



Trato digno aplicado a los usuarios de la clínica de salud en
la ranchería el encanto, municipio las margaritas. Periodo
Enero--junio 2022

Tesis para obtener el título de licenciado en enfermería

PASIÓN POR EDUCAR

Presenta:

Arely Cifuentes Hernández

Laura Guadalupe Álvarez Gómez

Asesor:

D.A María Cecilia Zamorano Rodríguez



Trato digno aplicado a los usuarios de la clínica de salud en
la ranchería el encanto, municipio las margaritas. Periodo
Enero-Junio 2022

Tesis para obtener el título de licenciado en enfermería

PASIÓN POR EDUCAR

Presenta:

Arely Cifuentes Hernández

Laura Guadalupe Álvarez Gómez

Asesor:

D.A María Cecilia Zamorano Rodríguez

Comitán de Domínguez Chiapas, julio 2022.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

DEDICATORIA

La presente tesis, la dedico de manera especial a mis padres quienes fueron el principal cimiento para llegar hasta donde estoy, ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y consejos para hacer de mí una mejor persona.

A DIOS

“Gracias mi Dios por permitirme llegar a este punto de mi vida, por haberme guiado, por ser mi apoyo, mi luz, mi fuerza y sobre todo mi protector. Por darme la fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad, este triunfo también es tuyo mi Dios”

A MIS PADRES

David Cifuentes Ramírez y Consuelo Hernández Ramírez

“Ustedes son el tesoro que Dios me ha dado, estoy orgullosa de tenerlos a mi lado, gracias por ser el ancla de mis sueños, por el inmenso apoyo brindado a lo largo de mi vida, son los pilares de mi vida y para ustedes es que dedico mis triunfos.” ¡Los Amo, queridos Padres!

A MIS HERMANITOS

Romain, Arely, Emilio, Ervin David, Febe Isabel, Samuel.

“Gracias por el amor que me han brindado, por el cariño que he recibido de parte de ustedes, por estar siempre a mi lado, ustedes son mi motor para seguir adelante.” ¡Los Amo con toda el alma!

A MIS ABUELOS

Aristeo Cifuentes. Victorina Ramírez y Cristino Hernández. Estela Ramírez.

“Gracias por confiar en mí, porque en cada momento estuvieron conmigo brindándome de sus consejos, sobre todo siempre estuvieron allí para mí, en especial tu abuelito que siempre serás mi inspiración, mi mayor ejemplo a seguir.”

Agradecimiento

Agradezco a la universidad UDS por haberme aceptado ser parte de ella, así como a los diferentes docentes que en algún momento brindaron sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día. Agradezco a mi asesora de tesis, la licenciada María Cecilia Zamorano Rodríguez, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimientos, así como la paciencia para guiarme durante el desarrollo de la tesis.

Agradezco a la universidad del sureste por permitirme ser parte de ella y darme la formación necesaria para cumplir con mis proyectos y sueños.

A los profesores de la UDS, Comitán, porque durante los 2 años y 8 meses de la licenciatura fueron parte fundamental de mi formación profesional ya que a través de sus conocimientos compartidos fueron de suma importancia para el aprendizaje dentro del aula.

Agradezco a mi asesor de tesis la muchísimo a la Mtra. María Cecilia Zamorano Rodríguez por aceptar y apoyarme en la realización de la tesis, por dedicar de su tiempo, paciencia y por estar pendiente de este trabajo y gracias a ella se haya logrado elaborar la tesis.

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPITULO I.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	15
PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
HIPÓTESIS.....	17
CAPÍTULO II. Marco teórico referencial.....	18
2.1 Antecedentes históricos.....	18
2.2 nacional.....	24
2.2 Estatal.....	29
2.4 local.....	¡Error! Marcador no definido.
2.5 Concepto.....	33
2.6 Epidemiología.....	¡Error! Marcador no definido.
2.7 Uso del formato de trato digno.....	37
2.8 Lugar de aplicación.....	39
Hospital.....	39
Centro de salud.....	41
Clínica.....	44
2.9 Calidad en la atención de la salud.....	46
2. 10 Expectativa de los usuarios.....	48
2.11 actuación de enfermería en la aplicación del trato digno.....	49
CAPÍTULO III. Metodología de investigación.....	64
3.1 Diseño y tipos de estudio.....	64
3.2 Universo y muestra.....	67
3.3 Tipo de muestreo.....	69
3.4 material y métodos.....	71
3.5 criterios de inclusión.....	74
3.6 criterios de exclusión.....	76
3.7 criterios de eliminación.....	79
3.8 aspectos éticos.....	79

CAPÍTULO IV. Graficación y resultados 80

- 4.1 análisis de resultados 80
- 4.2 Graficacion de los resultados 80
- 4.3 Resultados 80
- 4.4 Conclusiones 80
- 4.5 Sugerencia / recomendaciones 80
- 4.6 Bibliografía / referencias bibliográficas 80
- 4.8 Anexos 80

INTRODUCCIÓN

Esta investigación consta de cuatro capítulos en los que en los que plasmamos principalmente sobre el trato digno, el tema principal se abarca a la información del comportamiento del personal de salud hacia los usuarios ya que es muy importante conocer cuáles son los factores afectados en este, al igual daremos a conocer los objetivos que queremos alcanzar, como también las pruebas de campo que realizaremos.

El trato digno son aquellas percepciones que tiene el usuario acerca del personal de enfermería de la relación y atención prestada durante su estancia en los servicios de salud, debe seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud, como así también la información que brindara al respecto de su estado de salud del usuario. Las percepciones de los usuarios se construyen a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y calidad de los servicios recibidos. El derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario, se refiere principalmente a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería, que va más allá de un saludo simple. La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. La calidad de atención de enfermería está basada en la atención directa, en el respeto y la comunicación que se establece entre enfermera-usuario para lograr su satisfacción y por lo cual es esencial en el personal de enfermería brindar los cuidados con calidad, calidez, sencillez, paciencia, respeto, y sensibilidad social basada en principios éticos a todas las personas sin discriminación alguna. Esta tesis también fue elaborada como un requisito para la terminación de la licenciatura en enfermería por lo que esperamos que al leerla encuentre información importante.

CAPITULO I

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que el trato digno se debe ofrecer en el área de enfermería a los usuarios está sustentado en el respeto de los derechos humanos y a las características individuales, a la información completa y susceptible de ser entendida y amabilidad por el área que ofrece el servicio. Esta investigación se realizó con el propósito de conocer cuál es el trato digno que reciben los usuarios que son atendidos por el personal de enfermería en el centro de salud de la ranchería el encanto.

Realizamos esta tesis con el propósito de dar a conocer como los usuarios son tratados por el personal de enfermería, al igual mencionaremos cuales son los tratos que el personal de salud tiene que brindar hacia los usuarios para así brindar un buen servicio de calidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la percepción de los usuarios sobre el trato digno al ser atendidos por el personal de enfermería del centro de salud de la ranchería del encanto del municipio de las margaritas Chiapas.

Objetivos específicos

1. Identificar los conocimientos que tiene los usuarios sobre el significado de trato digno.
2. Describir la satisfacción de los usuarios sobre el trato digno recibido por el personal de enfermería.
3. Evaluar el cumplimiento de los indicadores del trato digno.

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trato digno se relaciona con el personal de enfermería en todo momento ya que causan un impacto personal mediante su comunicación, por ello se requiere de competitividad profesional y de multihabilidades para una relación armónica con los usuarios. Los nuevos enfoques de gerencia de salud sobre la satisfacción del usuario exponen que brindar calidad significa comprender las expectativas de los usuarios, razón por la cual, el hecho de no brindar atención de enfermería con calidad trae consigo problemas para los usuarios ya que se van a sentir insatisfechos con la atención recibida y esto puede traer consecuencias en su estado de salud. Todo el personal de enfermería tiene como deber comprender mejor a los pacientes, tiene que dar atención a lo que hace a lo que dice; son tan importantes, como aquellas que dependen del pensamiento reflexivo. Por lo tanto, una comunicación efectiva es necesario comprender que conductas inconscientes pueden ser expresiones no deseadas. Evaluar la percepción que tienen los usuarios del cumplimiento del indicador de calidad: "Trato digno" proporcionado por el personal de enfermería en el servicio al centro de salud de la ranchería el encanto. Por lo que nos planteamos la siguiente interrogante...

¿Cuál es la percepción de los usuarios del trato digno al ser atendidos por el personal de enfermería en el centro de salud de la ranchería el encanto?

HIPÓTESIS

¿Cuál es el conocimiento de los usuarios sobre el significado del trato digno?

¿Cuál es la satisfacción de los usuarios sobre el trato digno recibido por el personal de enfermería en el centro de salud de la ranchería el encanto municipio de las margaritas Chiapas?

CAPÍTULO II. Marco teórico referencial

2.1 Antecedentes históricos

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud surgió como respuesta a la problemática puesta de manifiesto en la “Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000”. En ella, la población señaló que el nivel de calidad de los servicios de salud había empeorado con relación a los datos que se tenían en 1994, en los que se mencionaba que cuatro de cada diez mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por abajo de los servicios de: agua y drenaje, teléfonos y transporte público. El Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud concebía la calidad de los servicios de salud desde dos perspectivas:

1. Trato digno, cuyas características eran:

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

2. Atención médica efectiva Como parte importante de esta Cruzada surge el “Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería” y establece la incorporación de una serie de indicadores, que permitieran identificar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad de la atención proporcionada por el personal de enfermería, dentro de los cuales se incluía el indicador “Trato digno por enfermería”. Durante los años que se ha evaluado este indicador en diferentes unidades y niveles de atención, por cierto, con bastante éxito tanto en su aplicación como en los resultados, existen interrogantes sobre lo que significa. Las preguntas a contestar serían:

- ¿Las enfermeras comprenden todos los aspectos que conllevan proporcionar un trato digno?
- ¿Lo identifican como una parte esencial del Código de Ética que guía a la profesión de enfermería?

Se considera pues, de suma importancia profundizar y reflexionar sobre el tema, ya que este indicador por sí mismo merece el dominio de uno de los principales postulados de la práctica de enfermería: el concepto de “persona” como eje de la atención del profesional de enfermería.

Metodología de análisis del indicador “trato digno”

El análisis del indicador se llevó a través de un ejercicio de profundización, desde la perspectiva de la antropología filosófica de los conceptos que se manifiestan implícita y explícitamente en la redacción del mismo, procurando hacerlo de una forma accesible y clara para el personal de salud. El indicador “trato digno por enfermería” fue seleccionado, en una primera etapa, para su evaluación junto con otros dos indicadores que correspondían a la dimensión técnica de la práctica de enfermería debido a “...su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente y porque permite identificar la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería, en cuanto a trato recibido conforme como lo señala el programa de acción correspondiente”. Por lo anterior, el indicador pretende evaluar la percepción del trato recibido por los pacientes y/o familiares por parte del personal de enfermería. Evaluar esta percepción implica: analizar la dimensión interpersonal entre el paciente/usuario y el personal que lo atiende, por lo que es relevante que éste comprenda la dinámica que se establece en una relación interpersonal, la cual no se circunscribe sólo a brindar un trato amable, sino que exige un compromiso personal/ profesional de quien proporciona el cuidado.

Factores de análisis del indicador

Los factores de análisis que se consideraron fueron: contexto de creación, sustentos de su implementación, términos o palabras que describen al indicador,

definición operacional y criterios a evaluar. Con respecto al contexto, el indicador “trato digno por enfermería” fue creado en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual consideraba dos dimensiones importantes de la calidad: la técnica y la interpersonal. Correspondió a esta última la identificación de la calidad interpersonal a través de este indicador. Los sustentos para la implementación del indicador fueron el contenido del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, publicado por la entonces Comisión Interinstitucional de Enfermería, hoy Comisión Permanente de Enfermería, en el que se incluyen los deberes de las enfermeras y enfermeros en México, entre los que ocupa un lugar preponderante el capítulo de los deberes para la “persona”. La definición operacional de este indicador fue: “La percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada, por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria”. Abundando el análisis sobre el contexto en el que se creó éste indicador, como se mencionó, fue establecido durante la implantación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la que tuvo como base la relación que Donabedian establece entre la dimensión interpersonal y la calidad. Este autor describe dos elementos o unidades definibles de la atención médica en los cuales se puede basar la definición de calidad: el técnico y el interpersonal. El elemento técnico ha sido llamado, la ciencia de la medicina y el elemento interpersonal, su arte. La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio favorable entre riesgos y beneficios. Lo que constituye la calidad en el proceso interpersonal es más difícil de resumir. Donabedian explica que el manejo del proceso interpersonal, debe llenar valores y normas socialmente definidas que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Por lo que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mide por el grado de apego a estos valores, normas expectativas y aspiraciones. La relevancia de la dimensión interpersonal

también es abordada implícita o explícitamente por algunas teóricas de la enfermería, entre ellas por ejemplo está Biodegrade Peplau, quien define la profesión de enfermería como: “El proceso interpersonal terapéutico y significativo, que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos y a la sociedad”. De esta manera establece la relación interpersonal de las personas paciente/enfermera como el eje del cuidado. Respecto del sustento del indicador y su relación con el “trato digno por enfermería” y el Código de Ética de las Enfermeras y Enfermeros en México”, de manera lógica y obligada este indicador, por estar dirigido a la naturaleza del hombre, está fundamentado en este Código, ya que, en este documento, se encuentra recopilada y sintetizada la filosofía humanista, en la cual basa su praxis la profesión de enfermería. Pero, es justamente en este punto, en donde surge el reto de “aterrizar” un marco teórico en la conciencia profesional y más aún, en un actuar cotidiano, que demuestre que efectivamente el código de ética es “asumido y vivido” por cada uno de los integrantes del grupo de enfermería. En el Código de Ética de Enfermería se considera al ser humano como “...el eje de la atención”. Así pues, cada profesión se acerca al hombre con una visión específica que responde al servicio que le presta y a las demandas particulares que la sociedad requiere de ella. Si el fin de los cuidados es el hombre, sólo podrán servir como referencias, aquellas corrientes filosóficas que parten de supuestos humanísticos o que permitan la aplicación de ellos. La revisión de algunas fuentes ayudará a entender cómo se han conformado la profesión y su compromiso con la persona. (Isabel, 2009)

