctica de enfermería, promoviendo un ambiente de trabajo seguro y ético, reforzando la salud y el bienestar de las enfermeras, y abogando por cuestiones de atención médica que afectan a las enfermeras y al público en general.

ANA está a la vanguardia de la mejora de la calidad de la atención médica para todos. Capacita a enfermeras para ser contratadas El Centro de Carreras de ANA les brinda a los empleadores acceso instantáneo a enfermeras calificadas que trabajan en todas las áreas de atención médica. Publica los trabajos de enfermería y tiene una base de datos para reclutar miembros de ANA que representen a los mejores talentos de la profesión de enfermería.¹⁵

La ANA 1973 elaboró un modelo para encauzar la evaluación de la práctica profesional de enfermería, los cuidados de los pacientes, las instalaciones y servicios de las instituciones. Las enfermeras de los diversos departamentos han formado estándares de resultados que sirven como criterios mediante los cuales se pueden evaluar la calidad de los cuidados de enfermería.

EL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones de diferentes naciones y representa a más de 20 millones de enfermeras. Esta asociación fue fundada en 1899, es la primera y más amplia organización internacional de profesionales de salud, trabaja para conseguir cuidados de calidad, avance de los conocimientos y la presencia de la profesión de enfermería respetada de recursos humanos competentes y satisfactorios.

Al pasar los años y la gran necesidad de seguir mejorando la calidad en México se crea un organismo colegiado interinstitucional que es el que regula la normatividad de la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, en 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo para crear la Comisión Permanente de Enfermería como órgano colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las acciones y actividades que se emprenden en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, a su adecuada formación y al desarrollo y superación del personal de enfermería.

Se crean acciones para la estandarización del cuidado de enfermería, dirigidas a establecer un "Modelo de cuidados de enfermería" enfocado a dar respuesta a las necesidades de atención de la población mexicana; el enfoque considera la especificidad de sus características, diversidad cultural, así mismo, la estructura organizacional de los elementos del modelo, y la formación de recursos humanos en enfermería, que fortalezcan los procesos de la atención a través de mejorar la calidad técnica y la cobertura de la atención en todos los niveles. Elementos del modelo: Metaparadigma de enfermería o supuestos principales, Proceso Atención de Enfermería (PAE), Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE). El "Modelo del cuidado de enfermería", integra en los planes de cuidados las intervenciones basadas en evidencia científica, utilizando la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), el Nursing Outcomes Classification (NOC) y el Nursing Interventions Classification (NIC), ya que las tres clasificaciones contribuyen a la estandarización del cuidado. En México, el objetivo del modelo es impulsar el desarrollo e implementación de un "Modelo del cuidado de enfermería" estandarizado como herramienta metodológica, que permita al personal de enfermería realizar un plan de cuidados con prácticas basadas en la mejor evidencia disponible, que contribuyan a mejorar

la calidad de la atención en el ámbito ambulatorio y hospitalario con enfoque intercultural, integral y sistémico para disminuir la variabilidad de la práctica en la cotidianidad del cuidado.

En la gestión gubernamental del presidente Vicente Fox Quezada se instituyó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y se identificó la oportunidad de iniciar el desarrollo del proyecto de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Con este fin se establecieron vínculos de colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, órgano responsable de la Cruzada, para trabajar conjuntamente en la definición de estándares e indicadores de calidad en algunos de los procedimientos de enfermería.

Los indicadores de los procedimientos que se presentan en esta primera etapa fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente; por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería. Asimismo, porque permiten identificar la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería en cuanto al trato recibido.

Este documento es útil para incorporar la cultura de la medición de la calidad en el personal de enfermería y avanzar en la estandarización y unificación de criterios, con el propósito de guiar la supervisión operativa del cuidado de enfermería y la evaluación sistematizada de los servicios.

Durante años se han realizado investigaciones con el propósito de mejorar la calidad y que el cliente se sienta satisfecho por el trato recibido; en muchas instituciones se interesaron por atender sus necesidades en materia de evaluación de la calidad de los servicios, por lo que se diseñó una metodología para evaluar los procedimientos de enfermería, así como los instrumentos de captura, e instructivos de llenado.

Las enfermeras podrán evaluar sus servicios a partir de indicadores básicos, tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora, o bien establecer procesos de mejora continua. Dichos indicadores les permitirán comparar resultados con otras unidades de salud, y disponer de una guía para definir y/o proponer otros indicadores, integrándose de manera efectiva con las políticas institucionales de calidad al interior de su unidad médica y con aquellas que emanen de autoridades superiores. Asimismo, se presenta una oportunidad inmejorable para incorporar en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud los indicadores de calidad de los servicios de enfermería.¹⁶

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos, cuya principal finalidad es mejorar la salud y fue establecido después de la reforma a la Ley General de Salud Mexicana en febrero de 1984. Establece la respuesta social organizada para que los países puedan contender con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de la salud de los ciudadanos. Estas organizaciones contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente.

México mantiene un sistema de salud que nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos a quienes llamó derechohabientes y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó población abierta.

Para determinar la situación que, en materia de calidad en enfermería, existía en las unidades médicas, y como punto de referencia para este proyecto, se identificaron y visitaron instituciones tanto públicas como privadas del Sistema Nacional de Salud en el Distrito Federal, que hubieran desarrollado algún sistema, programa o proyecto de evaluación específico de la calidad de los servicios de enfermería. Los resultados de las visitas se presentan a continuación:

- Hospital Central Sur de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), desarrolla desde el año 2001 un proyecto denominado Indicadores de calidad en enfermería.
- Instituto Nacional de Cardiología de la Secretaría de Salud (SSA), inició en 1999, el Programa de indicadores de calidad en el cuidado enfermero.
- Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), inició en 1999, el programa Calidad de la atención de enfermería en los servicios de hospitalización.
- Grupo Ángeles de Servicios de Salud (GASS). Desde hace seis años desarrolló un modelo de calidad, con tres vertientes: técnica, administrativa y desarrollo humano.
- Hospital ABC: Están desarrollando un proyecto denominado Modelo de calidad centrado en el proceso de atención de enfermería.¹⁷

Con estos resultados la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, que ve actualmente se llama Comisión Permanente de Enfermería, inició en el mes de junio del 2002 el desarrollo del proyecto Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería para lo cual conformó un equipo de trabajo con representantes de enfermería de diferentes instituciones tanto públicas como privadas, con el propósito de definir, en esta primera etapa el concepto de calidad, tres indicadores y la metodología para su medición.

Otros antecedentes de importancia son los conceptos emitidos en materia de calidad para efectos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: Trato Digno, elemento parte de la dimensión interpersonal, cuyas características son: respeto, información, interés, amabilidad y Atención Médica Efectiva que incluye la evaluación de aspectos de la dimensión técnica que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud.

Posteriormente en el sexenio del presidente Felipe Calderón H. ésta Cruzada Nacional por la Calidad tomó el nombre de “SICALIDAD” como línea de acción y seguimiento a su antecesor.

En la actualidad la línea de acción vigente se llama: “Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica” misma de la que se hablará más adelante.

ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN PARA PARA LA CALIDAD DE SALUD EN MÉXICO

En México en el sexenio del presidente Vicente Fox Quezada se inició una campaña llamada: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyo objetivo es promover un Trato Digno al paciente y sus familiares, así como elevar la calidad de los servicios de salud, para mejorar los aspectos técnicos de la atención, oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud.

Dentro de los servicios de salud, el trato digno que ofrece la Cruzada a los usuarios se reflejará en:

- El respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona.
- La información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan.
- Amabilidad por parte de los prestadores de servicio.

Esta cruzada se inició formalmente el 22 de enero de 2001 y fue la primera estrategia de alcance nacional en México que permitió, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención. Este programa se ha estructurado en varias etapas, como son: la realización de diagnóstico-evaluación, la realización de capacitaciones para los trabajadores de los servicios de salud, así como fases de monitoreo y evaluación de seguimiento.

La visión del sistema es contribuir significativamente a mejorar las condiciones de salud de todos los mexicanos, proporcionar atención integral de alta calidad a la población y protegerla de gastos excesivos provocados por la atención de sus necesidades de salud.

La Cruzada se propuso elevar la calidad de los servicios de salud y que fueran claramente percibidos por la población.

Para alcanzar este objetivo se plantearon diez líneas fundamentales de acción:

1. Elaboración y difusión de códigos de ética.
2. Educación sobre, para y de calidad.

3. Información para y sobre el usuario y el desempeño.
4. Sistemas de mejora continua.
5. Reconocimiento del desempeño.
6. Estandarización de procesos y monitoreo de resultados.
7. Certificación de individuos y organizaciones.
8. Racionalización regulatoria.
9. Mejoras de alto impacto en los procesos de atención.
10. Impulso a las mejoras en otros ámbitos que influyan en la calidad.²

Desde el periodo de transición, el tema contó con el respaldo del entonces Presidente Electo. Cuando en agosto de 2000 se le presentaron los posibles temas que configurarían el Programa Nacional de Salud, el primero en ser aprobado por él, ya con este nombre, fue la Cruzada por la Calidad.

Se definieron los objetivos del Programa y las estrategias para alcanzarlos 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. Vemos una gran coherencia y codependencia entre las tres estrategias, lo cual conduciría hacia una sinergia que fortalecería a las tres.

A partir de ese momento y durante las últimas semanas previas a la toma de posesión del nuevo Gobierno, se levantó una encuesta, tanto con pacientes como con prestadores de servicios de salud del sector público, para identificar el grado de necesidad que sentían de que la calidad fuese mejorada y sus expectativas hacia una estrategia como la propuesta. La coincidencia de resultados fue notable y muy favorable. Con los resultados de la evaluación de los grupos y de las encuestas, la Cruzada estaba lista para empezar.¹²

En el sexenio del Lic. Felipe Calderón Hinojosa (2007-2012) y dentro del Plan Nacional de desarrollo que él formuló, la estrategia a seguir en el programa sectorial de salud tomó el nombre de "SICALIDAD" para contribuir con el derecho a la protección de salud, así como a continuar mejorando la calidad en la prestación de los servicios médicos, todo ello bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. Por lo que los objetivos, proyectos e indicadores de

SICALIDAD formaron parte de los compromisos a favor de la calidad de las organizaciones y servicios que prestan atención y cuidado a la salud.

El programa "proporciona servicios de salud a toda la población para mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones previstas". Los usuarios tienen derecho a recibir atención profesional y ética responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales de salud.

Se realizaron las estrategias que se describen en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) y está dirigida a corregir la principal causa de deficiencia en la calidad de los servicios de salud, siendo conscientes de que existe un bajo nivel de desempeño en materia de calidad en muchos de los establecimientos de salud y de que la calidad es un compromiso permanente por la mejora continua en la atención a los problemas de salud de los ciudadanos, el PROSESA plantea que para prestar servicios de salud con calidad y seguridad es necesario un instrumento operativo que establezca el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), encargado de elevar la calidad de los servicios de salud con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud.

Como señaló el Secretario de Salud -en ese periodo- en su presentación del PROSESA: "La mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes sigue siendo un reto para nuestras instituciones". Este es el propósito en el que se inscribió el programa de acción SICALIDAD.

El Programa de Acción Específico del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), diagnostica nuestras carencias e insuficiencias en relación a la calidad de los servicios de salud; formulando propuestas y acciones tanto para mantener los avances logrados, como para favorecer un programa de mejora continua que sitúe la calidad en la agenda permanente en las organizaciones de salud.¹

Es importante mencionar que desde el sexenio anterior con el programa del sistema integral de calidad en salud (SICALIDAD) se buscó la integración de nuevos proyectos en donde el sistema de calidad total incluyera esfuerzos en todas dimensiones de la calidad.