López, Maybel de los Ángeles, (2017), en su tesis para optar al título Máster en administración en Salud, CIES, UNAN, Managua percepción de los pacientes en relación al trato digno en la atención de enfermería. Servicio de hospitalización semi privado, hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, obtuvo como

resultado, La percepción del usuario, sobre el trato digno proporcionado por el personal de enfermería fue evaluada de la siguiente forma “Muy Bueno” 40 (33.3%) como Excelente 39 (32.5%) bueno 35 (29%) 3 (2.5%) como regular, malo 2 (1.7%). Beltrán López, María Luisa, marzo, (2016), México, realizó un estudio, analizando el trato digno que proporciona el personal de enfermería a usuarios adultos hospitalizados en unidades de medicina interna y cirugía de un hospital general. Obteniendo los siguientes Resultados: En la población estudiada se observa que el indicador con mayor puntuación es respeto 96%, seguido de amabilidad 91.5%. Los indicadores con menor puntuación se centraron en empatía 76% y confianza 72%. Se considera el trato digno como adecuado un porcentaje global de 75.1%. Martínez, Julio Cesar, (2012), México, realizo un estudio del cumplimiento del indicador trato digno por enfermería en la consulta externa de un hospital de nivel se encontró que el 38.2% de los pacientes percibieron ser atendidos con Trato Digno, la enfermera se presenta (55.5%) se interesa porque su estancia sea agradable (76.3%) y le enseña los cuidados respecto a su padecimiento (76.1%) la enfermera lo trata con respeto (96.1%) Martínez, Diana Elizabeth, (2011), Tegucigalpa, Honduras, Realizó un estudio sobre la percepción de los usuarios externos en la sala de Hemodiálisis del Hospital Escuela Tegucigalpa, siendo el resultado el siguiente. En relación al Personal que lo atendió en el servicio de hemodiálisis un 95%(38) opinaron que los atendió la licenciada y solo un 5%(2) que fue el médico. La percepción de los usuarios acerca del trato recibido por parte del personal que los atiende es muy halagadora ya que la mayoría refieren que es amable. (Daisy, 2018)

Marín Laredo Ma. Martha y colaboradores 2015 Satisfacción laboral de enfermería y trato digno en usuarias hospitalizadas en un hospital de Morelia Michoacán México obtuvo como resultado El 81.2% (69) de las usuarias califican o perciben el trato digno como excelente, el 15.3 % (13) lo califican como bueno

y el 3.5 % (3) como regular. Martínez de los Santos Silvia, en el 2014, también en México llamado Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derecho habientes de una institución de salud, y el resultado fue “92.9%, el criterio más percibido “lo trata con respeto” y el menos percibido, uso del lenguaje adecuado con un 50%”. Mónica del Carmen Burgos Moreno y Tatiana María Paravicklijn 2013 en su estudio Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del hospital las higueras, Talcahuano, Chile que obtuvo como resultado la “falta de atención” en la satisfacción de necesidades de aseo y/o confort fue ejemplificada recurrentemente por los pacientes en estudio con el tiempo prolongado que demoraba el personal de salud en atender llamados de solicitud. J. Silva-Fhon y colaboradores 2013 Lima Perú Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público donde concluyo en sus resultados que los pacientes tuvieron una percepción medianamente favorable respecto a la atención brindada por enfermería siendo el componente confort desfavorable destacando que el ambiente hospitalario presenta ruidos y falta de limpieza lo que interfiere en el descanso. Martínez Julio Cesar, en el 2012, en México realizó un estudio llamado Cumplimiento del Indicador Trato Digno por enfermería en la Consulta Externa de un hospital de tercer nivel, el resultado fue “95% para el criterio lo trata con respeto y el más bajo 48.3% en el criterio se presenta con Usted, en la evaluación total los derechohabientes expresaron no percibir un trato digno por parte del personal de enfermería. 3 Nava-Gómez Martha y Colaboradores 2011 Trato digno otorgado por enfermeras en centros de salud Morelos, México 33.3 % de los pacientes señalaron que las enfermeras no le proporcionaron información con claridad al recibir su atención médica; más del 15 % de las personas encuestadas afirmaron no haber recibido un trato digno en la Institución de salud de la cual recibieron atención. Nieto-González Leslie Arandy y colaboradores, 2011 en México, en el estudio “Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención Obstétrica de Enfermería”, el “64% percibió el trato digno como bueno, coincidiendo en el 18% para el nivel de percepción excelente y regular, el criterio

más alto, lo trata con respeto durante su procedimiento y el más bajo, la enfermera le resguarda su intimidad y pudor”. En el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, no se ha realizado ningún estudio relacionado a este tema tan sensible y relevante en la práctica diaria del ejercicio profesional de Enfermería, muchos podrían ser los factores que condicionan el cumplimiento de este indicador. (Maybel, 2017)

2.2 nacional

La Organización Mundial de la Salud define calidad de asistencia como el proceso en que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, en que teniendo en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico, se logra obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente. En este contexto, Avedis-Donabedian propuso el componente técnico y el componente interpersonal como elementos fundamentales de la calidad en la atención de salud susceptibles de generar satisfacción. El componente técnico, es empleo de la ciencia y tecnología en beneficio de la salud, mientras que el componente interpersonal es el aspecto humanitario de la relación entre el paciente y el personal de salud. Sin embargo, la calidad de atención en salud es un reto permanente a nivel mundial que requiere involucramiento de los gobiernos, profesionales de salud y de la población en su conjunto, pues incluye recursos, políticas públicas, actitudes y voluntades.

En nuestro país, con la convicción de mejorar los servicios de salud y situar la calidad en la agenda permanente, el Gobierno Federal a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) implemento el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) como una estrategia que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en establecimientos de atención médica públicos y privados. Dentro de este sistema, la calidad de los servicios de enfermería se concibe 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 de enfermería. Por tanto, la atención de enfermería está sujeta a evaluación mediante indicadores de calidad en enfermería, los cuales se consideran en el índice de enfermería en segundo nivel, dividido en 6 indicadores que a su vez están constituidos por 46 criterios o variables.

El registro y monitoreo de los indicadores de enfermería en el Sistema Nacional de Salud mediante la estrategia INDICAS tiene su origen en 2004, con la medición de tres indicadores. El indicador de ministración de medicamentos vía oral, vigilancia y control de venoclisis, y trato digno de enfermería. Posteriormente, se incorporaron los indicadores de prevención de infección en vías urinarias, prevención de caídas a pacientes y prevención de úlceras por presión a pacientes hospitalizados.

Actualmente, a través de estos seis indicadores es posible evaluar el componente técnico e interpersonal del cuidado de enfermería en el segundo nivel de atención de salud. Sin embargo, al ser considerada enfermería como la ciencia de cuidado, el trato digno representa el componente interpersonal esencial para proveer cuidado humanizado en la relación persona-persona. Operacionalmente, el trato digno de enfermería se define como la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria; cuyas características son respeto, información, interés y amabilidad, entre otras. A partir de la definición operacional, el indicador de trato digno de enfermería se diseñó considerando 11 criterios, los cuales tienen su sustento en las condiciones señaladas en el Código de Ética de Enfermeras y Enfermeros en México, Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes, así como en el Artículo 51 de la Ley General de Salud, entre otros. Estos criterios son los siguientes:

1. Porcentaje de pacientes a los cuales la enfermera (o) saluda en forma amable.
2. Porcentaje de pacientes a los que la enfermera (o) se presenta.

3. Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) se dirige por su nombre.
4. Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va realizar.
5. Porcentaje de pacientes que, dentro de lo posible, su estancia fue agradable.
6. Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) procura las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor.
7. Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) le hace sentirse segura (o) al atenderle.
8. Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) lo trata con respecto.
9. Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) le enseña al paciente o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento.
10. Porcentaje de pacientes con los que hay continuidad en los cuidados de enfermería a las 24 horas del día.
11. Porcentaje de pacientes que se sienten satisfechos con el trato que le proporciona la enfermera (o).

Finalmente, el indicador de trato digno de enfermería se define como el porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios o variables determinados para trato digno. En base al cumplimiento de los criterios del indicador se definen estándares, que se representan mediante una semaforización de colores, donde verde significa calificación mínima esperada por el cumplimiento de los criterios establecidos para el indicador respectivo, amarillo indicador en riesgo, y rojo indicador que no cumple con los estándares de calidad de la atención en salud.

El estándar de calificación mínima esperada por el cumplimiento de los criterios establecidos para el indicador de trato digno de enfermería es de 95%. La semaforización se asigna como verde para un estándar mayor a 95%, amarillo entre 90 y 95%, rojo cuando el estándar es menor a 90%. El cálculo del estándar

de calificación (E). Se realiza con la siguiente fórmula: (6) $E=B/C \times 100$ Dónde:
B= Total de pacientes o familiares encuestados, que fueron atendidos por el personal de enfermería, que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno en el servicio y período a evaluar. C= Total de pacientes encuestados en el mismo servicio y período. Debido al impacto del trato digno en el desempeño de la profesión de enfermería, este trabajo tiene como propósito describir la percepción de la calidad de atención recibida por los usuarios de servicios de salud, mediante la revisión de los resultados del indicador de trato digno de enfermería en el segundo nivel de atención, durante el periodo de 2010-2015 en los diferentes establecimientos del Sistema Nacional de Salud, que participan en el sistema INDICAS, así como identificar los criterios de este indicador que puedan representar un mayor reto para el profesional de enfermería. Además, la información que se obtenga coadyuvará en una mejor comprensión de la evolución en la profesionalización de enfermería en México.

Resulta importante mencionar, que probablemente entre los pacientes más vulnerables al incumplimiento del indicador de trato digno, están los pacientes pediátricos, así como los que se encuentran en unidades de cuidados intensivos (UCI). Se ha reportado, que entre los factores estresantes para los pacientes ingresados en la UCI están el no tener privacidad, no saber cuándo las cosas serán hechas, no recibir explicación sobre el tratamiento, y que el profesional de enfermería no se presente por su nombre. Finalmente, la mejora gradual y sostenida para el indicador de trato digno de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, se puede considerar como evidencia del proceso de profesionalización de enfermería en México.

Es necesario continuar el desarrollo sostenido de una cultura de calidad en la profesión de enfermería desde los ámbitos laborales hasta los académicos. Los profesionales insertos en el mercado laboral deberán ser corresponsables de diseñar e implementar las estrategias que les permitan actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos en el cuidado enfermero. Las autoridades de enfermería, deberán tener el compromiso de

realizar las gestiones necesarias que coadyuven en la calidad de atención, así como de la inclusión participativa de personal operativo en estrategias de calidad. En el ámbito académico, se deberá promover y fortalecer una formación integral del estudiante, con apego a una cultura de calidad que responda a las necesidades y políticas de salud del país.

La aplicación del enfoque de calidad en la atención de enfermería implica un componente ético y humanístico sostenido como antesala de cualquier proceso, donde la relación paciente-profesional de enfermería sea de respeto y compromiso del uno por el otro. Se debe estar consciente que la calidad es en gran parte percepción, por tanto, tiene ese componente subjetivo que está en función de las características y expectativas del paciente. Además, el trato humanizado no incrementa el trabajo del profesional de enfermería, pero si coadyuva en la atención de calidad, y favorece el reconocimiento, identidad y estatus social de la profesión. (Silvia, 2015)

2.2 Estatal

El diagnóstico estratégico de la calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud representa un esfuerzo importante del Instituto Nacional de Salud Pública para aportar a la agenda sobre calidad del Sector Salud. Se trata de un trabajo multidisciplinario en el que colaboraron investigadores del área de calidad, sistemas de salud y economía de la salud para lograr un estudio con la rigurosidad académica indispensable para convertirse en un referente para comprender la situación de la calidad de los servicios ambulatorios del país. Además, el estudio contribuye a identificar el margen de mejora que los servicios de salud requieren para cumplir cabalmente con la demanda de la población. En México, los esfuerzos para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia del primer nivel de atención son compromisos pendientes. Las necesidades de salud y la situación demográfica del país mantienen una dinámica constante de cambio, sin embargo, los servicios de atención primaria dirigidos a la población sin seguridad social no evolucionan paralelamente. La escasez de inversión en intervenciones orientadas a mejorar la calidad indica la necesidad de mejorar la eficiencia de asignación del gasto en salud. Esta afirmación resulta razonable en el contexto del país, pues la escasez de recursos no debería ser una limitación para mejorar la calidad de los servicios de atención primaria. Entre 2006 y 2012, el gasto en salud para la población sin afiliación a la seguridad social ha tenido un incremento constante y sustancial al ascender de 53.1 a 141.8 mil millones de pesos. Este incremento se ha orientado a reducir la brecha del gasto en salud entre las poblaciones con y sin seguridad social, pero no se ha reflejado en una mejora en la calidad de los servicios.

I. Liderazgo. En el tema de liderazgo, la evaluación destaca que el país cuenta con el andamiaje legal para la función de la calidad, aunque también hace patente la gran heterogeneidad de estructuras burocráticas y jerárquicas en los ámbitos federal y estatal, lo cual limita la capacidad de liderazgo y afecta el desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad. Este componente resulta sustancial, pues la mejora del liderazgo contribuiría a incrementar el valor público de las acciones encaminadas a la calidad.

II. Sistema de información. El componente de sistema de información se enfocó en realizar el diagnóstico del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (Indicas). Los resultados muestran los importantes esfuerzos que se han realizado para mejorar la información relacionada con la calidad; sin embargo, también es patente que todavía existen serias limitaciones técnicas y operativas, lo cual se aborda de manera comprensible a través de la desagregación de los seis componentes que sustentaron el análisis: recursos, indicadores, fuentes de datos, manejo y procesamiento de datos, productos de información, diseminación y uso de la información. Adicionalmente, se identifican los aspectos que se han de mejorar, lo cual se podría atender si se considerara seriamente el rediseño del sistema. Esta afirmación no resulta descabellada al tomar en cuenta que los sistemas de información tienen un carácter dinámico, requieren de revisión y reformulación constantes y su uso es cada vez más diverso y complejo. El hecho de que el Indicas sobreestime sustancialmente los indicadores de calidad, lo cual es visible a través de la comparación con otras fuentes complementarias, refleja sus limitaciones en términos de confiabilidad y utilidad. Este apartado destaca claramente que la información es la columna vertebral de cualquier sistema encaminado a medir y mejorar la calidad y subraya la necesidad de una mejora sustancial del sistema de información.

III. Participación de pacientes/población. La participación de pacientes y población como parte de las estrategias de mejora de la calidad es un componente sustantivo. El presente trabajo aborda este tema con una visión innovadora. El abordaje sobre la dimensión de calidad centrada en el paciente y las principales formas de participación activa y de participación solicitada por el sistema brindan una nueva perspectiva para el contexto de los servicios de atención primaria. El sustento conceptual es visible en la revisión comprensiva de múltiples fuentes de información, tales como los avances del aval ciudadano, el Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones del Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad), y las encuestas a pacientes, entre otros. El primer hallazgo relevante indica que existe el marco jurídico y normativo para apoyar a la población como sujeto de derecho a la salud y facilita

la participación del paciente y la comunidad en la gestión de la calidad de los servicios de salud; el segundo hallazgo destaca la complejidad de la realidad operativa, la falta de coordinación y la duplicación en las formas de participación, lo que se refleja en heterogeneidad de información y de resultados con escasa utilidad práctica. La revisión que se realiza de este tema indica una conceptualización precaria y problemas de operación importantes. Quizá la contribución más importante sea que la incorporación de la atención centrada en el paciente debe establecerse desde la función de la rectoría del sistema de salud, lo cual reflejaría una evolución dirigida a cumplir íntegramente con la responsabilidad del sistema de fomentar la participación de los pacientes y la población en la mejora de la calidad.

IV. Regulación y estándares. Este apartado busca aportar en dos elementos relacionados con la rectoría:

- Certificación y acreditación de unidades de primer nivel de atención
- Estándares de práctica clínica (guías de práctica clínica).

Acerca de la certificación y acreditación, el uso de las definiciones resulta útil y permite comprender mejor la perspectiva del análisis. Además, la comparación de los conceptos sobre certificación y acreditación del sector salud del país con los conceptos de la literatura internacional permite contextualizar mejor los resultados. Con respecto a la certificación, el análisis indica avances y problemas sobre su factibilidad y aplicabilidad en establecimientos de atención primaria. En la práctica, un número minúsculo de establecimientos de atención primaria cuenta con certificación (312 de 21 516 establecimientos públicos), por lo que resulta razonable afirmar que la certificación no logrará ningún impacto positivo en la calidad de los servicios, situación que pone en tela de juicio su utilidad para los servicios de atención primaria. La acreditación se derivó de la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y se convirtió en requisito para que los establecimientos de salud ingresaran como prestadores de servicios del SPSS. El proceso indica carencias de infraestructura, equipamiento, personal, insumos y medicamentos. Una conclusión relevante de este apartado es que la

acreditación se percibe como un trámite para obtener recursos y no como un medio para mejorar la calidad y seguridad.

V. Capacidad organizacional. Este apartado comprende aspectos esenciales de la provisión de los servicios y de la calidad de la atención. Describe la situación actual e identifica las brechas en los tópicos relacionados con infraestructura física, equipamiento y recursos humanos, abasto de medicamentos, financiamiento e incentivos para mejorar la calidad. El análisis de los recursos humanos y la infraestructura confirma, al igual que otros estudios similares, que los servicios estatales de salud carecen de recursos suficientes para atender la demanda y que además existe asimetría importante entre las entidades federativas en su capacidad de oferta de servicios. Las carencias más importantes se reflejan en las unidades rurales. En comparación con los indicadores internacionales, la densidad de profesionales de la salud es de 11.9 por 10 000, cifra inferior a los 25 por 10 000 recomendados por la Organización Panamericana de la Salud. Este hallazgo es relevante puesto que representa que la plantilla de personal médico y de enfermería prácticamente se duplique para lograr cubrir la demanda esencial. Adicionalmente, marca la necesidad de ampliar las bases para otorgar capacitación al personal de salud. El componente de los medicamentos expande el análisis más allá de la visión reducida de medir la disponibilidad de medicamentos y el surtimiento de recetas como indicadores válidos de calidad. Las etapas del Sistema Integral del Suministro de Medicamentos de la Organización Mundial de la Salud sirven como estructura conceptual para el análisis y brindan una visión más amplia de la situación, lo cual permite identificar para cada etapa, el funcionamiento, actores, coordinación y tiempo. El diagnóstico se apoya en la descripción y análisis por etapa y componente, lo que permite identificar la complejidad y magnitud de la problemática actual.

VI. Modelos de atención. El apartado de modelos de atención argumenta la necesidad de desarrollar propuestas de estrategias de mejora basadas en modelos integrales de atención. El análisis y recuento de los distintos modelos

de atención reflejan la preocupación permanente de equilibrar la oferta de servicios en función de las características y necesidades de la población; sin embargo, también identifican lentitud de los servicios para responder oportunamente ante una sociedad en constante cambio. El capítulo presenta una revisión de los distintos modelos que se han implementado en las áreas rural y urbana para distintos tipos de población, enfocándose en el análisis del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA). (Saturno Pedro, 2014)

2.4 Concepto

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 sub elementos en la conformación del trato digno o libertad de tránsito y movimiento ser tratado con respeto por el personal médico y no médico con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio. O Derecho a disfrutar de privacidad durante la exploración.

El significado de este pensamiento representa una serie de constructos que interactúan entre sí y que le dan sentido a la idea de ser tratado como persona, puede tener distintas expresiones, sin embargo, los participantes comparten algunos elementos comunes en relación al tema tratado. Sus ideas son consecuentes al señalar que en el momento que se contactan con el personal de salud y administrativo que los atienden se activan otros conceptos, algunos de ellos, más concretos que sustentan el significado de ser tratados como persona, los cuales se asocian a que éstos: miren, escuchen, saluden, tengan en consideración su opinión, sean cordiales e, incluso, cariñosos. Es interesante observar que en algunos de ellos (que “saluden”) en sí mismo se vincula mentalmente a la presencia de la sonrisa y/o actitud de alegría, que es valorado

más allá que un saludo amable. El saludo unido a la sonrisa se percibe positivamente y es interpretado como que a esa persona “le gusta lo que hace”, le importo y siente que disminuye su ansiedad. (Daisy, 2018)

El trato digno es considerado a través de los indicadores de calidad, como la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria, esta puede ser medible a través de los indicadores de calidad, entendiéndose como indicador de calidad al porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno.

Criterios a evaluar del trato digno de enfermería

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 o 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) le hace sentirse segura (o) al atenderle?
8. ¿La enfermera (o) lo trato con respeto?
9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familia 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)?

Es importante resaltar que el trato digno es un aspecto esencial, que se debe cuidar en la relación persona - persona, pues el profesional de enfermería está

comprometido a llevarlo a cabo para las acciones de mejora continua que aseguran calidad de atención a pacientes y familiares para establecer trato humano, personalizado y profesional. Con lo cual, se asegura el respeto que se provee, al establecer acciones que el profesional de la disciplina realiza, y que constituye un compromiso en el cuidado que aporta, pues este juega un papel esencial en la certificación de una institución de salud de cualquier nivel de atención. El trato digno contribuye en lo reglamentado en la carta de los derechos generales de los pacientes, en la Ley General de Salud, en los principios de enfermería, bioéticos y se hace énfasis a lo mencionado con antelación, las instituciones requieren de personal altamente competente, que este convencido del compromiso que implica dar atención de calidad y calidez de acuerdo a la misión, visión y objetivos institucionales.

Es la percepción que tiene el paciente o familiar, del trato y la atención proporcionada por el profesional de enfermería durante su estancia hospitalaria. Trato digno, elemento o parte de la dimensión interpersonal, cuyas características son: respeto, información, interés y 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. Para determinar la situación que, en materia de calidad en enfermería, existe en las unidades médicas, y como punto de referencia un proyecto, en el cual participan instituciones tanto públicas como privadas del Sistema Nacional de Salud en el Distrito Federal, se desarrolla un sistema, programa o proyecto de evaluación específico de la calidad de los servicios de enfermería. Este inició en el mes de junio del 2002; con el desarrollo del proyecto Evaluación de la calidad de servicios de enfermería para lo cual conformó un equipo de trabajo, con el propósito de definir tres indicadores. (Patricia, 2010)

Principios Éticos

Respeto: (a los Derechos Humanos y a las características de la persona) Es una aptitud imprescindible para conseguir una buena comunicación con los usuarios, este se trasmite a través de acciones y aptitudes el respeto es una actitud que enfatiza la valía e individualidad de otra persona, implica que las esperanzas o sentimientos de la persona son especiales y únicos, incluso aunque a los demás les parezca similar en muchas formas. El respeto se transmite escuchando a las personas de lo que está expresando además es importante proporcionarle privacidad cuando se realicen los procedimientos y explicarle adecuadamente los cuidados o actividades que le va a realizar.

Información: (completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien sea responsable de él o de ella) La información y el consentimiento informado forma parte de un proceso de relación destinado a la toma de decisiones clínicas no solo por el médico sino también por los usuarios de ahí que se trata de un proceso continuado y fundamentalmente verbal y de ahí también que se trate de un acto clínico, con su finalidad de instaurar, facilitar y llevar a cabo un tratamiento médico. El proceso de intercambio de relación esencialmente hablado, debe acreditar lo que debería exigir su constancia por escrito que el usuario ha recibido toda su información que desde su punto de vista le es necesaria para tomar una decisión. Darle a conocer las normas establecidas dentro del hospital, explicarle los cuidados o actividades que le va a realizar, enseñarle al familiar sobre los cuidados con respecto a su padecimiento.

Interés; (manifiesto en la persona, sus mensajes, sensaciones y sentimientos) la enfermera debe estar siempre atenta a las necesidades de los usuarios y especialmente cual es la ayuda que ellos requieren, debe mostrar respeto por los usuarios, disponibilidad y deseos de trabajar con él siempre viéndolo como una persona única y fomentando su autonomía. La forma en que la enfermera siente la acción de ayuda a los usuarios supone la diferencia en el resultado de la asistencia, desde el punto de vista de expansión de la personalidad. Entregar turno de manera adecuada para que haya continuidad en los cuidados de enfermería.