Por lo que se dieron 4 proyectos

- 1.- Calidad percibida por los usuarios
- 2.- Calidad técnica y seguridad del paciente
- 3.- Calidad de la gestión de los servicios de salud
- 4.- Proyectos de apoyo y reconocimiento

Los cuales dieron continuidad a la ya mencionada Cruzada Nacional por la Calidad.

En el caso de enfermería para impulsar la integración de las directrices que contribuyeran en la evaluación de la calidad de sus servicios se trabajó en dos líneas de acción que son por un lado promover la incorporación al sistema INDICA de los diez nuevos indicadores y por otro lado coadyuvar en el diseño de protocolos y guías clínicas para la estandarización de los procesos ya que la seguridad del paciente y la eficiencia en la atención médica, la cual se entiende como la atención de todos los actores para promover, restaurar y mantener la salud de los individuos y la población, basada en la atención primaria, la generación y la gestión de los recursos adecuados, la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad y como un tema permanente en la gestión y la operación de nuestras unidades de salud.

Entre los nuevos indicadores propuestos están:

- 1.- Registro clínico de enfermería.
- 2.- Manejo del recién nacido con peso menor a 1500gr.
- 3.- Vigilancia y control al neonato con riesgos para hiperbilirrubinemia.
- 4.-Trato digno en pacientes con problemas de salud mental adulto.
- 5.- Trato digno en pacientes con problemas de salud mental pediátrico.
- 6.- Vigilancia y control del neonato con alimentación a través de sonda nasogástrica.
- 7.- Vigilancia y control del neonato con aspiración de secreciones a través de cánula endotraqueal.
- 8.- Vigilancia y control del neonato con catéter intra vascular.

9.-Atención a pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

10.- Atención a pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal

En el actual sexenio (2013-2018) el gobierno federal plasmó en el Plan Nacional de desarrollo dentro de la meta 2 " México incluyente", que para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad es necesario plantear un programa de acción específico el cual le llamó: " Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica" esta estrategia se lleva a cabo a partir de sus componentes que son:

1.- Calidad y seguridad del paciente

2.- Innovación y mejora continua

3.- Gestión de riesgos en atención médica

4.- Acreditación a los establecimientos de atención médica y servicios de salud

5.- Normatividad en materia de salud

6.- Educación en salud

Componentes en los que se trabajan actualmente

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

El nacimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico fue el 3 de junio de 1996 por Decreto Presidencial, en esta década se contaba con pocas instancias para la presentación de quejas. La CONAMED era la elección como primera instancia para la resolución de las quejas en relación de los usuarios con los profesionales de la salud que se presentaban en las unidades Hospitalarias, se tenía como finalidad que el profesional de la salud involucrado en el conflicto fuera sancionado y se obtuviera la restitución del derecho lesionado a través de la atención médica rehabilitadora o el pago de una indemnización por el personal de salud.

Es una instancia especializada que se encarga de recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos, los cuales permiten solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje con la finalidad de contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; que promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores y la ética en la relación médico-paciente.

Ante esto, el Ministerio Público y los tribunales presentaban cargas excesivas de trabajo por los asuntos relacionados con la responsabilidad profesional del personal de salud surgiendo así la necesidad de crear una instancia que resolviera las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud a través de Mecanismos Alternos de Solución de Conflictos, que además de reducir la presión sobre los órganos jurisdiccionales, constituye una alternativa legal válida para la resolución de los conflictos.

Actualmente la CONAMED atiende un promedio de 17,000 casos anuales y promueve la mejora de la práctica de la medicina a través de recomendaciones y cartas de derechos dirigidas a pacientes, médicos y enfermeras, así como acciones de investigación, difusión y vinculación que retroalimentan los esfuerzos institucionales e individuales, para otorgar los servicios de salud con calidad y respeto.

Funciones de la CONAMED:

- ✓ Brinda orientación y asesoría especializada a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
- ✓ Recibe, investiga y gestiona de manera inmediata asuntos relacionados con la posible irregularidad o negativa en la prestación de servicios médicos justificados o urgentes, por parte de las instituciones públicas.
- ✓ Recibe toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requiere aquéllas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, y practica las diligencias correspondientes.
- ✓ Interviene en amigable composición para conciliar conflictos por presuntos actos inapropiados u omisiones derivadas de la prestación del servicio y presuntos casos de negligencia con consecuencias sobre la salud del paciente.
- ✓ Funge como árbitro y pronuncia los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.

La CONAMED asume que los ciudadanos y los prestadores de servicios de salud, tienen que resolver sus diferencias o quejas, en un entorno especializado, con pleno respeto a sus derechos, obligaciones y la normativa aplicable. El proceso básico es una atención que asegura un servicio especializado y personalizado, a través de personal competente, tanto médico como jurídico; aplica procesos estandarizados y certificados, aspecto que la institución, integralmente refrenda cada seis meses ante una agencia certificada, conforme a los reglamentos y procedimientos institucionales, en el marco del derecho civil y los códigos correspondientes. Esta presentación supone la recepción institucional de un reclamo por un acto médico realizado, en el que subyace la sospecha de una probable mala práctica en la prestación médica o quirúrgica, en donde, necesariamente deberá existir algún resultado no esperado o alguna consecuencia negativa objetiva, ya sea física o patrimonial; y que ambas partes, una vez entendido el procedimiento, facultan a la institución a actuar, conforme a la situación base de la controversia.

Las acciones se dirigirán a las dimensiones de la calidad: por una parte, se enfocarán hacia los ciudadanos y hacia los profesionales de la salud, proponiendo la mejora de la calidad

como el eje de atención. Por otra parte, se dirigirá hacia las organizaciones a través de estrategias de calidad para la gestión de los servicios de salud, cuya finalidad es conducir transformaciones que favorezcan la innovación.

Esto es con el fin de escuchar la voz de los usuarios, de los profesionales y organizaciones de la sociedad civil en relación con los contenidos de una propuesta integral de calidad para mejora de los servicios de salud.

TEORIA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW

Maslow proponía una teoría según la cual existe una jerarquía de las necesidades humanas, y defendió que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados. A partir de esta jerarquización se establece lo que se conoce como Pirámide de Maslow.

Abraham Maslow introdujo por primera vez el concepto de la jerarquía de necesidades en 1943. Más tarde, el hecho de que esta jerarquía soliese ser representada gráficamente en forma de pirámide hizo que el núcleo de la teoría pasase a ser conocido como pirámide de Maslow. Su objetivo era aprender sobre qué hace a la gente más feliz y lo que se puede hacer para mejorar el desarrollo personal y la autorrealización.

Como humanista, su idea era que las personas tienen un deseo innato para autorrealizarse, para ser lo que quieran ser, y que cuentan con la capacidad para perseguir sus objetivos de manera autónoma si se encuentran en un ambiente propicio. Sin embargo, los diferentes objetivos que se persiguen en cada momento dependen de qué metas se han conseguido y cuáles quedan por cumplir, según la pirámide de necesidades. Para aspirar a las metas de autorrealización, antes han de cubrirse las necesidades anteriores como la alimentación, la seguridad, etc.

En la Pirámide de Maslow, están ordenadas desde las necesidades más básicas hasta las necesidades más complejas, esta jerarquía está compuesta por cinco niveles. Las necesidades básicas se ubican en la base de la pirámide, mientras que las necesidades más complejas se encuentran en la parte alta. Las cinco categorías de necesidades de la Pirámide de Maslow son: fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento y de autorrealización; siendo las necesidades fisiológicas las de más bajo nivel, y subiendo niveles en el orden indicado.

Tipos de necesidades

Este investigador habla acerca de las necesidades instintivas y hace una distinción entre necesidades “deficitarias” (fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento) y de “desarrollo del ser” (autorrealización). La diferencia existente entre una y otra se debe a

que las “deficitarias” se refieren a una carencia, mientras que las de “desarrollo del ser” hacen referencia al quehacer del individuo. Satisfacer las necesidades deficitarias es importante para evitar consecuencias o sentimientos displacenteros.

Las necesidades del “desarrollo del ser”, por su parte, son importantes para el crecimiento personal, y no tienen que ver con el déficit de algo, sino con el deseo de crecer como persona.

La pirámide de Maslow tiene 5 niveles de necesidades:

1. Necesidades fisiológicas

Incluyen las necesidades vitales para la supervivencia y son de orden biológico como: necesidad de respirar, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio. Maslow piensa que estas necesidades son las más básicas en la jerarquía, ya que las demás necesidades son secundarias hasta que no se hayan cubierto las de este nivel.

2. Necesidades de seguridad

Incluyen las necesidades de seguridad son necesarias para vivir. Es decir, hasta que las primeras no se satisfacen, no surge un segundo eslabón de necesidades que se orienta a la seguridad personal, al orden, la estabilidad y la protección como: la seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar, de salud, etc.

3. Necesidades de afiliación

Estas necesidades son menos básicas son: el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social. Esta necesidad se expresa cuando las personas buscan superar los sentimientos de soledad, y sentir que hay vínculos afectivos entre ellas y ciertas personas. Estas necesidades se presentan continuamente en la vida diaria, cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia o asistir a un club social.

4. Necesidades de reconocimiento

Las necesidades de reconocimiento como la autoestima, el reconocimiento hacia la propia persona, el logro particular y el respeto hacia los demás; al satisfacer dichas necesidades, la persona se siente segura de sí misma y piensa que es valiosa dentro de la sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor. Esta necesidad de la jerarquía de Maslow se entiende mejor como una manera de sentirse bien con el propio autoconcepto a través de esas cosas de nosotros mismos que vemos reflejadas en el modo en el que los demás nos tratan.

5. Necesidades de autorrealización

En el nivel más alto se encuentran las necesidades de autorrealización y el desarrollo de las necesidades internas, el desarrollo espiritual, moral, la búsqueda de una misión en la vida, la ayuda desinteresada hacia los demás. ¹⁸



MODELO DE LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

El primer intento de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, ya que en ese tiempo la atención a los enfermos en los hospitales era prácticamente nula, y las condiciones de hacinamiento y la carencia de salubridad en los mismos eran causa de gran número de defunciones. Así fue que Virginia Henderson; una de las primeras personas que aun sin conceptualizar la calidad buscaba que los resultados fueran favorables para la recuperación del paciente, fue considerada como la fundadora de los modernos cuerpos de enfermeras, supuso una notable mejora en la organización de los hospitales.

El modelo de Virginia Henderson, se refiere al individuo ya sea sano o enfermo como un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible, estableció su clasificación basándose en una visión paradigmática, teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos como los psicológicos, sociales y espirituales.¹⁹

El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre él individuo, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él. Su teoría se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Las 14 necesidades

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

VIII. MARCO CONCEPTUAL

Definición de enfermería del CIE

Abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Cuyas funciones del profesional de enfermería son:

Funciones independientes o propias.- Aquellas que el personal de enfermería ejecuta en cumplimiento de las responsabilidades de la profesión, para la cual está capacitado y autorizado.

Funciones dependientes o derivadas.- Son las que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.

Funciones interdependientes.- Son las que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud.

Función docente.- Permite producir conocimientos, formación de futuros profesionales y conducir los procesos de enseñanza y aprendizaje, así como la educación permanente para que este personal pueda continuar su perfeccionamiento siguiendo el avance de la ciencia.

Función administrativa.- Permite asegurar que las actividades que deban ser desarrolladas por los profesionales en los distintos campos de actuación se realicen de forma sistemática, racional y organizada y asegurando el uso adecuado de los recursos, o sea que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero, siempre compatible con la calidad de trabajo previamente acordada.

Función investigativa.-Es el conjunto de actividades que desarrolla el personal de enfermería con el objetivo de seguir avanzando en la solidificación de su identidad profesional a través de la investigación de los problemas de salud de la población dentro del equipo multidisciplinario.