Amabilidad: Una persona amable es aquella que por su actitud afable, complaciente y afectuosa es digna de ser respetada por que también respeta al otro. La amabilidad es la manera más sencilla, delicada y tierna de tratar al otro, libre de exclusivismos. Es entonces cuando la amabilidad se convierte en una constante porque el comportarse de manera complaciente y afectuosa con los demás, sentir su felicidad, es lo mismo que sentir la propia dicha y alegría compartida. Ser amable llega a ser algo así como una necesidad biológica del espíritu. Esto se manifiesta al saludarlo con amabilidad y presentarse por su nombre. (Maybel, 2017)

2.6 Uso del formato de trato digno

La enfermería es una disciplina cimentada en el servicio a los demás, el cual requiere tanto conocimientos morfo fisiológicos y fisiopatológicos, como sociales y humanísticos. De acuerdo con Nava, Brito, Valdez y Juárez, la relación enfermera paciente es muy compleja, porque abarca aspectos éticos, físicos y emocionales, y en este sentido, el trato digno otorgado a los usuarios es un aspecto de suma importancia, ya que se forma un vínculo socioemocional con ellos. En cuanto a los términos o vocablos que definen el trato digno, se encuentra trato y dignidad; el término trato se refiere de forma inmediata a la acción de alguna persona que va dirigida a otra persona; el término digno indica cómo debe ser la acción o trato. La dignidad es el fundamento de los derechos humanos. Ofrecer un trato digno a los pacientes por parte del personal de enfermería permite asumir de manera saludable la situación que experimentan dichos pacientes, con lo que se construyen mejores estilos de vida. En este contexto, el personal de enfermería debe tener la capacidad de transmitirle tranquilidad al paciente, a la vez que le comunica esperanza y procura solucionar su problema de salud; para ello, tiene que tomar en cuenta la escucha terapéutica como técnica psicológica alternativa de la salud, lo que le permite otorgar un trato digno. Es indiscutible que la enfermera debe estar en capacidad de atender con dignidad al paciente. Esto se logra cuando es auténtica en su presencia, cuando tiene una actitud de atención que es percibida por el paciente y cuando, como resultado de esto, se da la comunicación. Los aspectos en la atención por parte

del personal de enfermería comprenden un número amplio de factores que permiten observar de manera contextualizada la situación particular que cada paciente experimenta; entre estos factores se encuentra la ansiedad, la depresión y el dolor. El personal de enfermería es un elemento de vital importancia para iniciar y mantener un manejo integral y oportuno orientado no solo a la recuperación física, sino también a la mejoría emocional del paciente. Por todo lo anterior, resulta relevante evaluar la relación que debe guardar el personal de enfermería con el paciente en los centros de salud, considerando la importancia que reviste otorgar un trato digno. Para esto, es fundamental considerar los criterios que conforman el indicador de calidad Trato digno, el cual fue desarrollado por la Secretaría de Salud de México. En dicha secretaría, el trato digno es una dimensión de la calidad de la atención y es un proceso de la práctica asistencial del personal de salud, el cual está sustentado en derechos humanos y principios éticos. El nivel del indicador de calidad Trato digno se evalúa con base en once ítems que se distribuyen en tres subescalas:

1. Dimensión relaciones humanas: la herramienta de esta dimensión es el diálogo. El poder del diálogo es una característica de las personas, dado que hablar es una forma de expresar la intimidad

2. Dimensión comunicativa: el proceso de comunicación requiere de ciertas condiciones indispensables para que se logre una comunicación efectiva y afectiva; en primer lugar, la capacidad de separarse de uno mismo para poder estar disponible para otros; en segundo lugar, se precisa de comprensión, que es la capacidad de la persona de colocarse en el punto de vista del otro; en tercer lugar, es fundamental asumir empatía, que es una disposición de tipo anímico y afectivo; en cuarto lugar, la comunicación exige fidelidad, es decir, la constancia y la tenacidad en la acción .

3. Dimensión interior de la persona: esta dimensión es fundamental, dado que implica el desarrollo de la familiaridad y la confidencialidad. La relación que se establece trasciende el marco del contrato social; lo íntimo es tan central al

hombre que hay un sentimiento natural que lo protege: el pudor y un ítem relacionado con el tiempo de espera. (Martha S. C., 2009)

2.7 Lugar de aplicación

Hospital

El trato digno se refiere a la percepción que tiene el paciente o el familiar del trato y de la atención proporcionada, que es además considerado como un derecho de los pacientes al recibir atención médica.

Actualmente se acepta que salud no es un estado sino un proceso, no relacionado directamente con el concepto de normalidad, intrínsecamente unido a la enfermedad que supera al aspecto biológico ya que incluye al factor social y psicológico, íntimamente relacionado con el concepto y la percepción de bienestar, porque es un medio para una vida de calidad. Entender que no sólo el factor biológico es importante en la atención de la salud sino generar conciencia en los demás aspectos; pero a pesar de programas como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) que tiene como uno de sus principales objetivos proporcionar a los pacientes un trato digno. Existe poca información en nuestro medio, por lo cual es importante analizar su situación en unos de los principales hospitales públicos de la Ciudad de Chihuahua.

El trato digno se refiere a la percepción que tiene el paciente o el familiar del trato y de la atención proporcionada, que es, además, considerado como un derecho de los pacientes al recibir atención médica. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en su publicación sobre los “Derechos Generales de los Pacientes, apartado , manifiesta, respecto a recibir trato digno y respetuoso, que el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y que se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

La CNCSS se sitúa como una dimensión de la calidad de la atención se define como:

- Respeto a los Derechos Humanos y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos.
- Amabilidad.

Mide el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) por la oportunidad de la atención, la información proporcionada por el médico, los medicamentos surtidos y el trato brindado por el personal en la unidad médica. Se utilizan instrumentos de medición, usualmente cuestionarios de tipo cerrado, con respuestas dicotómicas y categóricas múltiples para seleccionar la respuesta de preferencia del usuario encuestado, se considera que el estándar de los indicadores debe de ser: satisfacción por la oportunidad de la atención 85%; satisfacción por la información proporcionada por el médico 85%; satisfacción por la cantidad de medicamentos surtidos 95%, y satisfacción por el trato recibido del personal de la unidad médica 90%. El muestreo realizado fue de tipo probabilístico con fórmula para poblaciones finitas y con determinación del número de muestra a través de tablas previamente diseñadas:

Existen diversos estudios en la literatura de tipos cuantitativos, descriptivos y transversales, no probabilísticos, que realizan sus propios instrumentos de medición, pero no llevan a cabo el análisis de indicadores mediante la metodología de los programas nacionales, muy pocos se apegan al estricto análisis estadístico propuesto por los programas nacionales, pero solo se enfocan al área de enfermería, existen otros que tratan de abarcar toda el área de calidad de la atención de la salud, pero al tener varios parámetros y ser tan

amplios en la definición de variables y el área de enfoque se vuelven complicados de analizar y complejos de entender

En comparación con otros artículos de la literatura, nuestro estudio trata de responder a la pregunta: ¿Cuál es la situación actual del Hospital Central del Estado de Chihuahua, México, en lo que respecta al indicador de calidad en la atención y trato digno? El objetivo principal de nuestro estudio fue conocer la metodología de análisis del indicador trato digno, los instrumentos de medición, los canales para la obtención de información, la periodicidad con que se realizan y si cumplen los estándares nacionales.

Centro de salud

Con relación a la evaluación de la calidad de los servicios de salud pública, la Secretaría de Salud ha señalado que los esfuerzos realizados en nuestro país datan del año 1950, cuando se realizaron las primeras auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, realizada en México en el año 2002, los ciudadanos calificaron a los servicios de salud por debajo de los servicios de escuelas públicas, agua y drenaje, teléfonos y transporte público, y sólo por arriba de la policía. Cuatro de cada 10 mexicanos pobres se quejaron de la carencia de amabilidad del personal médico y paramédico, así como del escaso apoyo ofrecido por los servicios de salud. De los usuarios 40 % refirieron no haber sido atendidos con la rapidez requerida; 33.3 % de los pacientes señalaron que los médicos, las enfermeras y el personal de salud adicional no le proporcionaron información con claridad al recibir su atención médica; más del 15 % de las personas encuestadas afirmaron no haber recibido un trato digno en la Institución de salud de la cual recibieron atención. Lo anterior puso de manifiesto la carencia de equidad y falta de información, así como la falta de atención oportuna y amable del personal de salud hacia los usuarios de los servicios. En conformidad con lo anterior, dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006, y con la finalidad de cumplir con el reto de mejorar la calidad de estos servicios, se creó el programa denominado “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” como una estrategia del Gobierno Federal para elevar y mejorar los atributos de los

servicios médicos y de enfermería, a partir de dos enfoques importantes: calidad técnica y calidad interpersonal. Igualmente, dentro del Programa Nacional de Salud 2007-2012 se estableció como uno de los objetivos “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”. Es importante señalar que los usuarios potenciales de los servicios de salud son ciudadanos afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, mismos que tienen un conjunto de derechos enmarcados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley General de Salud y en la Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados al Seguro Popular en Salud, entre otras disposiciones normativas. Más aún, la preocupación de la calidad de servicios de salud en México, se alinea perfectamente a las iniciativas de organismos internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien estableció tres objetivos finales de los sistemas de salud: mejorar el nivel y la distribución de las condiciones de salud; mejorar el nivel y la distribución del Trato Digno a los usuarios de los servicios de salud; y garantizar la protección financiera en materia de salud. El tema de trato digno ha sido ampliamente ligado a la calidad de servicios de salud y está intrínsecamente ligado a la satisfacción de los usuarios. Serrano, en su artículo “la anatomía de la satisfacción del paciente”, hace mención de la triple justificación que tiene el conocer la opinión de los usuarios. En primer lugar, se permite a los ciudadanos ser parte central y activa en la evaluación, planificación y redefinición de la política sanitaria; segundo, existe el convencimiento de que los usuarios son quienes pueden monitorizar y juzgar la calidad de un servicio; y, finalmente, contrasta que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas, de tal manera que permita mejorar su salud. La Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, se planteó originalmente tres objetivos principales: proporcionar un trato digno sin excepción a todos los usuarios de los servicios de salud; garantizar a los pacientes atención médica efectiva, eficiente, ética y segura; y, finalmente, elevar la satisfacción de los usuarios y atender sus expectativas. Por lo que el trato digno tiene un peso muy importante en las estrategias que se realizan por alcanzar una mejor calidad de los servicios de salud. Poco se ha publicado aún sobre el comportamiento de

los indicadores de trato digno existentes en todo el país, aunque algunos estudios han mostrado evidencias destacables en profesionales que tratan con pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Por ejemplo, un estudio realizado en Nuevo León,⁹ informa que el trato de las enfermeras es “excelente”, señalando que 98.25 % refirió que la enfermera saluda de forma amable, 98.25 % trata con respeto, y 99.1 % de los usuarios se siente satisfecho con el trato. Sin embargo, encontraron que 73.7 % se presentan y se dirigen al paciente por su nombre, determinando a estos indicadores como las mayores áreas de oportunidad. Otro estudio en el mismo estado, con diseño de intervención, encontró que la puntuación de trato digno se encontraba en 75 % y al final del mismo se ubicó en 94 %.¹⁰ Un área pendiente de investigar es si los indicadores de trato digno están asociados a condiciones de infraestructura del servicio relativas al número de médicos y enfermeras, o al área de influencia del centro de salud en cuestión, pues hasta hoy se desconocen estudios en este sentido. Es un hecho que las repercusiones de la falta de cumplimiento del Trato digno pueden ser de gran impacto negativo para la sociedad en general, empero tan grave puede ser el carecer de información objetiva sobre tal indicador en personal de enfermería en el primer nivel de atención, y por lo tanto si se está cumpliendo el objetivo del programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Esta información es fundamental para consolidar la acreditación de las unidades de salud de primer nivel de atención en el estado de Morelos, pues, como lo marca la reforma a la Ley de Salud en Materia de Protección Social en Salud, es indispensable para la prestación de servicios de salud a la población, particularmente afiliada al Seguro Popular de Salud. Si bien, desde el inicio de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud a la fecha, se han realizado evaluaciones del indicador de Trato digno en hospitales de segundo nivel de atención, hasta la realización de este estudio no se había realizado una evaluación del indicador de trato digno en enfermería en Nava-Gómez M, et al. Trato digno por enfermeras en centros de salud 93 ninguna de las 204 unidades de primer nivel de los Servicios de Salud de Morelos. Este estudio pretende aportar en ese sentido, ya que la información generada servirá para monitorear

lo que hasta ahora se ignora y permitirá una toma de decisiones más acertada, convencidos de que una práctica profesional competente, responsable, oportuna, cálida y humanizada, representa un elemento fundamental para la satisfacción del usuario, del prestador del servicio y de la sociedad en general. De tal forma que las preguntas de investigación que se plantearon para esta investigación fueron: ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de trato digno que se da a los pacientes y familiares por parte del personal de enfermería que labora dentro de las unidades de primer nivel de atención en los Servicios de Salud de Morelos?, ¿existe alguna correlación entre los indicadores de trato digno y el número de enfermeras, de médicos y de la población de influencia según centro de salud? (Martha N. G., 2011)

Clínica

En México, se ha mantenido el interés por mejorar la calidad y efectividad en la entrega de los servicios de salud a la población, sana o enferma, sin importar su estatus social, raza o creencias. Éste interés está dirigido a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares introduciendo actividades asistenciales, docentes y de investigación en cada uno de los establecimientos de salud.

Sin duda, la calidad es ya un adjetivo que debe describir la atención que brindan todos los profesionales de la salud y se ha convertido en una necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud. Ésta lucha se ve reflejada en la llamada "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud" (CNCSS) que contempla varios puntos para lograr los objetivos fundamentales de promover un trato digno y adecuado y una atención médica efectiva en todas las instituciones de salud para los enfermos y sus familiares; además incluye procesos permanentes de mejora de desempeño y de transparencia, que permitirán incorporar estrategias de mejora continua.

Dentro de los servicios de salud, el trato digno que se ofrece en el marco de la CNCSS a los usuarios se refleja en: Respeto a los derechos humanos y características individuales de la persona; Información completa, veraz, y

susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan y Amabilidad por parte de los prestadores de servicio.

De acuerdo con la Comisión Interinstitucional de Enfermeras la 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 a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y la del prestador del servicio".

Salvaguardar la dignidad del paciente, el respeto a su dignidad o un trato digno son las proposiciones que acompañan a la definición de unos buenos cuidados de enfermería.² La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) ha establecido algunos Indicadores de Calidad que permitan estimar la calidad de atención de estos profesionales; dentro de los cuales se encuentra el "Trato Digno" que se refiere a la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y de la atención proporcionada; que además es considerado como un derecho de los pacientes al recibir atención médica.

Las mujeres embarazadas que desean interrumpir su embarazo de forma voluntaria, pueden verse atormentadas por la discriminación social, prejuicios, ideologías diferentes, etc.; es, por tanto, responsabilidad y obligación del personal de salud prestador del servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), ofrecer trato digno a estas mujeres que se acercan a recibir atención médica en éste servicio.

El Trato Digno incluye el saludo amable hacia la paciente, la presentación del personal de salud, hablar a la paciente por su nombre, la explicación de actividades o procedimientos que se van a realizar, salvaguardar la intimidad de la paciente, el hacer sentir segura a la paciente, ser tratada con respeto, brindar información acerca de los cuidados posteriores al procedimiento, no solo a la paciente si no al familiar responsable, y por último, la satisfacción de la paciente con respecto al trato del personal que le atendió. (Martha B. B., Percepción de

trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo (ILE), 2011)

2.8 Calidad en la atención de la salud

La calidad puede hacer referencia a diversos aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien entenderse como una filosofía empresarial. Numerosas definiciones de calidad se han producido en los últimos años, desde la interpretación de “la conformidad con las especificaciones”, en donde no se tomaba en consideración la respuesta a las necesidades del usuario, hasta llegar a la actual en donde se toma en cuenta “la satisfacción de las expectativas del cliente”. En México, la actual administración señala la necesidad de brindar servicios de salud en un marco que asegure la calidad en la atención médica, con base en la normatividad y en la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Para lograr lo anterior se requiere que las instituciones de salud implanten e implementen un modelo de gestión de calidad, el cual implica la aplicación del enfoque de sistemas, el trabajo en equipo, la mejora continua y enfoque al usuario. La aplicación del concepto de calidad, a la salud, ha producido diversas definiciones. Ruelas define la calidad como el cúmulo de características, atributos y especificaciones que tienen los bienes o servicios y que permiten agruparlos en diversas categorías vinculadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los pacientes. (Martha, 2009)

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) es una estrategia que tiene como objetivo elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, y sean percibidos por la población al recibir las personas un Trato digno y una atención médica efectiva. Dentro de los servicios de salud, el trato digno que ofrece la CNCSS a los usuarios se refleja en: Respeto a los derechos humanos y características individuales de la persona. 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. La CNCSS incluye procesos permanentes de mejora de desempeño y de transparencia, que permitirán a las instituciones de salud rendir cuentas claras a los mexicanos. Colocar a la calidad con un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud. En materia de salud el compromiso del gobierno federal incluye dos grandes acciones concretas: Ofrecer un trato digno a los usuarios de los servicios de salud así como a sus familiares y mejorar constantemente la calidad técnica de atención médica.³ Se define trato digno al derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o incapacidad puede establecer e involucra el derecho de libertad de movimientos, a la privacidad e intimidad de las personas y ser tratado cordialmente por el personal médico y áreas afines del sistema de salud. La CNCSS permite que la atención médica sea efectiva, eficiente, ética y segura. Efectiva porque logra alcanzar los resultados esperados por el usuario de los servicios de salud; eficiente porque fomenta el uso óptimo de los recursos que se dispone; ética porque se apega a los valores universales y segura porque ofrece un servicio que involucre los menores riesgos posibles. La calidad de la atención médica definida por Donabedian como la atención médica apropiada que depende tanto de la percepción como del conocimiento y se basa en las percepciones del paciente como en la síntesis exacta de las observaciones de la medicina moderna. En las organizaciones de los servicios de salud, el factor humano juega un papel fundamental para el otorgamiento con calidad de los servicios, al estar estrechamente relacionados con el trato personal, lo que impacta directamente el nivel de calidad con que se atiende a los usuarios. La calidad de la atención busca la manera de que produzcan el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos para la salud del usuario. La relación interpersonal no se mide exclusivamente por la comunicación verbal, también hace referencia al interés que se tiene por las personas usuarias, el cual se demuestra por la comodidad, privacidad y por el ambiente que se les proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud. La monitorización de la opinión del usuario es un método indirecto, la fuente son las encuestas de

opinión que realizan los servicios de atención al paciente o bien cuestionarios diseñados por la propia división de enfermería o profesionales de una unidad concreta. Mejorar la atención es una responsabilidad ética de las organizaciones de salud, frente a la carencia de estadísticas reales sobre el indicador de calidad, el trato digno ofrecido a los pacientes en el departamento de crónico-degenerativo de una UMF del IMSS, permitió tener un panorama actual sobre el trato proporcionado por parte del personal de enfermería e identificar las áreas de oportunidad para establecer estrategias y actuar sobre ellas. (Monica, 2009)

2. 9 Expectativa de los usuarios

La evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios ha ido adquiriendo mayor relevancia, ya que se considera como un componente importante de la calidad de la atención. Sin embargo, aporta una apreciación a *posteriori*, puesto que no ofrece información sobre las disposiciones iniciales que el usuario manifestaba en el momento de solicitar el servicio. Por lo que sus creencias, actitudes, deseos, valores y expectativas quedan fuera de los elementos considerados, permaneciendo sin conocer aspectos que se relacionaban inicialmente con la demanda y finalmente con la propia satisfacción. El término expectativa es un vocablo técnico utilizado por psicólogos, hace referencia a la suma de experiencias de un individuo, las cuales pueden ser personales o vicarias. Esta última proviene de los padres, los grupos de amigos, los maestros y los libros. Hersey y Blanchard definen las expectativas como “la probabilidad percibida de satisfacer una necesidad sobre la base de la experiencia”. Martínez-Azumendi define la expectativa como “la creencia en que se haga realmente efectiva determinada eventualidad relacionada con los deseos y esperanzas del usuario”. Señala que la expectativa involucraría un elemento de realismo al exigir tomar en cuenta el conocimiento y experiencia previa que una persona tiene de los servicios a los que se dirige (aunque sea de una forma genérica) y lo que de ellos puede esperar. La satisfacción final del usuario, es el resultado de la diferencia entre su percepción del servicio que recibe y sus expectativas previas. Las expectativas pueden ser ideales (aspiraciones teóricas), previas (creencia

empírica de lo que sucederá), normativas (de lo que debería suceder) y no formadas (no existe un criterio declarado). Los usuarios esperan recibir un trato adecuado cuando solicitan atención en una unidad de salud, sin embargo, existen claras diferencias culturales sobre la jerarquía de los dominios y no poseen la misma importancia entre grupos de población. La importancia se define como “calidad de lo que es de mucho valor; carácter de lo que es considerable”. Por lo tanto, no todas las personas le darán la misma importancia a cada uno de los dominios del trato, puesto que ésta se determina en función de sus creencias, actitudes, deseos y valores. (Martha, 2009)

2.10 actuación de enfermería en la aplicación del trato digno

TRATO (RELACIÓN HUMANA)

Los participantes en los diferentes grupos registraron 77 ideas relacionadas con este concepto. Las ideas más relevantes asociadas a “trato” que surgieron con mayor fuerza y de manera transversal en la mayor parte de los grupos fueron las siguientes:

1. Trato Humano. A pesar de que este concepto tuvo muchos matices diferentes entre los grupos, principalmente implica ser tratados como personas y se refiere a la relación con el personal de salud y administrativo que atiende a los usuarios. Más concretamente se asocian con ciertas actitudes: “miren, escuchen, saluden, tengan en consideración su opinión, sean cordiales e, incluso, cariñosos”. El saludo unido a la sonrisa se percibe positivamente y es interpretado como que a esa persona “le gusta lo que hace”, “le importo y sienten que disminuye su ansiedad”.
2. Sin discriminación, igualdad en el trato: En éste apartado se recogen las peticiones de trato igualitario. Así se consideró que trato digno sería que se diese la misma atención a la tercera edad, a los jóvenes y a los de menor educación entre usuarios de los subsistemas público y privado.

3. Ponerse en el lugar del otro, Empatía: tratar al paciente como le gustaría ser tratado, ver interés en los profesionales. Comprender que el paciente se siente enfermo y esto puede provocarle reacciones de enfado y hostilidad, por tanto, se solicita que se pongan en el lugar del paciente y hagan el esfuerzo de entender estas emociones. Esta idea aborda el plano emocional, no es un concepto nuevo se menciona también en otros estudios.

4. Evitar el paternalismo. Alude a un rol activo del usuario, que no se condice con el rol pasivo que se le asigna al “paciente” donde se plantea una relación que es percibida como asimétrica entre los integrantes del equipo de salud y él. Esto significa un cambio de paradigma en esta relación. Se espera que le den información completa sobre el tratamiento y/o enfermedad que tiene. Les produce malestar que les consideren como personas que no son capaces de entender, tienen acceso a la información a través de otros medios. Predomina también el deseo de tener la oportunidad y el tiempo para poder aclarar dudas específicamente con el médico.

5. Considerarlos de manera integral, no como una enfermedad.

INFORMACIÓN

Los participantes en los diferentes grupos apuntaron 31 ideas relacionadas con este concepto. Las ideas más relevantes asociadas a esta materia fueron:

1. Que el médico explique con la verdad. A través de esta idea se quiere transmitir que se les explique realmente en qué consiste la enfermedad, que no les oculte la verdad sobre su estado de salud y su esperanza de vivir Además los pacientes prefieren que sea el médico el que transmita esta información, especialmente si es una enfermedad con pronóstico grave, no que lo hagan los familiares ya que, por ser un tema doloroso, éstos pueden engañar al paciente.

2. Información a los familiares. La información que el médico le entrega a los familiares se asocia a tres ideas fundamentales: disminuye la ansiedad, entienden mejor lo que tiene al enfermo y le pueden apoyar en su recuperación y tratamiento. Las ideas que transmitieron estuvieron relacionadas con: que se

les diese una explicación clara a los acompañantes, especialmente importante en la Urgencia ya que, como no dejan acompañarlos, puede pasar mucho tiempo sin tener conocimiento de lo que le están haciendo al paciente.

3. Información completa. En los grupos surgió la idea de que explicasen más detalles de los procedimientos y tratamientos que se les van a realizar.

4. Información continua en los pasos que sigue en la hospitalización. Los relatos dan cuenta de la importancia que tiene la entrega de información completa durante toda la enfermedad: al ingreso del hospital o clínica, en el diagnóstico, durante todo el proceso principalmente del tratamiento, como al momento del alta incluyendo los cuidados que tenían que realizarse tras la hospitalización.

5. Comprensible. Transversalmente en los diferentes grupos se comentó que los médicos explicasen la enfermedad y de sus tratamientos en palabras simples, "no médicas" de tal modo que el paciente los entienda.

6. Confidencialidad de la información. En primer lugar, se le debe dar al paciente y, si este lo considera pertinente, se puede informar a los familiares.

7. Información acerca de los costos y antecedentes del médico. En este caso surgen ideas relacionadas con los pagos de su tratamiento o de procedimientos, señalando por ejemplo que debiesen informarles antes de brindar la prestación el costo aproximado de éstas, para dar chance de cambio y evaluación de alternativas de financiamiento. (Martha B. B., 2011)

2.11 El trato digno incluye en la salud

El brindar una atención de calidad en salud es algo deseado tanto para los que dirigen los centros asistenciales como para la autoridad que se preocupa que esto se cumpla. En este contexto, en el año 2005 se creó la ley de Autoridad Sanitaria, que establece un sistema de acreditación para los prestadores autorizados para funcionar. Este sistema exige que se implementen estándares mínimos que permitan que los procesos brinden mayor seguridad a quienes utilizan los servicios de los establecimientos de salud. Complementariamente, se

crea en el año 2012 la ley sobre Derechos y Deberes de las Personas, que está relacionada con las acciones vinculadas a la atención de salud. El espíritu de esta ley cautela brindar una atención de calidad respetando los derechos esenciales de las personas. La calidad en la atención de salud se puede abordar desde distintas aristas, no obstante, uno de los valores que interesa desarrollar en este estudio es lo relacionado con el concepto de “trato digno” de los pacientes o usuarios. En este sentido, ambas leyes consideran la temática de trato digno, por una parte, a través del sistema de acreditación que incorpora el ámbito Dignidad del Paciente (DP-1), donde su componente básico es que el prestador debe resguardar que el paciente reciba un trato digno y por otra, la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, que señala que, en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno, respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. El significado del derecho a un trato digno en la atención de salud parece ser obvio para quienes lo entregan. Sin embargo, lo que los usuarios expresan en palabras respecto de este concepto es un pequeño fragmento de las asociaciones que emergen de los procesos mentales y emocionales que se vinculan a él. (Marcela, 2013)