Función humanitaria.-Incorpora las reacciones humanas adecuadamente para apoyar al paciente en todos los momentos de crisis buscando el bienestar y aceptación de este procurando no crear dependencia así mismo preservando la dignidad de cada persona.

Función social.-Consiste en la búsqueda de estrategias que contribuyan a la solución de problemas relacionadas con la situación laboral y familiar, generados a partir de la condición de salud del paciente

Función de rehabilitación.-Con esta función se busca potencializar las capacidades del usuario para disminuir sus limitaciones estimulando, el desarrollo de nuevas habilidades que le permitan integrarse productivamente a la sociedad.

Función de comunicación.- La enfermera ha de ser cuidadosa al momento de envío y recepción de mensajes al paciente, familiares y comunidad.

Hojas de registro clínico.-Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Se define como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.¹⁶

De igual manera se puede definir como la evaluación de cumplimiento, es decir si dicho servicio cumple con los fines que tiene previsto y que puede verse modificado por futuras experiencias. Es el cliente que decide si el servicio es de calidad o no partiendo de sus expectativas y el grado de cumplimiento de estas y para lograr una satisfacción se deben tener los conocimientos, escuchar al cliente, mantener una relación cercana que permita conocer sus inquietudes, quejas, sugerencias que te permita mejorar y ofrecer servicios de calidad.²⁴

El sistema nacional de salud destaca las necesidades de mejorar la calidad con que se otorga la prestación de los servicios de salud, por lo que el grupo básico interinstitucional de evaluación del sector salud se dio a la tarea de elaborar una metodología que permita crear mecanismos y procedimientos para valorar la calidad de los servicios que se otorgan en las instituciones de salud.

Se consideró que, como primer paso para poder promover la calidad de la atención médica, debería conocerse cuales son los aspectos que la determinan, como identificarlos y como asignar un juicio de valor a través de su verificación.²⁵ Era por tanto necesario integrar un sistema de evaluación que permita conocer las características con que se otorga la atención, los problemas que la afectan en forma negativa y las situaciones que permiten promoverla y mejorarla.

Para que el proceso sea de calidad se debe:

- ✓ Capacitar al personal de enfermería sobre los procedimientos o intervenciones que van a evaluar.
- ✓ Estandarizar al personal que se desplaza para evaluar los procedimientos

- ✓ Informarle al personal sobre el procedimiento que se va a ejecutar.
- ✓ Una vez recolectada la información, el grupo evaluador realiza el análisis de los resultados y retroalimenta al personal de lo observado en la auditoria y se implementan estrategias de mejoramiento.
- ✓ En el análisis de resultados se contribuyen tableros o gráficas de control, para la visualización de las tendencias.²⁶

TRATO DIGNO DE ENFERMERÍA

Es el derecho de todos los pacientes a recibir una atención adecuada de acuerdo al programa SICALIDAD, que busca un desempeño eficiente en los servicios de salud, así mismo que el personal de salud respete su integridad como persona llevando a la práctica todos los valores como profesionales, y así mismo también respetar las decisiones que el paciente pueda tener sobre su tratamiento, pero sin olvidar los derechos con los que cuentan las enfermeras para poder ejercer su profesión y ser tratada del mismo modo con respeto.²⁷

El Trato Digno se define como el derecho de quien 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. Pueden identificarse algunos subelementos en la conformación del trato digno

Es una dimensión de la calidad de la atención médica y se define como el conjunto de indicadores que miden el grado de satisfacción, en la percepción (en cuanto a tiempo de espera, trato amable y respetuoso, información adecuada) que el usuario o familiar, tiene acerca del trato y la atención proporcionada por el profesional de Enfermería, durante su estancia hospitalaria en los diferentes servicios.²⁸

El Trato Digno fue propuesto por la Cruzada Nacional de Salud, que fue una de las cinco estrategias para hacer frente a diversos retos del sistema de salud. Para que la calidad en servicios de salud mejore surge la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud en el 2000, y se encontró que los pacientes se quejaban por falta de amabilidad del personal de salud; debido a esta información nació el Programa Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en donde la calidad se concibe desde dos puntos de vista:

1) Atención médica efectiva, donde se incorporan indicadores que identifican el cumplimiento de los estándares de la atención de enfermería y 2) Trato Digno cuyas principales características son el respeto a los derechos y características individuales de los pacientes, en donde además se respeta la raza y credo del paciente.

La calidad es un elemento importante en la atención que incluye el Trato Digno, donde se respetan los derechos individuales del paciente y proporciona una atención efectiva, eficiente y con ética profesional, que resulte en una efectiva atención al paciente y a la familia. Por lo que el Trato Digno es la percepción que tiene el paciente o su familiar acerca del trato y atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia en las diversas instituciones de salud.

La Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los establecimientos de servicios de atención médica actual, programa de acción específico 2013 – 2018 para la evaluación de la calidad en los servicios de enfermería se sigue trabajando en dos líneas de acción por un lado promover la incorporación al sistema INDICA de diez nuevos indicadores y por otro lado coadyuvar en el diseño de protocolos o guías clínicas para la estandarización de los procesos y seguridad del paciente

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) integra evidencia acerca de la calidad técnica y percibida, propone el método de semaforización que señala con rojo las evaluaciones menores al estándar del 79 % con amarillo las inferiores, pero cercanas al estándar de 80 al 89% y con verde las iguales o superiores del 90% al 100% (2009). Este modo de evaluar permite identificar de forma general el cumplimiento del indicador de cada uno de sus criterios.

En México, se realizó un estudio transversal comparativo con el propósito de conocer la percepción del paciente hospitalizado sobre el Trato Digno proporcionado por una enfermera basándose con un instrumento de medición para evaluar el indicador de trato digno donde se realizaban las siguientes preguntas.²⁹

- 1.- ¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?
2. ¿Se presenta la enfermera (o) con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera (o) le explica sobre los cuidados y actividades que le va a realizar?
5. ¿La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
6. ¿La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?

7. ¿La enfermera (o) lo hace sentir seguro al atenderle?

8. ¿La enfermera (o) le trata con respeto?

9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?

10. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?

11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera (o)?

Ya teniendo los resultados de las preguntas que se muestran anteriormente de los diferentes servicios. Se presenta el comportamiento de cada uno de los criterios durante el período.

CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA

¿QUE ES ÉTICA EN ENFERMERÍA?

“Es la aplicación de la razón a la conducta, que exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta, por lo tanto, es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien y con responsabilidad de sus actos, por ello se le llama acto humano, ya que fue razonado; porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano ya que es 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”.²⁰ 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.

El código de ética es importante resaltar los principios éticos fundamentales que son 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 saber:

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 nadie.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

SOLIDARIDAD.- 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.

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.

Después de varias décadas, la demanda de atención profesional ha motivado a la enfermería a incursionar en actividades propias del trabajo intelectual, porque reconoce las necesidades de sustentar la aplicación del conocimiento, en la reflexión ética del cuidado humanitario con la necesidad se requirió de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético.

Un código ayuda a tomar la decisión, sirviendo de guía estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no son éticas ya que 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 que en nuestro país se constituyen en un estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad.²¹

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, y la práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

Cabe mencionar 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 de la persona la que debe fundamentar todo planteamiento ético en la práctica de enfermería.

Lo que la ética a la enfermera le determina, es que proporcione atención personalizada y humanizada, que tenga una relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir.

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.²² Por todo esto se hace necesario que la enfermera conozca 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 consejo internacional de enfermeras adopto por primera vez un código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente fue el examen y revisión completado en el 2005.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función despertar la conciencia del profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad.²³

Para la 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 profesionistas para con sus colegas.
- ❖ Los deberes para con su profesión.
- ❖ Los deberes para con la sociedad.

La comisión permanente 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 el código de ética para las enfermeras de México, para su conocimiento y en su caso en la aceptación y cumplimiento por la comunidad de enfermería.

RELACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON Y EL TRATO DIGNO

Enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, conforme al paso de tiempo la enfermera adquiere habilidad y destreza que le permiten percibir de una manera oportuna las necesidades de interacción del paciente y su familia, y de esa forma proporcionar un cuidado, aumentando su interés por comprender al paciente ya que dispondrá del tiempo necesario para interactuar con ellos, comprender la situación del paciente, desempeñarse dentro de las relaciones interpersonales con calidez humana.

Dentro de la relación enfermera-paciente debe tener pleno conocimiento el personal de salud sobre un trato amable abarcando de una forma holística interesándose en tratar al paciente como persona y no solo para sacar el trabajo, si una enfermera tiene un buen salario y cuenta con un número de pacientes adecuados para sus posibilidades para atenderlo ella tendrá mayor satisfacción al atenderlo la comunicación es otro de los factores clave a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad ya que es la mejor manera de acercarnos a la persona para conocer cómo se encuentra, que le inquieta o cómo podemos ayudarle. En muchas ocasiones este proceso comunicativo tan importante puede verse delegado a un segundo plano por la falta de tiempo debida a la sobrecarga de trabajo ya que puede afectar negativamente la calidad de los cuidados y dar como resultado una mala atención a los pacientes.

NECEDIDADES DE VIRGINIA H.	TRATO DIGNO
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alimentarse e hidratarse. ❖ Moverse y mantener posturas adecuadas. ❖ Dormir y descansar. ❖ Mantener la higiene y la integridad de la piel. 	<p>Se le explica al paciente al darlo de alta que alimentos debe comer y cuáles no, sobre los cuidados o actividades que se le van a realizar, se le orienta al paciente y a su familiar sobre los cuidados de su padecimiento, la importancia de estar hidratado y tener una buena higiene así evitar complicaciones posteriores y descansar adecuadamente por lo menos 8 horas diarias.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores. 	<p>Durante la jornada laboral de servicio correspondiente se llega y se saluda al paciente de forma amable, presentándonos, trabajar de forma rápida para que nos sobre el tiempo para platicar con el paciente así saber que le preocupa y aclarar sus dudas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vivir de acuerdo con los propios valores. 	<p>Cuando se le respeta al paciente sus creencias o decisiones. Cuando la enfermera se interesa dentro de lo posible que su estancia sea agradable. La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal. 	<p>Cuando se le explica sobre los cuidados o actividades que se le van a realizar. Cuando se le explica como hacerse curaciones utilizando todas las medidas higiénicas posibles y explicar posibles complicaciones si no realiza el procedimiento adecuadamente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal 	<p>Cuando la enfermera le gusta a lo que se dedica se le nota en su actitud en el trato que le brinda al paciente. El cumplir con el trabajo de la mejor manera su recompensa con un buen salario que le ayuda a solventar sus gastos de igual manera que la enfermera se siente orgullosa satisfechas del trabajo que realiza al ver a su paciente como se va recuperando.</p>

IX. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

TIPO DE ESTUDIO.

De acuerdo a la clasificación de Méndez:

- ✓ El criterio del periodo en que se capta la información es retrospectivo.
- ✓ El criterio de la evolución del fenómeno el estudio es transversal.
- ✓ El criterio de la comparación de la población es comparativo.
- ✓ El criterio de la interferencia del investigador es la observacional.

Por lo tanto, es un estudio tipo encuesta retrospectiva, comparativa

VARIABLES.

Especificación de las variables

Variable independiente: Personal de enfermería adscrito al servicio de ortopedia.

Variable independiente secundaria: Personal de enfermería de los servicios de medicina interna, columna y cirugía general.

Variable dependiente: es el nivel de cumplimiento de Trato digno.

Definición operacional de las variables

Definición conceptual de Trato Digno:

Es una dimensión de la calidad de la atención médica y se define como el conjunto de indicadores que miden el grado de satisfacción, en la percepción (en cuanto a tiempo de espera, trato amable y respetuoso, información adecuada) que el usuario o familiar, tiene acerca del trato y la atención proporcionada por el profesional de enfermería, durante su estancia hospitalaria en los diferentes servicios.

El derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería con aquel, más allá de un saludo simple.

Variable independiente: el personal de enfermería adscrito al servicio de Ortopedia.

La variable independiente secundaria es el personal de enfermería que se encuentra adscrito a los siguientes servicios Medicina Interna, Columna y Cirugía General.

Variable dependiente: nivel de cumplimiento del trato digno

Operacionalización de la variable dependiente: nivel de cumplimiento de trato digno al paciente. Se establecen las siguientes dimensiones o capacidades que desglosan el trato digno:

- ❖ Resolución
- ❖ Amabilidad
- ❖ Valores
- ❖ Empatía
- ❖ Calidad de atención
- ❖ Seguridad
- ❖ Eficacia

De los diferentes parámetros o dimensiones anotadas se hace una codificación que consiste en una vez elaborada la pregunta y de acuerdo a su respuesta si ésta es afirmativa tendrá un valor de 2 puntos, es decir si responde con un Si. Y de lo contrario si a cada ítem la respuesta fue No se le asigna un valor de 0 punto y tendremos que para la medición de un nivel de cumplimiento de trato digno será de acuerdo con la siguiente escala:

Bueno 20 a 22 puntos Regular 16 a 19 y Malo 15 a 12

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Población

Personal de enfermería de los servicios de ortopedia, medicina interna, columna y cirugía general a través de la opinión de los pacientes de dichos servicios

Muestreo

Se usa un muestreo no probabilístico por conveniencia

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño suficiente de la muestra se hace a través de una estimación de proporciones del 10% del personal de enfermería que está adscrito a los 4 servicios, por lo que se hace la determinación de la muestra mediante: $n = Z^2 pq / d^2$ donde Z equivale a nivel de confianza del 95% con valor de 1.96, p a la proporción del 10% (0.10) y q es igual a 1-p o sea 0.90 y por último d^2 es de 0.05 de nivel de significancia, obteniendo como resultado un tamaño suficiente de muestra de 138 pacientes de los cuales 21 no cumplieron los criterios de inclusión quedando finalmente una muestra de 117 .

ÁMBITO GEOGRÁFICO, RECURSOS HUMANOS Y RECURSOS MATERIALES

Estudio realizado en el Hospital General La Villa en los servicios de Ortopedia, Columna, Cirugía General y Medicina Interna por medio del indicador de trato digno

Recursos humanos.

- Nombre de Yazmin Carbajal Escalante

Recursos materiales.

- ✓ Con los recursos propios de la institución y por medio de las encuestas impresas
- ✓ Consentimientos informados impresos
- ✓ Hojas de registro de los pacientes
- ✓ Lápices
- ✓ 5 plumas
- ✓ 2 gomas
- ✓ 2 sacapuntas
- ✓ 1 memoria USB
- ✓ 2 laptop
- ✓ 1 impresora

FINANCIAMIENTO Y LÍMITE DE LA INVESTIGACIÓN.

Autofinanciable con los propios recursos de la institución, sin conflicto de intereses.

De septiembre de 2016 a octubre de 2017

Consideraciones éticas aplicadas al estudio.

Normas en materia de Bioética dirigida a investigación en seres humanos: se consideró a través de la norma oficial y con el formato de consentimiento informado

Consideraciones de la norma o instructivo en materia de investigación.

Consideraciones de las normas e instructivos en materia de investigación:

Se toma en cuenta las normas o procedimientos de nivel internacional (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Seúl octubre 2008), así mismo a un nivel Nacional (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de la investigación para la Salud), y también toma en cuenta el nivel Institucional, al presentar el protocolo al comité local de investigación, para el desarrollo de la investigación.

X. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

Los resultados se presentan mediante estadística descriptiva por medio de tablas, gráficas, medidas de resumen por medio de porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

También se utiliza estadística inferencial a través de prueba no paramétrica de ensayo de hipótesis χ^2 para K muestras independientes con un nivel de significancia de 0.05 y un nivel de confianza de 0.95 con grado de libertad mayor de 1 en un estudio unilateral con área de rechazo a la derecha.

Las hipótesis estadísticas son:

Ho: $A = B$ y la H1: $A > B$

XI. RESULTADOS.

Los resultados se presentarán en dos partes:

En la primera parte lo que corresponde al personal de enfermería en los cuatro servicios encuestados mostrando edad y antigüedad para tener una idea de la distribución del personal de dichos servicios ya que en forma indirecta se midió el trato digno al encuestar a sus pacientes.

En la 2da. Parte se muestra los resultados del cuestionario aplicados a los pacientes atendidos por el personal de enfermería de dichos servicios.

Con relación a la edad del personal de enfermería se nota que la mayor frecuencia fue en el rango de 41 a 45 años (18.88%) y el de menor edad 61 a 65 años (2.22%). A continuación, se muestran todos los rangos de edad del personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna, Columna Cirugía General y Ortopedia. (ver tabla 1).

Tabla 1. EDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA VILLA

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
61 – 65	2	2.22
56 – 60	4	4.44
51 – 55	11	12.24
46 – 50	14	15.55
41 – 45	17	18.88
36 – 40	16	17.77
31 – 35	10	11.11
26 – 30	11	12.24
20 – 25	5	5.55
Total	90	100

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Las medidas de tendencia central son media: 40.66 moda: 42.5 mediana: 41.54 desviación estándar: + - 9.23 rango: 40

En la tabla nos muestra el número total de enfermeras que atienden los cuatro servicios en los diferentes turnos utilizando las edades y en que rango se encuentran las enfermeras y en base de eso pudimos obtener el porcentaje.

A continuación, se muestran las edades del personal de enfermería por servicios de Ortopedia, Medicina Interna, Cirugía General Y Columna.

Tabla 2. Ortopedia

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
53-63	3	12
42-52	9	36
31- 41	7	28
20-30	6	25
Total	25	100

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Las medidas de tendencia central son media: 38.36 moda:33.5 mediana: 39.28 desviación estándar: + - 10.75 rango:33

Se obtuvieron las edades del personal que labora en ortopedia con el fin de analizar que el servicio cuenta con más enfermeras de 42 – 52 años de edad (36%).

Tabla 3. Medicina Interna

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
50-55	4	13.79
44-49	4	13.79
38-43	9	31.03
32-37	3	10.34
26-31	6	20.68
20-25	3	10.34
Total	29	100.00

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Las medidas de tendencia central son media:39.15 moda:40.5 mediana: 39.42 desviación estándar: + -10.75 rango: 30. Con respecto al servicio de medicina interna obtuvimos la edad de las enfermeras que más predominan son de 38 – 43 años (31.03%).

Tabla 4. Cirugía General

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
50-55	1	5
44-49	2	10
38-43	6	30
32-37	4	20
26-31	4	20
20-25	3	15
Total	20	100

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Las medidas de tendencia central son media: 35 moda: 34.5 mediana: 39.5 desviación estándar: + - 7.87 rango: 30

De acuerdo con el servicio de medicina interna pudimos obtener las edades del personal de enfermería analizando que se cuenta la de menor edad de las enfermeras es de 20 años y la de mayor edad es de 55 años predominando las edades de 38 – 43 años.

Tabla 5. Columna

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
53-63	1	6.25
42-52	5	31.25
31- 41	7	43.75
20-30	3	16.75
Total	16	100

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Las medidas de tendencia central son media:36.25 moda:33.5 mediana:44.10 desviación estándar: + - 9.11 rango:33

En el servicio de Columna obtuvimos los siguientes resultados el personal de enfermería que trabaja en esta área se encuentra entre las edades de 31 – 41 años la de mayor edad es de 63 años y solo hay tres enfermeras entre las edades de 20 – 30 años.

ANTIGÜEDAD EN AÑOS DE SERVICIO DE LAS ENFERMERAS EN LOS 4 SERVICIOS

En seguida se muestra la antigüedad de las enfermeras en los servicios de Medicina Interna, Columna, Cirugía General y Ortopedia en una tabla general.

Tabla 6. Antigüedad de los servicios

Años	Frecuencia	Porcentaje %
31 – 35	2	2,22
26 – 30	4	4.44
21 – 25	7	7.77
16 – 20	9	9.99
11 – 15	21	23.33
6 - 10	23	25.55
1 - 5	24	26.66
Total:	90	100

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Las medidas de tendencia central son media:11.94 moda:13.5 mediana: 17.17 y desviación estándar: + - 9.34 rango:30

Con respecto a esta tabla se obtuvo mediante los años y el rango de las enfermeras de las edades mencionadas en los cuatro servicios en general los resultados nos arrojaron el porcentaje de la antigüedad de cada enfermera.

AÑOS DE ANTIGUEDAD LAS ENFERMERAS POR CADA SERVICIO

Tabla 7. Ortopedia

Años	Frecuencia	Porcentaje %
16-20	3	12
11-15	8	32
6-10	7	28
1-5	7	28
Total	25	100

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Las medidas de tendencia central son media: 9.9 moda: 8.5 mediana: 13.85 desviación estándar: + - 6.37 rango:31

De acuerdo con los años laborados en el servicio de ortopedia sobre el personal de enfermería, de 11- 15años son 8 enfermeras, 1 – 5 años son 7 enfermeras, prosiguiendo con la misma cantidad de enfermeras de 6- 7 años y solo tres enfermeras de 16 – 20 años.

Tabla 8. Medicina Interna

Años	Frecuencia	Porcentaje %
21 – 25	4	13.79
16 – 20	2	6.89
11 – 15	4	13.79
6 - 10	9	31.03
1 - 5	10	34.48
Total	29	100

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Las medidas de tendencia central son media:10.22 moda:8.5 mediana:12.72 desviación estándar: + - 7.29 rango:20

Con relación a los años laborados por el personal de enfermería en el servicio de medicina interna nos dio un resultado de 10 enfermeras han trabajado de 1-5 años, prosiguiendo con 4 enfermeras de 21-25 años quedando el resto entre 11-20 años.

Tabla 9. Cirugía General

Años	Frecuencia	Porcentaje %
28 – 34	3	15
21 – 27	3	15
14 – 20	7	35
7 - 13	3	15
1 - 6	4	20
Total	20	100

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Las medidas de tendencia central son medias:15.5 moda:16.5 mediana: 26.64 desviación estándar: + - 3.03 rango:27

Con respecto a los años de antigüedad que llevan laborando el personal de enfermería en el servicio de Cirugía General, 7 enfermeras de 14-20 años, 3 de 7-13 años, 4 enfermeras de 1-6 años y el resto son de 21- 34 años laborando en el servicio.

Tabla 26. Columna

Años	Frecuencia	Porcentaje %
28 – 34	2	12.5
21 – 27	3	18.75
14 – 20	2	12.5
7 - 13	5	31.25
1 - 6	4	25
Total	16	100

Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

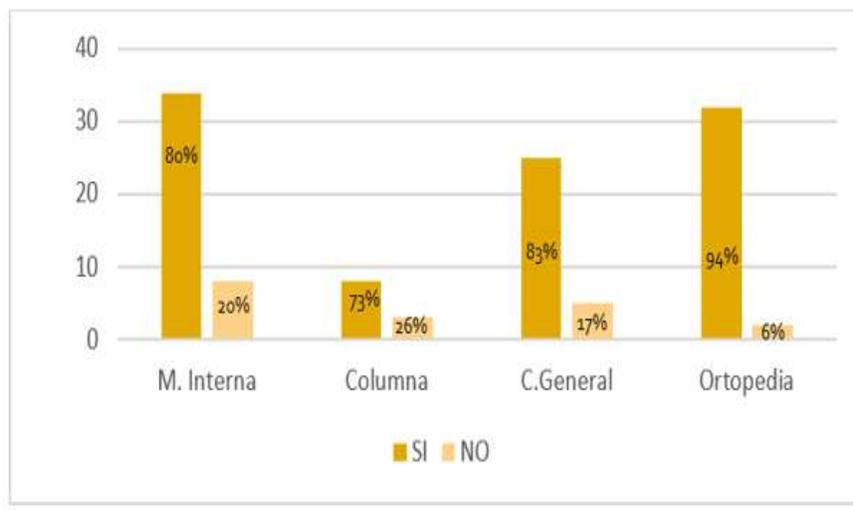
Las medidas de tendencia central son media:14.12 moda:16.5 mediana:11.12 desviación estándar: + - 16.9 rango:27

De acuerdo con el servicio de columna cuenta con cuatro enfermeras que tienen de 1-6 años laborando 5 de 7- 13 años, y el resto de enfermeras es de 14- 34 años laborando

Segunda parte:

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron de cada pregunta que se realizó al paciente sobre el trato digno que se le brinda, en los servicios correspondientes.

1.- ¿LA ENFERMERA LO SALUDA EN FORMA AMABLE?



Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

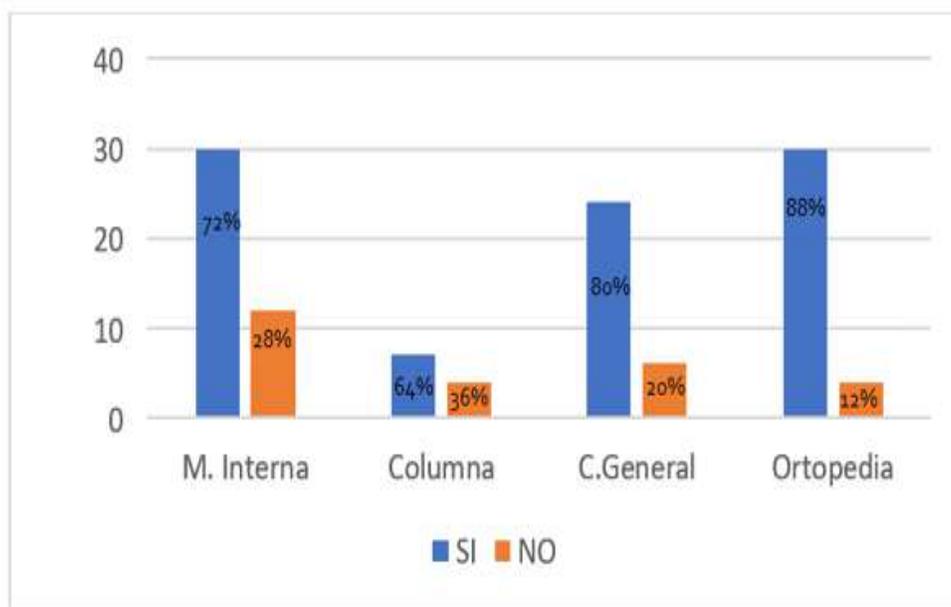
Se realizó la encuesta con los pacientes de los diferentes servicios participantes del Hospital General la Villa, en la que se les preguntó si la enfermera lo saludaba en forma amable, en el servicio de **Medicina Interna** respondieron 42 pacientes a las preguntas y en la numero 1 respondieron que sí, 34 pacientes y que no 8 pacientes.

En el servicio de **Columna** se entrevistaron 11 pacientes: 8 pacientes respondieron afirmativamente y 3 pacientes que no. En el servicio de **Cirugía General** 30 pacientes se entrevistó al usuario lo cual respondieron de manera afirmativa 25 pacientes y de forma negativa 5 pacientes.

En el servicio de **Ortopedia** se entrevistaron 34 pacientes, lo cual respondieron de forma afirmativa 32 pacientes y de manera negativa 2 pacientes.

NOTA: en el caso de los pacientes que respondieron de forma negativa refirieron que la enfermera tuvo una forma inapropiada al hacerlo o simplemente lo omitió.

2.-¿SE PRESENTA LA ENFERMERA CON USTED?

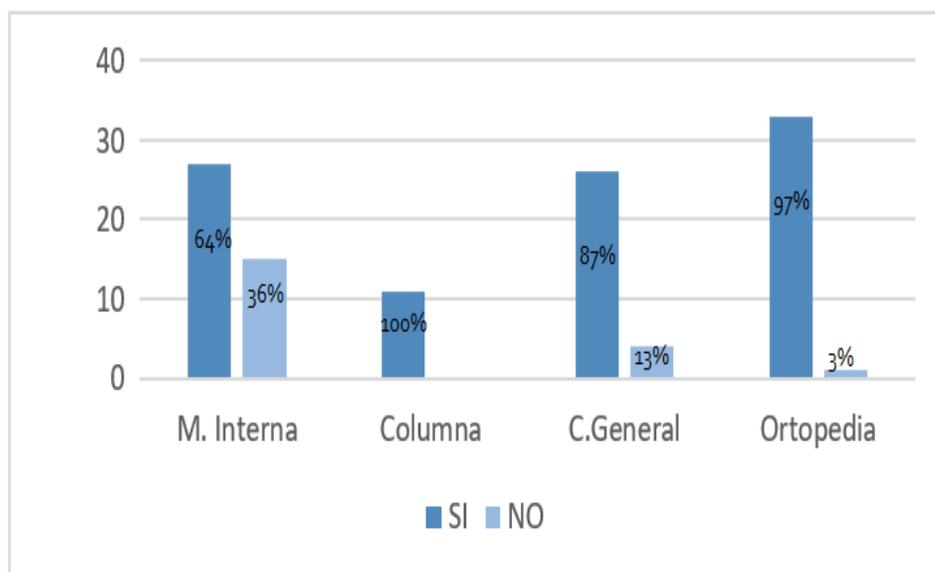


Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Se realizó la pregunta ¿La enfermera se presenta con usted? Y los pacientes de los diferentes servicios respondieron: En el servicio de **Medicina Interna** respondieron 30 pacientes que sí y 12 pacientes que no. En el servicio de **Columna** respondieron 7 pacientes que sí y 4 pacientes que no. En el servicio de **Cirugía General** respondieron 24 pacientes que sí y 6 pacientes que no. En el servicio de **Ortopedia** respondieron que sí 30 pacientes mientras que 4 veces respondieron que no.

Los usuarios de la Unidad Hospitalaria referían que pensaban que el personal de enfermería omitía presentarse porque tal vez consideraban que ya las conocían y que por darle prioridad a sus actividades del día se les olvidaba presentarse.

3.-¿CUANDO LA ENFERMERA SE DIRIGE USTED LO HACE POR SU NOMBRE?



Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Se realizó la pregunta ¿Cuándo la enfermera se dirige a usted lo hace por su nombre? Los pacientes de los diferentes servicios respondieron:

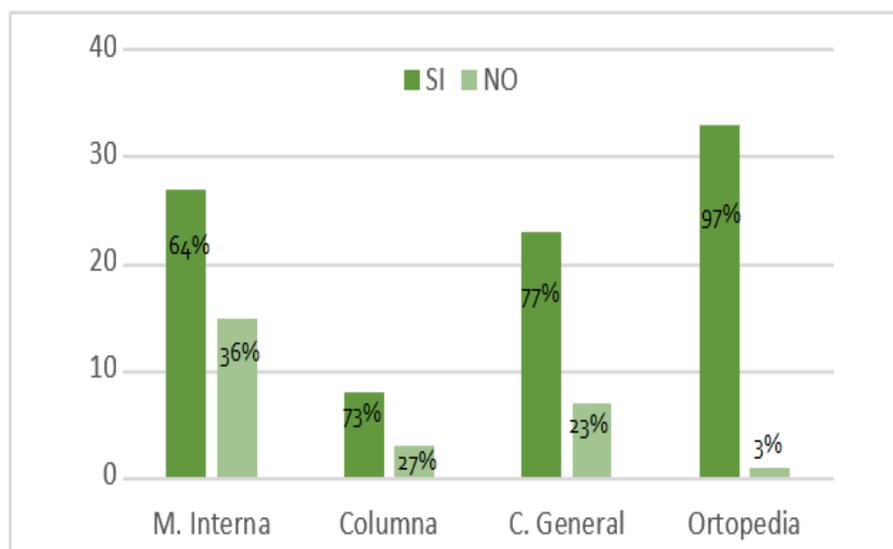
En el servicio de **Medicina Interna** 27 pacientes en forma afirmativa y 15 pacientes en forma negativa.

En el servicio de **Columna** respondieron 11 pacientes que sí y ningún paciente que no.

En el servicio de **Cirugía General** respondieron 26 pacientes que sí y 4 pacientes que no.

En el servicio de **Ortopedia** respondieron que si 33 pacientes mientras que solo 1 paciente respondió que no. Referían en ese aspecto que se sentían satisfechos mientras que otros decían que no se sentían satisfechos porque no les gustaba su nombre y querían que los llamaran por su sobrenombre.

4.-¿LA ENFERMERA LE EXPLICA SOBRE CUIDADOS Y ACTIVIDADES QUE LE VA A REALIZAR?



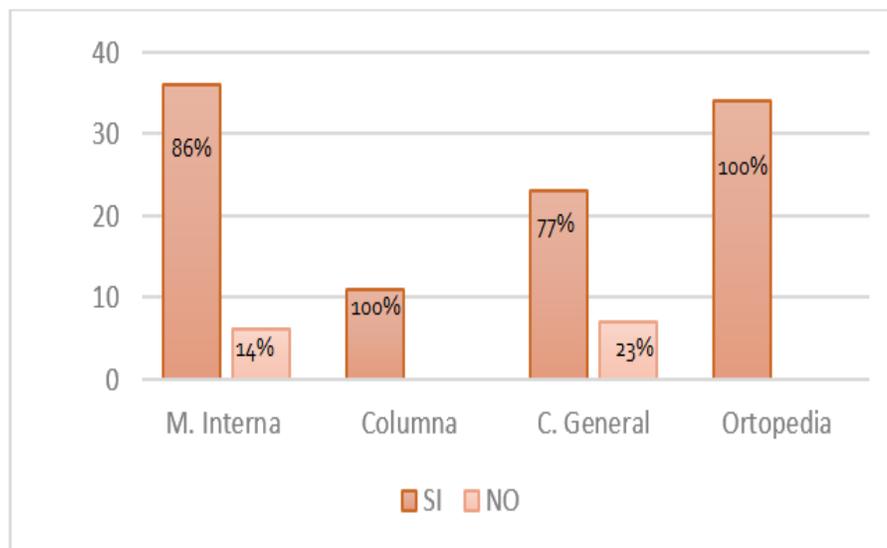
Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Los pacientes de los servicios participantes refieren que es muy importante esta pregunta y que significa mucho para ellos puesto que algunas enfermeras explican cuidadosamente punto por punto lo que le realizan desde su ingreso hasta su egreso hospitalario, mientras que otras enfermeras no les explican que cuidados y en qué les beneficia las actividades que le realizarán, desde un cambio de posición hasta una instalación de un acceso venoso, los usuarios refieren que solo les dicen que “les darán un piquete y que no le dolerá” mientras que otras enfermeras si les explican paso por paso dicho procedimiento.

En el servicio de **Medicina Interna** respondieron 27 pacientes que sí y 15 pacientes que no se les explican los cuidados y actividades. En el servicio de **Columna** 8 pacientes respondieron que si, mientras que 3 pacientes respondieron que no.

En el servicio de **Cirugía General** respondieron 23 pacientes que si, mientras que los 7 pacientes respondieron que no. En el servicio de **Ortopedia** respondieron 33 pacientes que si, mientras que solo 1 paciente dijo que no.

5.-¿LA ENFERMERA SE INTERESA PORQUE DENTRO DE LO POSIBLE SU ESTANCIA SERÁ AGRADABLE?



Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Al realizar dicha entrevista los pacientes expresan su gran conformidad pues las enfermeras del turno matutino están al pendiente de cualquier detalle y procuran mantener un ambiente cálido y de confianza hacia los usuarios del Hospital. Mientras que en los dos turnos siguientes refieren que las enfermeras no procuran hacer sentir a los usuarios en un estado de confort por lo cual su estancia le es incomoda.

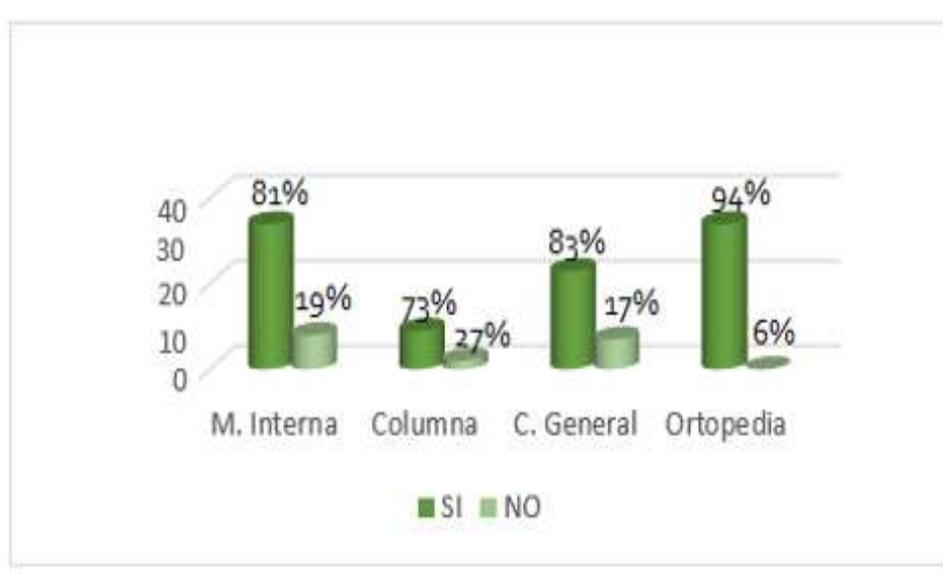
En el servicio de **Medicina Interna** contestaron 36 pacientes que, si mientras que 6 pacientes respondieron que no.

En el servicio de **Columna** respondieron 11 pacientes que sí y ningún paciente respondió que no por las cuestiones ya mencionadas.

En el servicio de **Cirugía General** respondieron 23 pacientes que, si mientras que los otros 7 pacientes respondieron que no.

En **Ortopedia** en donde respondieron que si, 34 pacientes mientras que ningún paciente respondió que no.

6.-¿LA ENFERMERA PROCURA OFRECERLE LAS CONDICIONES NECESARIAS QUE GUARDAN SU INTIMIDAD Y/O PUDOR’



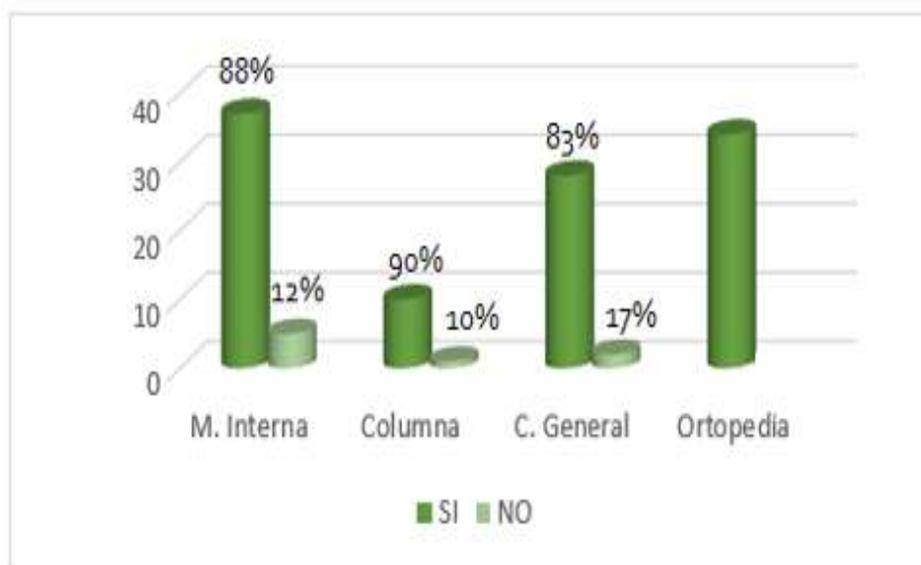
Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Los pacientes en este apartado refieren que el área de enfermería hace excelentemente su trabajo puesto que se preocupan por respetar su intimidad y pudor, mientras que otros usuarios refieren que el área de lavandería no proporciona el número de ropa adecuada y que las enfermeras tienen que ingeniárselas para cubrir al usuario.

Al realizar dicha pregunta en el servicio de **Medicina Interna** respondieron 34 pacientes que si, mientras que 8 pacientes respondieron que no.

En el servicio de **Columna** respondieron 8 pacientes que si, mientras que 3 pacientes respondieron que no. En el servicio de **Cirugía General** respondieron 25 pacientes que si mientras que 5 pacientes respondieron que no. En el servicio de **Ortopedia** respondieron 32 pacientes que si mientras que las otras 2 pacientes respondieron que no.

7.-¿LA ENFERMERA(O) LO HACE SENTIRSE SEGURA(O) AL ATENDERLE?



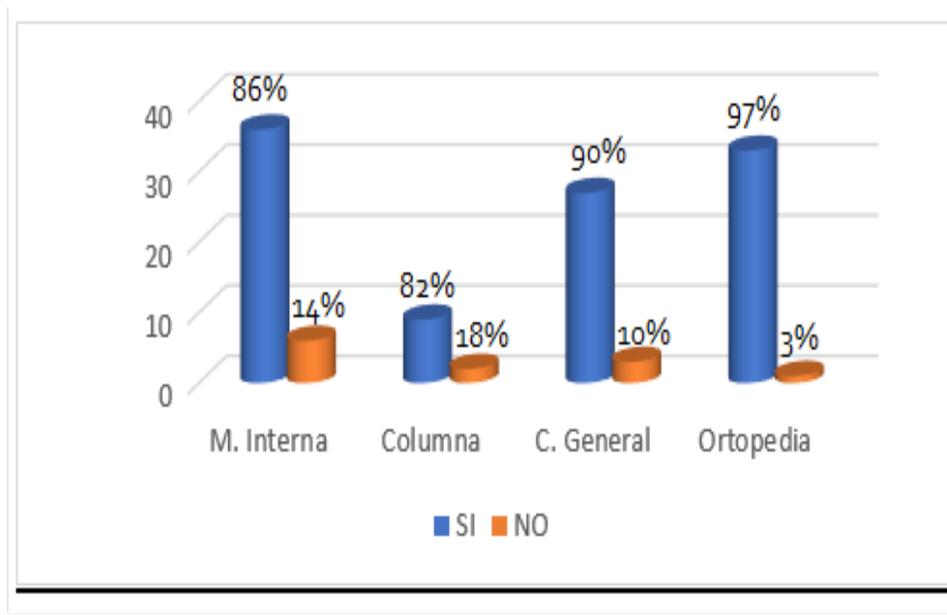
Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Los pacientes refieren sentirse satisfechos y en confianza con la enfermera puesto que al realizar alguna actividad entran en un estado de seguridad, mientras que otros refieren q el área de enfermería se muestra dudosa y temerosa al momento de atender al usuario.

Se realizó la pregunta en el servicio de **Medicina Interna** y respondieron 37 pacientes que sí, mientras que 5 pacientes respondieron que no.

En el servicio de **Columna** respondieron 10 pacientes que, si mientras que solo 1 respondió que no. En el servicio de **Cirugía General** respondieron 28 pacientes que si mientras que 2 pacientes respondieron que no. En el servicio de **Ortopedia** respondieron 34 pacientes que si mientras que nadie respondió que no

8.-¿LA ENFERMERA LE TRATA CON RESPETO?

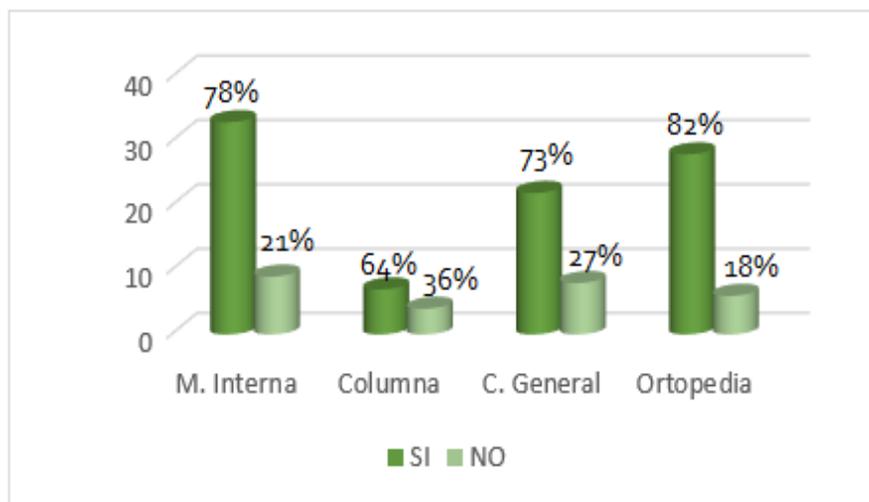


Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

En este apartado los usuarios se sienten excelentemente satisfecho puesto que refieren ser respetados por el área de enfermería y no tener alguna molestia en esta pregunta, nos señalan que se sienten muy agradecidos por el excelente trato.

En el servicio de **Medicina Interna** se sienten excelentemente bien en cuanto al trato por parte de los prestadores de servicio por lo cual contestaron 36 pacientes que sí y 6 pacientes que no. En el servicio de **Columna** respondieron 9 pacientes que sí y 2 pacientes que no. En el servicio de **Cirugía General** respondieron 27 pacientes que si mientras que 3 pacientes dijeron que no. En el servicio de **Ortopedia** respondieron 33 pacientes que sí y solo 1 respondió que no.

9.-¿LA ENFERMERA LE ENSEÑA A USTED O A SU FAMILIA DE LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER RESPECTO A SU PADECIMIENTO?



Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Al realizarle esta pregunta a los usuarios de la unidad hospitalaria, informan que las enfermeras les comentan que les explicaran sobre los cuidados respecto al padecimiento, pero por falta de tiempo o por su carga de trabajo ignoran este apartado, mientras que otros refieren que las enfermeras si les explican dicha actividad.

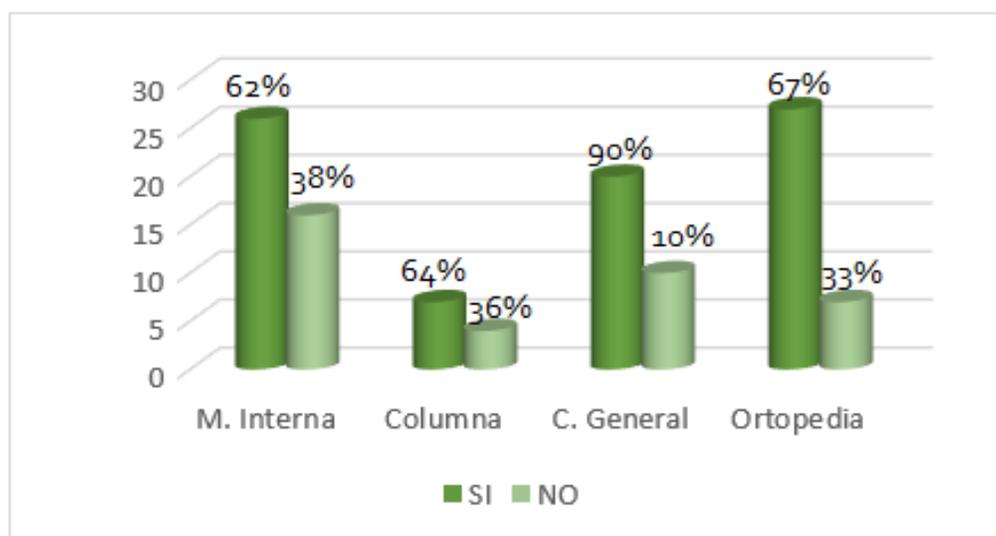
En el servicio de **Medicina Interna** respondieron 33 pacientes que sí y 9 pacientes que no.