2.12 Trato digno como derecho de los usuarios

Trato digno es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o incapacidad puede establecer e involucra el derecho de libertad de movimientos, a la privacidad e intimidad por el personal médico y áreas afines del sistema de salud. El personal de enfermería tiene la obligación, de ante cualquier paciente, ofrecer un Trato Digno, es decir, el saludo amable de la enfermera hacia la paciente, la presentación del personal de salud, hablar a la paciente por su nombre, la explicación de actividades o procedimientos que se van a realizar, salvaguardar la intimidad de la paciente, el hacer sentir segura a la paciente, el tratarlo con respeto, brindar información acerca de los cuidados posteriores al procedimiento, no solo a la paciente si no

al familiar responsable, y por último, la satisfacción de la paciente con respecto al trato de enfermería, son parámetros que nos ayudan a evaluar el Trato Digno. La CNCSS admite que la atención médica sea efectiva, eficiente, ética y segura. Efectiva porque logra alcanzar los resultados esperados por el usuario de los servicios de salud; eficiente porque fomenta el uso óptimo de los recursos que se dispone; ética ya que se apega a los valores universales y segura puesto que ofrece un servicio que involucre los menores riesgos posibles. En el otorgamiento de calidad de los servicios de la atención médica, el factor humano juega un papel fundamental al estar estrechamente relacionados con el trato personal, lo que impacta directamente el nivel de calidad con que se atiende a los usuarios. La calidad de la atención busca la manera de que produzcan el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos para la salud del usuario. La relación interpersonal no se mide exclusivamente por la comunicación verbal, también hace referencia al interés que se tiene por las personas, el cual se demuestra por la comodidad, privacidad y por el ambiente que se les proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud. El ejercicio profesional del personal que atiende cuestiones del proceso salud-enfermedad de las personas debe estar caracterizado por el respeto y cumplimiento de los valores humanos universales y los principios éticos con libertad y responsabilidad. El conocimiento del personal de enfermería sobre los derechos humanos del paciente también puede influir en el trato que se brinda y por ende en la satisfacción del usuario. (Martha B. B., 2011)

2.13 El trato digno como obligación del personal de enfermería

Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objetivo es el “cuidado integral de la salud de la persona, la familia y la comunidad” en todas las etapas de la vida dentro del espectro salud-enfermedad. La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus

necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos. La percepción es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; enfocándola con el cuidado de enfermería se puede afirmar que la calidad se juzga según la percibe el paciente y no según la ve el proveedor. La percepción es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; enfocándola con el cuidado de enfermería se puede afirmar que la calidad se juzga según la percibe el paciente y no según la ve el proveedor. La percepción del usuario de los servicios de enfermería, podría ser considerada como una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene como consecuencia de esa actividad, que refleja en gran medida el grado de satisfacción que el paciente puede tener de la atención recibida; la percepción por otro lado, depende de la calidad de los servicios otorgados. El campo laboral de enfermería a nivel profesional y técnico, constituye en gran proporción, el servicio de salud prestado; los profesionales de enfermería son un gran porcentaje del recurso humano disponible para brindar servicios de salud, desde el ingreso del usuario hasta su egreso, por lo que el contacto permanente y progresivo, punto importante y crítico de la evaluación asistencial, se traduce en la calidad de la atención del servicio que se brinda. El trato digno es una dimensión de los principios éticos propuestos como componentes de la calidad de la atención; sin embargo, existen factores que predisponen a las deficiencias en su cumplimiento, como el exceso de procesos burocráticos, carga de trabajo para el personal y la tendencia a la desprofesionalización. La calidad asistencial tiene dos componentes: la científico-técnica o intrínseca, que mide la resolución del problema, y la percibida o extrínseca, que mide la satisfacción del usuario con respecto a la percepción del servicio recibido. La evaluación de la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común; a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que

beneficia a la organización otorgante de los servicios, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. (Monica, 2009)

2.14 Percepción del trato digno por los usuarios

La percepción del usuario es considerada como un conjunto de conceptos y actitudes que construye a partir de sus expectativas y la satisfacción de sus necesidades, por lo tanto, el trato digno por enfermería que el usuario recibe constituye un indicador de calidad. Conocer la percepción de los usuarios, es de vital importancia para el sector salud, la enfermera es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente y es quien pudiera modificar la percepción que el usuario tiene en relación con su atención, a través de una comunicación efectiva enfermera – paciente , para que esta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes entre la enfermera y el paciente que a su vez si se da la interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción del paciente y de la enfermera al ver cubiertas las necesidades del usuario, de lo contrario se producirá estrés e insatisfacción de la calidad del servicio recibido. Dulce Carolina Puebla-Viera, y colaboradores 2009, México, realizaron un estudio Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería, Con relación al indicador trato digno, 2.18% de los derechohabientes opinaron que fueron tratados con dignidad, 20.92%, mientras que 51.90% que casi nunca fueron respetados sus derechos como persona y 25% nunca. En el indicador de respeto se obtuvieron resultados similares, prevaleciendo 46.74% con la respuesta casi nunca, por lo que se refleja que el personal no siempre toma como un valor importante el respeto hacia el paciente, 28.08% consideró que nunca lo han atendido con respeto, 22.10% con casi siempre y solamente 3.08% refirió que siempre el trato fue con respeto. (Daisy, 2018)

La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos. Evaluar la percepción del usuario, le permite al centro

hospitalario obtener un conjunto de conceptos y actitudes en relación a la atención ofertada, situando áreas de oportunidad y la creación de estrategias para la mejora continua, minimizando las deficiencias que pongan en riesgo la satisfacción de la población usuaria. El Sistema de Salud mexicano, con la convicción de mejorar los servicios y eliminar la poca confianza que le otorga la población, desarrolló la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual, propone abatir las inequidades entre entidades, instituciones y niveles de atención, tomando como eje de acción a los recursos humanos del mismo sistema, ubicando al personal de enfermería como vector de calidad con apego al respeto de la dignidad humana, bajo principios éticos y científicos. La entonces Comisión Interinstitucional de Enfermería, estableció el Sistema de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, gestionados a partir de indicadores, los cuales permitieran controlar el riesgo de daños innecesarios al paciente e identificar su percepción en cuanto al trato recibido. El Indicador de “Trato Digno por Enfermería” es uno de los tres primeros que se posicionó para la evaluación del quehacer profesional de enfermería en su dimensión técnica e interpersonal. Se define como “la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria”. En dicha Cruzada, se estableció que la buena calidad es la que satisface a los usuarios y es claramente percibida, de tal forma que su percepción se traduce en actividades que incrementen su satisfacción y fundamenten las intervenciones para mejorar la calidad, con énfasis en el trato digno como derecho constitucional y humano. El trato digno por enfermería se apega entonces al respeto de los Derechos Generales de los Pacientes, así como al cumplimiento del Decálogo de Ética de las Enfermeras y Enfermeros de México. Desde la perspectiva del usuario, el trato digno por enfermería se cumple parcialmente, ya que la percepción del trato digno que recibe no es totalmente adecuada, por lo tanto, es imperativo resaltar la necesidad de fortalecer las bases teórico-prácticas de la calidad de la atención en el personal de enfermería, que esté comprometido con el cuidado integral de la vida humana y considerando como parte fundamental de la atención la esfera psicosocial del paciente. Para el

usuario es importante conocer el nombre del enfermero(a), pues le permitirá darle identidad propia al proveedor de los cuidados, al mismo tiempo que crea lazos de confianza y facilitará la ministración de cuidados, así como, la poca renuencia del paciente a recibirlos. 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 deberán ser continuos durante todo el proceso de atención, fortaleciendo la mejora continua, basada en estándares de calidad para lograr su satisfacción, sólo de esta manera podrá percibir un alto nivel de calidad en los servicios que recibe. (citlali, 2012)

2.15 Marco teórico

En Enfermería se han abordado investigaciones relevantes que permiten sentar los antecedentes del área temática, y en este sentido, esas investigaciones se visualizan desde una óptica de percepción de los usuarios, grado y nivel de satisfacción de los pacientes como también la creación y validación de instrumentos fiables que permiten evaluar, describir, determinar y medir la calidad de la atención en salud y la calidad de la atención de Enfermería con base en las experiencias de cuidado y percepciones de los usuarios. El desarrollo de la disciplina de enfermería profesional surge con los aportes que Florence Nightingale, madre de la enfermería moderna, durante su arduo y maravilloso trabajo en el auge del siglo XIX. La historia relata que su alta capacidad intelectual para abordar los problemas de atención en salud de la época la constituyeron en una mujer admirada hasta el punto de convertirse en la primera mujer consultora en materia de salud pública con una experiencia e inteligencia incalculable; demostró ser una excelente gerente con un ingenio administrativo sin precedentes en la historia de la mujer, y en cuanto a su relación con el comité de dirección muchas veces impugnaba las decisiones y a veces hasta hacia caso omiso de ellas para beneficiar a los pacientes, esta acción develaba en Florence su intenso interés en lograr la satisfacción de los pacientes; características que

le fueron abriendo las puertas en el sector laboral y social, pues sus sugerencias para la creación de los hospitales era tan importante, que hasta le consultaban sobre cómo debía ser la infraestructura de las salas de atención a los enfermos, es decir, Florence se convirtió en una de las más grandes críticas de los sistemas de salud y hospitales de la época; su capacidad de evaluación era impresionante, hasta el punto de recibir un reconocimiento por el sector oficial militar, quienes la veían como un recurso humano que prometía muy buenos resultados. A pesar de que la Calidad como concepto no se asoció directamente con los postulados de Nightingale, todo su trabajo devela las características de la calidad a través de sus acciones y la puesta en escena de los resultados obtenidos.

En Lima Perú en el año 2010. Se realizó un estudio por Liliam Claudia Romero sobre percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de Medicina en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Donde evaluaron la calidad de atención del personal de enfermería como medianamente desfavorable con tendencia a desfavorable (56.67%), debido que el paciente manifiesta que la enfermera se muestra insensible ante el dolor, falta de amabilidad al atenderlo, frente a la invasión de la privacidad, falta de cortesía ya que las enfermeras no lo saludan, no les dicen cómo se llaman, no los llaman por su nombre, muestran indiferencia por el ambiente de la unidad así como por los ruidos que dificultan su descanso y el desinterés por su alimentación. El trato digno como indicador de calidad en enfermería tiene sus orígenes en el 2002, a partir de la cruzada nacional de calidad de los servicios de Salud de México, en donde la Comisión Interamericana de Enfermería en conjunto con la Dirección General de Calidad y Educación en salud, iniciaron la evaluación de los servicios que brinda enfermería, se dieron a conocer un conjunto de indicadores por su relación importante en la práctica diaria y el control de riesgo y daño innecesario al paciente, que permiten identificar la percepción de los usuarios, entre ellos está el de la dimensión Interpersonal el de "trato digno", este hace referencia a la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su hospitalización y que tiene sus cimientos en el código de ética de enfermería y en la dimensión interpersonal en la forma

de respetar al paciente como ser humano biológico, psicológico, social y espiritual. El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud, además de darles seguimiento y la oportunidad de establecer comparaciones entre las unidades de atención médica en el país. El trato digno es uno de los indicadores de calidad a nivel internacional que se utiliza para medir y evaluar constantemente de manera exhaustiva la atención brindada a los pacientes desde la dimensión interpersonal. El trato digno que otorga el personal de enfermería a los pacientes está sustentado en el respeto a los derechos humanos, a las características individuales, a la información completa, veraz, oportuna y la amabilidad por parte del quien que oferta el servicio (Gutiérrez, 2012, p. 20). Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad, para ello se requiere de enfermeras con estimación y respeto de sí misma y de los demás que amen la vida en cualquiera de su forma 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. (Rios, 2014)

La satisfacción del paciente está relacionada positivamente al rendimiento de la enfermera en su trabajo, lo que técnicamente se conoce como eficiencia o productividad, la actitud de satisfacción e insatisfacción depende en gran parte de lo que la enfermera brinda en una atención de calidad formas. (Rios, 2014)

La enfermera dentro del servicio de hospitalización tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos, con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud del paciente y familia; con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. El rol profesional de enfermería en el servicio de hospitalización es considerado de gran importancia, sus funciones están relacionadas con la aplicación del proceso de atención de enfermería iniciándose por la valoración, el estado nutricional y el examen físico, el apoyo psicológico, preparación para procedimientos y manejo de pacientes de alto riesgo, así como las actividades de gestión. El apoyo psicológico ante la hospitalización es indispensable en el

paciente, debe recibir un trato amable, cordial, expresándole palabras que le den seguridad, confianza, a fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo o depresión que presenta ante esta situación que para muchos es desconocida, explicándole en que consiste lo que se va a realizar y lo que podría sentir, el tiempo aproximado de duración y lo importante de su colaboración. La enfermera debe reflexionar sobre su trato al paciente, debe llamar al paciente por su nombre e intentar establecer una relación profesional - paciente, confianza para preguntar por su estado, dolor, etc., debe saber hablar y escuchar al paciente, para detectar posibles complicaciones clínicas, valorar si el paciente está usando sus facultades intelectuales o están ensombrecidos, para evaluar no solo un estado de lucidez sino su entrada en un proceso patológico, la enfermera debe aportar seguridad y con ello, tranquilidad al paciente dándole a conocer su nombre, proporcionándole una explicación concisa y adecuada acerca de los procedimientos que se le van a realizar, diferenciando la información orientativa de la información clínica explicándole el mecanismo de su entorno; apoyando el esfuerzo y colaboración del paciente con refuerzos positivos, por ser ello un voto de confianza que les anima a seguir adelante, cuidando de los comentarios delante de los pacientes, pues no solo les aumenta su angustia, sino que también son fuente de gran incertidumbre. El manejo del paciente consiste en que la enfermera debe estar preparada para conocer rápidamente las distintas patologías concomitantes manejo de la farmacología específica, sus diluciones y administración, efectos secundarios y colaterales, utilización de respiradores, interpretación de gases arteriales en sangre y otros análisis específicos. Estar adiestrado en RCP, sondas vesicales y nasogástrica. Interpretación del monitoreo electrocardiográfico, etc., y las actividades de gestión están dadas por el tipo de coordinación, comunicación e información que realiza con los demás miembros del equipo de salud. La satisfacción del paciente debe ser tomado en cuenta por la enfermera. Toda vez que el profesional de enfermería satisface las necesidades del paciente y por ello debe hacerlo presentándose de manera cortés en el momento que lo necesite a fin de lograr la eficiencia, competencia profesional, eficacia, continuidad y seguridad; asimismo debe mantener una

buena relación interpersonal basado en el trato digno, el respeto, la confianza, empatía, seguridad e información y debe proporcionar comodidad durante su estadía. Los días de hospitalización, es fundamental para evaluar el entorno hospitalario; un paciente que ha permanecido mayor tiempo hospitalizado puede identificar lo positivo y negativo en el trato recibido por parte de los profesionales de la salud, y tener una percepción más aproximada de la realidad mientras que un paciente que recién ingresa al servicio sólo podría manifestar su primera impresión. La ética como una disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Los cuidados de enfermería enfocados desde cada criterio del trato digno fueron ejemplificados a cada paciente según el ambiente de atención en que se encontraba con el fin de tener resultados reales de la atención que brinda enfermería de hospitalización semi privada.