En el servicio de **Columna** respondieron 7 pacientes que sí y 4 pacientes que no.

En el servicio de **Cirugía General** respondieron 22 pacientes que sí y 9 pacientes que no.

En el servicio de **Ortopedia** 28 pacientes que sí y 6 pacientes que no.

10.-¿HAY CONTINUIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS DEL DÍA?



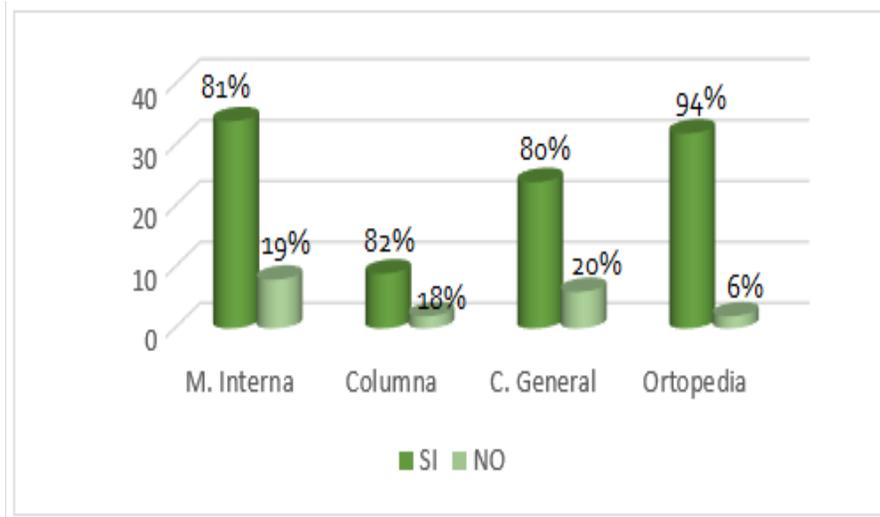
Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Al responder esta pregunta refieren que no hay continuidad en los servicios de enfermería durante las 24 horas, usuarios indican gran molestia pues dicen que en la noche no hay personal de enfermería quien los pueda auxiliar al momento de pedir un cómodo un pato o al momento de necesitar medicación para su padecimiento ya que solo se encuentran 2 o 3 personas en un solo servicio y la carga de trabajo es muy pesada para enfermería.

En el servicio de **Medicina Interna** respondieron que si 26 pacientes y 16 pacientes que no.

En el servicio de **Columna** respondieron que si 7 pacientes mientras que 4 pacientes respondieron que no. En el servicio de **Cirugía General** respondieron 20 pacientes que si mientras que 10 pacientes dijeron que no. En el servicio de **Ortopedia** en donde respondieron 27 pacientes que sí y 7 pacientes que no.

11.-¿SE SIENTE SATISFECHO CON EL TRATO QUE LE DA LA ENFERMERA (O)?



Fuente: Datos obtenidos de la oficina de personal del Hospital General la Villa

Usuarios del Hospital General la Villa de los servicios participantes a dicha investigación informaron que se sienten muy satisfechos con el trato de las enfermeras puesto que son el pilar para llevar a cabo un buen cuidado.

Mientras que otros pacientes informan que las enfermeras tienen mucho potencial solo que la carga de trabajo es demasiada que llegan a un estrés muy pesado y como consecuencia no a todos los pacientes los tratan adecuadamente.

En el servicio de **Medicina Interna** respondieron a dicha pregunta que si 34 pacientes y que no 8 pacientes. En el servicio de **Columna** respondieron que si 9 pacientes que sí, 2 pacientes que no. En el servicio de **Cirugía General** respondieron que si 24 pacientes y que no 6 pacientes. En el servicio de **Ortopedia** respondieron que si 32 pacientes y 2 pacientes que no.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos de la encuesta:

Con relación a esta tabla se obtuvo el resultado de las preguntas que se realizaron a los pacientes referente al trato digno que se le brinda por parte de la enfermera en los servicios, y se le asignó una puntuación a cada respuesta y luego se obtuvo el porcentaje en el rango que le corresponde.

TABLA 27. RESULTADOS E INTERPRETACION DE CADA PREGUNTA QUE SE REALIZÓ

<u>Ortopedia</u>	Bueno	Regular	Malo	Total
VI	29	5	0	34
<u>Otros</u>	Bueno	Regular	Malo	Total
Medicina				
Interna	24	15	3	42
Cirugía General	19	9	2	30
Columna	6	5	0	11
Total	78	34	5	117

Los resultados se muestran como buenos, regulares y malos con relación al indicador de calidad del trato digno. El cuadro anterior se muestran más resultados buenos en ortopedia y ningún malo en dicho servicio; y en los demás servicios fueron menos resultados buenos, más regulares y malos.

Al realizar el tratamiento estadístico mediante la prueba de hipótesis de ensayo no paramétrica de X^2 para K muestras independientes con grado de libertad mayor a uno ($gl=6$) con X^2 crítica = 10.645, alfa de 0.05 y $NC=0.95$ y al aplicar el procedimiento y obtener las frecuencias esperadas se encuentran que 41% de las casillas con frecuencias esperadas menores de 5 y la prueba solo tolera 20% por lo que se hace la compactación del cuadro quedando de la siguiente manera.

Servicio	Bueno	Regular/ malo	Total
Ortopedia	29	5	34
Medicina Interna	24	18	42
Cirugía General	19	11	30
Columna	6	5	11
TOTAL	78	39	117

Los resultados se hacen con categorías adyacentes de regular con malo y se aplica la prueba de hipótesis no paramétrica de X^2 para K muestras independientes con grado de libertad mayor a 1 (gl=3) con X^2 crítica 6.25 con alfa de 0.05 y nivel de confianza de 0.95, se obtiene X^2 experimental de 7.43, por lo que la decisión estadística es que se rechaza la hipótesis nula (A=B) y se aceptan la hipótesis alterna donde A mayor que B es decir el trato digno es mayor en el servicio de ortopedia en comparación con los otros servicios con una p menor de 0.05. donde las diferencias de las frecuencias observadas son debidas al azar y a variaciones propias de muestreo.

Por otra parte se hace el siguiente cuadro comparativo del servicio de ortopedia con los otros servicios incluidos (Medicina Interna, Cirugía General, y Columna) y se muestra a continuación.

Servicio	Buenas	Regular/ malo	Total
Ortopedia	29	5	34
Otros	49	34	83
Total	78	39	117

Se aplican prueba de hipótesis no paramétrica de X^2 para dos muestras independientes con grados de libertad = 1, X^2 crítica 2.706 con alfa de 0.05 y nivel de confianza de 0.95, se obtiene X^2 experimental de 6.3, por lo que la decisión estadística es rechazar hipótesis nula (A=B) y se acepta hipótesis alterna donde A mejor que B es decir existe diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos con una p menor de 0.05.

XII. DISCUSIÓN

De acuerdo con el cuadernillo de encuestas para Hospitales de segundo nivel de atención, se evaluaron 11 criterios, para ello la calificación mínima esperada por el cumplimiento de los criterios establecidos para el trato digno, es de un 80% estando en amarillo.

En el servicio de Medicina Interna se observó a comparación del Servicio de Ortopedia que el tipo de información que se da sobre el diagnóstico, tratamiento, cuidado integral y rehabilitación que recibe el usuario es diferente, por lo tanto, el personal de enfermería de Medicina Interna no cumple con el indicador de calidad, ya que el cuidado integral al usuario es insuficiente a diferencia del Servicio de Ortopedia en donde si se cumple con el indicador en un color verde con un 90%, ya que la atención brindada por el personal de enfermería hacia el usuario es holística.

Para el análisis estadístico de las variables dependientes e independientes del servicio de Cirugía General se cumple con el indicador en un color amarillo con un 85% donde el paciente percibe que los cuidados no son constantes durante las siguientes 24 horas por parte de la enfermera, a comparación de clínica de Columna donde se cumple con el indicador en un color amarillo con un 84%, donde los cuidados si son continuos por parte del personal de enfermería.

Los porcentajes que hablan del trato digno y decir que es el mismo comportamiento con lo hallado con los resultados en el presente estudio que fue de 66.66% de las encuestas fueron de nivel bueno y el resto de regular y malo, situación que no corresponde a lo reportado en el Hospital General la Villa donde se asegura que es un 100% por lo que se debe continuar capacitando sobre estos indicadores.

XIII. CONCLUSIÓN.

Después de investigar sobre el tema de trato digno que se brinda por parte del personal de enfermería, un tema que me inquietó al estar realizando el servicio social, me encontré con quejas de los pacientes quienes consideraban que no les brindaban un trato adecuado, se realizó el presente estudio evaluando cuatro servicios Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia y Columna. Llegue a la conclusión de que es imperativo resaltar la necesidad de fortalecer las bases teórico – prácticas de la calidad de la atención en el personal de enfermería, comprometido con el cuidado integral de los pacientes a su cargo ya que son parte fundamental de la atención, que se brinda en los servicios de salud.

Para el usuario es importante conocer el nombre de la enfermera, pues le permitirá darle identidad propia al proveedor de los cuidados al mismo tiempo que crea lazos de confianza y facilita la ministración de cuidados, así como el apego al tratamiento. La percepción del usuario de los servicios de enfermería se relaciona directamente con el trato digno que recibe es decir se sentirá mayormente satisfecho con el servicio, siempre y cuando el personal le brinde cuidados de calidad; con respeto a la dignidad humana y los derechos generales de los pacientes, estos cuidados deben ser continuos durante todo el proceso de atención; así como la mejora continua, basada en estándares de calidad para lograr su satisfacción, solo de esta manera podrá percibir un alto nivel de calidad en los cuidados que reciben.

Existe diferencia estadísticamente significativa en el trato digno del personal de enfermería del servicio de Ortopedia en comparación con los otros tres servicios Medicina Interna, Cirugía General y Columna con una p menor de 0.05.

Por lo que habrá que continuar la línea de investigación mediante aplicación de encuestas directamente al personal de enfermería y hacer la correlación entre la opinión de los pacientes y las enfermeras encuestadas para establecer la necesidad de una intervención educativa, sobre el trato digno como indicador de calidad de la atención de enfermería.

XIV. P ROPUESTAS

Se consideran las siguientes propuestas.

1. Este trabajo sirve como base de datos para continuar una línea de investigación acerca de la realidad del trato digno a los pacientes hospitalizados en el Hospital General La Villa.
2. Este trabajo informa de la necesidad de implementar la capacitación continua sobre el indicador de calidad en la atención médica por medio del trato digno por lo que me dí a la tarea programar e implementar pláticas acerca del indicador "Trato Digno".
3. De ser posible después de la intervención educativa que realicé, se sugiere hacer la medición post intervención para medir la modificación del indicador, ya que se finalizó con el servicio social y no fue posible realizar dicha medición.
4. Además, se puede implementar una investigación sobre el nivel del conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre los indicadores de calidad en especial el trato digno y lo que sea necesario para mejorar en forma eficaz y eficiente la atención de enfermería.
5. Se elaboró como instrumento educativo, un tríptico en relación con el trato digno como indicador de calidad que se proporcionó al personal de enfermería.
6. Se dió a conocer y se proporcionó el Decálogo del Código de Ética para enfermeras y enfermeros de México.

CUALIDADES DE UNA ENFERMERA

*Contar con los conocimientos necesarios

*Amabilidad

*Responsabilidad

*Pulcritud

Conocer y llevar a cabo el código de ética para enfermeras y enfermeros de México.



INSTITUTO MARILLAC
ELABORADO: Yazmin Carbajal Escalante
AÑO: 2017

TRATO DIGNO



¿QUE ES UN INDICADOR?

Son instrumentos de medición de calidad que deben ir relacionados y dirigidos a la consecución de los objetivos y resultados de cada organización haya planificado para sus procesos.

¿CUALES SON LOS INDICADORES EN ENFERMERIA?

1. Ministración de medicamentos por vía oral
2. Vigilancia y control de la venoclisis instalada
3. Trato digno
4. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados
5. Prevención de úlceras por presión a paciente hospitalizados
6. Prevención de infecciones por sonda vesical instalada.

¿CUAL ES SU OBJETIVO?

Mejorar la calidad de los servicios de enfermería, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinde con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.



TRATO DIGNO DE ENFERMERIA

Es el derecho de todos los pacientes a recibir una atención adecuada.

Que el personal de salud respete su integridad como persona llevando a la práctica todos los valores como profesionales.

Respetar las decisiones que el paciente pueda tener sobre su tratamiento, pero sin olvidar los derechos con los que cuentan las enfermeras para poder ejercer su profesión y ser tratada del mismo modo con respeto.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los 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 riesgo
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas 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 como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes 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 con 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.



INSTITUTO MARILLAC

XV. BIBLIOGRAFÍA O FUENTES ELECTRÓNICAS

Bibliografías:

¹¹ DONABEDIAN Avedis, Et. Al (1996) garantía de la calidad, revista sociedad Mexicana de la calidad de atención a la salud.

²²BEEBE Trompson Joyce Et. Al (1984) Ética en enfermería, el manual moderno S.A. de C.V. Mexico D.F.

²³SAM Salvador Et, Al (2013) Código de ética para profesionales de enfermería, Impresos Múltiples, El Salvador

²⁵ORTEGA Vargas Carolina, Suarez Vazquez Maria Guadalupe Et. Al (2009), Manual de la calidad del servicio de enfermeria, estrategias para su aplicación, Medica Panamericana

²⁶ORTEGA Vargas Carolina, Suarez Vazquez Maria Guadalupe Et. Al (2009), Manual de la calidad del servicio de enfermeria, estrategias para su aplicación, Medica Panamericana

²⁷MORA Concha Esteban, Nickoll Del Pilar Araya Riffo, Et. Al (2015) Trato digno proporcionado por el profesional de Enfermería, Ilústrate, EAE

²⁸VIRTUDES Pérez Jose, Et. Al. (2013) ¿Qué es “trato digno” para los pacientes? Elementos que componen el trato digno, Departamento de Psicología, España, Departamento de Estudios y Desarrollo

Web grafías:

¹ CRUZ Ramírez José, Historia de la calidad, Movimiento histórico. En:
http://www.docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/cal_pdf/cal5.pdf Consultado el 9 de agosto del 2017

² FRENK Julio, La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, secretaria de Salud, En:
http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm Consultado el 10 de agosto del 2017

³ RUIZ Chávez Manuel; Martínez-Narváez, Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud, Instituto Nacional de Salud Pública México. En <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632207> Consultado el 17 de agosto del 2017

⁴ LOPEZ Guillen Ivan Gestión de calidad y círculos de mejora de la calidad, Recursos humanos En http://www.usmp.edu.pe/recursoshumanos/pdf/Circulos_de_Calidad.pdf Consultado el 18 de agosto del 2017

⁵ CARRILLO Jerónimo Cecilia, Evolución de La Gestion de Calidad, Scribd, En <https://es.scribd.com/document/362632056/Evolucion-de-La-Gestion-de-Calidad> Consultado el 21 de agosto del 2017

⁶ GUTIERRES Romero Antonio, Planeamiento de la calidad, Gestión de la calidad, Clubsayos. En <https://www.clubsayos.com/Ciencia/Planeamiento-de-la-calidad/2254933.html> Consultado el 24 de agosto del 2017

⁷ VALDÉS Buratti, Luigi A. Evolución del concepto Calidad en Industria, Centro para la Calidad Total y la Competitividad, Galeon hispavista. En <http://www.tecnologiaycalidad.galeon.com/calidad/6.htm> Consultado el 1 de septiembre del 2017

⁸ DIAZ Javier, Los 14 puntos de Edwards Deming sobre la calidad, Emprendices. En <https://www.emprendices.co/los-14-puntos-de-edwards-deming-sobre-la-calidad/> Consultado el 6 de septiembre

⁹ ORELLANA Karen, Maestros de la calidad, blogspot En <http://maestrosdelacalidadop100111.blogspot.mx/2012/09/filosofia-joseph-juran.html> Consultado el 7 septiembre del 2017

¹⁰ LOPEZ Julio, Avedis Donabedian, M.D., M.P.H., Scielo salud publica. En https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000600015 Consultado el 20 septiembre del 2017

¹² RUELAS Barajas Enrique, La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala, En 27 de septiembre

http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01C.pdf Consultado el 3 de noviembre del 2017

¹³ GONZÁLEZ Emiliano, ISO 9000 - Gestión Calidad, Copyright En <http://alarconluis.blogspot.mx/2010/07/estructura-de-iso-90012008.html> Consultado el 6 de noviembre del 2017

¹⁴ SUÑOL Hilarió R, Bañeres J, Sistema de acreditación Joint Commission International, Avedis Donabedian, En https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2340/mod_resource/content/1/Modulo_4/Lecturas_Complementarias/Semana_1_M4.S1.Lectura OPCIONAL 2 - Sistema de acreditacion Joint Commission.pdf Consultado el 7 de noviembre del 2017

¹⁵ HERNANDEZ Rodrigo, American Nurses' Association, Academic En http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/22908/American Consultado el 8 de noviembre del 2017

¹⁶ LOPEZ Guzmán Ana, CONAMED, Upload En <https://documents.mx/documents/que-es-la-conamed.html> Consultado el 9 de noviembre del 2017

¹⁷ FRENK Mora Julio, Ruelas Barajas Enrique, Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, indicadores 3 Comisión Internacional de enfermería. En www.salud.gob.mx Consultado el 13 de diciembre del 2017

¹⁸ GARCÍA-Allen Jonathan, Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas, Psicología y Mente <https://psicologiaymente.net/psicologia/piramide-de-maslow> Consultado el 10 de diciembre del 2017

¹⁹ SALDAÑO Javier Ulises, Modelo de Virginia Henderson, Enfermería Universidad. En <http://enfermeriatravesdel tiempo.blogspot.mx/2009/09/virginia-henderson.html> Consultado el 11 de diciembre del 2017

²⁰ LERMA Jasso Héctor Pedagogo, Código de ética para enfermeras, INetCache, En file:///C:/Users/jazzz/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/348337T8/codigo_enfermeras.pdf Consultado el 10 de enero del 2018

²¹RAMIREZ Rodríguez, Código de ética para enfermeros y enfermeras en Mexico, documents, En <https://documents.mx/documents/codigo-de-etica-para-enfermeros-y-enfermeras-en-mexico.html> Consultado el 16 de enero del 2018

²⁴MARTINES Rosas Laura, Calidad de los servicios de enfermería indicadores, Blog, En <http://indicadorescalidadeq2.blogspot.mx/2011/11/calidad-de-los-servicios-de-enfermeria.html> Consultado el 17 de enero del 2018

²⁹NEGRETE Arredondo María Isabel, Trato digno en el paciente, Imbiomed, En http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=41&id_seccion=702&id_ejemplar=6038&id_articulo=59708 Consultado el 24 de enero del 2018

XVI. ANEXOS.

LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

- ✓ Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.
- ✓ Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.
- ✓ Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.
- ✓ Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.
- ✓ 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.

LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.
- 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.
- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.
- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.
- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.
- 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.
- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

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

LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

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

- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

- ✓ Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.
- ✓ Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.
- ✓ 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.

DERECHOS DE LA ENFERMERA

1. Ejercer enfermería en forma libre, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus funciones en un entorno que garantice la integridad personal y profesional, libre de malos tratos.
3. Contar con los recursos necesarios que le permitan desarrollar un alto desempeño de sus funciones.
4. No ser presionados(as) a proporcionar información que sobrepase su competencia.
5. Recibir trato digno de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.
6. Tener acceso a alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades.
7. Tener acceso a actividades docentes y de investigación en su ámbito de competencia.
8. Asociarse con libertad para salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a puestos de toma de decisiones en igualdad de condiciones, que otros profesionales sin discriminación alguna.
10. Ejercer la profesión de acuerdo con la legislación vigente.

DERECHOS DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o No tu consentimiento informado para procedimientos.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.

Se realizó dicha investigación documental con un periodo de doce meses de actividades en el Hospital General la Villa, en el cual se desarrollaron, actividades de búsqueda de acuerdo con la lista de acción presentada en el proyecto.

Meses actividades	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MZO	ABR	MYO	JUN	JUL
Selección del tema	■											
Delimitación del tema	■											
Desarrollo de introducción y justificación	■	■										
Identificar objetivos			■									
Elaboración del marco teórico				■	■							
Aplicación de técnicas y procedimientos						■	■					
Organigrama de actividades								■				
Desarrollo de encuestas y entrevistas								■				
Elaboración de gráficas y tablas con resultado de investigación									■			
Revisión del protocolo									■			
Análisis e interpretación de resultados										■		
Segunda revisión del protocolo										■		
Presentación y entrega de informe final											■	■

De acuerdo con la encuesta que se le realizó a los pacientes referente a el trato digno que reciben por el personal de enfermería nos arroja el porcentaje afirmativo y negativo sobre los resultados que nos brindó el paciente.

ENCUESTA	ORTOPEDIA		Cirugía General		Columna		Medicina Interna		TOTAL
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1- ¿La Enfermera(o) lo saluda(o) en forma amable?	32	2	25	5	8	3	34	8	117
2- ¿Se presenta la enfermera(o) con usted?	30	4	24	6	7	4	30	12	117
3- ¿Cuándo la enfermera(o) se dirige a usted lo hace por su nombre?	33	1	26	4	11	0	27	15	117
4- ¿La enfermera(o) le explica sobre cuidados y actividades que le va a realizar?	33	1	23	7	8	3	27	15	117
5- ¿La enfermera(o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia será agradable?	34	0	23	7	11	0	36	6	117
6- ¿La enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?	34	0	23	7	9	2	34	8	117

ENCUESTA	ORTOPEDIA		Cirugía General		Columna		Medicina Interna		TOTAL
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
7- ¿La enfermera(o) se hace sentirse segura(o) al atenderle?	34	0	28	2	10	1	37	5	117
8- ¿La enfermera(o) le trata con respeto?	33	1	27	3	9	2	36	6	117
9- ¿L a enfermera(o) le enseña a usted o a su familia de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?	28	6	22	8	7	4	33	9	117
10- ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?	27	7	20	10	7	4	26	16	117
11- ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera(o)?	32	2	24	6	9	2	34	8	117

CONSENTIMIENTO

México D.F. 31 de Marzo del 2017

Presente:

Por medio de este presente me dirijo a usted para solicitar su autorización para que se lleve a cabo la siguiente investigación sobre el tema “Trato Digno” en el Hospital General la Villa, la cual consistirá en realizar varias preguntas por medio de la pasante de enfermería en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Columna y Ortopedia las cuales se contestaran en base a las respuestas que nos brinden los pacientes de dichos servicios.

Reafirmando que esta información será confidencial nada de lo que se diga será divulgado.

Sin más por el momento agradezco su atención y esperando contar con su autorización y apoyo.

Lic. Juárez Gómez Isabel

P.E. Carbajal Escalante Yazmin