1. La enfermera lo saluda amable: debe presentarse, saludar según horas del día, buen día, buenas tardes, buena noche, por lo general en los cambios de turnos volverlo a ver mientras lo atiende y saluda.

2. Se presenta con Usted: Debe presentarse por su nombre y expresarle que es la enfermera responsable de ella y está para servirle.

3. La enfermera se dirige a usted por su nombre: debe llamar a cada paciente por su nombre, no usar palabras diminutivas o de tutear con palabras como "madre, amor" cariño tierno.

4. La enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar: va desde la toma de signos vitales, el medicamento la quimioterapia que le va administrar, los estudios de laboratorios, de ultrasonografía, los procedimientos, los controles de ingeridos y eliminados, los controles de glicemias capilares, recolecciones de muestras, el baño en cama.

5. La enfermera se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable: Que el ambiente esté limpio, ventilación adecuada, mantener orden y hablar en tono suave, proporcionarle ropa limpia, brindarle su dieta indicada,

acudir a los llamados que los pacientes realizan, hacer recorrido por cada unidad del paciente, mantener adecuado manejo de las canalizaciones e hidrataciones etc.

6. La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor: Enfermería debe permanecer junto al paciente en los pases de visita médica, en las curaciones, en las exploraciones, proporcionarle ropa y ayudarlo de ser necesario a cubrirse adecuadamente y descubrir solo el área a examinar.

7. La enfermera le hace sentir segura al atenderle: enfermería debe mostrar seguridad profesional en cada procedimiento como aspiración de traqueotomía al canalizarlo aplicación de tratamiento y hemoderivados, explicarle previamente al paciente, asistirlo cuando no pueda movilizarse solo, realizarle su higiene con respeto y amabilidad, explicarle muy bien las normas de deberes y derechos del paciente dentro de la Institución.

8. La enfermera lo trata con respeto: enfermería debe explicar las veces que sea necesario a paciente y familiar cualquier duda, no contestar con expresiones groseras, ni realizar gestos desagradables, debe arreglarle su unidad con gentileza, preguntarle si puede retirar bandejas de alimentación, respetar la decisión del paciente si rehúsa determinado procedimiento.

9. La enfermera le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento: cada paciente es único independientemente de su diagnóstico médico, enfrenta su situación de salud de forma diferente, a veces tiene conocimiento de su enfermedad, pero enfermería debe cumplir siempre todas sus funciones y la de enseñar es una de ellas y la que menos se realiza en la atención que brinda.

10. Se siente satisfecho con el trato que da la enfermera: en general valora la satisfacción que tienen los pacientes en relación a todo el trato recibido de parte de enfermería durante su hospitalización, después de haberle explicado bien cada aspecto relacionado a la atención y sus cuidados.

11. Hay continuidad en los cuidados: enfermería debe dar cumplimiento y seguimiento a todos los cuidados que tiene cada paciente, independientemente del cambio de turno, esto garantiza una pronta recuperación, menos tiempo de hospitalización, seguridad en el paciente y una mayor satisfacción de la atención recibida. (Maybel, 2017)

CAPÍTULO III. Metodología de investigación

3.1 Diseño y tipos de estudio

El diseño es la fractura a seguir en una investigación.

Los tipos de estudio son:

- Diseño bibliográfico
- Diseño de campo

Está compuesto de:

- ✚ Diseño de encuesta
- ✚ Diseño estadístico
- ✚ Diseño de casos
- ✚ Diseño experimental
- ✚ Diseño cuasi-experimental
- ✚ Diseño ex post

3.1.1 Diseño

El diseño es la fractura a seguir en una investigación, ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con los interrogantes surgidos de dos supuestos e hipótesis-problema. Constituye la mejor estrategia a seguir por el instigador para la adecuada solución del problema planteado el diseño también es un planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas, que pueden adaptarse a las particularidades de cada investigación y que nos indican los pasos y pruebas efectuar y las técnicas utilizadas para recolectar y analizar los datos.

Acorde con Hernández Sampiere el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento de problema.

En esta bibliografía se menciona que el diseño debe ser elegido cuidadosamente ya que el producto final del estudio que es son los resultados tienen la mayor posibilidad de generar un mayor conocimiento si el diseño es el adecuado.

Para poder elegir un diseño se tiene que tener en cuenta cada una de las características de los diseños y adecuarlo a las contingencias o cambios de la situación que se perciben en la investigación además se tiene en cuenta que la precisión de la amplitud y la profundidad de la información varían en función del diseño.

Cada diseño tiene sus propias características y la decisión sobre qué clase de investigación y diseño específico se desea seleccionar tiene que tener en cuenta el planteamiento del problema el alcance del estudio y la hipótesis formulada además del tipo de investigación a realizar ya que cambia mucho de una investigación a otra, por ejemplo, no vamos a utilizar un diseño experimental en una investigación no experimental.

Por otro lado Mario Tamayo nos hace notar la diferencia entre el modelo y el diseño, en donde el modelo lo relaciona con el manejo metodológico o la guía que se presenta en un proceso de investigación en la cual cada investigador insinúa qué proceso debe seguir cuáles son sus pasos y quiénes realizan la investigación sea acogen de las indicaciones para llegar a los mismos procesos y gira en torno a tres factores que es el tema investigar el programa resolver y la metodología a seguir se considera que todos los modelos son válidos y se ajustan al municipio en común pero algunos facilitan más que otros el aprendizaje de la investigación, el modelo que Mario Tamayo nos menciona y nos recomienda es un modelo académico ya que contemplan la mayor cantidad de etapas teniendo en cuenta que todas las investigaciones pueden variar entre etapas contempladas en el modelo pero el diseño permite adaptar la en el modelo de

investigación el modelo lo resume como los pasos que se plantean para la elaboración del diseño que el diseño conlleva a la solución del problema en cuestión los modelos pueden ser de carácter descriptivo y mediante ellos el investigador puede hacer el esquema representativo que facilita el manejo de la realidad.

3.1.2 Tipo de estudio

Los tipos de diseño de acuerdo con los datos recogidos para llevar a cabo una investigación, categorizar en dos tipos básicos: diseño bibliográfico, y diseño de campo.

Diseño bibliográfico; cuando recurrimos a la utilización de datos secundarios, es decir aquellas que se han sido obtenidas por otros o nos llegan elaborados y manejan, y por lo cual decimos que es un diseño bibliográfico. La designación bibliográfica hace relación con la bibliografía: toda unidad procesada en una biblioteca. Conviene ante este diseño comprobar la confiabilidad e los datos y es labor del investigador asegurar de que los datos que maneja mediante fuentes bibliográficas sean garantía para su diseño.

Diseño de campo; es cuando los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual los denominamos primarios, su valor radica en que permiten relacionarse de las verdaderas condiciones en que se ha obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir dudas. Conviene anotar que no toda información puede alcanzar por esta vía ya sea por limitaciones especiales o de tiempo, problemas de escasos o de orden ético. En cuanto a los diseños de campo mucho de lo que se ha avanzado y podemos presentar varios grupos de diseño este tipo, si bien decimos que cada diseño es único, participa de características comunes especialmente en su manejo metodológico, lo cual se ha permitido hacer las siguientes categorizaciones.

Tipos de diseño de campo:

Diseño de encuesta: exclusivo de las ciencias sociales. Parte de la premisa de que, si queremos conocer algo sobre el comportamiento de las personas, lo mejor es preguntar directamente a ellas. Es importante que en este diseño determinar la validez del muestreo.

Diseño estadístico: Efectúa mediciones para determinar los valores de una variable o de un gran grupo de variables. Consiste en el estudio cuantitativo o evaluación numérica de hechos colectivos.

Diseño de casos: es el estudio exhaustivo de uno o muchos pocos objetos de investigación, lo cual permite conocer en forma amplia y detallada a los mismos. Consiste, por lo tanto, en estudiar cualquier unidad de un sistema, para estar en condiciones de conocer algunos problemas del mismo.

Diseño experimental: cuando a través de un experimento se pretende llegar a la causa de un fenómeno. Su esencia es la de someter el objeto de estudio a la influencia de ciertas variables en condiciones controladas y conocidas por el investigador.

Diseño cuasi-experimental: cuando estudia las relaciones causa-efecto, pero no en condiciones de control riguroso de las variables que maneja el investigador en una cita experimental.

Diseño ex post facto: cuando el experimento se realiza después de los hechos y el investigador no controla ni regula las condiciones de la prueba. Se toman como experimentales, situales, reales y se relaciona sobre ella

3.2 Universo y muestra

3.2.1 Universo

Universo: cuando para un estudio se toma la totalidad de la población y, por ello, no es necesario realizar un muestreo para el estudio o investigación que se

proyecta. Cuando esto ocurre se dice que se ha investigado en universo. No todas las investigaciones se pueden hacer a partir de un universo; además, tampoco es necesario.

Mario Tamayo refiere el termino Universo cuando para un estudio se toma la totalidad de la Población y por ello, no es necesario realizar un muestreo para el estudio o investigación que se proyecta. Cuando esto ocurre se dice que se ha investigado en universo. No todas las investigaciones se pueden hacer a partir de un universo; además, tampoco es necesario

Por lo tanto, una Población es la totalidad de un fenómeno de estudio, lo que incluye la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando conjunto de N entidades que participan de una determinada característica, se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación.

3.2.2 Muestra

Para Mario Tamayo la muestra es la población cuantificada para la investigación, cuando no es posible medir cada una de las entidades, de población; esta muestra, se considera, es representativa de la población.

La muestra descansa en el principio de que las partes representan el todo y por tanto refleja las características que definen la población de la cual fue extraída, lo cual nos indica que es representativa. Es decir, que para hacer una generalización exacta de una población es necesaria una muestra totalmente representativa y, por lo tanto, la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de la muestra.

Lo que debe ser analizado antes de iniciar el proyecto es el tamaño de la muestra, el cual está determinado por el nivel de precisión requerido por el error de muestreo aceptable o dispuesto a tolerar.

Generalmente se recomienda a quienes no tienen suficientes conocimientos estadísticos recurrir a un especialista para que les determine la muestra, pues de otra forma se pueden introducir deformaciones en la investigación.

Lo que todo investigador debe conocer para solicitar ayuda en la elaboración de su muestra es el grado de homogeneidad y heterogeneidad de la población, pues a poblaciones homogéneas corresponden muestras pequeñas y a poblaciones heterogéneas.

Para una muestra se tienen tres puntos importantes: La representación, El error y el Tamaño de la muestra.

Para este proyecto de investigación usamos una muestra representativa de la población estudiada, por lo cual tomamos un aproximado del 10% de la población, elegidos al azar.

3.3 Tipo de muestreo

1. Muestreo aleatorio simple (o al azar): El elemento más común para obtener una muestra representativa es la selección al azar-aleatorio, es decir, que cada uno de los individuos de una población tiene la misma posibilidad de ser elegido. Si no se cumple el requisito se dice que la muestra es viciada, por lo que si cada uno de los elementos de la

población no tiene la misma posibilidad de ser elegido se habla entonces de una muestra vaciada.

1. Para tener la seguridad e que la muestra al azar no es vaciada, debe emplearse para su constitución una tabla de números aleatorios.
2. Muestreo estratificado: se dice que una muestra es estratificada cuando los elementos de la muestra son proporcionales a su presencia en la población. La presencia de un elemento es un estrato excluye su presencia e otros; es un requisito del muestreo estratificado en la muestra estratificada la representación de los elementos en los estratos es proporcional a su representación de la población.
3. Para el muestreo estratificado se divide la población en varios grupos o estados con el fin de dar representatividad a los distintos factores que integran el universo la población del estudio; la condición de la estratificación es la presencia en cada estrato de las características que conforman la población.
4. Muestreo por cuotas: se divide la población en estratos o categorías y se asigna una cuota para las diferentes categorías, y a juicio del investigador se selecciona las unidades de muestreo. La muestra ha de ser proporcional a la población y en ella deberá tenerse en cuenta las diferentes categorías socioprofesionales, las cuales se dan igualmente proporcionales. El muestreo por cuota tiene en cuenta diversas categorías, pero estos quedan a criterios del investigador, lo cual se presenta a distorsiones.
5. muestreo intencionado: se la da igualmente el nombre de sesgado; en el investigador selecciona los elementos que a su juicio son representativos, lo cual exige al investigador un conocimiento previo de la población que se investiga para poder determinar cuáles son las categorías o elementos que se pueden considerar como un tipo representativo del fenómeno que se estudia.

6. Muestreo mixto: en este tipo se combinan diversas clases de muestreo, ya sea probabilístico o no probabilístico, o pueden seleccionar las unidades de la muestra en forma aleatoria y luego aplicarse el muestreo por cuotas.

6. Muestreo tipo. 37: la muestra tipo (master simple) es una aplicación combinada y especial de los tipos de muestra existentes. Consiste en seleccionar una muestra “para ser usadas” al disponerse del tiempo, la muestra se establece empleando procedimientos muy sofisticado; y una vez establecida, ella constituirá el modulo general del cual se extraerá la muestra definitiva conforme a la necesidad de cada investigación.

3.4 material y métodos

3.4.1 Material

3.4.1.1 materiales individuales

Los individuales son los documentos escritos personales que pueden ser documentos o registros preparados por razones oficiales, documentos preparados por razones personales e íntimas y documentos preparados por razones profesionales cuya difusión es generalmente pública.

Los materiales audiovisuales, que son imágenes como fotografías, dibujos, tatuajes, pinturas y otros, así como cintas de audio o video generadas por un individuo con un propósito definido sobre infusión puede ser desde personal hasta masiva.

Está también lo que es artefacto individual que son artículos creados utilizados con ciertos fines por una persona en específico que puede ser ropa, herramientas, juguetes, computadoras, etcétera.

Y también están los archivos personales que son las colecciones o registros privados de una persona o individuo.

3.4.2 Materiales grupales

En lo que son los materiales grupales se considera como parte de ellos los documentos grupales que son documentos generados con cierta finalidad oficial por un grupo de personas de ya sea de forma profesional, ideológica o por otros motivos.

Están los materiales audiovisuales grupales, que pueden ser imágenes, grafitis, cintas de audio o video, páginas web, etcétera, que son producidos por un grupo de personas con objetivos oficiales, profesionales o por otras razones.

Están los artefactos y construcciones grupales o comunitarias que son creados por un grupo para determinado propósito.

También se encuentran los documentos y materiales organizacionales que pueden ser memorandos, reportes, planes, evaluaciones, cartas, mensajes, avisos y otros que pueden ser producidos por una persona, pero incumben o afectan a toda una institución o grupo de personas.

Están los registros en archivos públicos que son documentos, materiales y artefactos mencionados en las otras categorías y generados para fines públicos y pueden ser de propiedad intelectual gubernamental ya sea nacional o local o privado.

Están las huellas, los rastros, vestigios, medidas de erosión o desgaste y de acumulación, que pueden ser que la presencia de un ser vivo, civilización, etcétera son medidas de desgaste como de un subsuelo y medidas de acumulación o crecimiento. Como por ejemplo la basura.

Para la obtención de los materiales se necesita una fuente que puede ser dada bajo tres circunstancias que puede ser: solicitar a los participantes de un estudio que proporcione muestras de tales elementos, solicitar a los participantes que elaboren a propósito del estudio de hechos materiales para obtener información, y la última serie obtener elemento sin solicitarlo directamente a los participantes siempre y cuando sean datos no obstructivos.

3.4.2 Métodos

Para para elegir el método de muestreo se utiliza leyes éstas leyes otorgan el fundamento científico necesario para para la elección del método de muestreo éstas leyes son la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades de estas leyes se infieren aquellas que sirven de base para elegir el método de muestreo qué son la ley de regularidad estadística qué es un conjunto de unidades n tomadas al azar de un conjunto mayor es casi seguro que tenga las características del grupo más grande está la ley de inercia de los grandes números qué es el hecho de que la mayoría de los fenómenos varía en dirección opuesta a la parte igual del mismo grupo está la ley de permanencia de los números pequeños en donde dice que sí o no muestra suficientemente grande es representativa de la población una segunda muestra de igual magnitud deberá ser semejante la primera.

El tamaño de la muestra está determinado apropiadamente por el nivel de precisión requerida requerido y por error de muestreo aceptable se determina el tamaño dela muestra teniendo en cuenta los parámetros de la población que se desea investigar el rango de invalidez permitida en las estimaciones y una estimación aproximada de la distribución de las características investigadas en la población Para ello se utilizan tres grandes puntos importantes que son los procedimientos para determinar la representatividad de la muestra los procedimientos para determinar el error de la muestra y los procedimientos para determinar el tamaño dela muestra.

Para poder elegir las diferentes etapas del proceso de la investigación tenemos pautas, en donde Mario Tamayo nos menciona que se debe tener en cuenta: los objetivos que persigue nuestra investigación, las fuentes de información y el marco teórico, los recursos disponibles en los diferentes niveles ya sea económico, social y humano y también se cuenta la metodología junto con las técnicas e instrumentos a utilizar en la investigación, además del diseño muestral y estadístico junto a la prueba de representatividad de la muestra más la añadida de la recolección el tipo de análisis o tratamiento de datos que se tiene durante el proyecto de investigación.

Para que la muestra sea considerada confiable debe tener pocos errores los cuáles pueden ser de tipo sistemático o de muestreo.

Un error sistemático es llamado de distorsión o sesgo de muestra que se presenta por diferentes causas ajenas a la muestra, que son de situaciones inadecuadas o por insuficiencia de recolección de los datos o quizás por un error de cobertura a causa de la falta de elementos importantes y significativos para la investigación realizada

3.5 criterios de inclusión

Los criterios de inclusión establecen los límites de la revisión sistemática (RS).

Se determinan después de establecer la pregunta de investigación y antes de realizar la búsqueda. Se pueden utilizar muchos factores diferentes como criterios de inclusión

Establecimiento de criterios de elegibilidad para incluir estudios en la revisión sistemática

Predefinir criterios claros de los participantes

Los criterios de elegibilidad predefinidos e inequívocos son un requisito previo fundamental para una RS. Los criterios para definir el tipo de persona incluida en el estudio deben ser lo suficientemente amplios para abarcar la diversidad de estudios, pero lo suficientemente limitados para garantizar que se pueda obtener una respuesta significativa al considerar todos los estudios en conjunto.

Los criterios más comunes son el contexto, el diagnóstico o definición de la condición y los factores demográficos. Cualquier restricción a la población de estudio debe basarse en un fundamento sólido para que la revisión sea relevante.

Predefinir el tipo de intervención y con qué otra intervención se va a comparar

Se ha de explicar claramente cuál va a ser la intervención control. Si va a ser una intervención de control inactiva (por ej. placebo, sin tratamiento, cuidado estándar) o activa (por ej. un fármaco diferente, una variante del mismo tipo de intervención, un tipo de terapia diferente).

También se debe predefinir y explicar cualquier restricción que se haga sobre las intervenciones y los comparadores. Por ejemplo, con respecto a la administración, la dosis, la duración, la intensidad y las características de intervenciones complejas.

Esclarecer el rol o papel de los resultados

La medición de los resultados no siempre debe formar parte de los criterios de inclusión. Sin embargo, algunas revisiones restringen legítimamente la elegibilidad a resultados específicos. Por ejemplo, la misma intervención puede estudiarse en la misma población para diferentes propósitos (por ej., terapia de reemplazo hormonal, o aspirina); o una revisión puede abordar los efectos adversos de una intervención utilizada en diferentes condiciones.

Predefinir el tipo de estudios

Un requisito fundamental de una RS es predefinir unos criterios de elegibilidad claros. Esto es muy importante cuando se consideran estudios no aleatorios. Algunos estudios pueden estar definidos de manera ambigua. Hay que tener claro si un estudio doble ciego lo es realmente y si un estudio de casos y controles está dentro de un estudio de cohorte o es un estudio transversal, etc.

Justificación de la elección del tipo de estudio

Puede ser difícil abordar algunas intervenciones o algunos resultados en ensayos aleatorios. Los autores deberían justificar por qué han optado por restringir la revisión a ensayos aleatorios o por incluir estudios no aleatorios.

Los tipos de estudio incluidos deberían justificarse con respecto a la idoneidad de la pregunta de revisión y con respecto al potencial de sesgo.

Exclusión de estudios en base a su estado de publicación

Hay que incluir todos los estudios independientemente de su estado de publicación, a menos que la exclusión esté explícitamente justificada.

Obtener e incluir datos de estudios no publicados (incluida la literatura gris) puede reducir los efectos del sesgo de la publicación. Sin embargo, los estudios no publicados que se pueden localizar pueden no ser una muestra representativa de todos los estudios no publicados.

Cambio de los criterios de elegibilidad

Hay que justificar cualquier cambio en los criterios de elegibilidad.

Seguir los criterios de elegibilidad preespecificados es un requisito fundamental de toda RS. Sin embargo, pueden surgir problemas inesperados. En este caso, los autores deben documentar estos cambios posteriores y, como se ha mencionado anteriormente, justificarlos.

No se debe realizar cambios en el protocolo en base a los hallazgos encontrados en los estudios, ya que esto introduciría sesgo.

3.6 criterios de exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión más comunes son los siguientes:

Fecha

Si la revisión sistemática (RS) es actualización de una revisión previa, no hay que volver a tratar los aspectos cubiertos en la anterior revisión. Sólo hay que referirse a ella y mencionar los hallazgos y recomendaciones en la introducción de la actual RS.

Exposición de interés

Si los participantes en el estudio deben tener una condición particular para que el estudio sea incluido. Ej.: recibió clases prenatales, se le dio un medicamento en particular, tener un nivel de la enfermedad en un grado determinado.

Localización geográfica del estudio

Puede ser necesario limitar la revisión solo a los estudios dirigidos al mismo grupo de población de interés o a países que tienen factores demográficos o económicos similares con el grupo que se va a estudiar.

Idioma

No es necesario traducir los artículos de los diferentes estudios, a menos que se incluya información de ese estudio en la revisión. Aunque los autores pueden decidir incluir aquellos estudios publicados en un determinado idioma.

Participantes

La revisión puede estar limitada a estudios en adultos, en niños o a grupos de una determinada edad.

Revisión por pares

Algunas veces, en las revisiones, excluyen aquellos estudios o publicaciones no revisadas por pares. Pero la literatura gris –como informes técnicos o guías clínicas- puede ser importante para estudiar ciertas cuestiones.

Resultados informados

La inclusión de un estudio puede depender de si los resultados de interés se muestran de manera adecuada y coherentemente. Y un estudio puede excluirse si los resultados no son objetivos.

Contexto

El estudio puede incluirse o excluirse según dónde se encuentren los participantes. Por ejemplo, escuela, hospital, paciente interno o externo, etc.)

Diseño del estudio

La inclusión de un estudio puede depender de cómo se haya diseñado el estudio. Pueden seleccionarse sólo aquellos estudios en los que los participantes fueron

encuestados en un punto en el tiempo (por ejemplo, estudios transversales y estudios ecológicos) o aquellos que se han realizado a lo largo del tiempo.

Tipo de publicación

Las revisiones sistemáticas suelen buscar estudios originales. Se suelen excluir las publicaciones, reseñas y editoriales. Las cartas también pueden excluirse, sin embargo, debe hacerse con precaución ya que a veces se utilizan las cartas para informar sobre estudios a pequeña escala.

Otros criterios de inclusión/exclusión

Tamaño de la muestra, método de recogida de las muestras, presencia de grupo control.

3.7 criterios de eliminación

Es la definición de las características que presenten los sujetos de estudio durante el desarrollo del mismo y que obliguen a prescindir de ellos. (Entraron, pero se les eliminó).

3.8 aspectos éticos

- Decálogo de enfermería
- Código de ética de enfermería
- Código de ética del CIE para las enfermeras
- Marco ético y legal de la profesión de enfermería
- Principios éticos
 - Beneficencia
- Ética de la investigación en los seres humanos y políticas de salud pública
- Normas y políticas institucionales para la investigación y experimentación
- Ley para el fomento de la ciencia y la tecnología
- Ley del Conacyt
- Ley de invenciones y Marcas
- Ley para el fomento de la investigación científica

CAPÍTULO IV. Graficación y resultados

4.1 análisis de resultados

4.2 Graficacion de los resultados

4.3 Resultados

4.4 Conclusiones

4.5 Sugerencia / recomendaciones

4.6 Bibliografía / referencias bibliográficas

4.8 Anexos

CAPÍTULO IV

SUGERENCIAS Y/O PROPUESTAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO