



Secretaría de Salud
Hospital Juárez de México
Escuela de Enfermería
Con Estudios Incorporados
a la UNAM

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



TRATO DIGNO AL PACIENTE HOSPITALIZADO POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

QUE PRESENTA:

BERNAL BUCIO MARA MONSERRATH
HERNÁNDEZ JIMÉNEZ LAURA PAMELA

ASESORA DE TESIS:

C. DRA. DIAZ HOFFAY JUANA LAURA

MÉXICO D.F.

OCTUBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIÓN

L.E.O. Guadalupe Escobedo Acosta

Director de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud

C. Dra. Juana Laura Díaz Hoffay

Asesor de Tesis

L.E.O. Ana Laura García Ramírez

Coordinadora de Servicio Social

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Javier y Nely, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, por ayudarme a la construcción de mi proyecto de vida y hacer que verdaderamente crea en mí, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A MIS HERMANOS:

Liz y Crys, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, saben que los quiero mucho.

A MI NOVIO:

Bruno, mil palabras no bastarían para agradecerte tu inagotable apoyo, tu infinita paciencia, por tu comprensión y tus consejos en los momentos difíciles.

A MI ASESORA DE TESIS:

A la Dra. Juana Laura Diaz Hoffay por su amabilidad, buena disposición, paciencia, por el tiempo que me dedico para que este trabajo culminara exitosamente, mi agradecimiento sincero.

A MI AMIGA Y COMPAÑERA DE TESIS:

Pamela, que durante 5 años hemos vivido alegrías, enojos, etc, pero lo importante fue que formamos un gran equipo y pudimos lograr este gran paso profesional.

De todo corazón gracias....

Mara Monserrath Bernal Bucio

Una búsqueda comienza siempre con la suerte del principiante y termina siempre con la prueba del conquistador.

Paulo Coelho

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá

Gracias por creer en mí, por cuidar cada uno de mis pasos, porque tu creaste cada uno de mis triunfos, tu me enseñaste el camino, me tejiste las alas y me enseñaste a volar. Gracias por tomar mi mano y nunca soltarla.

El camino no fue fácil, pero lo logramos, tu mi ejemplo de lucha.

A mi papá

Gracias por ser mi ejemplo a seguir, por hacer de mí una persona exitosa, por tus consejos, por enseñarme a luchar por lo que quiero y sobre todo por apoyarme siempre e incondicionalmente.

A mi hermana

Gracias relampamiga por ser mi cómplice, mi compañera, mi maestra y sobre todo por siempre creer en mí, fuiste mi mejor inspiración de éxito.

A mi asesora de Tesis

Dra. Juana Laura Díaz Hoffay gracias por el tiempo dedicado, porque gracias a su experiencia y sabiduría logramos este éxito profesional.

A mi mejor amiga

Genesis, gracias por tus palabras de aliento, consejos y sobre todo porque siempre recorriste este camino conmigo.

A mis amigos

¡Gracias por estar ahí mis incondicionales!

A mi compañera de tesis y amiga

Mara, mi gran equipo, grata experiencia, todo esfuerzo tiene su recompensa. Lo logramos.

No existirán las palabras suficientes para expresarles mi eterno agradecimiento.

Los amo.

Laura Pamela Hernández Jiménez.

ÍNDICE

Agradecimientos	
INTRODUCCIÓN	
1.CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
1.1 Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS)	3
1.2 Calidad	5
1.2.1 Evolución histórica de la calidad	5
1.2.2 Conceptualización de calidad	7
1.3 Trato Digno	11
1.3.1 Antecedentes del Trato Digno	11
1.3.2 Definición de Dignidad	12
1.3.3 Definición de Trato Digno	15
1.3.4 Definición operacional de Trato Digno	16
1.3.5 Pacientes en el contexto hospitalario	24
2. MARCO NORMATIVO Y DEONTOLOGÍA DE ENFERMERÍA	
2.1 Calidad	28
2.1.1 Recomendaciones generales para mejorar la práctica del personal de salud	30
2.2 Derechos de los pacientes	32
2.3 Carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros	37
2.3.1 Decálogo del Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México	38
2.4 Código de Ética	42
2.4.1 Declaración de principios	48
3. ESTADO DEL ARTE DE TRATO DIGNO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE HOSPITALIZADO	
3.1 Aspectos Interpersonales de enfermería	54
3.2 Percepción del paciente de la atención otorgada por enfermería	55
3.3 Percepción del trato digno de los pacientes	60
3.4 Factores que influyen en la calidad de atención de enfermería	62
3.5 Responsabilidad en la práctica de enfermería	66

4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	
4.1 Justificación	72
4.2 Planteamiento del problema	73
4.3 Objetivos	74
4.3.1 Objetivo General	
4.3.2 Objetivos Específicos	
4.4 Hipótesis	74
4.5 Operacionalidad de las variables	75
4.6 DISEÑO METODOLÓGICO	79
4.7 Tipo de estudio	
4.8 Población	
4.9 Muestra	
4.10 Tipo de muestra	
4.11 Criterios	80
4.11.1 Criterios de inclusión	
4.11.2 Criterios de no inclusión	
4.11.3 Criterios de exclusión	
4.11.4 Criterios de eliminación	
4.12 Modo de Recolección de datos	80
4.13 Procedimiento	81
4.14 Consideraciones éticas	81
4.15 Recursos	82
4.15.1 Recursos Materiales	
4.15.2 Recursos Humanos	
4.15.3 Recursos Financieros	
4.16 Tabulación de datos	82
4.17 Análisis	83
4.18 Interpretación	87
4.19 Conclusiones	89
4.20 Sugerencias	91
4.21 Referencias Bibliográficas	93

ANEXOS

ANEXO: 1 CRONOGRAMA	98
ANEXO: 2 GUÍA OBSERVACIONAL	99
ANEXO: 3 CUADROS Y GRAFICAS	100
ANEXO: 4 PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINÚA	134
Programación temática	
Programación programática	

INTRODUCCIÓN

En México se ha promovido la calidad de la atención al paciente hospitalizado, sin embargo, en la práctica diaria se observa que no se proporciona un trato digno al paciente ya que intervienen diversos factores, los cuales se buscan identificar al realizar investigación.

Esta investigación está conformada por cuatro capítulos, en el primer capítulo se retoma la calidad de atención de enfermería, en este se desarrolla el indicador de trato digno que emana de La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En el segundo capítulo se trata el marco normativo y la deontología de enfermería, donde se da a conocer que el ejercicio profesional de enfermería se rige por un comportamiento ético, aunado al marco normativo el cual le da derechos y obligaciones al profesional de enfermería.

El tercer capítulo se refiere al estado de arte de trato digno del profesional de enfermería, realizando una recopilación de diversos estudios que se han llevado a cabo sobre este tema.

El capítulo cuatro se desarrolla el diseño metodológico y de investigación; se realizó un estudio observacional a 52 profesionales de enfermería del Hospital Juárez de México de los servicios de Oncología primer piso, Neurocirugía, Medicina Interna Norte, Medicina Interna Sur, Cirugía General, Ginecología y Ortopedia.

Con la presentación de esta investigación se trata de mostrar un panorama general de los factores que interfieren para proporcionar trato digno en el paciente hospitalizado pues es de suma importancia identificar las fortalezas y debilidades del profesional de enfermería; y así mismo poder realizar las intervenciones oportunas para mejorar el ejercicio profesional de enfermería.

CAPÍTULO I

1. CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La calidad de atención es difícil de definir, porque es un atributo que depende de la concepción de cada persona, aunado a sus intereses, costumbres y nivel educativo, entre otros factores, por tal motivo mejorar la atención es una responsabilidad de las organizaciones de salud, frente a la carencia de estadísticas reales sobre el indicador de calidad, se buscó una estrategia para elevar la calidad creando así la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

1.1 CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (CNCSS)

Es importante saber cómo en México se buscó aumentar la calidad de atención al paciente por parte del profesional de enfermería, su comienzo se dio como una estrategia del sistema de salud mexicano, con la convicción de mejorar los servicios y eliminar la poca confianza que le otorga la población.¹

El programa Nacional de Salud 2001-2006 con la finalidad de cumplir con el reto de mejorar la calidad de los servicios, creó el programa denominado “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” la cual tuvo como objetivo elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, además de abatir las inquietudes entre entidades, instituciones y niveles de atención, así como promover un trato digno, adecuado y una atención médica efectiva para los enfermos y sus familiares; además incluyen procesos permanentes de mejora de desempeño y de transparencia, que permitieron incorporar estrategias de mejora continua, 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.²

Se plantearon 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, segura y finalmente, elevar la satisfacción de los usuarios y

¹ Rodríguez, A. (2007). Cruzada Nacional por la Calidad en Tabasco. Recuperado el 9-11-2012: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/foros_y_reuniones/Ponencias_Foro_Marzo_2007/10_CNCSS_Tabasco.ppt

² Puentes, E. y et. al. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol.19, num.6. p.p. 394-402

atender sus expectativas. 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.³

El programa de acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud⁴ (CNCSS) 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 quién 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”.⁵

³ Secretaría de Salud. (2003). Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería: Tres indicadores de la aplicación Hospitalaria. Recuperado el 9-11-2012: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/evaluación.pdf

⁴ Secretaría de Salud. (2006). Observatorio del Desempeño Hospitalario. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 9-11-2012: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ODH2006.pdf>

⁵ Programa de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. (2012). Indicador; trato digno por enfermería. Recuperado el 20-11-2012: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/faq.html>

1.2 CALIDAD

La calidad es una noción abstracta, un concepto basado en un sinnúmero de aspectos que histórica y socialmente llegan a alcanzar un significado aceptable, la necesidad de medirlos es obvia aunque es siempre un desafío, mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, por lo tanto es necesario definir como surgió y fue evolucionando la calidad.

1.2.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD

La calidad, como característica, peculiaridad o singularidad de los servicios, a partir de los cuales es posible calificarlo como aceptables, buenos, excelentes, inaceptables, malos o pésimos, no es algo nuevo en la larga historia de la humanidad, la batalla por asegurar que los resultados del trabajo humano respondan a las exigencias o expectativas de quienes van a consumirlos, parece haber empezado desde muy temprano.

Las antiguas civilizaciones del mundo ya eran rigurosas con los problemas de calidad los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras, y los mayas empleaban el mismo método, los fenicios eran famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que los elaboraban mal y de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores, el código de Hammurabi decretaba la muerte del albañil que hubiera construido una casa que se derrumbara matando a su dueño.⁶

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

⁶González, M. y et. al. (2007) *Introducción a la gestión de la calidad*. ed.2°. España: Delta. p. 2

Taylor⁷ encontró respuestas científicamente fundamentadas para resolver estas necesidades y su organización Taylorista del proceso industrial hacía énfasis en la división del trabajo, la estandarización de los componentes y de los procesos, la separación en personas diferentes de la función de hacer el producto y la de inspeccionarlo, el estudio de los tiempos y movimientos para simplificarlos y hacerlos más eficientes y una estructura organizativa conceptualmente nueva, que pudiera asimilar el significativo crecimiento en cantidad de subordinados, en niveles de ejecución y en elementos nuevos, tales como las diferencias entre lo ejecutivo y lo funcional.

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

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

- El cliente (paciente, familiar o la comunidad) es parte de la ejecución del servicio, por tanto es sujeto y objeto en la creación de valor.
- Es un servicio imprescindible tanto para la persona sana como para la enferma, lo cual le da carácter de universal.
- El prestador tiene una posición privilegiada con respecto al cliente, por lo que influye decisivamente sobre el consumo, del cliente y de la institución.
- Muchos errores y daños prevenibles tienen carácter irreversible o al menos provocan repetición de intervenciones.
- Cada paciente es un caso único e irrepetible.

⁷Cortes, A. (2005). Gestión Clínica y Médico de la Familia. Recuperado el 9/11/2012: <http://www.gestionclinica.tuportal.com/cali.htm>

- La calidad en salud no está vinculada sólo con satisfacción de clientes y manejo adecuado de los costos, dado que incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar se enfermen o mueran innecesariamente.

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

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

La definición de calidad de la atención médica ha evolucionado en el de cursar de los años, sin embargo, la definición considerada clásica, es la de Avedis Donabedian⁸, experto en este campo, quien la definió como “Una atención de alta calidad como aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente.

1.2.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE CALIDAD

La Organización Mundial de la Salud⁹ a intentado una definición lo más amplia posible de la calidad de la asistencia salud, al establecer qué es “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención de salud óptima, teniendo en cuenta todos los factores, conocimientos del paciente, del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

⁸ Donabedian, A. (1993). Rendimiento Clínico y la atención medica de calidad. *Cuidado de la salud*, vol.1, p.14

⁹ Organización Mundial de la Salud. (2010) Orientación en el desarrollo de estrategias de calidad y seguridad con un enfoque de sistema sanitario. Compendio OMS. Recuperado el 9-11-2012: www.slideshare.net/ccoiicca72/compendio-estadistico-oms-2010

Por su parte, la Joint Commission On Accreditation Of Health Care Organizations¹⁰ ha establecido su propia definición, según la cual es el “Grado en el cual la atención al usuario incrementa la posibilidad de alcanzar los resultados deseados y reduce la probabilidad de los resultados indeseados, de acuerdo al estado actual de los conocimientos”.

La calidad la define Aguirre ¹¹, como el otorgamiento en la atención médica al paciente con equidad, oportunidad, calidad y humanismo conforme a las normas, conocimientos médicos, principios éticos vigentes, y comunicación permanente con el paciente en un ambiente confortable mediante el uso adecuado de la tecnología apropiada, con resultados congruentes con el objetivo de la atención, satisfacción de las necesidades de salud y las expectativas del paciente, del prestador de los servicios y de la institución donde se otorga la atención.

En otras palabras 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.

La intención de hallar una definición amplia y excluyente de otras posibles es, probablemente un intento de difícil cumplimiento.

Tomando así el concepto de Avedis Donabedian¹² definiendo calidad como: proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes, esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica.

En este sentido Donabedian sugiere que una sola definición no es posible por lo que propone tres visiones distintas de concepto de calidad salud:

¹⁰ Comisión conjunta de acreditación de organizaciones de cuidado de la salud. (2008). Normas iniciativa de mejora de actualización. Recuperado el 9-11-2012::

http://www.enfermeria21.com/pte_files/Muestras/administración-cap21.pdf

¹¹ Aguirre, G. (1997). *Calidad de la Atención Médica. Bases para la evaluación, mejoramiento continuo y acreditación*. ed. 2ª. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social. p.35

¹² Donabedian, A. (1991). *La calidad en la atención médica, definiciones y métodos de evaluación*. México: La prensa Médica Mexicana. p.23

- Absoluta: considera la posibilidad del beneficio o del riesgo para la salud, evaluada por el técnico, sin hacer otras consideraciones (costes, eficacia, etc.)
- Focalizada: Se enfoca a las expectativas y necesidades del usuario o cliente, así como a los beneficios esperados por este y los riesgos, daños y otras consecuencias indeseadas.
- Social: incluye el coste de la atención, las relaciones entre beneficios y riesgos y la distribución de los servicios de salud, evaluados por la población en general.

Donabedian¹³, propone a través del análisis de la calidad de la atención al enfoque en la Teoría de Sistemas y en particular la precisión de la estructura, proceso y resultado, refiere en su artículo sobre “Los Siete Pilares de la Calidad” los siguientes aspectos:

- La calidad de la atención es un concepto con muchos elementos que pueden agruparse bajo siete títulos: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad (accesibilidad, relación médico- paciente, confort, preferencias de los pacientes), legitimidad y equidad.
- La calidad de la atención se juzga por el cumplimiento de la serie de expectativas o estándares que tiene tres orígenes: a) la ciencia de atención sanitaria que determina la eficacia; b) los valores y expectativas individuales que determinan la aceptabilidad; y c) los valores y expectativas sociales que determinan la legitimidad.
- Como consecuencia de lo anterior, la calidad no puede juzgarse únicamente en términos técnicos, solo por profesionales de salud; las preferencias particulares de los pacientes y de la sociedad en general también deben tenerse en consideración.

Dicho de otro modo la calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención, en segundo lugar no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo, en tercer lugar es una cualidad objetiva y mensurable, por último no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

¹³ Donabedian, A. (2001). Los siete pilares de la calidad. *Revista Calidad Asistencial*, vol. 17. p.p. 96-100

Ahora bien la calidad es un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productiva, con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en el cliente y en el mercado.¹⁴

El desafío es poder evaluar este proceso como un conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetiva y comparada, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.

Por otra parte la Comisión Interinstitucional de enfermeras¹⁵ define a calidad de los servicios de enfermería como: “La atención oportuna, personalizada, humanizada, continúa 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”.

Para enfermería cumplir con los indicadores de calidad no es nada sencillo, ya que se ven afectados por diferentes factores como falta de recursos humanos, financieros, equipo y material, otros factores que también repercuten son la carga de trabajo y la preparación académica.

Sin embargo la calidad y el tipo de trato prestado por el profesional de enfermería influye en que el paciente siga su tratamiento y por lo tanto estemos seguros de que el paciente regrese a su próxima cita, para continuar con su evaluación y así ofrecer atención a los pacientes dando un resultado positivo que se refleja en la disminución de la morbi-mortalidad en la incidencia de complicaciones agregadas, por ello es importante que enfermería de la adecuada atención al paciente, ofrecer trato digno, para brindar una atención holística y de calidad con amabilidad, respeto e información adecuada y veraz.

¹⁴ Pelozo, J. y et. al. (1997). Calidad de la atención de enfermería, esperada y ofrecida, reflejada en los pacientes de sanatorios privados. *Revistas tema de Enfermería Actualizados*, vol. 5, núm. 21, Marzo-Abril. p.p. 1-23

¹⁵ Varo, J. (1994). Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Recuperado el 9-11-2012: http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf

1.3 TRATO DIGNO

El indicador de Trato Digno por enfermería, está incluido desde el inicio CNCSS para medir la calidad de la atención que proporciona el personal de enfermería a los pacientes, ya que últimamente a habido un considerable aumento de quejas por parte de los pacientes hospitalizados principalmente por una mala calidad de atención, transgrediendo principalmente sus derechos, y ser tratados como personas, más que como pacientes.

1.3.1 ANTECEDENTES DEL TRATO DIGNO

El personal de enfermería debe conocer el concepto de trato digno pues esta obligado el gremio a tener una completa comprensión de lo que implica ser evaluada con el indicador de trato digno.

Así mismo el “Trato” refiere de forma inmediata la acción de “alguna persona” que va dirigida a “otra persona”; el segundo término “digno” indica el “como” debe ser la acción o trato, lo que hace necesario conocer los conceptos “persona y dignidad”, el término “persona” tiene como raíz la voz latina “personare” que significa “resonar o hacer eco”, “sonar con fuerza”, surge en el teatro griego, donde los actores con el fin de hacerse escuchar por el público utilizaban una máscara hueca a modo de altavoz, cuya extremada concavidad reforzaba el sonido de la voz, esta mascara recibía el nombre griego de “prosopon” y el latín de “personare”.

De la misma familia semántica se encuentra “personus” que significa resonante y connota la intensidad de sobresalir, la máscara tenía como función ocultar el rostro del actor y hacer resaltar la importancia del personaje que se representaba, por lo que el vocablo “persona” refiere a una connotación prominente y relevante.

Así mismo la palabra dignidad según el diccionario de la gran academia, corresponde a dos sinónimos: “excelencia y realce”, “La dignidad constituye por tanto una especie de preeminencia, de bondad o de categoría superior, en virtud de la cual algo destaca, se señala o eleva por encima”.¹⁶

¹⁶ Yepes, R. (1996). *Fundamentos antropología: Un ideal de la excelencia humana*, ed.4ta. España: Eunsa. p.20

En un contexto estrictamente filosófico, Kant afirma en cuanto a la dignidad: “Aquello que constituye la condición para que algo sea a fin en sí mismo, eso no tiene meramente un valor relativo, sino un valor interno, esto es: dignidad”, y enuncia la Ley del Respeto absoluto al hombre, derivado de su misma condición de persona.

Torralba¹⁷ también señala la dignidad ontológica, que se refiere al ser y se fundamenta en el ser, por lo que la persona es merecedora de un respeto y una consideración, el mismo autor con relación a los códigos de ética de enfermería dice “La afirmación de la dignidad personal del paciente es fundamental y ello implica una praxis donde el respeto a su intimidad, la atención a su vulnerabilidad y la protección de su libertad es básica”.

1.3.2. DEFINICIÓN DE DIGNIDAD

La dignidad se entiende como la gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse, esto es en la forma de la relación de una persona para con otra u otras, de manera respetuosa, honorable y digna.

Es la condición esencial de la persona; consistente en estar dotado de conciencia y libre albedrío que la lleva a la búsqueda de la verdad y el bien y que la distingue de los demás seres a esto comprendemos como dignidad.¹⁸

Definimos inicialmente este término, para luego aplicarlo a los pacientes, refiriéndonos al contenido del primer artículo de La Declaración Universal De los Derechos Humanos¹⁹ que a la letra dice: “Todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente de los unos con los otros”. Esta sentencia de preeminencia a la “Dignidad” de la persona humana por sobre sus derechos al colocarle en primer lugar, posiblemente y no solo por un asunto de morfología gramatical, si consideramos el ulterior “Derechos” se refiere al conjunto de normas obligatorias que regulan la conducta de los hombres, y cuyo incumplimiento implica una sanción.

El termino Dignidad también está en el contexto de otras normas internacionales enunciando el derecho que asiste toda persona del respeto a su honra y al

¹⁷ Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. ed.5ta. España: Fundación Mapfre medicina. p.19

¹⁸ Navarrete, T. y et. al. (1991). *Los derechos Humanos al Alcance de todos*. México: Diana. p.9

¹⁹ Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud (1948). Recuperado el 15/02/2013: www.derechoshumanos.net/

reconocimiento de su dignidad, como lo expresa el artículo 22º de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.²⁰

La dignidad está conformada por todos aquellos “Merecimientos de la condición humana” que le hacen singular, entre ellos tenemos a la libertad, justicia, equidad, lealtad, bien común y mas, que sustentan a la dignidad humana y que adquieren un valor real cuando se confortan en el quehacer cotidiano de las personas y, particularmente, cuando son negados, amenazados, restringidos o aislados.²¹

El término “dignidad” aparece en nuestra legislación en la Carta Magna en el artículo 1º se menciona que todas las personas gozaran de los Derechos Humanos reconocidos en esta Constitución Política y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte ya que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.²²

Como garantía en el artículo 3º al señalar que todo individuo tiene derechos a recibir educación orientada a contribuir hacia la mejor convivencia humana, tanto por los elementos que aporte a fin de robustecer en el educando, junto con el aprecio por la dignidad de la persona y la integridad de la familia, la convicción de interés general de la sociedad, cuando por el cuidado que ponga en sustentar los ideales de la fraternidad e igual de derechos de todos los hombre evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos.

La dignidad puede ser percibida desde dos ángulos; como la representación que se hace de uno mismo de su carácter digno y como la imagen que otros se hacen de nosotros, la dignidad también comparte otros elementos integradores, como son la autonomía entendida como la capacidad del ser humano de ejercer libremente el pensar, el sentir, proceder y emitir juicios sobre lo que considera valioso o bueno para si mismo, y la “integridad” que se refiere al equilibrio personal que guardan los elementos corporales, psicosociales e intelectuales de su vida.

²⁰Diario Oficial de la Federación (1981) Recuperado el 15-02-2012: www.dof.gob.mx/busqueda_avanzada.php

²¹ López, X. (1999) El Derecho al Respeto de la Dignidad de los Pacientes. *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 35, núm. 5, p.p.14-5

²²Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2013) Recuperado el 15-02-2012: www.diputados.gob.mx/leyesBiblio/pdf/1.pdf

Como bien señala Edmundo D. Pellegrino²³, la aparición del concepto sociopolítico, legal, y moral de la autonomía ha influido en la ética médica, en el paciente y reorientado la relación de la enfermera con el mismo hacia un acto más abierto y franco, en el que se respeta más la dignidad de la persona.

En el área concreta de la salud en México el respeto a la dignidad del paciente queda señalado en la Ley General de Salud²⁴ al decir en su artículo 51° que los pacientes o usuarios (término utilizado para designar a toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica) tendrá derechos a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Que se fundamenta en el artículo 4° Constitucional donde menciona “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73° de esta Constitución”.²⁵

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

Digno es el atenderle con oportunidad, con delicadeza, cortesía, en conciencia, es proveerle la información adecuada y pertinente para que el paciente pueda tomar una decisión, digno es plantearle alternativas de solución factibles, cobrarle los honorarios justos por servicios acorde a su capacidad de pago, a la importancia del servicio otorgado y de los medios utilizados, es procurarle un entorno de confianza, de comodidad y esperanza, si es posible, al lado de sus seres queridos, es tratarle con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia, es serle leal y guardián celoso de sus circunstancias con independencia de su origen, color de piel, edad, sexo, creencia religiosa, situación

²³ Pellegrino, E. (1990). La relación entre autonomía y la integridad en la ética médica. *Revista de Enfermería de Panamá*, vol. 108, núm. 5, p.p. 379-390.

²⁴ Ley General de Salud. (1994) Porrúa. México.

²⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. (2012). Recuperado el 15-11-2012: www.diputados.gob.mx

civil, preferencia sexual, situación económica, posición social, estado de aseo, olor o patología.

Digno en fin es consolarle acaso cuando la ciencia agota sus recursos y acompañarle en su último suspiro, es mostrarnos respetuosos hacia su derecho al trato digno, dignificando con ello los merecimientos propios o ajenos.

La sanción que se le da al violador del derecho a otorgar y respetar el derecho al trato digno al paciente es el descredito a nivel personal; el señalamiento social de su comportamiento despótico, cruel, insensible, inhumano, o indigno en una sola palabra para abarcarlo todo. A nivel legal, tanto en la Ley General de Salud como en el Reglamento respectivo en materia de servicios de atención medica que enuncian este derecho en sus artículos 48 y 51 respectivamente, no tienen una sanción determinada o específica para esta desviación de la norma, sino que se acogen a los genéricos y discrecionales artículos 250 y 422, también respectivos, que dicen que las infracciones no previstas serán sancionadas con multa hasta quinientas veces el salario mínimo general diario.²⁶

El derecho al respeto a la dignidad del paciente suele verse vulnerado así, cuando los valores que dominan en su atención son ajenos a los humanistas; cuando se le atiende lo objetivo, dejando de lado lo verdaderamente humano que es lo subjetivo.

Así, los derechos del paciente y el respeto a su dignidad, suelen ser más un asunto de acuerdos informales, de políticas hospitalarias y de la sensibilidad ética humanista del profesional de enfermería, que de preceptos legales o deontológicos.

1.3.3 DEFINICIÓN DE TRATO DIGNO

El diccionario de la Real Academia Española define entre otros significados al término digno como: “Merecedor de algo, correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo”.

Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 1° establece en su párrafo tercero. “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen

²⁶Ley General de Salud (2003).

étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra que atente con la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.²⁷

Por otra parte definimos trato digno como el derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información. Pueden identificarse algunos subelementos en la conformación del trato digno:

- Libertad de tránsito y movimiento
- Ser tratado con respeto por el personal de la salud con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio
- Derecho de disfrutar de privacidad.

La propia Organización Mundial de Salud²⁸ considera el “trato digno” (“responsiveness”) como una de las tres dimensiones en la “evaluación del desempeño de los sistemas de salud”, donde la meta máxima es: Mejorar la salud a través de las sociedades y sus sistemas de salud.

El seguimiento a la declaración del Alma Atta mostro la importancia de la calidad de la atención, tanto en su dimensión técnica como en su dimensión interpersonal, lo que obliga al trato digno y respeto de los derechos de los pacientes.

1.3.4 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TRATO DIGNO

Basándonos en el análisis de la definición operacional sobre trato digno, el documento conceptual se refiere al mismo de la siguiente manera: “La percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria”.²⁹

Por lo tanto Trato digno, es el elemento o parte de la dimensión interpersonal, cuyas características son: respeto, información, interés y amabilidad; y atención médica efectiva

²⁷ Rivero, O. y et. al. (2000). *El ejercicio actual de la medicina en México*. México: Editores siglo XXI. p.p.7-24

²⁸ Organización Mundial de la Salud. (2000). *Reporte Nacional de la salud 2000*. Geneva: Asuntos de Salud.

²⁹ Kramsky, C. (1997). *Antropología filosófica*. México: Derechos Reservados. p.p. 285-293.

que incluye la evaluación de aspectos de la dimensión técnica que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud.

En este sentido es importante que la enfermera conozca el mecanismo por el cual el paciente y/o su familia establecerán un juicio de su comportamiento, así como, deberá saber detectar las situaciones o antecedentes que puedan alterar dicho juicio.

Nos referimos por trato digno al derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra, lo cual involucra ser respetada su libertad, privacidad e intimidad por parte del personal de enfermería y no solo como paciente con alguna enfermedad o incapacidad.

La estimación del trato digno debe estar en relación a la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria, en este sentido es importante que la enfermera tenga conocimiento que implica la sensibilización.

La sensibilidad está formada por cinco diferentes actos cognoscitivos o funciones sensitivas que son: sensación, percepción, imaginación, estimación y memoria. Esta actividad cognoscitiva inicia en los sentidos externos: vista, oído, gusto, olfato y tacto, a través de la sensación, la cual capta cualidades o aspectos de los cuerpos, ruidos, olores, sabores y se continua a través de los sentidos internos cuyas funciones son la percepción, la imaginación, la estimación y la memoria.³⁰

La percepción es un conjunto de sensaciones unificadas, es decir, mediante la síntesis sensorial, la percepción unifica olores, ruidos y formas para dar una percepción determinada, la percepción es un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara el interior de sí mismo y de todo aquello que obtiene al alrededor sobre todo en la relación enfermera/paciente, a esto se le denomina percepción del cuidado de enfermería de la interrelación en el momento cuidar al otro, y como se interiorizan los momentos y acciones.

³⁰ Ídem

Para tomar en cuenta esta relación social que existe entre enfermo – familiar- profesional de enfermería, a través de la relación que se establece en el transcurso de la hospitalización, en el proceso de la enfermedad para ayudar a conocer si el enfermo es cuidado adecuadamente, desde el punto de vista: biológico, psicológico y social se debe tomar en cuenta también el punto de vista ético y legal ya que esto es evaluado a través de indicadores de calidad sobre trato digno.

Por ello un aspecto esencial que debe cuidar la enfermera es la relación persona-persona, pues está comprometido a llevar a cabo las acciones de mejora continua que aseguren una calidad de atención a los usuarios y familiares para establecer trato humano, personalizado y profesional que se proporciona en cada intervención.

Todas estas percepciones son archivadas y organizadas por la memoria, la cual las utiliza para reproducir objetos, obtener ideas abstractas, para desarrollar la creatividad humana. Otra función sensitiva es la estimación, que se pone en relación a una realidad exterior, con la propia situación orgánica y la propia vida, es la valoración de un objeto singular con respecto a la propia situación, mediante esta función se adquieren las experiencias y la memoria, conserva las valoraciones de la estimación, de las percepciones y los pensamientos.

Por lo tanto la emisión de un juicio puede estar influenciado por experiencias anteriores, que predispongan a la persona a que pierda objetividad en la situación actual, es importante señalar el lugar que tiene la afectividad en este proceso, ya que en ella habitan los sentimientos, afectos, emociones, pasiones, la afectividad es una zona intermedia, en la que se unen lo sensible y lo intelectual, de ahí su importancia.

En la medida en que el personal de la salud comprenda y asuma en su totalidad lo que implica la evaluación del indicador “trato digno”, se podrá garantizar que este sea un medio efectivo de identificar la actitud del personal y que no quede solo en un instrumento más de verificación de procesos.³¹

El trato digno puede ser medible a través de los indicadores de calidad, entendiéndose como indicador de calidad al porcentaje de pacientes atendidos por el profesional de enfermería que respondieron afirmativamente a los once criterios para trato digno, los

³¹ López, C. (2009). Percepción de Trato digno. *Revista CONAMED*, vol. 14 suplemento 1, p.p. 34-36

criterios en los que se están basando, son las condiciones señaladas en el código de ética para enfermeras (os) en México, y en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud de 2002.³²

Es decir para evaluar el indicador se determinaron once criterios, establecidos para ser evaluados, se analizaron tanto palabras, como acciones o conductas que deben ser reflexionadas desde un punto de vista ético y/o antropológico y que tienen una estrecha relación con el trato digno, las frases con palabras concretas como: Referirse por su nombre, intimidad y/o pudor, hacer sentirse seguro tratar con respeto, pero también frases que significan una acción o conducta determinada, en las cuales están implícitas facultades y valores se pueden observar, en las preguntas que integran los criterios de evaluación antes mencionados, requieren conocimientos, interés, empatía y preocupación, pero que simultáneamente exigen cualidades de escucha, criterio y compromiso, dentro de un marco de respeto a los principios de: veracidad, autonomía, privacidad, confiabilidad, todos ellos incluidos en el código de ética de la profesión.³³

Los 11 criterios con lo que se evalúa el indicador de trato digno son:

1. ¿La enfermera lo saluda en forma amable?
2. ¿Se presenta la enfermera con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?
5. ¿La enfermera se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
6. ¿La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que protejan su intimidad y/o pudor?
7. ¿La enfermera le hace sentirse seguro al atenderle?
8. ¿La enfermera lo trata con respeto?
9. ¿La enfermera le enseña a usted o su familiar los cuidados que debe tener respecto su padecimiento?
10. ¿Hay continuidad de los cuidados de enfermería las 24 horas días?
11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera?

³² Programa de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. (2012). Indicador; trato digno por enfermería. Recuperado el 20-11-2012: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/faq.html>

³³ Programa Nacional de Salud de la Secretaría de Salud. (2001-2006). Recuperado el 20-11-2012: <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>

Es por ello que la información adecuada y la enseñanza de los cuidados que requiere el paciente le brinden un ambiente de seguridad; pues es una necesidad esencial del alma; que le permite al ser humano desarrollarse; y que se relaciona directamente con la necesidad de comunicación e información, ya que la desinformación genera inseguridad y falsas expectativas en la praxis de los cuidados.

En cuanto al criterio ¿La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que protejan su intimidad?, se ubica en la dimensión invisible o interior de la persona. La intimidad se encuentra en esta dimensión, un lugar donde solo puede entrar uno mismo, donde uno es el dueño. Lo íntimo están central al hombre que hay un sentimiento natural que lo protege: el pudor. En el ejercicio de cuidar, el respeto a la intimidad del otro, es fundamental, Torralba³⁴ señala que “la dimensión interior de la persona no es irrelevante, sino fundamental y ello implica el desarrollo de la familiaridad, la confidencialidad; la relación que establece trasciende el marco del contrato social”.

Por todo ello la dimensión ética se agrupa en los siguientes criterios: La enfermera procura lo siguientes criterios estancia sea agradable, trato con respeto y satisfacción del trato, presenta la dimensión ética de la responsabilidad frente al otro, el cumplimiento de estos tres criterios demuestra un grado de compromiso y responsabilidad de la enfermera hacia el paciente, es el buscar el bienestar del paciente sin atender en contra de sus derechos o dignidad, el ser humano esta constitutivamente llamado a ser responsable, no solo de sus actos, sino de sus semejantes y del entorno natural y social, la responsabilidad, como la libertad son una posibilidad existencial y ética del ser humano “La responsabilidad elemento primordial del despertar de la ética se funda en la capacidad que tiene la persona de aceptar su intimidad y como imperativo la demanda formulada por el otro”.

Aguilar³⁵ menciona que los aspectos menos apreciados por las enfermeras son la preservación y engrandecimiento del bienestar de la gente con la que se está frecuentemente en contacto, y la comprensión, tolerancia, apreciación y protección del bienestar de toda la gente.

³⁴ Ídem

³⁵ Aguilar, M. y et. al. (2007). Valores Laborales y percepción del estilo de liderazgo en el personal de enfermería. *Revista Salud Pública Mexicana*, vol. 49, p.p. 401-407.

Por lo tanto, es importante hacer partícipe al personal de enfermería de valores como la benevolencia o el universalismo, los cuales se fundamentan en la prestación de ayuda y el cuidado de los demás, sin embargo, debemos recordar que la carencia de trato digno por parte del personal de enfermería es multifactorial; en este sentido, una de las limitaciones es la imposibilidad de identificar los factores psicosociales, de las enfermeras que influyen en el cumplimiento de la calidad en el trato digno, pues resulta indispensable evaluar una serie de factores o aspectos psicosociales que apuntan directamente hacia la productividad y la calidad en el cumplimiento en los servicios de enfermería para determinar factores que permitan modificar las condiciones que rodean a las enfermeras en todos sus ámbitos y así iniciar con acciones de capacitación y sensibilización hacia el personal de enfermería, que permita concientizar a este grupo laboral de la importancia de otorgar un trato digno que sea claramente percibido por los usuarios de la unidad de salud en las que prestan sus servicios; esto permitirá que la práctica profesional de enfermería sea competente, responsable, oportuna, cálida, y humanizada.

Dada la magnitud y profundidad de los aspectos que el indicador “Trato digno” pretende evaluar y analizados los aspectos ético - cualitativos que se presentan en la dinámica de la relación enfermera-paciente, es indispensable que el personal de salud conozca, domine, reflexione, discuta y perfeccione todos los aspectos que incluye este indicador, con el propósito de que sea un medio efectivo y confiable, no solo para evaluar la actitud del personal, sino también para detectar necesidades sentidas de los pacientes, respecto al trato que requieren, evitando que sea solo un instrumento más de verificación de procesos.

La calidad en la comunicación entre la enfermera y el paciente es un elemento indispensable dentro de los servicios de salud pues es una de las características cualitativas para proporcionar un trato digno ya que la comunicación es el derecho de los usuarios a resolver todas sus dudas, recibiendo información suficiente, de calidad y oportuna sobre su padecimiento y las diferentes opciones de tratamiento.³⁶

Para poder tener una comunicación de calidad se deben de tomar en cuenta los siguientes indicadores de calidad:

³⁶ Tena, C. y et. al. (2005). La Comunicación Humana en la relación médico- paciente, ed. 2°. México: Prado. p.p. 160-9

1. Tiempo de espera para recibir atención
2. Comprensión de la información
3. Capacidad de comunicación
4. Trato personalizado
5. Capacitación del personal
6. Sobrecarga de trabajo
7. Uso de terminología
8. Retroalimentación
9. Tiempo dedicado a la comunicación
10. Participación del paciente en la atención
11. Comodidad, cordialidad y respeto
12. Ambiente libre de interrupciones y de ruido
13. Privacidad
14. Estado de las instalaciones
15. Orientación de medidas de prevención
16. Satisfacción de expectativas
17. Resolución de dudas

Para que la comunicación enfermera-paciente sea de calidad es preciso que³⁷:

1. La enfermera muestre y mantenga el interés y la atención del paciente mientras le comunica algo, dándole a entender que le interesa lo que este dice. Una forma de lograrlo es:
 - Mientras escucha mirar a los ojos al paciente
 - Observar sus gestos, movimientos y reacciones
 - Demostrarle físicamente que esta comprendiendo lo que el paciente dice.
 - Hacer verbalizaciones breves para demostrar que está poniendo atención y comprende lo que le está diciendo.

2. La enfermera puede lograr una comunicación efectiva mediante el reconocimiento y la respuesta a los sentimientos y contenido de las expresiones del paciente esto es:
 - Entender claramente lo que le quiere decir.

³⁷ Ídem

- Hacer preguntas e intentar obtener mayor información o datos
 - Demostrar que es lo que se está entendiendo y los sentimientos que se están captando.
3. Para que el personal de enfermería mantenga una comunicación con oportunidad debe:
- Elegir el momento oportuno para comunicarse, esto conlleva que el paciente se encuentre con humor para realizar una conversación.
 - Elegir el lugar, este debe estar libre de ruidos, interrupciones y distracciones, deberá haber un clima y ambiente agradable, que proporcione el confort y la privacidad necesaria para que el paciente se sienta con libertad de expresarse.
 - Dedicar el tiempo necesario para la comunicación ya que el paciente es portador de información valiosa para la enfermera como profesional de salud.
4. La comunicación implica un ambiente de confianza el cual está a cargo de la enfermera ya que el paciente se encuentra con inseguridad acerca de su estado de salud; para ello la enfermera debe tomar en cuenta:
- El trato personalizado, saludar al paciente es indicio de seguridad para él.
 - El saludo inicial, ya que es en este momento cuando se pone en juego toda la comunicación.
 - Elección del lenguaje que se debe adoptar para las distintas situaciones y personas.
 - El tono y el timbre de voz, ya que estos son indicadores del estado de ánimo.³⁸

En base a lo anterior el trato digno que debe ofrecer el área de enfermería a los pacientes está sustentado en el respeto a los derechos humanos y a las características individuales; a la información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida; y la amabilidad por parte del área que oferta el servicio.

³⁸ Ídem

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.

1.3.5 PACIENTES EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Las personas deben cumplir normalmente con numerosas tareas y compromisos en las distintas etapas de la vida, colegio, trabajo, familia, etc., que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aun cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa ser incluido en el “status de paciente”.³⁹

Sin embargo, el paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológico, como pueden ser el dormir o el alimentarse, sino también aquellas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psico-afectiva.

Jiménez⁴⁰ señala que en el paciente hospitalizado no solamente se ve afectado el aspecto económico, el funcionamiento familiar y las responsabilidades previamente adquiridas, sino también se altera su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes.

Otro aspecto que pareciera inherente a la hospitalización, es la falta de intimidad, definida como toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva; esta se ve de alguna manera vulnerable en el paciente hospitalizado, la falta de respeto a la privacidad se manifiesta desde la invasión no solo a espacio territorial, reducido a una cama y un velador, sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas

³⁹ Martínez, A. y et. al. (1997). *Manual de ética y legislación en enfermería*. ed. 1°. Madrid: Mosby. p.p. 171-6

⁴⁰ Jiménez, P. y et. al. (2003). Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. *Revista Sociedad de enfermería Geriátrica y Gerontológica*, vol.9, n.1, p.p. 2, 71-78

preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porque son necesarios estos procedimientos y estas respuestas.⁴¹

Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro.

Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose esta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo despersonalizado.

Esta despersonalización creciente, en la que la persona ha pasado a un lamentable segundo plano, ya sea por el aumento de la demanda asistencial y/o tecnificación de la atención de salud que otorgan los hospitales e instituciones afines, donde la actitud humanizante que debe caracterizar la relación entre prestadores y usuarios se ha ido deteriorando, ha reducido la visión integral del paciente como ser biopsicosocial, adjudicándose el protagonismo a la enfermedad.

Esta visión, que actualmente se presenta parcelada, se manifiesta en hechos tan cotidianos que casi son parte de la “normalidad” en las relaciones que se establecen entre los prestadores y los usuarios; en un apremio de tiempo, tal vez por simplificar algún aspecto dentro de este ambiente tan complejo, se va perdiendo algo tan esencial y propio de cada ser humano como es la identidad, al reconocerle según la enfermedad que le aqueja, el órgano afectado, el examen solicitado, la intervención realizada y por la sala de hospitalización, y no por su nombre.⁴²

Henderson⁴³ señala que existen otros signos o situaciones en que las relaciones con el equipo de salud dejan de manifiesto el protagonismo de la enfermedad y en las que se exponen claramente a los pacientes /usuarios a un segundo plano y que los lleva a sentirse por lo menos incómodos o molestos, tales como:

- El tutear a los adultos.
- Dirigirse hacia otra persona sin identificarse previamente.

⁴¹ Vacarezza, R. (2000). De los derechos del paciente. *Revista Médica de Chile*, vol.128, n.12, p.p. 1380–84

⁴² Iceta, M. y et.al. (1996). Bioética ¿para qué?. *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, vol. 2, n. 2, p.p. 39-34

⁴³Henderson, V (1988). Podemos dar un papel estelar a los pacientes. *Investigación en educación en enfermería*, vol. 8, n. 1, p.p. 125-128

- Hacer comentarios en presencia de otro paciente,
- Realizar procedimientos sin el consentimiento,
- Trasladar a los pacientes de sala sin explicación alguna.

A estas situaciones podrían agregarse: tratar con familiaridad a quienes no lo son, el entrar a una sala sin saludar, retirarse sin despedirse, usar terminología técnica que imposibilita la comprensión del paciente, tratar de exagerado el dolor del otro.

Para el profesional de enfermería no solamente importa administrar hábilmente los diversos procedimientos que exige el quehacer diario, sino estar atentos a las distintas manifestaciones de los pacientes, derivadas de la propia enfermedad, tratamientos y también de todos aquellos provenientes del medio hospitalario y de relación que surgen en la atención brindada por el equipo de salud a los usuarios, relación que en los últimos tiempos se ha deteriorado, dando paso a conductas y situaciones que pueden ser consideradas como violentas por los pacientes, por cuanto se pierde el principio fundamental del respeto, y que en mayor o menor grado pueden alterar su bienestar.⁴⁴

Por todo lo anterior se hace necesario tener un marco normativo y deontología de enfermería para tener bases sólidas de lo ya antes mencionados que se tratara en el siguiente capítulo.

⁴⁴ Ídem

CAPÍTULO II

2. MARCO NORMATIVO Y DEONTOLOGÍA DE ENFERMERÍA

El ejercicio profesional de enfermería tiene un marco normativo, que hace que la profesión se rija por un comportamiento ético, así mismo la Deontología busca inspirar los deberes de conducta que deben tener el personal de enfermería, sin embargo hay instituciones como la CONAMED que contribuye a tutelar el derecho de los profesionales de la salud y de los pacientes para mejorar la calidad de los servicios.

2.1 CONAMED

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de Junio de 1996 para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios del personal de la salud.

Es por lo tanto, una institución que tiene por objeto contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios de salud y los prestadores de los mismos; que promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la *lex artis medica* y la ética en la relación personal de la salud y paciente.

La CONAMED, es una instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación del personal de salud y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, los cuales permiten solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje. La CONAMED tiene las siguientes atribuciones:⁴⁵

- A. Brinda orientación y asesoría especializada a los usuarios y al personal de la salud sobre sus derechos y obligaciones.

⁴⁵ CONAMED. (2012). Recuperado el 20-02-2013: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf

- B. Recibe, investiga y gestiona de manera inmediata asuntos relacionados con la posible irregularidad o negativa en la prestación de servicios médicos justificados o urgentes, por parte de las instituciones públicas.
- C. Recibe toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requiere aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, y practica las diligencias correspondientes.
- D. Interviene en amigable composición para conciliar conflictos por presuntos actos inapropiados u omisiones derivadas de la prestación del servicio y presuntos casos de negligencia con consecuencias sobre la salud del paciente.
- E. Funge como árbitro y pronuncia los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.
- F. Emite opiniones sobre las quejas que conoce, e interviene de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia.
- G. Hace del conocimiento de las autoridades competentes, y de colegios, academias, asociaciones o consejos de médicos, así como de los comités de ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios de proporcionar la información que se hubiere solicitado para el análisis de un caso. Informa del incumplimiento de sus resoluciones o de cualquier irregularidad detectada y de hechos que, en su caso, pudieran llegar a constituir la comisión de algún ilícito.
- H. Elabora los dictámenes o peritajes médicos que le son solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.
- I. Establece convenios con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones.
- J. Asesora a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional.
- K. Orienta a los usuarios para resolver los conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cedula profesional.⁴⁶

⁴⁶ Ídem

Asuntos que atiende la CONAMED

Actos u omisiones derivadas de la prestación de servicios de salud, así como de presuntos actos de posible mala práctica como consecuencias sobre la salud del usuario, lo que significa en estricto sentido, que solo se avoca al conocimiento de problemas relacionados con tales servicios o con la negativa de prestación de los mismos.

2.1.1 RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA DEL PERSONAL DE LA SALUD

Estas recomendaciones derivaron del consenso de la Primera Reunión Nacional de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, convocadas por la CONAMED⁴⁷. El pleno consideró que siguiendo estas recomendaciones se mejorara la relación personal de la salud-paciente y se garantizará una atención de salud de calidad a favor de la salud de la población mexicana.

1. Mantener una relación respetuosa con el paciente y su familia.
 - Identificarse con el paciente y su familia.
 - Evitar malos tratos.
 - No demorar injustificadamente la atención.
 - No discriminar por ninguna razón al paciente
 - Hablar con lenguaje entendible
 - Ser tolerante, paciente y escuchar al enfermo y a su familia.
 - Mantener la confidencialidad.
 - Ser claro, no confundir al paciente en cuanto a su diagnóstico y pronóstico y no mentirle.

2. Informar y obtener el valido consentimiento por escrito antes de realizar procedimientos con o sin riesgo.
 - Ofrecer información clara, completa, veraz, oportuna y calificada.
 - Permitir la segunda opinión.

⁴⁷Rodríguez, R. y et. al. (1998). Declaración Universal de Derechos Humanos. Instrumentos internacionales sobre derechos humanos ONU-OEA. Tomo I. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos. p.p. 5-16, 19-29, 30-41, 162-166.

- No presionar al paciente a decidir cuando no haya una urgencia real.
 - Solicitar el valido consentimiento informado (información amplia, sin coerción ante un paciente competente y capacitado para aceptar o rehusar) costo-beneficio y la utilidad diagnostica de los estudios.
3. Elaborar un expediente clínico completo.
- Proporcionar resumen del expediente al paciente cuando lo solicite.
 - Por ningún motivo alterar el expediente.
 - Conservarlo por un mínimo de cinco años
 - Firmar todas las notas.
4. Actuar con bases científicas y apoyo clínico.
- Actuar según el arte médico, los conocimientos científicos y los recursos a su alcance.
 - Evitar la medicina defensiva, ya que no es ético.
 - Evitar prácticas inspiradas en la charlatanería.
 - Evitar prescribir medicamentos de composición no conocida.
 - Evitar consultas por teléfono, radio e internet.
5. Proceder solo con facultad de conocimientos.
- Solo actuar cuando se tiene la capacidad reconocida para hacerlo
 - Recurrir a otro compañero cuando el caso este fuera de su capacidad o competencia.
 - No participar en prácticas delictivas como aborto, eutanasia activa, falsos certificados médicos, retener pacientes por falta de pago otras razones.
 - No participar en prácticas con dicotomía.
 - Mantener una permanente actualización teórica.
6. Garantizar seguridad en las instalaciones y equipo
- Conocer la capacidad instalada de la unidad de salud donde se pretende dar atención.
 - Probar el equipo que se podrá utilizar.
 - Referir a otra unidad al paciente cuando no se le garantice seguridad en las instalaciones.
 - Preferir, cuando sea posible, hospitales certificados.⁴⁸

⁴⁸ Ídem

7. Atender a todo paciente en caso de urgencia y nunca abandonarlo

- Atender toda urgencia calificada aunque no se demuestre derechohabencia o se carezca de recursos económicos, no hacerlo es ilícito.
- Asegurar que la atención del enfermo la continuara otro colega.
- En situación de huelga, catástrofe y epidemia o grave riesgo para el personal de la salud, no abandonara a su enfermo.

2.2 DERECHOS DE LOS PACIENTES

Entre los antecedentes más remotos de los derechos de los pacientes se encuentran los plasmados en el código de Hammurabi, entre otras muchas acciones médicas, en dicho Código se sancionaba al médico cuando ocasionaba daño a su paciente. Otro trascendente documento aplicable en nuestros días es el de Hipócrates, que como norma prescriptiva de la moral sustenta el respeto por el ser humano enfermo. Aparecido en Roma durante la época del imperio, La Ley Alquilea por primera vez menciona la culpa gravis, que ha sido fundamental para muchas legislaciones, en la edad media, los médicos judíos, afamados por su técnica medica fundamentada en antigua tradición, rigieron su conducta siguiendo al pie de la letra el juramento de Asaf (Asaf Harofe), que tiene muchos puntos en común con el juramento de Hipócrates y que por supuesto es posterior, en el transcurso de la historia, los textos Hipocráticos fueron mezclados con nociones estoicas de deber y virtud, sin embargo, los componentes filosóficos fundamentales de la ética médica permanecieron intactos hasta mediados del siglo XX, cuando empezaron a ser cuestionados como parte del trastoque general de los valores originado en los países desarrollados por una serie de acontecimientos sociales como la segunda guerra mundial.⁴⁹

El Código de Nûremberg, que estableció un decálogo de principios que deberían ser respetados cuando se afectara la dignidad humana, como en los casos de la experimentación medica sobre seres humanos o cuando se pretendiera efectuar investigación en humanos, para lo cual se estableció como requisito obligatorio la documentación de consentimiento informado de manera libre y voluntaria, en el mismo año, la Organización Mundial de la Salud hizo universal el concepto del derecho a la

⁴⁹ ídem

salud, a finales de 1948 se promulgo la declaración de los Derechos Humanos que señala el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud.

Este conjunto de normas encaminadas a la obligación moral y no jurídica recomienda su observancia en los países firmantes, y fundamenta el reconocimiento moderno del derecho que posee el ser humano a gozar de salud en forma libre e igualdad en dignidad y prerrogativa otorgándole el respeto y trato fraterno de sus congéneres.⁵⁰

No obstante en la actualidad existen múltiples factores que matizan la interpretación de la condición del paciente, sus necesidades y derechos, por ello, es menester entender que los cambios vertiginosos acontecidos en todos los ámbitos de la sociedad e intensificados por el acceso a la información y catalizados por los avances técnicos y científicos desde finales del siglo XX, han propiciado conflictos entre los derechos y necesidades del paciente y algunos otros valores sociales, no siempre percibidos en su justa dimensión, advirtiéndose falta de conciencia entre el personal de salud acerca de la opinión del paciente en torno a la atención de salud que se le brinda.

Aun cuando los derechos de los pacientes se encuentran legislados en diferentes instrumentos de la normatividad jurídica del país, para el ciudadano es difícil integrar la información disponible en torno a sus derechos, con el propósito de compilar en forma sucinta y clara la información disponible respecto al tema, se emprendió un proyecto dirigido a elaborar un documento único para el usuario de los servicios de salud, como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos buscan mejorar la calidad de los servicios de salud.

El objetivo del presente trabajo es exponer el resultado de este proyecto, que culminó en la promulgación de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes⁵¹, los cuales se dan a conocer a continuación:

1. Recibir atención médica adecuada

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las

⁵⁰ López, A. (1995). Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. *Revista de Investigación clínica*. vol. 47, n.1, p.p. 5-12

⁵¹ Tena, T. y et. al. (2002). Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social*. vol. 40, n. 6, p.p.523-529

circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

Esto se encuentra fundamentado en la Ley General de Salud artículo 51 y 89, así como en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en los Artículos 21 y 48.

2. Recibir trato digno y respetuoso

El paciente tiene derecho a que el personal de salud, se identifique y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relaciones con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Todo lo anterior se encuentra plasmado en la Ley General de Salud Artículo 51 y 83, así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en los Artículos 25 y 48.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

El paciente, o en su caso el tutor, tienen derecho a que el personal de salud les brinden información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

Todo lo anterior se encuentra en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en los Artículos 29 y 30 así como en la NOM-168 SSA1-1998, y el expediente clínico, numeral 5.5.⁵²

4. Decidir libremente sobre su atención

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

⁵² Ídem

Lo cual está dado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en los Artículos 80, así como la NOM-168 SSA1-1998, del expediente clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1 así como en el anteproyecto del código de la guía bioética de conducta profesional de la SSA, artículo 4 fracción 4.3 “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de Enero de 1995, apartado C del punto número 10.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado

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

Y se señala en la Ley General de Salud en el Artículos 100 fracc. IV, en el 320 y 321, en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos, así como en los Artículos 80 y 81, y en la NOM-168 SSA1-1998, del expediente clínico en sus numerales 4.2 y 10.1.1.

6. Ser tratado con confidencialidad

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese el personal de salud, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación la cual se haya sujetado de manera voluntaria, así mismo no limita la obligación del personal de salud de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.⁵³

Y esto está respaldado en la NOM-168 SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 5.6 y en la Ley reglamentaria del artículo 5to Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal en el Artículo 36, así como la Ley General de Salud en

⁵³ Ídem

los Artículos 136, 137 y 138 en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en los Artículos 19 y 35.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

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

Fundamentado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en los Artículos 29 y 30, así como en la NOM-168 SSA1-1998, del expediente clínico, en los numerales 4.9. y 5.5.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia

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

Justificado en la Ley General de Salud, en el Artículo 55, con el decreto de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en los Artículos 71 y 73.

9. Contar con un expediente clínico

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención medica recibida, sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente, que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.⁵⁴

Que se encuentra fundamentado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, con los Artículos 32, y en la NOM-168 SSA1-1998, del expediente clínico.

⁵⁴ Ídem

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención medica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.⁵⁵

Que se encuentra fundamentado en la Ley General de Salud en los Artículos 54, así como en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en los Artículos 19, 51 y 52, y en el Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los Artículos 2, 3, 4 y 13.

2.3 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS Y LOS ENFERMEROS.

En el marco de la ceremonia con motivo del día de la enfermera que tuvo lugar en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el ciudadano Doctor Frank Mora Julio Secretario de Salud dirigió un mensaje de reconocimiento a las enfermeras y enfermeros de México en donde comento, que en los últimos cinco años se ha dado la más alta prioridad a la salud con buenos resultados. Expreso que este logro de objetivos en gran medida se debe a la capacidad del equipo de trabajadores de la salud, en el cual las enfermeras ocupan un lugar destacado, continuo diciendo que la participación de enfermería hoy se reconoce de manera completa; hechos que culminan con la publicación de la Carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros, con la seguridad de que este decálogo de derechos será un estímulo más para los y las enfermeras que están comprometidos con la práctica profesional de excelencia.⁵⁶

El objetivo central es el de difundir y promover estos derechos con el fin de que conduzcan y promuevan el respeto y reconocimiento del profesional de enfermería en el ámbito multidisciplinario de la salud en México, así como fortalecer y brindar seguridad en

⁵⁵ Ídem

⁵⁶ Programa Nacional de Salud. (2001-2006) Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Recuperado el 15-11-2012: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_4/cruzada_nal_salud.pdf

el desarrollo de las intervenciones del personal de enfermería en la atención de la población mexicana.

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

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.⁵⁷

Los enfermeros (as) tienen derecho a que se le otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentando en el Método de Enfermería, dentro de un marco ético, legal, científico y humanista.

Fundamentado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 5 que le da pie a la Ley Reglamentaria del Artículo 5to Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones y en el Artículo 24, así como en la Ley Federal del Trabajo, en el Artículo 164. Título Quinto y en la Ley de Profesiones en el Artículo 33.

2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.

Tienen derecho a trabajar en instalaciones seguras y apropiadas, que les permitan desarrollar sus actividades en las mejores condiciones de protección para su salud e integridad personal, cuando las características de sus actividades impliquen riesgos para su salud, tienen derecho a que se les dote de los insumos indispensables para minimizar el riesgo laboral.

Esto está reglamentado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en los Artículos 3 y 6, así como en la Ley Federal del Trabajo, en los Artículos 51; y Art. 132 Título cuarto, en la Fracción XVII, XXIV, XXVII; en el Art. 166. Título quinto; en el Art. 172, 473, Título noveno, en los Artículos; 474, 475, 476, 483, 487, 490, 491, 492, 499, y en la

⁵⁷ Ruiz, P. y et. al. (2006). La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. vol. 14, n.1. p.p. 33-35

Ley General de Salud en su Artículo 166, y en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en el Artículo 19 Fracción II.

3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.⁵⁸

Tienen derecho a recibir del establecimiento donde presten sus servicios, el material, equipo y personal requeridos para el desarrollo de su trabajo, conforme a la normativa y las necesidades del área o servicio en el cual desempeñan su actividad profesional.

Fundamentado en la Ley Federal del Trabajo en su Artículo 132, Título Cuarto, Fracción III, en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en los Artículos 21 y 26.

4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.

En términos de la obligación de dar información en el ámbito de su responsabilidad en el cuidado de la persona, tienen derecho a no revelar la información que sobrepase su competencia profesional y laboral.

La cual se fundamenta en la Ley General de Salud, en los Artículos 23, 32 y 52, así como en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en el Artículo 29, en el Código Internacional de Enfermeras, en el párrafo de Directrices Derecho y Lugar de Trabajo, en el ejercicio de la profesión; “Las Enfermeras y Enfermeros tienen derecho a ejercer la profesión sin rebasar el ámbito de las responsabilidades que jurídicamente le competen”.

5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.

En todos los ámbitos de su ejercicio, tienen derecho a recibir trato digno por parte del paciente y sus familiares así como de los profesionales y personal relacionados con su práctica profesional independientemente del nivel jerárquico.

⁵⁸ Ídem

Lo cual está fundamentado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Artículo 1, así como en la Declaración de Posición del Consejo Internacional de Enfermeras, donde dice “Las enfermeras (os) tienen derecho de ejercer en un entorno que les garantice la seguridad personal, libre de malos tratos y violencia, amenazas o intimidación”.

6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.

Tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a un sistema de educación, actualización, capacitación y desarrollo profesional de acuerdo a la normativa de la institución donde laboran.

Que se fundamenta en la Ley Federal de Trabajo en el Artículo 132, Título Cuarto, fracción XV, así como en el Artículo 153-A, B, F, en la Ley General de Salud en el Artículo 89, Segundo párrafo en el art. 90, Fracción I, y en la Declaración de Posesión del Consejo Internacional de Enfermeras, donde refiere que la formación y capacitación inicial y continua de las enfermeras y los demás profesionales de salud, debe dotarles de las competencias necesarias para conseguir que los pacientes y el público estén bien informados y para trabajar en colaboración con ellos con el fin de satisfacer sus necesidades de salud, todo el personal de enfermería debe tener acceso a la formación continua, y han de utilizarse los medios convenientes para llegar a las que trabajan en regiones aisladas.⁵⁹

7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.

Tienen derecho a ser considerados para participar en actividades de gestión, investigación y docencia como parte de su desarrollo profesional.

Que lo reglamenta en la Ley General de Salud, en el Artículo 90, fracción IV, en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en los Artículos 6 y 17, Fracción VI, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su Convenio 149 sobre el empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal

⁵⁹ Ídem

de enfermería. Artículo V, Inciso 1; Donde dice “Se tomaran medidas para fomentar la participación del personal de enfermería en la planificación en los servicios de enfermería y la consulta de este personal en la adopción de las decisiones que le afectan, según métodos apropiados a las condiciones nacionales, en particular formación apropiada y condiciones de empleo y trabajo”.⁶⁰

8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.

Tienen derecho a integrarse en organizaciones, asociaciones y colegios que le representen para impulsar el desarrollo profesional, la superación de sus agremiados y para la vigilancia del ejercicio profesional, conforme a la legislación vigente, así mismo, donde la elección del organismo colegiado será libre y sin presiones.

Lo cual está contenido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 9, en la Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones, en los artículos 40 y 50, en la Ley General de Salud, en su Artículo 49, así como en el Código Civil Federal, en el Artículo 2670. También esta esto en OIT en su recomendación 157. Que se refiere a la recomendación sobre el Empleo y Condiciones de Trabajo y de vida del personal de Enfermería, así como en la Participación, donde dice; inciso a) los representantes calificados del personal de Enfermería, o de sus organizaciones representativas deberán asociarse para la elaboración y aplicación de las políticas y principios generales que rigen esta profesión, en particular en los campos de la instrucción, formación y el ejercicio de la profesión.

9. Acceder a posiciones de toma de decisiones de acuerdo a sus competencias en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.

Tiene derecho, como cualquier profesionista sin discriminación alguna y de acuerdo a sus capacidades a ocupar cargos directivos y de representación para tomar decisiones estratégicas y operativas en las organizaciones de su interés profesional.

⁶⁰ Ídem

Lo cual está contenido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 5to, así como en la Ley Federal del Trabajo, en los Artículos 56, 66, 67, 68, 82, 83 y 85, en la Ley de Profesiones, en los Artículos 24, 31 y 32.

10. Percibir remuneración por todos los servicios profesionales prestados.

Tienen derecho, de acuerdo a su situación laboral o contractual, a percibir una remuneración por los servicios profesionales que presten.

Donde se fundamenta en la Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación en su Artículo 9. Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades. A efecto de lo anterior, se consideran como conductas discriminatorias: Fracción III. Prohibir la libre elección de empleo, o restringir las oportunidades de acceso permanencia y ascenso en el mismo.

La enfermera se caracteriza por sustentar sus intervenciones, respetar las normas éticas, morales, derechos y cumplimiento de sus deberes, en el servicio que proporciona a las personas para recuperar la salud, es importante en este momento de la historia que le gremio de enfermería cuente con la Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y Enfermeros, que se sustenta en nuestra Carta Magna y de las Leyes emanadas de ella, conocer estos derechos es un estímulo más para las enfermeras comprometidas con la práctica profesional de excelencia.⁶¹

2.4 CÓDIGO DE ÉTICA

Hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión, tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a

⁶¹ Ídem

la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente, un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) el cual se fundamenta con la Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México.

Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería, no obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.

El Código de Ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional, esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.⁶²

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta, es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano, estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos, la conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético.

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, validos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.

⁶² Comisión interinstitucional de enfermería. (2001) Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. Recuperado el 11-02-2013:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=42

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

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

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

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

A la persona humana se le reconoce por su actuación consciente expresada en los múltiples actos de su vida, todos condicionados por los valores que en ética se derivan del principio del respeto igual y recíproco a la dignidad humana, considerando que la dignidad es el carácter de lo que tiene de valor la persona en sí y por sí; es el valor peculiar que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto.⁶³

⁶³ Ídem

Así la dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia, la dignidad, por un valor inviolable que tienen esencialmente todos y cada uno de los seres humanos, independientemente de sus atributos accidentales, no tiene precio, no es comparable en ningún sentido con las cosas materiales que tienen un precio y que nunca equivaldrán al valor que la propia naturaleza concedió al hombre como ser de razón insustituible e irrepetible, capaz de expresarse en actos de afecto, simpatía y amistad.

Cada hombre en sus semejanzas es diverso en sus valores, sin embargo la dignidad es un valor universal que se deriva de la apreciación que cada persona hace de su propia dignidad.

En ese sentido la corriente personalista que propugna la afirmación de la persona, el rescate de sus derechos y el restablecimiento de la cultura de la responsabilidad personal, centra la atención del comportamiento moral en la persona, tomándola como protagonista y fundadora de la sociedad en el conjunto de relaciones que se dan en la conciencia individual y social; en esta concepción la persona es consciente de sí misma, responsable de sus actos y con la libertad que la hace ser, con fines que la trascienden y con la capacidad de desentenderse de sí misma para darse a los demás en una existencia humana fiel a sí misma y a su grupo social.

Esta concepción también es vista en el humanismo Kantiano, el que como filosofía del comportamiento señala; obra siempre de tal suerte que trates a la humanidad en tu persona tanto como en la persona del prójimo como un fin y no como un simple medio.

Al considerar al hombre como fin, el humanismo se constituye en la reflexionar en que la preocupación máxima del hombre debe ser el propio hombre y todo lo que significan sus intereses, sus problemas y su posición en la vida, constituyéndose, en el ideal por desarrollar en sí y en cada individuo lo que hay específicamente de humano, así como el deber, la solidaridad y la fraternidad, como formas de conductas, responden a la capacidad de interacción entre los seres humanos que comparten la misma visión humanista.⁶⁴

⁶⁴ Ídem

El humanismo, así concebido, tiene su expresión en un ser humano que ayuda a otro con la consciencia de lo valioso de la existencia y del respeto por esta y su dignidad en todas las etapas de la vida, significando también, la disposición del hombre para responder a las necesidades de sus semejantes con una actitud humana que le de esencia y valor a su propia vida.⁶⁵

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

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

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país de que se constituyen en un estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:
 - a. La consciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
 - b. La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
 - c. El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.
 - d. La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

⁶⁵ Ídem

El ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: es decir la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

La enfermera, a través del cuidado ponen en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir, el cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humano tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera esta en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

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

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud; la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.⁶⁶

Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de solo demostrar su destreza técnica.

⁶⁶ Ídem

Así mismo el profesional de salud sus intervenciones van apegadas a principios encaminadas a restablecer la salud de los individuos el cual se trata en el siguiente punto.

2.4.1 DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión, así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.⁶⁷

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera, estos principios son los siguientes:

- **Beneficencia y no maleficencia**

Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal, se rige por los siguientes deberes universales, hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales, para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

- **Justicia**

La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades

⁶⁷ Galindo, C. y et. al. (2009) *Bioética Humanismo Científico Emergente*. ed. 2°. Bogot: Javegraf. p.p. 12-9

básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano, es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

- **Autonomía**

Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales, con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se proponen, a través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.⁶⁸

- **Valor fundamental de la vida humana**

Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior a la respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida, para ser libre es necesario vivir, por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

⁶⁸ Ídem

- **Privacidad**

El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona, la privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo, el principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enferma, y el deber de esta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

- **Fidelidad**

Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona, las personas tienden a esperar que las promesas seas cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso, no obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.⁶⁹

- **Veracidad**

Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona, la veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud, por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

- **Confiabilidad**

Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas, la enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

⁶⁹ Ídem

- **Solidaridad**

Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones, se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí, las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común, este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común.⁷⁰

- **Tolerancia**

Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas, para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia, también debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

- **Terapéutico de totalidad**

Este principio es capital dentro de la bioética, a nivel individual debe reconocerse que cada parte de cuerpo humano tiene un valor esta ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección, de este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia, según esta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

⁷⁰ Ídem

- **Doble efecto**

Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas, se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno

Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.⁷¹

También conocido como principio del voluntario indirecto. Por este principio una acción u omisión que tiene dos efectos, uno considerado bueno y otro malo, será éticamente permitida cuando se den estas condiciones:

1. Que el acto que va a realizarse sea bueno o al menos indiferente por su objeto.
2. Que los efectos buenos y malos se sigan inmediatamente del acto, es decir, que el efecto bueno no se obtenga por medio del malo.
3. Que se busque sólo el buen efecto y se limite a tolerar el malo.
4. Que haya cierta proporción entre el efecto bueno querido y el malo tolerado, es decir, que el buen efecto supere al malo, o al menos lo iguales.

Es importante conocer otros estudios que se han realizado para saber el estado del arte del trato digno del profesional de enfermería al paciente hospitalizado por parte de otros autores y que resultados se encontraron.

⁷¹ Ídem

CAPÍTULO III

3. ESTADO DEL ARTE DE TRATO DIGNO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Desde sus orígenes, la Enfermería fue asociada con la responsabilidad de velar por la salud de los demás, “un enfermero siempre asiste a otros”.⁷²

3.1 ASPECTOS INTERPERSONALES DE ENFERMERÍA

Las relaciones interpersonales que tienen lugar en la práctica del cuidado de Enfermería están sujetas a una serie de condicionantes cuyo conocimiento puede influir para que el encuentro entre enfermeros y pacientes produzca los beneficios esperados, tales como enfrentar eficazmente la enfermedad, promover la recuperación o morir dignamente, la interacción humana permite definir la enfermería y es el modo para llevar a cabo el cuidado, es por esto que debe analizarse y redimensionarse con cada paso para que avance la disciplina de enfermería.

Existe abundante literatura que se ha enfocado en la satisfacción de los pacientes; sin embargo, la literatura sobre trato digno como un aspecto fundamental del desempeño de los sistemas de salud es escasa, esto ha provocado que no exista una metodología probada para la medición del trato en el contexto de la evaluación de los sistemas de salud, la OMS ha utilizado dos estrategias diferentes para su evaluación: la evaluación por expertos y la encuesta poblacional.

En la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud 2000, los entrevistados señalaron que los servicios de salud en sus comunidades habían empeorado en comparación con los que tenían en 1994, para la población de nuestro país solos servicios policíacos son percibidos de menor calidad que los servicios de salud, respecto al trato y resolución de sus necesidades.

⁷² Travelbee, J. (1966). Aspectos interpersonales de enfermería. ed.2. Philadelphia: Davis. p.p.4

En México, entre el sector salud público y privado suman 272 334 enfermeras de las cuales 58% son profesionistas, datos que indican que enfermería es más del 50% del personal dedicado a la salud en México.⁷³

A nivel nacional, la Institución que mayormente representa el área de la salud en México, es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la gran mayoría de su personal se guía sus labores diarias con base a metas propuestas por la empresa, enfocando así la atención en las necesidades de esta última, dejando en ocasiones en segundo término las necesidades del paciente ofreciendo un servicio de cantidad y no de calidad; situación quizá influenciada por la situación y modelo económico del país, en donde la sociedad cada vez más globalizada está inmersa con problemas sociales como la escasez de valores e indiferencia por el prójimo, problema que también perjudican los servicios de salud y la atención de enfermería que no escapan a estas tendencias. De acuerdo a este estudio el indicador de trato digno, 2.18% de los derechohabientes opinaron que fueron tratados con dignidad, 20.92% expreso que no siempre fue así, mientras que 51.90% que casi nunca fueron respetados sus derechos como persona y 25% nunca, en base a este estudio podemos ver como el profesional de enfermería queda inmerso en un sistema de atención donde deja de percibir al paciente como un ser holístico, enfocándose así a solo brindar cuidados para sanar una enfermedad y no a brindar un cuidado integral.

3.2 PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DE LA ATENCIÓN OTORGADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

La calidad de la atención que ofrece el personal de enfermería se debe reflejar en la satisfacción del paciente. En los resultados anteriores podemos observar que un porcentaje significativo de derechohabientes, tiene la percepción de que el personal de enfermería no ofrece servicios de excelencia. Imogene King⁷⁴ señala en su teoría llamada consecución de objetivos, la importancia de la relación enfermera-paciente donde propone que cada una de las partes cumpla su rol para que la interacción entre ambos produzca satisfacción resultado ideal que debiera existir, pero si uno de ellos no cumple, se crea estrés y por consiguiente no habrá crecimiento y desarrollo en la relación, en uno de los

⁷³ Ídem

⁷⁴ Puebla C. y et. al. (2009) Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. vol. 17, n.2. p.p. 101

estudios citados sobre actitudes básicas de las relaciones con el enfoque centrado en la persona, se afirmó que es posible aplicar e integrar actitudes para lograr una buena comunicación, asimismo la empatía necesaria para mejorar esta relación, es posible ver en este caso, que los usuarios opinaron que no se les respetaron sus derechos, ni se les trato dignamente; sin embargo, los usuarios reconocieron a las enfermeras y enfermeros como figuras importantes en los sistemas de salud, dado que con ellos se da el primer contacto de atención en las instituciones y son los encargados de informar, educar, orientar y ofrecer la asistencia clínica para satisfacer necesidades y que de alguna manera, representan al sector salud y de quienes los usuarios se llevan una imagen positiva o negativa de la atención que recibieron.

Lo anterior concuerda con las políticas mundiales de salud ya que según la Organización Mundial de la Salud⁷⁵, uno de los objetivos primordiales de los servicios de salud, es mejorar el nivel y la distribución del trato digno a los usuarios de los servicios de salud y enfermería es uno de los elementos humanos principales para lograr este objetivo.

Factores que pueden influir para que las enfermeras no ofrezcan atención con calidad podría ser la falta de conciencia, de identificación con la carrera y el estrés cotidiano, causas que no deberían interferir en el trato con los pacientes ya que este último tiene derecho a ser tratado digna y profesionalmente.

Por otro lado, al explorar su opinión en cuanto al respeto, los pacientes mencionaron que desean sentirse importantes y ser escuchados.

El individuo lucha día con día por el reconocimiento, la utilidad, su independencia, la dignidad, así como por su libertad; porque según el modelo de Maslow, las jerarquías de estima como de seguridad reflejan la necesidad de respeto, para que cada ser humano llegue a la autorrealización y satisfacción deberá ser tratado con apego a sus creencias y modos de percibir su realidad.⁷⁶

La encuesta dirigida a expertos o informantes clave fue la que la OMS utilizo para generar los valores presentados en su informe sobre la Salud en el Mundo 2000, esta metodología

⁷⁵ Organización Mundial de la Salud. (2005). Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: el reto de las enfermedades crónicas. Recuperado el 15-02-2013: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf

⁷⁶ Iyer, P. y et. al. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. ed. 1°. México: McGraw-Hill Interamericana. p.p. 48-50

ha sido blanco de fuertes críticas toda vez que resulta poco comprensible que la medición de la satisfacción de los usuarios se lleve a cabo sin entrevistar a estos. La OMS, por su parte, ha respondido que esta evaluación es válida toda vez que lo que se desea evaluar implica cierto grado de conocimiento sobre aspectos de salud pública que no siempre son bien comprendidos por el público en general.⁷⁷

Independientemente de esta polémica, se han llevado a cabo encuestas de tipo poblacional a fin de realizar comparaciones entre los resultados de ambas metodologías.

Aunque los resultados preliminares no permiten establecer conclusiones categorías, el principal hallazgo del análisis de los resultados es que los resultados no son comparables entre sí. Sin embargo, para llevar a cabo comparaciones internas parece más apropiado aplicar encuestas de tipo poblacional a fin de garantizar un mínimo de representatividad.⁷⁸

Entre enero y julio de 2005 se realizó en Fortaleza, Ceará, Brasil, una investigación etnográfica con 13 pacientes adultos, en un hospital público general, utilizando métodos cualitativos, donde los pacientes reconocen el contexto de la hospitalización, “¡La enfermera solo pone la medicación y listo, ni se preocupa por mi!”, están “sensibles y nerviosos” por la contingencia de su problema de salud, agravada por las condiciones externas de “abandono, desatención y malos tratos”, que contribuyen al aumento del estrés, entrevistada después de un parto con preeclampsia, Amelia de 25 años, sin acompañante, se sintió “abandonada” y “resentida”. Un joven de 23 años, paciente del Departamento de Reumatología, está “angustiado” porque no entiende el idioma de la enfermera: ¡la enfermera solo aplica medicamento, no me explica lo que tengo...y sufro ansiedad!” el sentimiento de minusvaloración es común entre los pacientes, sintiéndose “un don nadie”, “bien pequeños”. Matías, 42 años con un tratamiento para la obesidad, se siente “discriminado” y se deshoga: “si fuese persona con dinero y delgado sería diferente”.⁷⁹

⁷⁷ Murray, J. y et. al. (2001). Experiencia de los pacientes frente a sus expectativas. *Asuntos de salud*. vol. 20, n.3, p.10

⁷⁸ Blendon, R. y et. al. (2001). La opinión pública frente a la Organización Mundial de la salud y rendimiento del sistema de salud. *Asuntos de Salud*, vol. 20, n.3, p.15

⁷⁹ Meneses, A. y et.al. (2009). Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. *Revista Salud Pública*. vol. 11, n. 5. p.p. 754-765

Una paciente de 50 años, en el lado positivo, se siente “relajada” con la atención de la enfermera, establecer una relación de afecto ayuda a que el paciente se sienta bien en el hospital: “con amor y afecto, el estado de ánimo crece” (Manuel, 93 años). En función de su cultura y su experiencia, el paciente muestra distintas percepciones del hospital: amenazador, peligro, prisión, sufrimiento y aprendizaje.

Silvia, en emergencia obstétrica, del interior del Estado, con motivo de la demora y mal servicio, proclama: “Yo tenía mucho miedo de que el bebé muriera sin ser atendido”. El paciente se siente “preso” como en una cárcel: “gracias a dios voy a salir de la cárcel en la que estaba, te sientes atrapado, ¿no?” (Juan, 43 años), el paciente siente, incluso, el hospital como un lugar de sufrimiento: “en todo hospital la gente sufre”, por último, puede ser un espacio para el aprendizaje de forma que “cada día es una nueva lección” (Paulo, 23 años).

El paciente tiene al menos tres estrategias para superar los problemas en el hospital:

- a) Los lazos de solidaridad entre los pacientes, amigos y miembros de la familia
- b) Las actitudes, pensamientos y características personales.
- c) La fe religiosa

Para abordar el contexto de la soledad, el paciente crea vínculos solidarios entre ellos y con miembros habituales del cuerpo de enfermería, apoyándose mutuamente: “Hemos compartido los sufrimientos, una ayuda a la otra” (Miriam, 21 años). El intercambio de historia de vida, inquietudes, el intercambio de afecto, confidencias, y formulas populares la curación se produjo en las ruedas de conversación.

A pesar de la importancia de la red social para la recuperación del paciente, se controla el acceso al hospital a la familia y, en algunos momentos, está prohibido entrar, incluso en casos especificados por ley. El acompañante que ofrece alivio y nos ayuda a la atención médica no tiene espacio, alojamiento adecuado, es poco valorado, lo que le hace sentirse “humillado” y “despreciado”. Edna⁸⁰, que acompaña a su madre por primera vez en el hospital nos cuenta su “dolor e indignación”: “la enfermera dijo que mi madre está abandonada...que nadie la miraba siquiera (llorando)...otra vez me pregunto durante el

⁸⁰ Nations, M. y et. al. (2007). Crítica sobre la conducta profesional del paciente hospitalizado en el Noreste de Brasil. *Revista Salud Pública*. vol. 23, n. 9, p.p. 2103- 2112

cambio de sabanas ¿Usted no tiene fuerza? Continua: “Yo ya estaba muy manchada...debería haberme enseñado y no haber criticado” (Diario de campo).

Diferentes actitudes, pensamientos y características personales se afloran ante la adversidad y el sufrimiento en el hospital, equilibrados por rasgos culturales, en el punto de vista del paciente hospitalizado, la fe en Dios es esencial para ayudar a superar las desgracias, los participantes relataron buscar la fe con el alivio para un momento de incertidumbre “Dios me ha ayudado a soportar y a mejorar más, no me siento tan solo” (Paulo, 23 años)⁸¹, se intercambian oraciones entre los acompañantes dedicando oraciones a la misericordia a Dios por la “la cama dura y caliente” ante el abandono de la infraestructura.

Los sentimientos revelados por los pacientes en contexto hospitalario de este estudio, predominantemente negativos, marcados por el resentimiento, la desatención, la discriminación, el abandono, entre otros, contribuyen a una devaluación personal e interfieren en la forma en la que perciben y evalúan los servicios, las emociones y otros estados están profundamente relacionados entre valores, modulando las apreciaciones personales, las acciones y prácticas, y presentándose en las evaluaciones morales; los pacientes valoran los actos del profesional por sí mismo, es “atento” o “no le importó”, y no solo por su capacidad técnica.

La experiencia vivida por el paciente en el hospital es polisémica, al referirse a una multitud de significados, cada persona posee una dimensión oculta conformada con los significados de la cultura a la que pertenece y da sentido a las personas que viven con el soporte de esas referencias, los significados atribuidos al trato brindado en el hospital, por lo tanto, son componentes de la realidad social producida, interactuando con diferentes variables personales e influyendo en las acciones de las personas en esta circunstancia particular.

Este estudio reciente puso de manifiesto el desconocimiento de los derechos y deberes por los pacientes, y la actitud conformista en contener las reacciones de los profesionales, por temor a represalias y asegurar que la información favorece la identificación de la opresión y la injusticia, la desmitificación de esta como inevitable y natural, sirviendo como

⁸¹ Junqueira, M. (2003). Resistencia al maltrato infantil. *Revista Salud Pública*. vol. 19, n. 1, p.p.227-35.

apoyo para discernir las formas de dominación existentes y aumentar la capacidad de resistencia, apoya la idea de que el trabajo hacia una mayor dignidad en la salud pasa a través de la educación de la ciudadanía, beneficiando el control social del sistema de salud.

3.3 PERCEPCIÓN DEL TRATO DIGNO DE LOS PACIENTES

Un estudio descriptivo, comparativo y correlacionar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía⁸² tuvo como objetivo conocer la percepción de trato digno de acuerdo a los once criterios de evaluación encontrando en el primer cuatrimestre de 2009 de 400 pacientes encuestados el 96.25%(385) revelo que la enfermera cumple con el indicador de presentarse con él y el 3.75% (15) no; sin embargo, el 97.75% (390) están satisfechos con el trato recibido por la enfermera.

Respecto al cuestionamiento de que si la enfermera le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener sobre su padecimiento a pesar de que un 95.5% (382) responde que sí, nos enfocamos al 4.5% (18) restante donde se menciona que no, este es un punto muy importante para la elaboración de un plan de alta donde predominan una modificación de hábitos para la mejora y/o mantenimiento de su salud, este plan debe realizarse al ingreso del paciente donde se toma en cuenta el diagnostico medico e historia clínica, para la realización de un proceso de atención de enfermería (PAE) individualizado y especializado, las acciones de mejora están encaminadas a la educación para la salud depende la recuperación y no el reingreso del paciente al Instituto donde de acuerdo al manual de procedimientos de la subdirección de enfermería se indica la forma en que debe construirse dicho plan de alta y por tanto su educación para el mantenimiento de su salud.

Mientras que en el segundo cuatrimestre del 2009, se encuestaron 389 pacientes donde 97.17% (377) respondieron que el personal de enfermería se presenta con ellos y 4.62% (18) no lo hicieron manteniéndonos en un 98.97% de satisfacción por la atención recibida por parte del profesional de enfermería, en el tercer cuatrimestres del 2009 se

⁸² Nava, M. y Zamora, P. (2010) Percepción del trato digno de los pacientes neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista Enfermería Neurológica*. vol. 9, n. 1, p.p 32-38

encuestaron a 179 personas a pesar de que la muestra en comparación con el primer cuatrimestre es menor casi en un 50% un 91.06% de cumplimiento del indicador, se puede apreciar que la enfermera se presentó en todas las ocasiones con los pacientes a su cuidados y cuando estos no recordaban el nombre de la profesional la describían físicamente y al hacerse está presente recordaban su nombre, en cotejo con el cuatrimestre segundo y debido a las acciones de mejora se logran aumentar los porcentajes de los criterios de evaluación, lo que indica que debemos reforzar y tomar en cuenta todo los criterios a evaluar ya que en ocasiones nos enfocamos a la mejora de unos y damos por hecho el cumplimiento adecuado de otros.

Las nuevas generaciones de enfermería tienen el reto de lograr el verdadero cambio en la actitud y calidad que se brinda, basándose en un marco teórico, ético y legal para así dignificar la profesión, a nosotros mismos y por supuesto a los usuarios pues para ellos trabajamos.⁸³

Mejorar la atención es una responsabilidad ética de las organizaciones de salud, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud menciona que el trato digno es uno de los indicadores con el cual se mide el desempeño de los trabajadores de la salud, así como la percepción que tiene el usuario del trato brindado por el personal de enfermería, enfermería, debe dar importancia a la atención del paciente, ofrecer trato digno, para lograr ofrecer una atención holística y de calidad con amabilidad, respeto e información adecuada y veraz.

Este estudio descriptivo transversal aplicado a 114 pacientes con diagnóstico de crónico-degenerativa de una unidad de medicina familiar Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León; México donde el 56.1% de las personas encuestadas, refiere que el trato digno es excelente, el 98.25% refirió que la enfermera saluda de forma amable, 73.7% se presenta con ellos, 73.7% se dirigen por su nombre, 94.7% explican los procedimientos o actividades a realizar, 93% ofrecen condiciones que guardan su intimidad y pudor 98.25% lo trata la enfermera con respeto, 99.1% se siente satisfecho con el trato de la enfermera. Aun no se logra la excelencia del trato digno, ya que existen brechas que con las estrategias adecuadas se pueden disminuir.

⁸³ Martínez M. y et.al. (2009) Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social*. vol. 17, n.3, p.p.139- 142

3.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Verdugo y Esparza⁸⁴ en un estudio realizado en un Hospital Público en Baja California identificaron que para enfermería cumplir con los indicadores de calidad no es nada sencillo, ya que se ven afectados por diferentes factores como falta de recursos humanos, financieros, equipo y material, por otra parte la preparación académica del personal, es muy heterogénea; de acuerdo con la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE) existían en 2004, 550 escuelas de Enfermería de nivel técnico, con 416 programas diferentes y 299 que imparten la licenciatura con 74 programas distintos además, en los archivos de la Dirección General de Profesiones, la profesión de Enfermería está integrada por cuatro niveles educativos: Técnico, Licenciatura, Especialidad y Maestría, es importante señalar que de 1994 a 1995 se encontraron registrados en la Dirección antes mencionada 15 diferentes nominaciones para la carrera de Enfermería de Nivel Técnico, por lo tanto no es de extrañar que en las instituciones de salud se encuentre tan variada preparación del personal de enfermería lo cual puede ser un factor determinante en la calidad de atención que se proporciona en los diferentes servicios.

Otro de los factores que repercuten directamente en la calidad de atención de enfermería lo representa la carga de trabajo⁸⁵ enfermería en la mayoría de las instituciones de salud tiene una carga de trabajo elevada como lo muestra Benítez, que reporta una carga alta de 69.7% en el servicio de cuidados intensivos, enfermería como parte del equipo multidisciplinario de salud, se distribuye en los diferentes servicios a partir de indicadores administrativos; los cuales se establecen tomando en cuenta el tipo de patología de los pacientes que se atienden, el servicio asignado o el índice enfermera-paciente que maneja la institución, sin embargo, actualmente se hace necesario redefinir los índices, en función de la carga laboral real de enfermería y si esta se relaciona directamente con la calidad y características de los cuidados que requieren los pacientes y su evolución es diferente.

⁸⁴ Verdugo, A. y et.al. (2011) Factores que influyen en la calidad de atención de enfermería en pacientes con carcinoma mamario. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*. vol. 19, n.1, p.p.15-19

⁸⁵ Benitez, C y et. al. (2006) Carga de trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista rol de Enfermería*, vol.46, n. 11, p.p. 1-5

En las últimas décadas, la calidad en la atención es un tema que preocupa y ocupa a los profesionales de enfermería, así como a los directivos de las diferentes organizaciones que atienden la salud del individuo y familia, existen un gran número de investigaciones sobre el tema en países como: Argentina, Colombia, Cuba, Chile, México, no se encontró estudios sobre factores que intervienen en la calidad de atención en enfermería en pacientes con cáncer mamario, que represento 31% de todas las neoplasias malignas de la mujer en el mundo en el año 2002. Por ello se realizó un estudio descriptivo, observacional y correlacionar, con diseño transversal en el mes de diciembre de 2006 en el servicio de quimioterapia del Hospital General del IMSS en Mexicali, Baja California⁸⁶, donde se realizó un análisis de cada una de las dimensiones de la calidad de atención de enfermería encontramos que la dimensión estructural del servicio obtuvo la puntuación más baja, 61.28% afirmo que se cuenta con los recursos humanos necesarios y capacitados, 42.2% con recursos financieros y 66.7% con recursos físicos y materiales. Por tanto 56.41% considero que la estructura del servicio es la adecuada para proporcionar una atención de calidad.

En la dimensión proceso de la atención, se observó que 93.2% realiza la recepción y orientación del paciente conforme a la normatividad, 100% proporciona la preparación física, 97.8% realiza el procedimiento correcto y 95.7% proporciona orientación al paciente al final del tratamiento, 96.6% considero realizar el procedimiento en forma correcta, la dimensión resultado de la atención se midió de acuerdo a la satisfacción de los usuarios mencionados 95% de las entrevistadas satisfacción por el servicio recibido, 98% considero que el ambiente es agradable, y el personal de enfermería las trata con amabilidad y cortesía, 85% menciono que si se da orientación sobre los cuidados posteriores a la aplicación del medicamento; por tanto la dimensión resultado fue calificada como buena por 92% de los usuarios.

Es importante destacar que, en el turno matutino se mantiene la calidad con 87% mientras que el turno vespertino observamos una disminución significativa que fue calificada con 73.5%, la calidad de atención de enfermería en el servicio de quimioterapia del Hospital General de Especialidades IMSS fue calificada como buena, 82.52% de los sujetos de estudio consideraron que la atención que reciben por parte de enfermería es buena.

⁸⁶ Ídem

Con respecto a la carga de trabajo se aplicó una guía de observación de actividades del personal de enfermería, obteniendo los siguientes resultados: en relación al tipo de actividad 45.44% lo representaron las actividades indirectas, 41.14% actividades directas, mientras que 13.42% corresponde a otro tipo de actividades, por lo tanto, 86.58% del total de las actividades que realiza el personal de enfermería corresponde a la atención del paciente, en cuanto al tiempo empleado para cada actividad, se encontró que requieren de 1 a 5 minutos con 64%; las actividades que utilizaron de 6 a 10 minutos representaron 21.8%; las de 11 a 15 minutos son 6.2% las que utilizaron más de 16 minutos son 8%; mientras que el porcentaje más bajo correspondió a las actividades en las que se emplearon de 21 a 25 minutos con 1.7% con respecto a la complejidad de las actividades, 40.9% refiere baja complejidad; con 29.7% las de nula complejidad, las de normal complejidad con 22%, observando una concordancia entre el tiempo empleado y la complejidad de las actividades.

De acuerdo a estos datos que se obtuvieron del 100% del personal mantuvo una carga regular, con un promedio de 24.28% pero se observó que la puntuación oscilo entre 20.5 y 29.1, teniendo los niveles más altos en el turno vespertino, con un promedio de 28.3. Este estudio⁸⁷ demostró que la calidad de atención cumple con los indicadores ya que en los usuarios en un 92.5% de los usuarios están satisfechos con la atención de enfermería, el 100% considero que el trato que reciben del personal de enfermería es cálido y amable.

Es interesante observar que la calidad en la dimensión proceso y resultado de la atención de enfermería fue significativamente más alta que la de estructura del servicio, desde luego consideramos que esto se debe a que en las dos primeras dimensiones el personal de enfermería se involucra más y el contacto con el paciente es más directo, lo que da la oportunidad al usuario de valorar la calidad del servicio; por tanto basándonos en los resultados coincidimos con lo que proponen Trincado y Fernández⁸⁸ en relación que para los usuarios no es tan importante el sistema de salud sino que los más importante es el trato y la oportunidad de la atención que reciben, este estudio observo una buena calidad en la atención de enfermería, aun sin contar con una estructura idónea para el servicio; así mismo, la carga de trabajo y el nivel académico fueron calificados como regulares; por tanto, consideramos importante establecer un comité interno de mejora continua de la

⁸⁷ Ídem

⁸⁸ Trincado, A. y et. al.(1995) Calidad en enfermería Instituto de Nefrología. *Revista Cubana de ciencias de la salud*. Recuperado el 17-01-2013: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf01195.htm

calidad, que incluya personal directivo, operativo y usuarios, este comité permitirá la toma de decisiones en forma colectiva, mejorando así la cultura de la calidad, creando una enorme motivación en el personal, que fomentaría el trabajo de equipo orientado al logro de objetivos sociales y morales elevados; es decir, otorgar atención de enfermería de alta calidad.

Además es sabido que cada institución hospitalaria tiene condiciones particulares que deben estudiarse para orientar la dotación de personal de enfermería, en consecuencia, es conveniente que en forma periódica se definan las necesidades de personal en las instituciones de salud, considerando el perfil epidemiológico, los avances científicos y los perfiles académicos y profesionales de la disciplina, en la perspectiva de proporcionar una atención de alta calidad.⁸⁹

Torres y Rivas⁹⁰ analizaron el indicador de calidad del trato digno desde la percepción del paciente, sus resultados señalan que el trato digno proporcionado por las enfermeras se consideró como bueno en 98% y regular 2% y por los enfermeros bueno 96% y regular 4% de acuerdo con la percepción del paciente del trato que proporciona el personal de enfermería es bueno sin influir el sexo del personal que atiende.

Alonso⁹¹ por su parte propusieron evaluar la calidad del servicio de enfermería otorgado a pacientes postquirúrgicos en un hospital de segundo nivel del Estado de México, realizaron un estudio transversal, en 104 pacientes del servicio de Ginecología (G/O) y 87 de cirugía general (CG), el trato digno excelente solo ocurrió en el 22% y 24% de los casos en G/O y CG respectivamente, en el servicio de G/O, el 77% de los usuarios quedo satisfecho con el servicio recibido, en tanto que el 69% lo estuvo en CG, la mayoría de ellos manifestaron haberse sentido satisfechos con el servicio que recibieron por parte del personal de enfermería.

⁸⁹ Ídem

⁹⁰ Torres, C. y et. al. (2010). Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera- un enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. vol.18, n. 3, p.p.60-64

⁹¹ Alonso, J. y et. al. (2010) Calidad del servicio de enfermería en pacientes postquirúrgicos. Recuperado el 4-01-2013: <http://bit.ly/uZ-lbuz>

3.5 RESPONSABILIDAD EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

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, conforme a esto Gutiérrez⁹² llevaron a cabo un estudio cuya muestra comprendió 50 enfermeras generales y 121 pacientes hospitalizados, el total del personal encuestado tiene conocimiento sobre el derecho a la salud; poco menos de la mitad (47%) del personal conocer el derecho de trato digno, el 49% de los pacientes refiere no conocer el nombre de la enfermera que lo atiende en los diferentes turnos y en el 51% reporta que no se respeta su intimidad.

En lo que concierne a la atención de enfermería más de la mitad de los pacientes en un 58% la refiere como buena, 28% excelente y 14% regular, el 70% de los pacientes refieren que no es respetada su decisión e intimidad respecto a su persona, ofrecimientos diagnósticos y terapéuticos, el 32% opino que la enfermera no se dirige a él por su nombre o apellido, al 10% no se le informa de los estudios o procedimientos que se le van a realizar, 17% no recibió un trato amable por el personal de enfermería, solo 12% considera que no es respetado su derecho en la toma de decisiones respecto a su persona, ofrecimientos diagnósticos y terapéuticos, es decir a pesar del conocimiento respecto a los derechos de los pacientes se identificaron aspectos concretos en los que se deben realizar acciones para su mejora.

En otro estudio realizado en la Ciudad de Monterrey⁹³ el objetivo fue identificar el cumplimiento del indicador de calidad: trato digno proporcionado por personal de enfermería con pacientes de crónico- degenerativos, estos resultados a diferencia del estudio de Gutiérrez, mostraron un buen nivel en el trato proporcionado: el 56.1% de los encuestados refirió que “el trato digno es excelente”. El 98.2% considero que la enfermera saluda de forma amable, se presenta ante ellos 73.7%, se dirigen por su nombre 73.7% y 94.7% explican los procedimientos o actividades a realizar; 93% reporta que se les ofrecen condiciones que guarden su intimidad o pudor, trata la enfermera al paciente con

⁹² Gutierrez, S. y et. al. (2001). Derechos del paciente hospitalizado: Responsabilidad en la práctica de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. vol. 9, n.1, p.p. 15-8.

⁹³ Carrillo, M. y et. al. (2009). Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería Monterrey. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. vol. 17, n. 3. p.p.139-142.

respeto 98.2% y prácticamente la totalidad de los encuestados (99.1%) se siente satisfecho con el trato.

Evaluar el trato digno en mujeres que deciden una interrupción legal del embarazo, también han despertado el interés Fuente- Maldonado⁹⁴, cuyo objetivo fue evaluar el comportamiento y actitud del personal de salud, la información proporcionada, el trato y la atención recibida; la muestra la conformaron 92 mujeres, asistentes a un hospital general de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. El puntaje general obtenido por el personal médico fue de 55.6 de un máximo de 100, mientras que el personal de enfermería fue calificado con 71 puntos, se evaluó el indicador de calidad de trato digno, considerándose tres aspectos: la información que se le da a la paciente, el trato respetuoso considerando su intimidad, y el secreto profesional y los cuidados que reciben.

En este sentido se puede señalar que durante la atención a las pacientes que acuden al servicio de salud reproductiva, específicamente al servicio de interrupción legal del embarazo el trato digno, es bueno, ya que se le trata con respeto, amabilidad, humanismo e informándole acerca de los procedimientos a realizar, medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias de acuerdo a sus requerimientos así como de los cuidados que deben llevar en el hogar y recibiendo los cuidados pertinentes de enfermería.

En ocasiones al tratar de mejorar el trato digno se enfocan estrategias de mejora en un solo ámbito, descuidado el resto de ellos, por lo que no se podría hablar realmente de una atención con trato digno su totalidad complejidad o integración, así al tratar de mejorar el trato digno las estrategias se deben de implementar en todos los aspectos que este aborda, dejando a un lado el hecho de que en algunos se obtengan resultados bajos.⁹⁵

Hernández y Aguilar⁹⁶ realizaron un estudio retrospectivo, transversal y observacional, acerca de la satisfacción del usuario y la seguridad del paciente en la atención de la salud de acuerdo a la experiencia de los últimos siete años de atención de la queja médica en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), ya que la demanda de atención de

⁹⁴ De la Fuente, M. y et.al. (2010). Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo con base al indicador de Trato Digno. *Revista CONAMED*. vol. 15, n. 3, p.p. 125- 139

⁹⁵ Bernal, L. y et. al. (2011) Percepción de trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo (ILE). *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. vol.8, n. 3, Julio- Septiembre, p.p.3-5

⁹⁶ Hernández, F. y et.al. (2009) Queja médica y calidad de la atención en salud. *Revista CONAMED*, vol.14, Julio-Septiembre. p.p. 1-6

quejas documentadas se ha incrementado de manera constante; en 2008 la cifra registrada alcanzo un incremento del 53% con respecto a la cifra registrada en 2002, la Comisión para dar atención a las controversias; ha registrado un comportamiento similar con relación en la demanda. El 67.5% de las quejas fueron atendidas en instituciones de seguridad social, el 26.5% a través de servicios médicos privados y el 4.7% por unidades médicas dependientes de la Secretaría de Salud; el 1.3% fue otorgada en establecimientos de asistencia privada o social.

En 1504 quejas, el caso amerito atención de ginecología y obstetricia, 1283 de traumatología y ortopedia, 1219 de urgencias, 1027 de cirugía general y 724 de odontología, el conjunto de estas quejas representan el 54.9% y han sido motivo de elaborar recomendaciones específicas, para contribuir a mejorar la atención.

La mala atención representada en cifras corresponde en una de cada cuatro quejas atendidas, de las cuales poco más de la mitad tuvo un impacto en la salud del paciente, terminando en daño temporal, permanente o muerte, por ello el motivo de la queja del personal de salud refleja las etapas críticas del proceso de atención de la salud, generando el potencial técnico que contribuye a mejorar la calidad de atención y sobre todo a prevenir eventos adversos con alto impacto en la salud humana.

En México en el año 2002, Tapia Cruz⁹⁷ realizo un estudio sobre los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006, con el fin de conocer la importancia que estos tenían para la población y describir sus determinantes, 31.8% de la población analizada considero más importante el objetivo de mejorar el trato dentro del sistema de salud, 29.5% califico como más importante el objetivo de mejorar la salud de la población, 17.4% estimo importante minimizar las diferencias entre las personas respecto a la salud, 13% valoró reducir las desigualdades en la capacidad de respuesta del sistema tenía mayor importancia, y 8.3% considero que lograr la equidad en la contribución financiera dentro del Sistema de Salud era lo prioritario.

Se identificó que la importancia asignada por la población a los objetivos, se relaciona con la experiencia de esta durante su interacción con los servicios de salud, sus características personales y la influencia que ejercen diversos factores externos sobre el

⁹⁷ Tapia, J. (2006). Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. *Salud Pública México*. vol. 48, n. 2, p.18

individuo, con la información obtenida, se pudo determinar que para un número considerable de la población, contar con un sistema de salud que respetara la dignidad de las personas y ofreciera servicios orientados al usuario era una aspiración inaplazable.

Cuando se evaluó el trato adecuado en México, los primeros datos se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED)⁹⁸, realizado entre noviembre de 2002 y marzo de 2003, fue coordinado por la Secretaría de Salud; el instituto Nacional de Salud Pública y la Organización Mundial de la Salud participaron en el diseño, levantamiento y análisis de la encuesta, se incluyeron las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

En lo que respecta al apartado del trato adecuado de la ENED 2002-2003, los resultados ajustados por tipo de institución, mostraron que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) obtuvieron valores más bajos en la atención ambulatoria, de lo anterior se concluyó que el objetivo de ofrecer trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, mostraba áreas de rezago que debían atenderse oportunamente para tratar de lograr uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud, lo cual implicaba otorgarle al trato el valor que merecía, para poder impulsar las acciones necesarias y modificar las fallas que provocaban que, en ciertos dominios, el trato tuviera comportamientos deficientes.

Dentro de los resultados más importantes se destaca que las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) manifestaron el peor desempeño, el trato respetuoso fue el dominio mejor calificado, mientras la capacidad de elección del proveedor y las condiciones de las instalaciones básicas obtuvieron la menor calificación, esto de acuerdo a la investigación realizada por Puentes, Dantes y Garrido.

El estudio efectuado por Puentes- Rosas, Rúelas, Martínez y Garrido⁹⁹ donde el objetivo principal era presentar y discutir los resultados de la evaluación del sistema mexicano de salud en materia de trato adecuado, los datos se obtuvieron en la ENED 2002-2003,

⁹⁸ Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003. Recuperado el 15-02-2013: <http://evaluacion.salud.gob.mx/evaluacion/evaluacion.htm>

⁹⁹ Puentes, E. y et.al. (2004) Caracterización del trato que reciben hombres y mujeres usuarios del sistema mexicano. *Revista Genero y Salud*. vol. 2, n. 2, p.p. 5-11

donde obtuvo como resultado que la atención adecuada va en relación con la institución que la proporciona ya que las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) se ubicaron por debajo de los servicios de Secretaría de Salud y de los privados.

En la atención hospitalaria, los servicios privados recibieron calificaciones más altas que los públicos, las conclusiones señalan que el componente de trato digno presenta áreas de rezago que deben ser atendidas oportunamente para tratar de alcanzar uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud.

En la Cruzada, el trato digno implicaba el respeto a los derechos humanos y a las características individuales de las personas, información completa, veraz y oportuna y entendida por el paciente, o por quien era responsable de él o de ella; interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos; y amabilidad, la medición del trato digno, en el segundo nivel de atención, se realizaba solo en el servicio de urgencias y media el grado de satisfacción del paciente, familiar y acompañante por la oportunidad en la atención, información proporcionada por la enfermera y el trato brindado por la misma.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Ídem

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

4.1 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realizó por la situación que actualmente aqueja al profesional de enfermería del Hospital Juárez de México puesto que de acuerdo a la evaluación del indicador de trato digno se encuentra semaforizado en el color amarillo, que indica que si se da trato digno pero no en su totalidad, por lo que nace la inquietud de conocer que factores influyen para que no se proporcione un trato digno ideal por parte de todo el personal de enfermería que labora en esta institución. Además de que se ha observado que en los servicios no se proporciona trato digno al paciente hospitalizado por diferentes factores.

La atención a la salud es considerada a nivel mundial como uno de los servicios con mayor demanda social, los servicios que ofrece enfermería corresponde a uno de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención.

En México la Constitución Política nos dice que el Art. 4to párrafo tercero “Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...” por lo que el profesional de enfermería esta comprometido a proporcionar trato digno al paciente, rigiéndose por los principios fundamentales de la ética buscando siempre el bienestar del paciente.

Por eso el eje principal de esta investigación es conocer los factores que influyen para que el profesional de enfermería proporcione trato digno, para proponer un plan de mejora que favorezca el cumplimiento de este indicador. Y así mismo trabajar con el personal de enfermería del Hospital Juárez de México para brindar en su totalidad un trato digno al paciente hospitalizado.

4.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En los últimos años la queja de los pacientes hospitalizados ha aumentado principalmente por parte del personal de enfermería implicando la mala calidad de atención, así como la falta de trato digno.

En la Encuesta Nacional de Satisfacción en los servicios de Salud realizada en México en el 2002, los ciudadanos calificaron a los servicios de salud por debajo de los servicios de escuelas públicas, agua y drenajes, teléfonos y transporte público, solo por arriba de la policía.

La despersonalización creciente en que el paciente ha pasado a un segundo plano ya sea por el aumento de la demanda asistencial y/o tecnificación de la atención a la salud que otorgan los hospitales, donde la actitud humanizante que debe caracterizar la relación entre profesionales de salud y pacientes se ha ido deteriorando, reduciendo la visión integral del paciente como ser biopsicosocial, tomando en cuenta como principal protagonista a la enfermedad y haciendo que el profesional de enfermería pierda de vista su eje de primordial que es el cuidado y la atención del paciente, impidiendo así que brinde un cuidado de calidad. Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que se relacionan para que el profesional de enfermería en el Hospital Juárez de México proporcione trato digno al paciente hospitalizado?

4.3 OBJETIVOS

4.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que intervienen para que el profesional de enfermería proporcione trato digno al paciente hospitalizado en el Hospital Juárez de México.

4.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el comportamiento ético que la enfermera tiene hacia el paciente
- Saber el grado académico de las enfermeras en estudio
- Observar si la enfermera se interesa por el cuidado del paciente
- Verificar si el profesional de enfermería es amable con el paciente
- Observar si el profesional de enfermería tiene una comunicación asertiva con el paciente.
- Detectar si los profesionales de enfermería trabajan en equipo
- Identificar si la carga de trabajo influye en la calidad de atención al paciente hospitalizado.

4.4 HIPÓTESIS

Si el profesional de enfermería tiene un comportamiento ético, un grado de estudios, se interesa, es amable, se comunica asertivamente, trabaja en equipo y no tiene carga de trabajo, entonces mejoraría el trato digno en el paciente hospitalizado.

Si el profesional de enfermería no se comunica, no tiene un comportamiento ético, un grado de estudios, muestra desinterés en el cuidado, no es amable, tiene carga de trabajo y no trabaja en equipo, entonces no proporciona trato digno al paciente hospitalizado.

4.5 OPERACIONALIDAD DE LAS VARIABLES

Concepto	Definición	Dimensiones	Indicadores
Trato Digno	Es 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	La percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> - Amabilidad - Presentación - Identificación - Interés - Autocuidado - Educación p/ la salud - Cuidado - Atención
Dignidad	Es la condición esencial de la persona; consistente en estar dotado de conciencia y libre albedrío que la lleva a la búsqueda de la verdad y el bien y que la distingue de los demás seres.	Está conformada por todos aquellos merecimientos de la condición humana que le hacen singular. La libertad, justicia, equidad, lealtad, bien común, que sustentan a la dignidad humana y que adquieren un valor real cuando se confortan en el hacer cotidiano de las personas y, particularmente, cuando son negados, amenazados, restringidos o aislados	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto - Intimidad - Pudor - Cortesía
Calidad	Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención de salud óptima, teniendo en cuenta todos los factores, conocimientos del paciente, del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.	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	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación - Comodidad - Cordialidad - Privacidad

<p>Profesional de enfermería</p>	<p>La Asociación Americana de Enfermeras define la enfermería como la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones.</p>	<p>Virginia Henderson se refiere que la única función de una enfermera es prestar asistencia a la persona enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que ella realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, siempre con el objetivo de ayudarlo a alcanzar la independencia con la mayor rapidez posible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento - Carga de trabajo - Trato personal - Comportamiento ético - Trabajo en equipo
---	--	---	---

OPERACIONALIDAD DE LAS VARIABLES

a) Carga de Trabajo

- Profesional de enfermería con más de 5 pacientes
- Profesional de enfermería 1 paciente crítico

b) Comportamiento ético

- Respeto los derechos del paciente
 - * Respeto
 - Dirigirse al paciente de usted
 - Tener contacto visual con el paciente
 - * Intimidad
 - Cuidar la individualidad e integridad del paciente
 - * Pudor
 - Pedir autorización al paciente cuando sea necesario tocar sus genitales.
- Procura el bienestar del paciente
 - Mantiene la cama del paciente limpia
 - Realiza lavado de manos al tener contacto con otro paciente

c) Falta de comunicación

- Presentarse con el paciente por su nombre
- Identificar al paciente por su nombre completo
- Preguntar la fecha de nacimiento del paciente
- Preguntar la edad del paciente
- Habla con el paciente con un lenguaje entendible sin terminología médica
- Explica procedimientos que realiza
- Tener consentimiento verbal al paciente antes de realizar un procedimiento
- Informar que medicamentos administra

d) Amabilidad

- Mostrar cortesía hacia el paciente
- Tratar al paciente con respeto sin importar su diagnóstico médico.
- Tratar al paciente con amabilidad sin importar su estado de conciencia
- Tratar al paciente sin importar sexo, edad, raza, credo, preferencias políticas o religión.

e) Interés

- Mostrar interés en el paciente
 - El profesional de enfermería está continuamente con el paciente
 - Recurre el profesional de enfermería cuando el paciente lo solicita
 - El profesional de enfermería conversa con el paciente durante su turno.
 - Brinda al paciente platicas acerca de temas de su autocuidado
 - Explica cuidados al egreso hospitalario
 - Resuelve dudas sobre su autocuidado.

f) Trabajo en equipo

- Atender al paciente cuando lo requiera aunque no esté a cargo de la enfermera.

4.6 DISEÑO METODOLÓGICO

4.7 TIPO DE ESTUDIO

- **OBSERVACIONAL:** Las variables estudiadas no fueron modificadas, pues el objetivo es la observación.
- **DESCRIPTIVO:** Tiene como fin mostrar las características de un hecho, observar, registrar, interpretar y comprobar el fenómeno estudiado de la investigación.
- **TRANSVERSAL:** La investigación se hará en una sola ocasión y de inmediato se procederá a su descripción y análisis, sin requerir de observaciones posteriores.
- **PROSPECTIVO:** Para esta investigación se elabora una guía observacional que tiene por objeto la recolección de datos.

4.8 POBLACIÓN

Todas los profesionales de Enfermería del turno matutino que laboren en el Hospital Juárez de México. Del 13 al 17 de Mayo del 2013.

4.9 MUESTRA

Se consideró a 52 profesionales de enfermería de los servicios de Oncología primer piso, Neurocirugía, Medicina Interna Norte, Medicina Interna Sur, Cirugía General, Ginecología y Ortopedia del Hospital Juárez de México, de tipo no probabilística, por conveniencia ya que son de fácil accesibilidad para mi investigación y porque se conoce al personal que laboran en estos servicios.

4.10 TIPO DE MUESTRA

Por conveniencia y por cuota ya que son de fácil accesibilidad para la investigación y porque se conoce al personal que laboran en estos servicios.

4.11 CRITERIOS

4.11.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Profesionales de Enfermería que laboran en los servicios de Oncología primer piso, Neurocirugía, Medicina Interna Norte, Medicina Interna Sur, Cirugía General, Ginecología y Ortopedia del turno matutino que laboren en el Hospital Juárez de México.

4.11.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Profesionales de Enfermería que laboran en los servicios de Oncología primer piso, Neurocirugía, Medicina Interna Norte, Ortopedia, Medicina interna Sur, Cirugía General y Ginecología del turno matutino que laboren en el Hospital Juárez de México pero que tengan incidencia el día de la aplicación de la guía observacional.

4.11.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Profesionales de enfermería que laboran en el turno matutino del Hospital Juárez de México pero que no pertenecen a los servicios seleccionados.

4.11.4 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Aquellas guías observacionales que no se concluyeron.

4.12 MODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una guía observacional a través de ítems con la finalidad de responder los siguientes indicadores: amabilidad, presentación, identificación, interés, autocuidado, educación para la salud, cuidado, atención, respeto, intimidad, pudor, comunicación, comodidad, cordialidad, privacidad, conocimiento, carga de trabajo, trato personal, comportamiento ético y trabajo en equipo. La guía consta de tres componentes siendo: la hoja de identificación, los datos generales y los ítems.

Se realizó una prueba piloto la cual se calculó la confiabilidad de la misma, se capturaron los datos en el programa SPSS versión 20.0, utilizando la prueba de Alpha de Cronbach obteniendo así una confiabilidad de 0.9498, por lo que no fue necesario modificar la guía observacional; constando esta de 29 ítems.

4.13 PROCEDIMIENTO

Una vez revisada la guía observacional, se procedió a la aplicación de la guía, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se seleccionaron a los 52 profesionales de enfermería que cumplieron con los criterios de inclusión en los servicios de Oncología primer piso, Neurocirugía, Medicina Interna Norte, Medicina Interna Sur, Cirugía General, Ginecología y Ortopedia, con previa autorización de la coordinación de enseñanza del Hospital Juárez de México y de las jefes de servicios.

La guía observacional se aplicó en el turno matutino con un horario de 7 a 14 hrs. del 13 al 17 Mayo del 2013, la guía fue aplicada por las pasantes de enfermería responsables de esta investigación. Se observó a los profesionales de enfermería de los servicios antes mencionados con la finalidad de identificar la forma de dirigirse y de comportarse con el paciente para proporcionar trato digno, se le informo a las jefes de servicio acerca del estudio que se realizaría, sin embargo por ser un estudio observacional los sujetos a estudio no conocieron el objetivo de la investigación, puesto que su conocimiento podría causar un sesgo en la misma.

4.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación la información obtenida se manejó con discreción, confidencialidad y con un código de ética profesional hacia los 52 profesionales de enfermería, respetando su ideología, su percepción y criterio acerca de proporcionar un trato digno y no tendrá repercusión dentro de su ámbito laboral.

4.15 RECURSOS

4.15.1 RECURSOS MATERIALES

Para esta investigación se utilizaron hojas, computadora, impresora, libros, revistas, internet, folders, cuaderno y plumas.

4.15.2 RECURSOS HUMANOS

La investigación se pudo llevar a cabo gracias al apoyo y asesoramiento de la profesora de la Escuela de la Secretaría de Salud la C.Dra. Díaz Hoffay Juana Laura y de los 52 profesionales de enfermería, además de la autoridades del Hospital Juárez de México.

4.15.3 RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros fueron proporcionados por mis padres.

4.16 TABULACIÓN DE DATOS

Al término de la investigación se realizaron métodos estadísticos con el programa SPSS versión 20.0 que dio los parámetros que se obtuvieron, así mismo se tabularon y graficaron los datos obtenidos, para su posterior análisis e interpretación.

4.17 ANÁLISIS

La investigación que se realizó en el Hospital Juárez de México acerca de Trato Digno al paciente Hospitalizado mostro en la gráfica N.1 los servicios donde se realizó la guía observacional que fueron con un 17.3% Medicina Interna Norte, con un 15.4% Ortopedia, Neurocirugía, Oncología y Cirugía general, Medicina Interna Sur con un 11.5% y Ginecología con un 9.6%. De acuerdo al nivel académico la gráfica N.2 muestra que el 48.1% fueron Licenciadas en Enfermería, con un 46.2% Enfermeras Generales, un 3.8% Enfermeras Especialistas, Auxiliares en Enfermería con 1.9% del 100% de las enfermeras observadas. (Véase ANEXO: 3)

El primer indicador evaluado fue la carga de trabajo mostrándose en la gráfica N.3 donde se indica que el 84.6% del personal observado siempre tiene más de 5 pacientes y un 15.4% nunca los tiene, sin embargo, la gráfica N.4 indica que el 15.4% de las enfermeras observadas tiene un paciente crítico, en tanto un 84.6% no tiene a su cargo un paciente crítico.

El segundo indicador observado fue comportamiento ético donde la gráfica N.5 se indica que un 53.8% siempre se dirige al paciente hablándole de usted, un 15.4% nunca, el 13.5% raramente, frecuentemente 9.6% y a veces un 7.7% del total de las enfermeras observadas. La gráfica N. 6 muestra que el 50% de las enfermeras siempre tiene contacto visual con el paciente al hablarle, a veces y raramente un 15.4%, frecuentemente el 11.5%, y nunca tiene contacto visual el 7.7%, sin embargo, la gráfica N. 7 indica que la enfermera cuida la individualidad e integridad del paciente siempre con un 30.8%, raramente el 21.2%, a veces un 19.2%, nunca el 15.4% y un 13.5% frecuentemente, en cuanto a la gráfica N.8 muestra que el 65.4% de las enfermeras piden autorización del paciente cuando es necesario tener contacto con sus partes íntimas, el 13.5% nunca lo hace, el 11.5% frecuentemente, un 5.8% a veces y tan solo 3.8% raramente.

La gráfica N.9 indica que un 65.4% siempre mantiene la cama limpia del paciente durante el turno, frecuentemente el 15.4%, a veces un 11.5% y 7.7% raramente no mantiene en óptimas condiciones la cama del paciente, la gráfica N. 10 se muestra que del 100% el 53.8% de las enfermeras observadas nunca realiza lavado de manos al tener contacto de

un paciente a otro, a veces un 17.3% y raramente el 13.5%, el 11.5% frecuentemente lo realiza y tan solo el 3.8% siempre lo lleva acabo.

El tercer indicador observado fue comunicación mostrándose en la gráfica N. 11 donde se muestra que el profesional de enfermería en un 44.2% siempre se presenta por su nombre con el paciente, el 38.5% nunca, el 7.7% frecuentemente, a veces el 5.8% y raramente un 3.8% lo realiza, la gráfica N.12 indica que un 40.4% nunca identifica al paciente por su nombre completo, el 28.8% siempre, raramente un 11.5%, a veces y frecuentemente un 9.6%, en cuanto a la gráfica N.13 se muestra que del 100% de los profesionales de enfermería observados el 71.2% nunca preguntan la fecha de nacimiento del paciente, el 21.2% siempre, el 3.8% a veces, y el 1.9% frecuentemente y raramente lo pregunta, la gráfica N. 14 indica que el 82.7% nunca pregunta la edad del paciente, el 13.5% siempre y el 1.9% a veces y raramente lo pregunta, en cambio la gráfica N. 15 muestra que un 92.3% de los observados siempre se dirige al paciente en un lenguaje adecuado y sin terminología médica, frecuentemente un 3.8% y tan solo 1.9% raramente y nunca se dirige hacia en el lenguaje adecuado. De acuerdo a los procedimientos que lleva acabo el profesional de enfermería la gráfica N. 16 muestra que el 38.5% de las enfermeras siempre le explica al paciente el procedimiento que llevara a cabo, el 23.1% nunca, un 21.2% a veces y raramente el 13.5% y frecuentemente el 3.8% se lo explica, la gráfica N. 17 indica que al realizar un procedimiento el 38.5% de las enfermeras observadas siempre tienen el consentimiento verbal del paciente al realizar un procedimiento, el 19.2% raramente y nunca, el 15.4% a veces y frecuentemente el 7.7%, nos indica la gráfica N. 18 que el 48.1% de las enfermeras observadas siempre le informan al paciente que medicamentó le ministra, a veces el 21.2%, frecuentemente y raramente el 11.5% y nunca le informa el 7.7%.

En cuanto al indicador amabilidad la gráfica N. 19 muestra que un 44.2% de los profesionales en enfermería observados siempre muestran cortesía hacia el paciente, frecuentemente y a veces el 19.2%, raramente el 15.4% y nunca el 1.9% se muestran corteses, en la gráfica N. 20 se indica que del 100% de las enfermeras en estudio el 61.5% siempre trata con respeto al paciente sin importar su diagnóstico médico, frecuentemente y a veces el 15.4%, y tan solo el 5.8% raramente; y nunca trata con respeto al paciente el 1.9%; la gráfica N. 21 muestra que el 63.5% siempre trata al

paciente con amabilidad sin importar su estado de conciencia, frecuentemente el 13.5%, el 11.5% a veces, raramente el 7.7% y nunca el 3.8% del 100% de las enfermeras observadas, en cuanto la gráfica N. 22 indica que siempre el 75% cuida al paciente sin importar sexo, edad, raza, credo, preferencias políticas y religión, frecuentemente el 15.4%, 5.8% a veces, y 3.8% raramente.

El indicador de interés se muestra en la gráfica N. 23 donde se indica que del personal de enfermería estudiado el 40.4% esta frecuentemente con el paciente, el 23.1% a veces, raramente un 19.2%, siempre un 11.5% y nunca el 5.8%; la gráfica N.24 indica que un 26.9% de las enfermeras observadas recurre cuando el paciente le solicita, el 25% frecuentemente, un 21.2% siempre, raramente el 19.2% y nunca acude el 7.7%, se indica en la gráfica N. 25 que el 32.7% del personal de enfermería observado a veces conversa con el paciente durante el turno, 23.1% siempre lo hace, raramente un 21.2%, el 13.5% frecuentemente, y 9.6% nunca lo conversa con el paciente, sin embargo, la gráfica N. 26 muestra que el 36.5% nunca plática con el paciente acerca de su autocuidado, el 19.2% siempre lo lleva a cabo, a veces y raramente el 15.4% y el 13.5% frecuentemente conversa con el paciente, la gráfica N. 27 indica que del 100% de las enfermeras observadas el 42.3% nunca le explica al paciente los cuidados que tendrá al egreso del hospital, el 25% siempre, a veces un 15.4%, raramente el 9.6% y frecuentemente el 7.7% le explica, en cuantos a las enfermeras que nunca resuelven las dudas del paciente acerca de su autocuidado la gráfica N.28 muestra que el 34.6%, siempre lo realiza el 23.1%, el 17.3% a veces y raramente; solo un 7.7% frecuentemente resuelve las dudas del paciente.

El indicador de trabajo en equipo lo muestra la gráfica N. 29 donde el 38.5% nunca atiende al paciente que necesita algo y que no está a su cargo, el 21.2% frecuentemente, raramente un 15.4% y siempre 13.5% y a veces el 11.5% del total de las enfermeras observadas.

CRUCE DE VARIABLES

De acuerdo a los datos obtenidos de la guía observacional se valoró la importancia de cada de cada uno de los ítems y se realizó un cruce de variables obteniendo los siguientes resultados; la gráfica N.1 indica que el servicio que siempre muestra cortesía hacia el paciente es Medicina Interna Norte con un 12% en comparación con Ortopedia con un 10%, Oncología y Medicina Interna Sur con un 8%, Neurocirugía con un 6% y Cirugía General con un 2%, en relación del servicio con el procedimiento de lavado de manos al tener contacto con otro paciente, la gráfica N.2 indica que el servicio de Cirugía General con un 6% siempre se lava las manos, en comparación con un 5% de Ginecología, Medicina Interna Sur y Ortopedia con un 4% y los servicios con menor porcentaje fueron Neurocirugía, Medicina Interna Norte y Oncología con un 3%.

La grafica N.3 indica la relación que existe entre el servicio y cuidar la integridad del paciente, Oncología con un 5% siempre cuida al paciente, con un 4% Ortopedia, Neurocirugía, Medicina Interna Norte y Sur con un 2%, Ginecología con 1%, Cirugía General raramente con un 4%, en cuanto a la relación que existe entre el servicio y tratar al paciente sin importar su diagnóstico médico, la gráfica N.4 muestra que los servicios de Oncología y Ortopedia con un 6% siempre lo realiza, Medicina Interna Norte y Ginecología con un 5% y Cirugía General y Medicina Interna Sur solo con un 3% del 100% de las enfermeras observadas, la gráfica N.5 indica la relación que existe entre nivel académico y tratar al paciente con amabilidad sin importar su estado de conciencia del 100% de las enfermeras observadas, las Enfermeras Generales con un 16% siempre tratan al paciente con amabilidad, las Licenciadas con un 14%, las Enfermeras Especialistas con un 2% y 1% las Enfermeras Auxiliares siempre tratan con amabilidad.

4.18 INTERPRETACIÓN

Al complementar la investigación se encontró que al realizar la guía observacional a 52 enfermeras del turno matutino acerca del Trato Digno al Paciente Hospitalizado por parte del Profesional de Enfermería en el Hospital Juárez de México se deduce que en su mayoría fueron del servicio de Medicina Interna Norte y en menor número del servicio de Ginecología.

En la misma oportunidad fueron las Licenciadas en Enfermería y las Enfermeras Generales, en menor número las Auxiliares de Enfermería, puesto que por políticas del Hospital la plantilla de trabajadores está en proceso de profesionalización, por esto en su mayoría fueron Licenciadas en Enfermería, al observarlas se identifica que el nivel académico no depende del trato que proporciona el personal de enfermería al paciente hospitalizado.

En cuanto a la carga de trabajo siempre las enfermeras tienen más de 5 pacientes, a veces tienen un paciente crítico y esto si es un factor que repercute en su desempeño laboral, puesto que no pueden proporcionarle el tiempo adecuado a cada paciente.

La mayor parte de las enfermeras se rigen por un comportamiento ético, se observó que siempre le hablan de usted al paciente creando un vínculo de respeto, reforzándolo con el vínculo visual favoreciendo la relación entre ambos, además de que la mayoría de las enfermeras muestran cortesía hacia el paciente, siendo Medicina Interna Norte el servicio observado que es más cortes en comparación con el Servicio de Neurocirugía; el personal observado trata con respeto al paciente sin importar su diagnóstico médico, siendo amables sin importar su estado de conciencia, sexo, edad, raza, credo, preferencia política o religión creando un vínculo enfermera-paciente óptimo, además de que el personal siempre cuida la individualidad e integridad del paciente, pidiéndole su autorización cuando es necesario tocarlo, teniendo pudor al proporcionar su cuidado, además de procurar el bienestar del paciente manteniendo la unidad del paciente en óptimas condiciones, se observó que en su mayoría no se lavan las manos al tener contacto con otro paciente poniendo en riesgo la protección del paciente, se encontró que el servicio que siempre trata con respeto y cuida su individualidad e integridad del

paciente es Oncología y Ortopedia en comparación con Cirugía General, Ginecología y Medicina Interna Sur que raramente lo lleva acabo.

En cuanto a la comunicación en su mayoría los profesionales de Enfermería se presentan con el paciente al iniciar el turno, pero no todo el personal lo lleva acabo, siendo la comunicación un factor que se observó fundamental al proporcionar trato digno; al llevar acabo el estudio se encontró que las enfermeras nunca identifican a los pacientes por su nombre completo, ni por su edad, ni corroboran su fecha de nacimiento, siendo una de las metas internacionales y uno de los indicadores que establece el Hospital Juárez de México; ya que la identificación del paciente es fundamental en la atención por parte del profesional de Enfermería; en su mayoría las enfermeras le explican al paciente el procedimiento antes de realizarlo, teniendo el consentimiento verbal al realizarlo, aunque en una minoría hay quien no le da importancia a esto; en general la mayor parte de las enfermeras le informan al paciente que medicamento le administraran, se observo que al comunicarse la enfermera con el paciente disminuye su ansiedad y estrés, fortaleciendo de nuevo el vínculo enfermera-paciente, puesto que la comunicación asertiva es un factor que coadyuva a mejorar las relaciones personales y laborales, creando un ambiente ideal; si bien a veces el profesional de enfermería conversa con el paciente durante el turno, sin embargo nunca platica con él acerca de su autocuidado, ni le explica los cuidados que tendrá al egreso del hospital, dejando de lado la importancia de la educación para la salud, se identificó que la comunicación si es un factor que interfiere en proporcionar trato digno al paciente.

En cuanto al interés la enfermera frecuentemente esta con el paciente durante el turno, a veces recurre cuando el paciente lo solicita, pero nunca proporciona atención al paciente si no está a su cargo, encontrando así otro factor que hace que no se proporcione trato digno ya que el eje primordial de enfermería es la atención y el cuidado del paciente, este o no a su cargo.

Se observó que en general si se proporciona trato digno, pero que existen factores que hay que modificar para que todo el personal de enfermería trate dignamente al paciente hospitalizado.

4.19 CONCLUSIONES

De acuerdo a la hipótesis planteada esta se acepta y se corrobora, se concluye que existen diversos factores que influyen para proporcionar trato digno al paciente hospitalizado entre los que esta la carga de trabajo que interviene en el desempeño laboral del profesional de enfermería, ya que el contacto con el paciente disminuye, asociado a la falta de interés que presentan en su mayoría, se considera que el hecho de tener carga trabajo, no exime de proporcionar trato al paciente ya que el presentarse con el paciente y mostrar cortesía, coadyuva a generar un vínculo enfermera-paciente, generando un ambiente de confianza, amabilidad, respeto y cordialidad.

Se observo que la comunicación es un factor de gran importancia para que se proporcione un cuidado y atención holística, ya que las enfermeras pierden mucho tiempo en cuestiones personales al iniciar el turno, perdiendo de vista que su prioridad debe ser el paciente, su atención gira en relación a lo administrativo y no tanto al cuidado del paciente.

La despersonalización es otro factor que se ha identificado para no proporcionar trato digno por que el personal no le ha prestado la debida atención, puesto que no se identifica al paciente por su nombre completo y se refirieren al mismo como un diagnóstico médico, una cama o sobrenombre esto hace que el paciente pierda su esencia de persona y se pierda el vínculo enfermera-paciente, aunado al hecho de que se pierde el humanismo que caracteriza al profesional de enfermería.

Un factor que influye también es la rutina de cada servicio que observamos interfiere en la deshumanización y que solo realizan las actividades sin tomar en cuenta la opinión del paciente y sin comunicarle el procedimiento que llevara a cabo, el crear un ambiente de confianza al conversar con el paciente ayuda a disminuir las emociones negativas que genera estar en una estancia hospitalaria.

La actualización de enfermería es importante porque el profesional de enfermería tiene un compromiso profesional; se identificó que el paciente le pregunta a la enfermera acerca de su autocuidado y las enfermeras se eximen de su responsabilidad, dejando a un lado

la educación para la salud, siendo este un factor que favorece el bienestar del paciente y por tanto disminuiría la estancia hospitalaria del mismo; la motivación personal y laboral es un factor que ayudaría a proporcionar trato digno, se observo que las enfermeras no tienen mucha oportunidad de seguir actualizándose, y que el adquirir más grados académicos no se reconocen, por lo que el personal se desmotiva para continuar preparándose y eso interfiere en la atención de calidad del paciente.

Los profesionales de enfermería deberá reflexionar día a día la atención y el cuidado que proporciona al paciente, el cual engloba saludar con respeto y amabilidad; además de empatizar con el paciente, considerando las circunstancias (miedo, estrés, angustia) en las que acude el paciente; trabajar en equipo para resolver problemas en beneficio del paciente, así como valorar nuestro lugar de trabajo, desempeño y los recursos de los que disponemos; valorar y respetar las actividades de los compañeros, respetar la discreción y confidencialidad; comunicarnos con palabras claras y comprensible para persona que se le proporciona el cuidado, todo ello forma parte del trato digno e integral hacia los enfermos y allegados.

El trato digno es considerar como personas, es no dejar de lado la esencia de enfermería, esa esencia de ser humana, de ayudar al otro sin importar su características personales, es proporcionar un cuidado de calidad, es tratar al paciente como un ser holístico.

4.20 SUGERENCIAS

El objetivo primordial del profesional de enfermería es el cuidado y la atención del paciente, por ello es de suma importancia que los factores que pueden intervenir en no proporcionar trato digno se modifiquen para beneficio del paciente y para mejora de la profesión de enfermería.

Por lo que se sugiere:

1. Se propone un Programa de educación continua acerca de la calidad de la atención y trato digno al paciente hospitalizado para el profesional de enfermería.
2. Generar una comunicación asertiva enfermera- paciente, sonriendo, saludando al paciente, escucharlo con atención, mostrándole interés, así como tratar de disminuir la angustia del paciente o familiar y otorgar información clara y sencilla, por ello se requiere de competitividad profesional y de multihabilidades para una relación armónica en la relación enfermera – paciente.
3. Que la enfermera sea oportuna en su atención, informándole al paciente quien lo atenderá en caso de su ausencia.
4. Promover el trabajo en equipo, fortaleciendo la idea de cooperar con los demás y contribuir al esfuerzo común fundamental, además de generar armonía, coordinándose como equipo de salud, teniendo como resultado final el aumento de la eficiencia y la eficacia, un cuidado de calidad hacia el paciente, la disminución del ausentismo laboral y mayor satisfacción en el profesional de enfermería
5. Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud.
6. Estrategias de afrontamiento adaptativas de carácter individual para el control del estrés; tales como: la práctica de la relajación en situaciones generadoras de este, el entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas, así como diversos procedimientos de reestructuración cognitiva.
7. Generar una ambiente de trabajo adecuado donde el profesional de enfermería donde su labor sea valorada, donde se fomente el respeto, la flexibilidad, la participación y la autonomía, esto repercutirá en el cuidado que recibirá el paciente, en un ambiente más armonioso para trabajar, existirá unión y el trabajo de enfermería será percibido por los pacientes como eficiente, eficaz y de calidad.

8. Fomentar la implementación de encuestas que permitan que los pacientes valoren el trato recibido dentro de la institución hospitalaria, desde su ingreso hasta su egreso, estas encuestas pueden tener ítems donde se explore la impresión del paciente en cuanto al trato que le proporcione el profesional de enfermería, también puede existir un apartado donde se identifique con nombre y apellido el profesional de enfermería que el paciente considere lo haya cuidado con respeto, solucionado un problema o lo haya tratado con amabilidad, entre otras.
9. Hacer un programa de reconocimiento a la actualización de enfermería y de labor profesional en cada uno de los servicios.
10. Difundir las metas internacionales.

4.23 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

1. Aguirre, G. (1997). *Calidad de la Atención Médica. Bases para la evaluación, mejoramiento continuo y acreditación*. ed. 2ª. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social. p.35
2. Donabedian, A. (1991). *La calidad en la atención médica, definiciones y métodos de evaluación*. México: La prensa Médica Mexicana. p.23
3. Galindo, C. y et. al. (2009) *Bioética Humanismo Científico Emergente*. ed. 2°. Bogot: Javegraf. p.p. 12-9
4. González, M. y et. al. (2007) *Introducción a la gestión de la calidad*. ed.2°. España: Delta. p. 2
5. Iyer, P. y et. al. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. ed. 1°. México: McGraw-Hill Interamericana. p.p. 48-50
6. Kramsky, C. (1997). *Antropología filosófica*. México: Derechos Reservados. p.p. 285-293.
7. Ley General de Salud. (1994) Porrúa. México.
8. Martínez, A. y et. al. (1997). *Manual de ética y legislación en enfermería*. ed. 1°. Madrid: Mosby. p.p. 171-6
9. Navarrete, T. y et. al. (1991). *Los derechos Humanos al Alcanza de todos*. México: Diana. p.9
10. Organización Mundial de la Salud. (2000). *Reporte Nacional de la salud 2000*. Geneva: Asuntos de Salud.
11. Rivero, O. y et. al. (2000). *El ejercicio actual de la medicina en México*. México: Editores siglo XXI. p.p.7-24
12. Tena, C. y et. al. (2005). *La Comunicación Humana en la relación médico-paciente*, ed. 2°. México: Prado. p.p. 160-9
13. Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. ed.5ta. España: Fundación Mapfre medicina. p.19
14. Travelbee, J. (1966). *Aspectos interpersonales de enfermería*. ed.2. Philadelphia: Davis. p.p.4
15. Yepes, R. (1996). *Fundamentos antropología: Un ideal de la excelencia humana*, ed.4ta. España: Eunsa. p.20

REVISTAS

1. Aguilar, M. y et. al. (2007). Valores Laborales y percepción del estilo de liderazgo en el personal de enfermería. *Revista Salud Pública Mexicana*, vol. 49, p.p. 401-407.
2. Benítez, C y et. al. (2006) Carga de trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista rol de Enfermería*, vol.46, n. 11, p.p. 1-5
3. Bernal, L. y et. al. (2011) Percepción de trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo (ILE). *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. vol.8, n. 3, Julio- Septiembre, p.p.3-5
4. Blendon, R. y et. al. (2001). La opinión publica frente a la Organización Mundial de la salud y rendimiento del sistema de salud. *Asuntos de Salud*, vol. 20, n.3, p.15
5. Carrillo, M. y et. al. (2009). Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería Monterrey. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. vol. 17, n. 3. p.p.139-142.

6. De la Fuente, M. y et.al. (2010). Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo con base al indicador de Trato Digno. *Revista CONAMED*. vol. 15, n.3, p.p. 125- 139
7. Donabedian, A. (1993). Rendimiento Clínico y la atención medica de calidad. *Cuidado de la salud*, vol.1, p.14
8. Donabedian, A. (2001). Los siete pilares de la calidad. *Revista Calidad Asistencial*, vol. 17. p.p. 96-100
9. Gutiérrez, S. y et. al. (2001). Derechos del paciente hospitalizado: Responsabilidad en la práctica de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. vol. 9, n.1, p.p. 15-8.
10. Henderson, V (1988). Podemos dar un papel estelar a los pacientes. *Investigación en educación en enfermería*, vol. 8, n. 1, p.p. 125-128
11. Hernández, F. y et.al. (2009) Queja médica y calidad de la atención en salud. *Revista CONAMED*, vol.14, Julio-Septiembre. p.p. 1-6
12. Iceta, M. y et.al. (1996). Bioética ¿para qué?. *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, vol. 2, n. 2, p.p. 39-34
13. Jiménez, P. y et. al. (2003). Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. *Revista Sociedad de enfermería Geriátrica y Gerontológica*, vol.9, n.1, p.p. 2, 71-7
14. Junqueira, M. (2003). Resistencia al maltrato infantil. *Revista Salud Pública*. vol. 19, n. 1, p.p.227-35.
15. López, A. (1995). Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. *Revista de Investigación clínica*. vol. 47, n.1, p.p. 5-12
16. López, C. (2009). Percepción de Trato digno. *Revista CONAMED*, vol. 14 suplemento 1, p.p. 34-36
17. López, X. (1999) El Derecho al Respeto de la Dignidad de los Pacientes. *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 35, núm. 5, p.p.14-5
18. Martínez M. y et.al. (2009) Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social*. vol. 17, n.3, p.p.139- 142
19. Meneses, A. y et.al. (2009). Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. *Revista Salud Pública*. vol. 11, n. 5. p.p. 754-765
20. Murray, J. y et. al. (2001). Experiencia de los pacientes frente a sus expectativas. *Asuntos de salud*. vol. 20, n.3, p.10
21. Nations, M. y et. al. (2007). Critica sobre la conducta profesional del paciente hospitalizado en el Noreste de Brasil. *Revista Salud Pública*. vol. 23, n. 9, p.p. 2103- 2112
22. Nava, M. y Zamora, P. (2010) Percepción del trato digno de los pacientes neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista Enfermería Neurológica*. vol. 9, n. 1, p.p 32-38
23. Pellegrino, E. (1990). La relación entre autonomía y la integridad en la ética médica. *Revista de Enfermería de Panamá*, vol. 108, núm. 5, p.p. 379-390.
24. Pelozo, J. y et. al. (1997). Calidad de la atención de enfermería, esperada y ofrecida, reflejada en los pacientes de sanatorios privados. *Revistas tema de Enfermería Actualizados*, vol. 5, núm. 21, Marzo-Abril. p.p. 1-23
25. Puebla C. y et. al. (2009) Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. vol. 17, n.2. p.p. 101
26. Puentes, E. y et. al. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol.19, num.6. p.p. 394-402

27. Rodríguez, R. y et. al. (1998). Declaración Universal de Derechos Humanos. Instrumentos internacionales sobre derechos humanos ONU-OEA. Tomo I. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos. p.p. 5-16, 19-29, 30-41, 162-166.
28. Ruiz, P. y et. al. (2006). La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. vol. 14, n.1. p.p. 33-35
29. Tapia, J. (2006). Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. *Salud Pública México*. vol. 48, n. 2, p.18
30. Tena, T. y et. al. (2002). Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social*. vol. 40, n. 6, p.p.523-529
31. Torres, C. y et. al. (2010). Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera- un enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. vol.18, n. 3, p.p.60-64
32. Vacarezza, R. (2000). De los derechos del paciente. *Revista Médica de Chile*, vol.128, n.12, p.p. 1380–84
33. Verdugo, A. y et. al. (2011) Factores que influyen en la calidad de atención de enfermería en pacientes con carcinoma mamario. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*. vol. 19, n.1, p.p.15-19

PÁGINAS DE INTERNET

1. Alonso, J. y et. al. (2010) Calidad del servicio de enfermería en pacientes postquirúrgicos. Recuperado 4-01-2013: <http://bit.ly/uZ-lbuz>
2. Comisión interinstitucional de enfermería. (2001) Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. Recuperado el 11-02-2013: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=42
3. CONAMED. (2012). Recuperado el 20-02-2013: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf
4. Comisión conjunta de acreditación de organizaciones de cuidado de la salud. (2008). Normas iniciativa de mejora de actualización. Recuperado el 9-11-2012: http://www.enfermeria21.com/pte_files/Muestras/administración-cap21.pdf
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. (2012). Recuperado el 15-11-2012: www.diputados.gob.mx/CPEUM_orig_05feb1917.pdf
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2013) Recuperado el 15-02-2012: www.diputados.gob.mx/leyesBiblio/pdf/1.pdf
7. Cortes, A. (2005). Gestión Clínica y Médico de la Familia. Recuperado el 9/11/2012: <http://www.gestionclinica.tuportal.com/cali.htm>
8. Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud (1948). Recuperado el 15/02/2013: www.derechoshumanos.net/
9. Diario Oficial de la Federación (1981). Recuperado el 15-02-2012: www.dof.gob.mx/busqueda_avanzada.php
10. Ley General de Salud (2003). Recuperado el 15-02-2013: www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/ley_gral_salud.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. (2005). Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: el reto de las enfermedades crónicas. Recuperado el 15-02-2013: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf

12. Organización Mundial de la Salud. (2010) Orientación en el desarrollo de estrategias de calidad y seguridad con un enfoque de sistema sanitario. Compendio OMS. Recuperado el 9-11-2012: www.slideshare.net/ccoicca72/compendio-estadistico-oms-2010
13. Programa Nacional de Salud de la Secretaria de Salud. (2001-2006). Recuperado el 20-11-2012: <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>
14. Programa de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. (2012). Indicador; trato digno por enfermería. Recuperado el 20-11-2012: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/faq.html>
15. Programa Nacional de Salud. (2001-2006) Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Recuperado el 15-11-2012: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_4/cruzada_nal_salud.pdf
16. Rodríguez, A. (2007) Cruzada Nacional por la Calidad en Tabasco. Recuperado el 9-11-2012: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/foros_y_reuniones/PonenciasForoMarzo2007/10_CNCSS_Tabasco.ppt
17. Secretaría de Salud. (2003). Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería: Tres indicadores de la aplicación Hospitalaria. Recuperado el 9-11-2012: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/ descargas/evaluación.pdf
18. Secretaría de Salud. (2006). Observatorio del Desempeño Hospitalario. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 9-11-2012: <http://www.dged.salud.gob.mx/ contenidos/dess/descargas/ODH2006.pdf>
19. Trincado, A. y et. al.(1995) Calidad en enfermería Instituto de Nefrología. *Revista Cubana de ciencias de la salud*. Recuperado el 17-01-2013: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf01195.htm
20. Varo, J. (1994). Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Recuperado el 9-11-2012: http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf

ANEXOS

Cronograma de actividades																																
Mes	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Selección del tema	█																															
Planteamiento de problema		█	█	█																												
Recopilación de información		█	█	█	█	█	█	█																								
Elaboración del marco teórico		█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																				
Diseño de investigación													█	█	█	█																
Formulación de hipótesis					█	█	█	█																								
Elaboración de objetivos					█	█	█	█																								
Elaboración de justificación							█	█	█	█																						
Elaboración de introducción																								█	█							
Diseño metodológico													█	█	█	█																
Elaboración de guía observacional																	█	█	█	█												
Prueba piloto																																
Aplicación de guía observacional																																
Tabulación																																
Análisis e Interpretación																																
Conclusión																																
Impresión de la tesis																																
Entrega de tesis																																

ANEXO: 1



Guía observacional

“Trato Digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de Enfermería en un Hospital de segundo nivel con especialidades en la Ciudad de México”

I.-Datos Generales

Nombre del servicio: _____ Fecha de aplicación: _____

Nivel académico: _____

II.-Instrucciones: Marque con una X la opción de acuerdo a los indicadores detectados

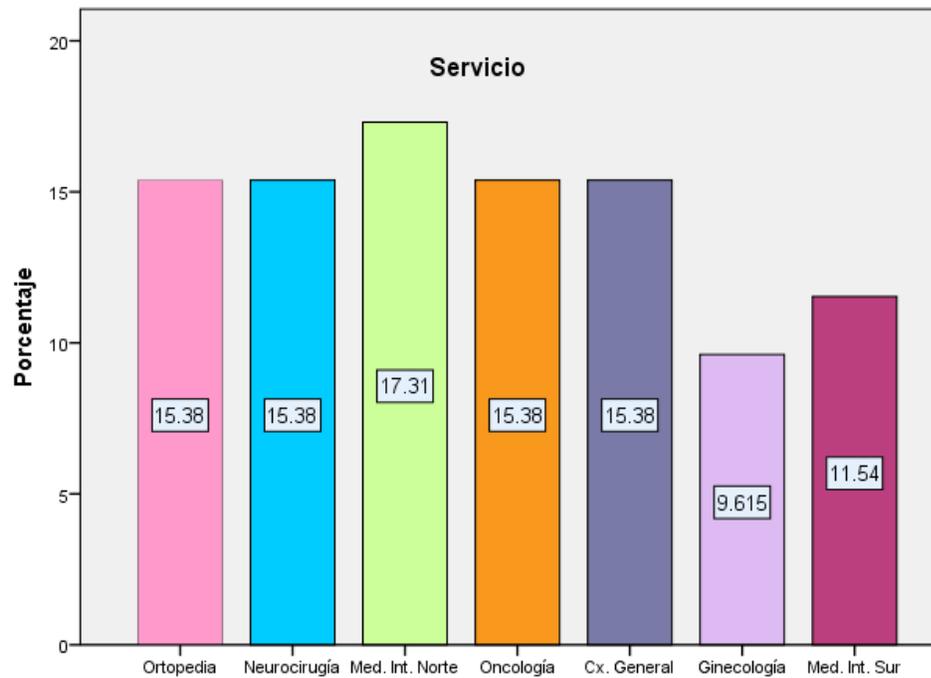
	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
CARGA DE TRABAJO					
1. ¿La enfermera tiene más de 5 pacientes?					
2. ¿La enfermera tiene 1 paciente crítico?					
COMPORTAMIENTO ÉTICO					
3. ¿Se dirige al paciente hablándole de usted?					
4. ¿Tiene contacto visual con el paciente al hablarle?					
5. ¿Cuida la individualidad e integridad del paciente?					
6. ¿Cuándo es necesario tocar los genitales del paciente le pide su autorización?					
7. ¿Durante el turno mantiene la cama del paciente limpia?					
8. ¿Realiza adecuado lavado de manos después de tocar a un paciente?					
COMUNICACIÓN					
9. ¿La enfermera se presenta con el paciente por su nombre?					
10. ¿Identifica al paciente por su nombre completo?					
11. ¿Pregunta la fecha de nacimiento del paciente?					
12. ¿Pregunta la edad del paciente?					
13. ¿Se dirige al paciente con un lenguaje entendible sin terminología médica?					
14. ¿Le explica al paciente el procedimiento antes de realizarlo?					
15. ¿Al realizar un procedimiento tiene consentimiento verbal del paciente?					
16. ¿Informa al paciente que medicamentos le ministra?					
AMABILIDAD					
17. ¿Muestra cortesía hacia el paciente?					
18. ¿Trata con respeto al paciente sin importar su diagnóstico médico?					
19. ¿Trata al paciente con amabilidad sin importar su estado de conciencia?					
20. ¿La enfermera atiende al paciente sin importar sexo, edad, raza, credo, preferencias políticas o religión?					
INTERÉS					
21. ¿La enfermera está continuamente con el paciente?					
22. ¿Recurre la enfermera cuando el paciente la solicita?					
23. ¿Conversa con el paciente durante el turno?					
24. ¿Platica con el paciente acerca de su autocuidado?					
25. ¿Le explica al paciente los cuidados que tendrá al egreso del hospital?					
26. ¿Resuelve las dudas del paciente acerca de su autocuidado?					
TRABAJO EN EQUIPO					
27. ¿La enfermera atiende al paciente cuando necesita algo aunque no esté a su cargo?					

Cuadro N. 1

Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Ortopedia	8	15.3
Neurocirugía	8	15.3
Medicina Interna Norte	9	17.3
Oncología	8	15.3
Cirugía General	8	15.3
Ginecología	5	9.6
Medicina Interna Sur	6	11.5
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el Hospital Juárez de México" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N.1



Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el Hospital Juárez de México" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

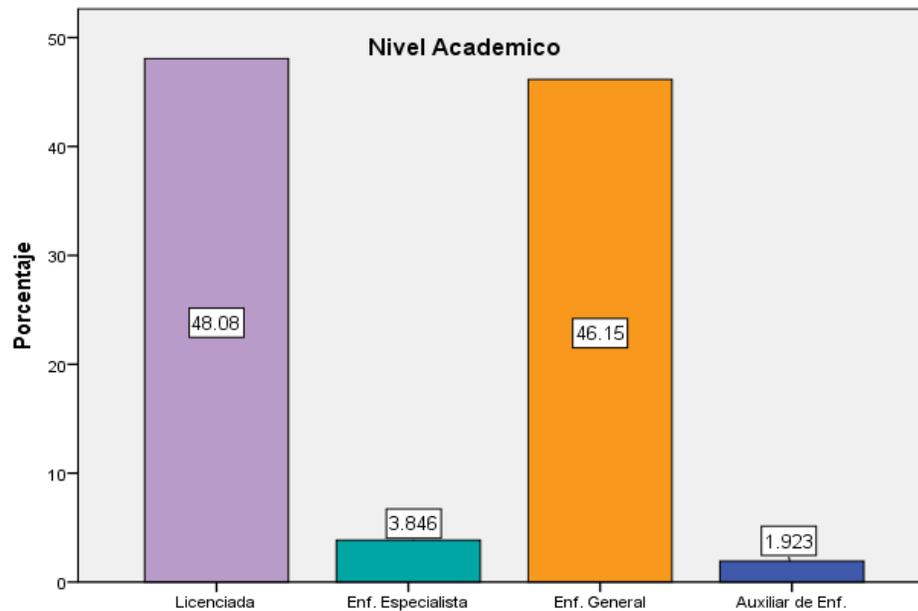
Cuadro N. 2

Nivel académico

	Frecuencia	Porcentaje
Licenciada	25	48.0
Enfermera Especialista	2	3.8
Enfermera General	24	46.1
Auxiliar de Enfermería	1	1.9
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N.2



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

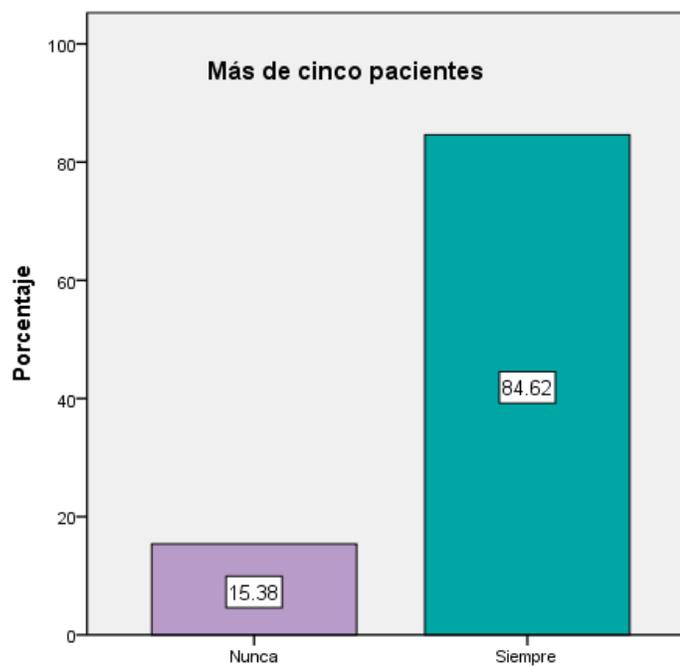
Cuadro N. 3

Tiene más de cinco pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	15.3
Siempre	44	84.6
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N.3



Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

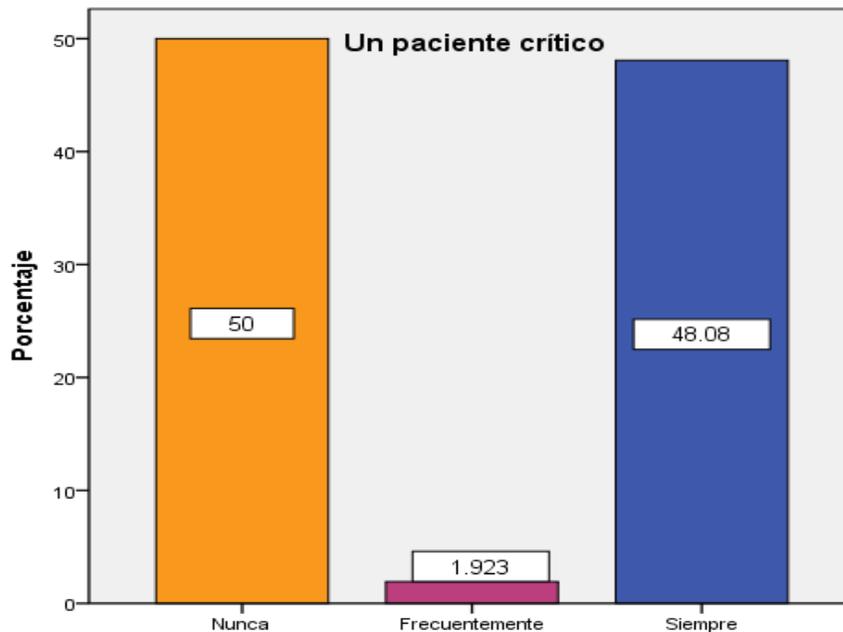
Cuadro N. 4

Tiene un paciente crítico

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	26	50.0
Frecuentemente	1	1.9
Siempre	25	48.0
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N.4



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

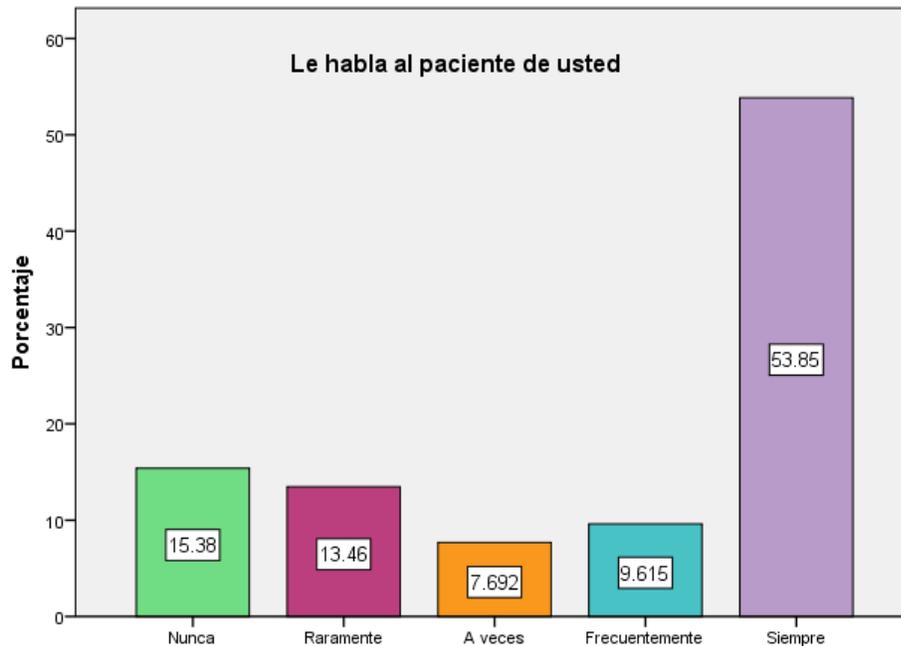
Cuadro N. 5

Se dirige al paciente hablándole de usted

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	15.3
Raramente	7	13.4
A veces	4	7.6
Frecuentemente	5	9.6
Siempre	28	53.8
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 5



Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

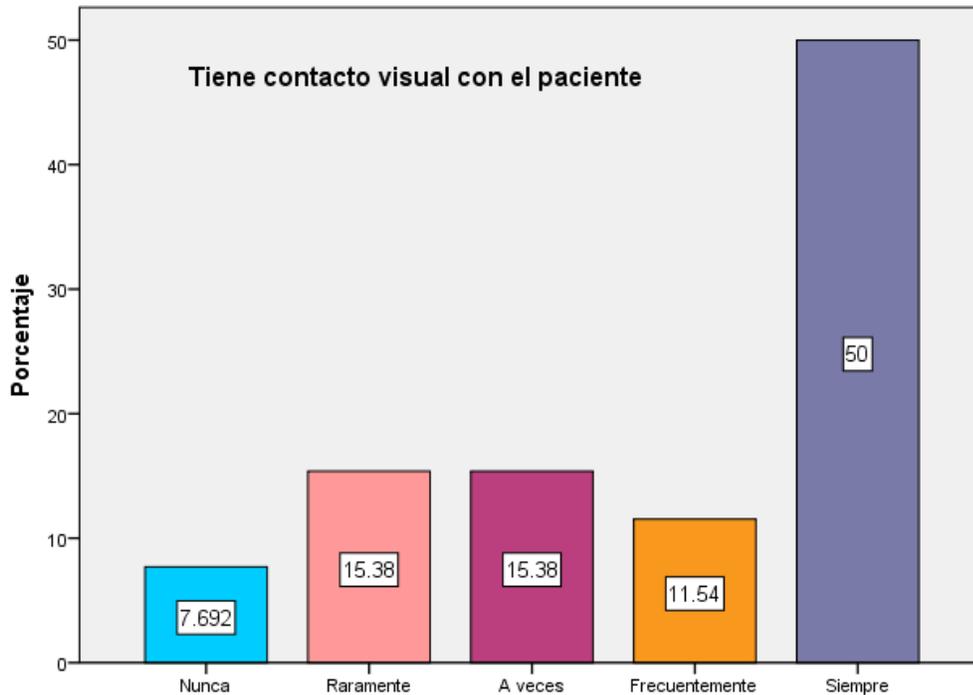
Cuadro N. 6

Tiene contacto visual con el paciente al hablarle

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	7.6
Raramente	8	15.3
A veces	8	15.3
Frecuentemente	6	11.5
Siempre	26	50.0
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 6



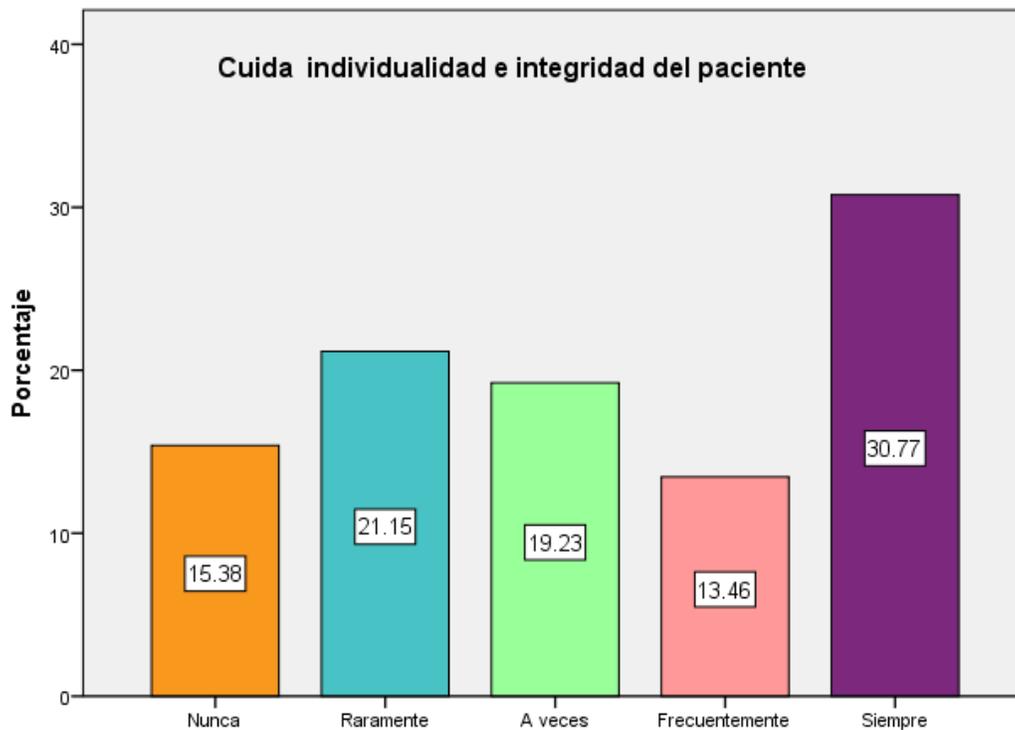
Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Tabla N. 7

Cuida la individualidad e integridad del paciente		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	15.3
Raramente	11	21.1
A veces	10	19.2
Frecuentemente	7	13.4
Siempre	16	30.7
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 7



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

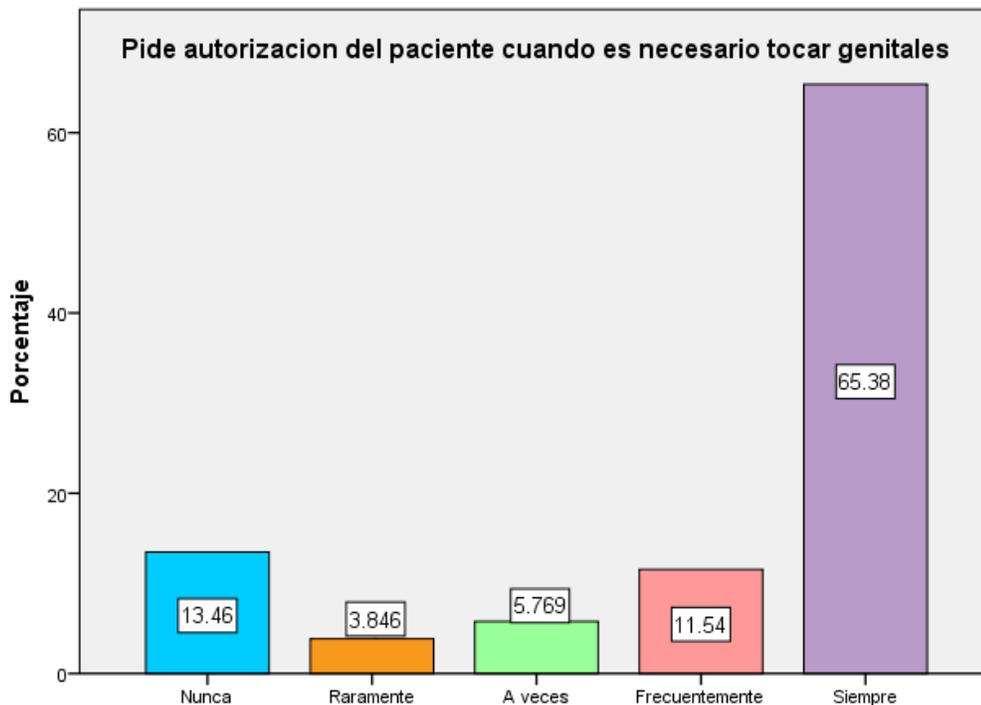
Cuadro N. 8

Pide autorización al paciente cuando es necesario tocar genitales

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	13.4
Raramente	2	3.8
A veces	3	5.7
Frecuentemente	6	11.5
Siempre	34	65.3
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N.8



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

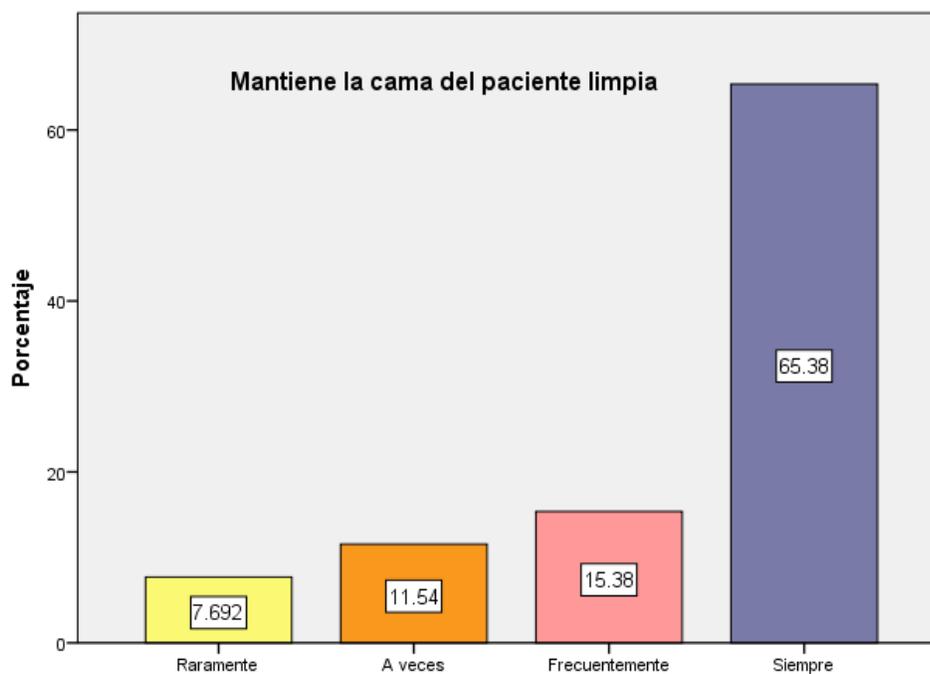
Cuadro N. 9

Durante el turno mantiene limpia la cama del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Raramente	4	7.6
A veces	6	11.5
Frecuentemente	8	15.3
Siempre	34	65.3
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 9



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

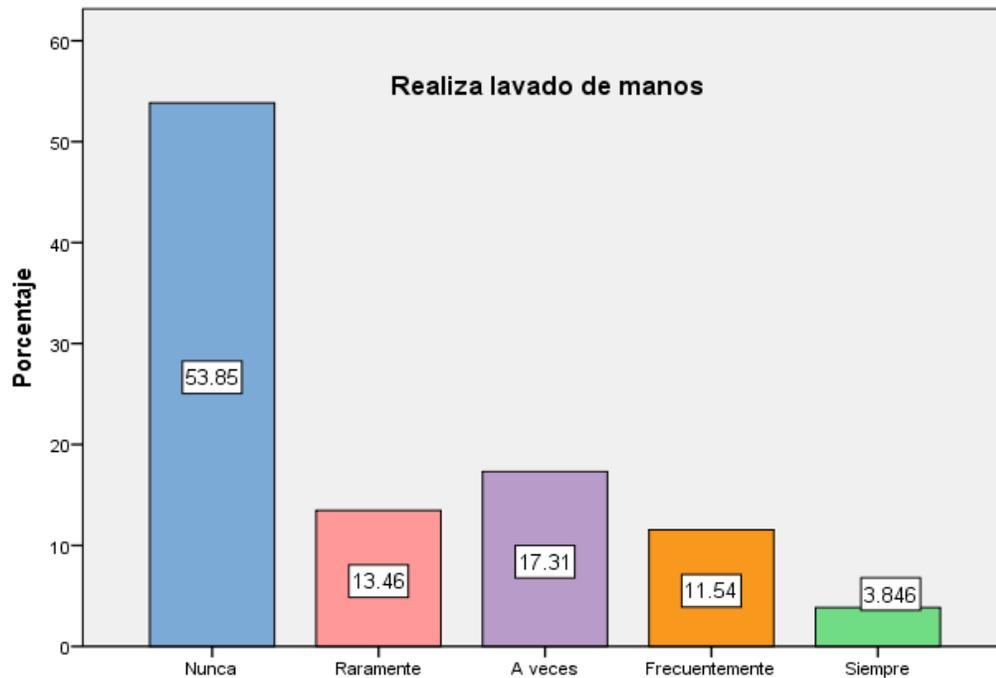
Cuadro N. 10

Realiza lavado de manos al contacto con otro paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	28	53.8
Raramente	7	13.4
A veces	9	17.3
Frecuentemente	6	11.5
Siempre	2	3.8
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 10



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

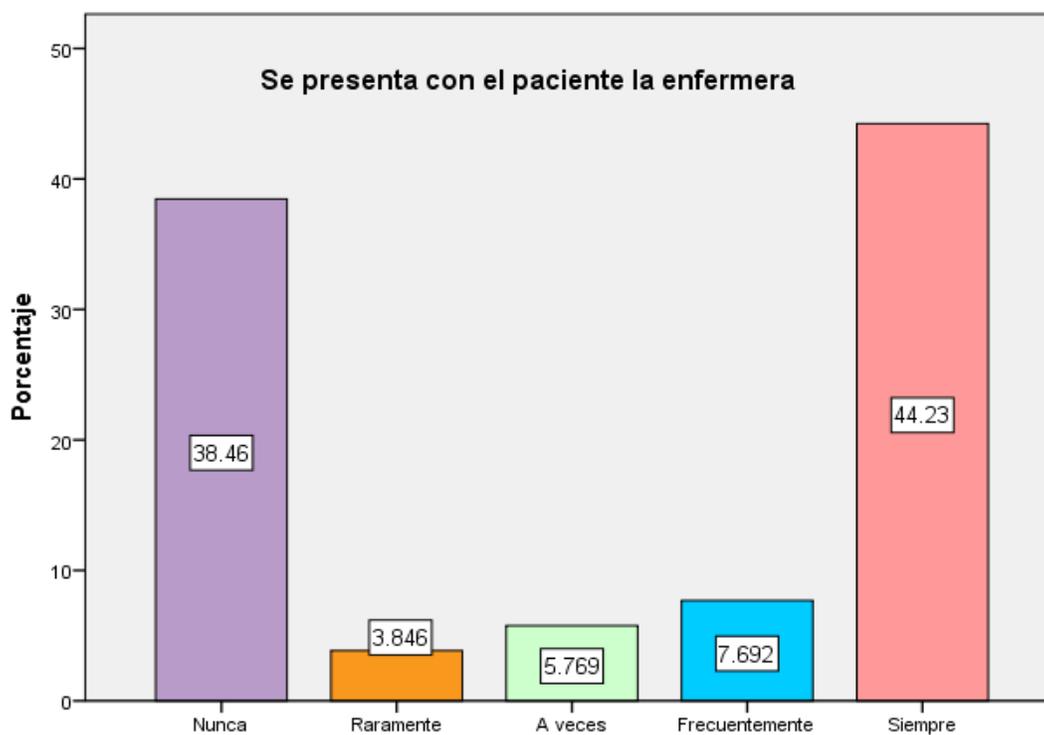
Cuadro N. 11

Se presenta la enfermera por su nombre

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	20	38.4
Raramente	2	3.8
A veces	3	5.7
Frecuentemente	4	7.6
Siempre	23	44.2
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 11



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

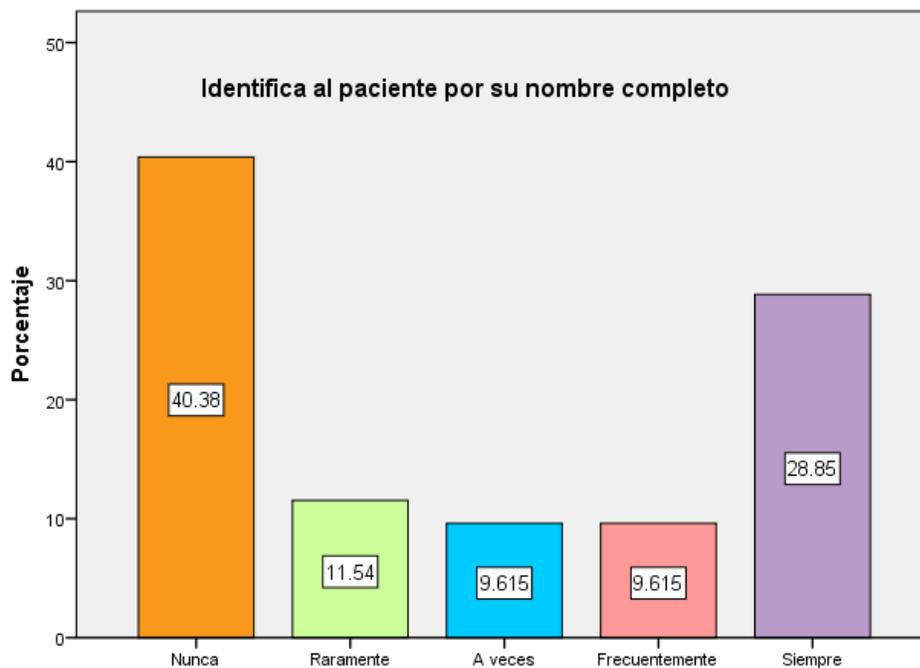
Cuadro N. 12

Identifica al paciente por su nombre completo

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	21	40.3
Raramente	6	11.5
A veces	5	9.6
Frecuentemente	5	9.6
Siempre	15	28.8
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N.12



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

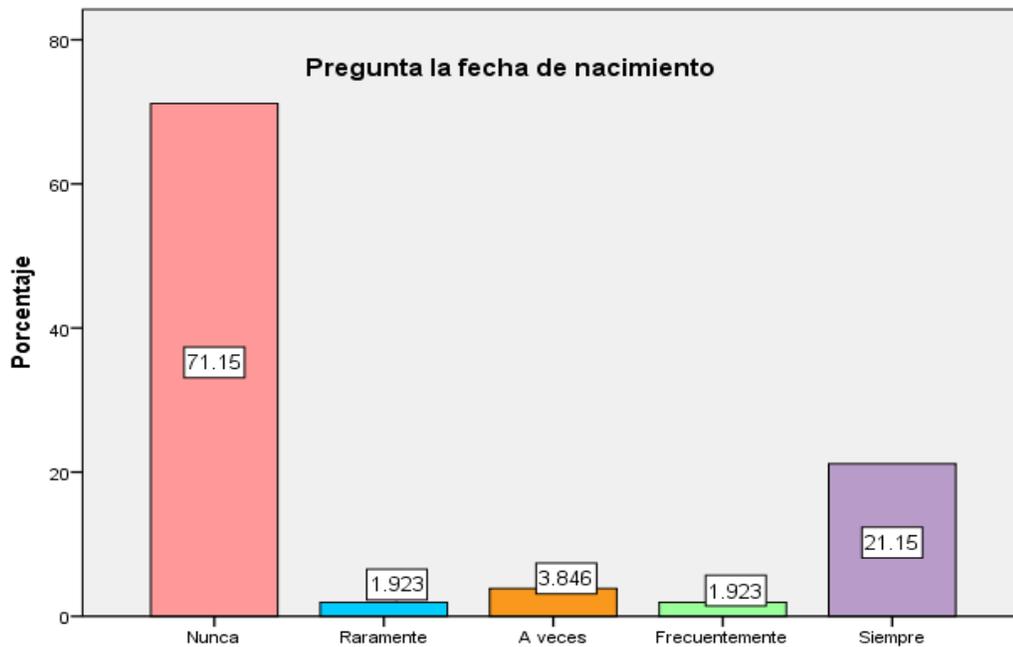
Cuadro N. 13

Pregunta la fecha de nacimiento del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	37	71.1
Raramente	1	1.9
A veces	2	3.8
Frecuentemente	1	1.9
Siempre	11	21.1
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N.13



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

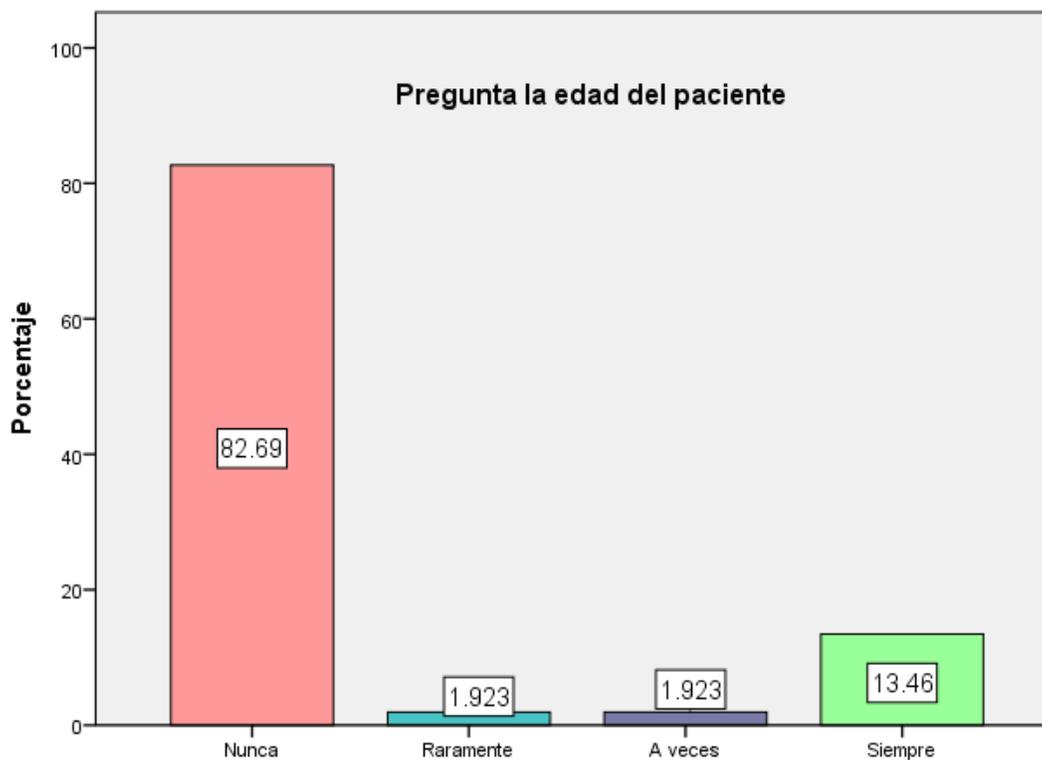
Cuadro N. 14

Pregunta la edad del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	43	82.6
Raramente	1	1.9
A veces	1	1.9
Siempre	7	13.4
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 14



Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

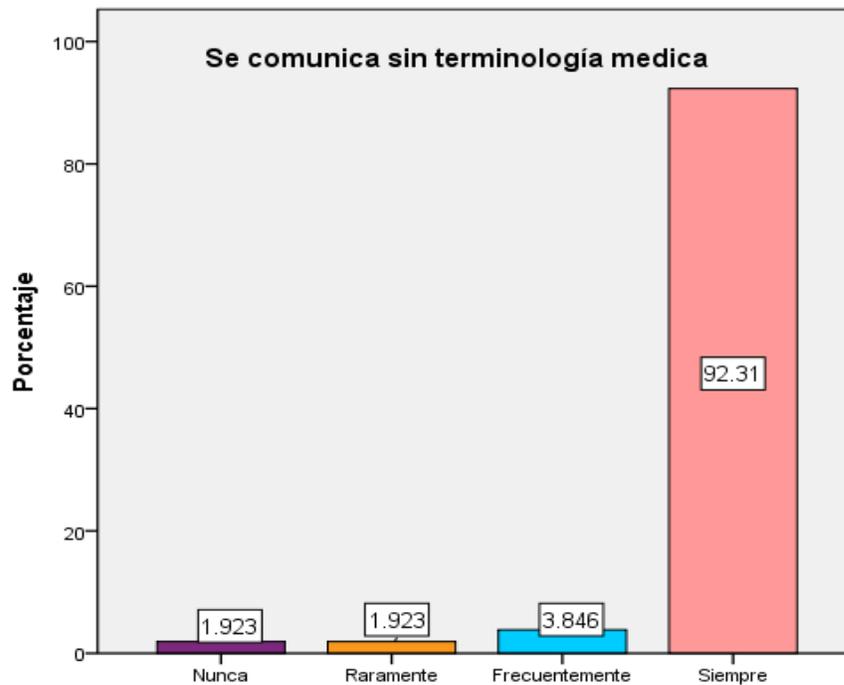
Cuadro N. 15

Se dirige al paciente sin terminología médica

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1.9
Raramente	1	1.9
Frecuentemente	2	3.8
Siempre	48	92.3
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 15



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

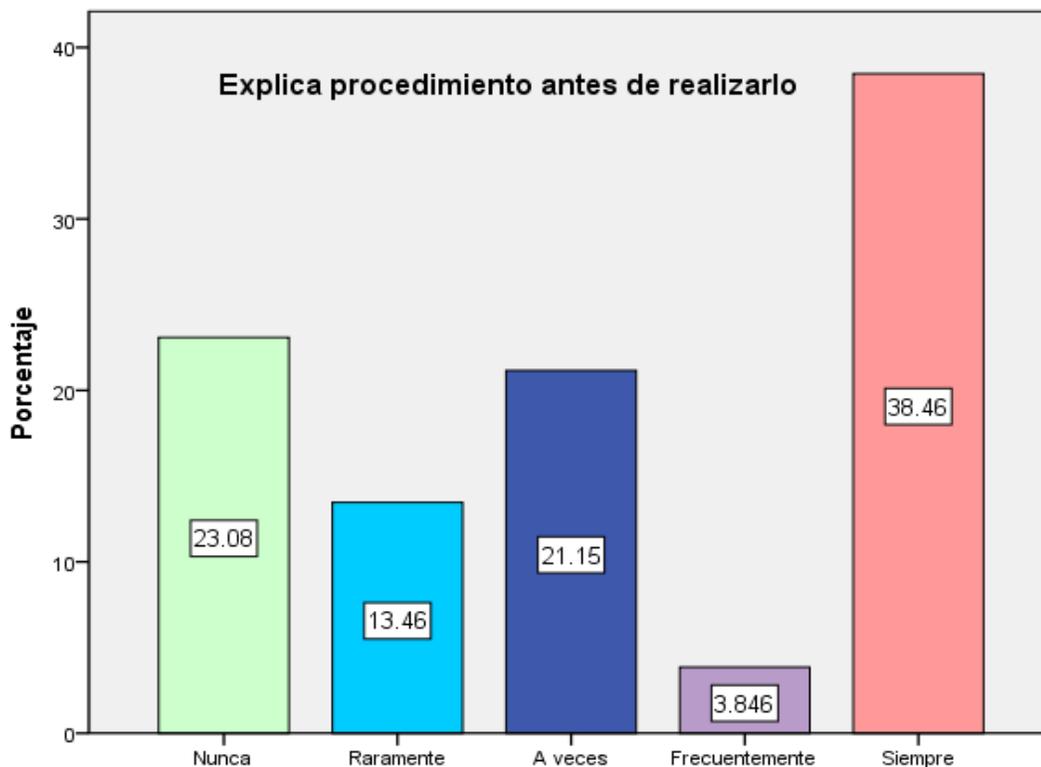
Cuadro N. 16

Le explica el procedimiento al paciente antes de realizarlo

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	23.0
Raramente	7	13.4
A veces	11	21.1
Frecuentemente	2	3.8
Siempre	20	38.4
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 16



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

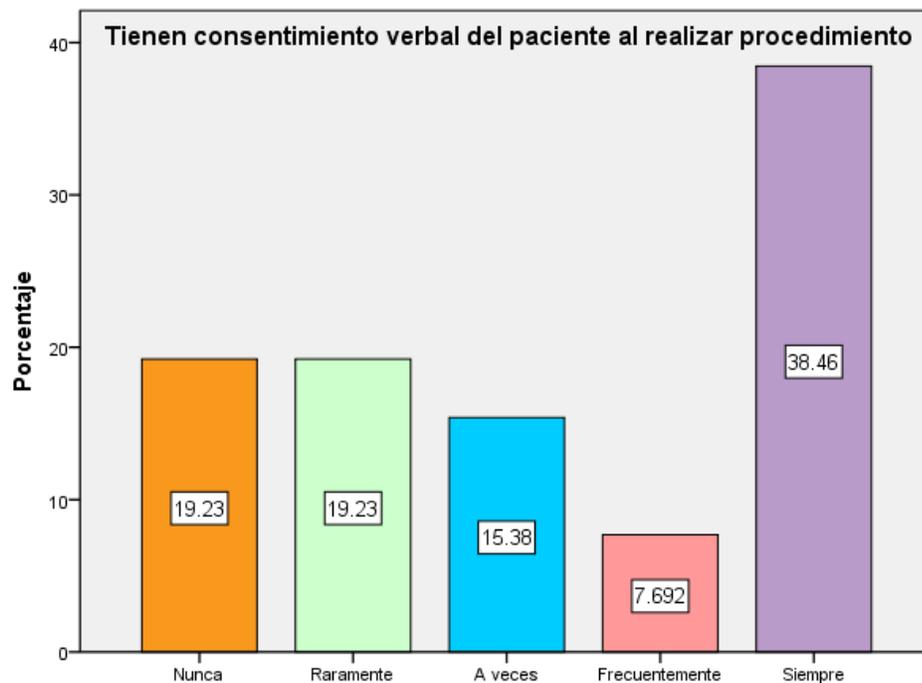
Cuadro N. 17

Al realizar un procedimiento tiene el consentimiento verbal del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	19.2
Raramente	10	19.2
A veces	8	15.3
Frecuentemente	4	7.6
Siempre	20	38.4
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 17



Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

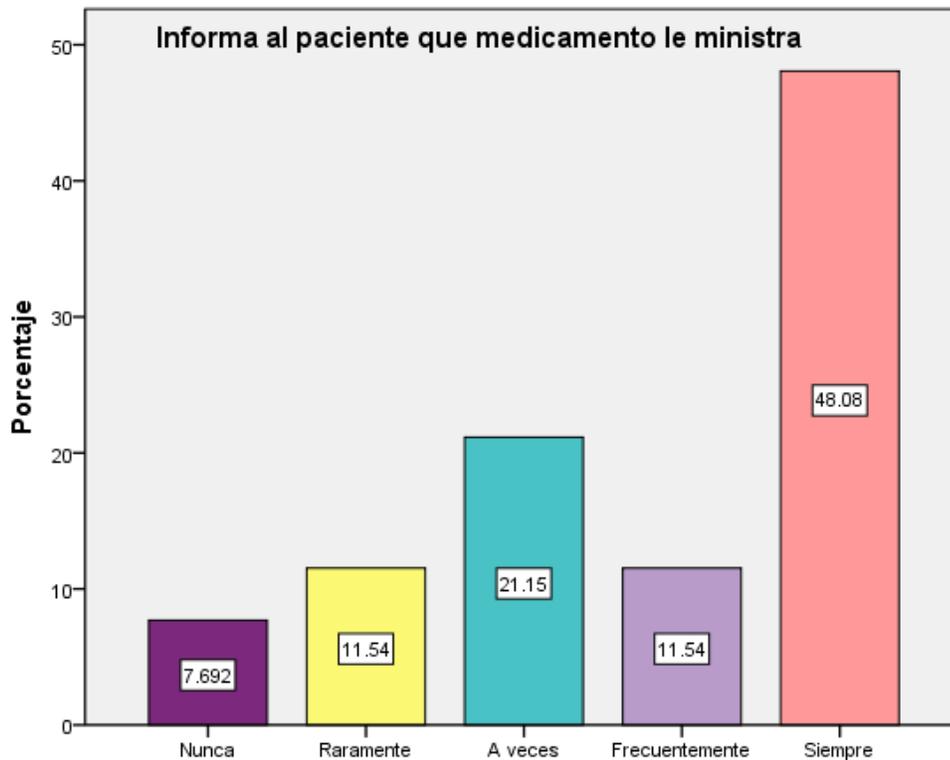
Cuadro N. 18

Informa al paciente que medicamentos le ministra

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	7.6
Raramente	6	11.5
A veces	11	21.1
Frecuentemente	6	11.5
Siempre	25	48.0
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 18



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

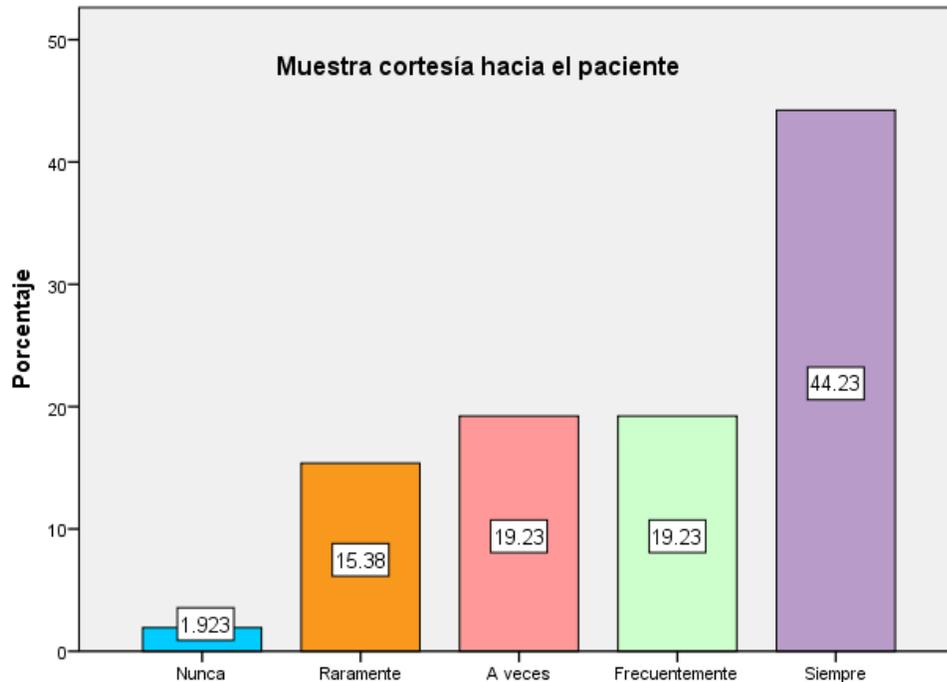
Cuadro N. 19

Muestra cortesía hacia el paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1.9
Raramente	8	15.3
A veces	10	19.2
Frecuentemente	10	19.2
Siempre	23	44.2
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 19



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

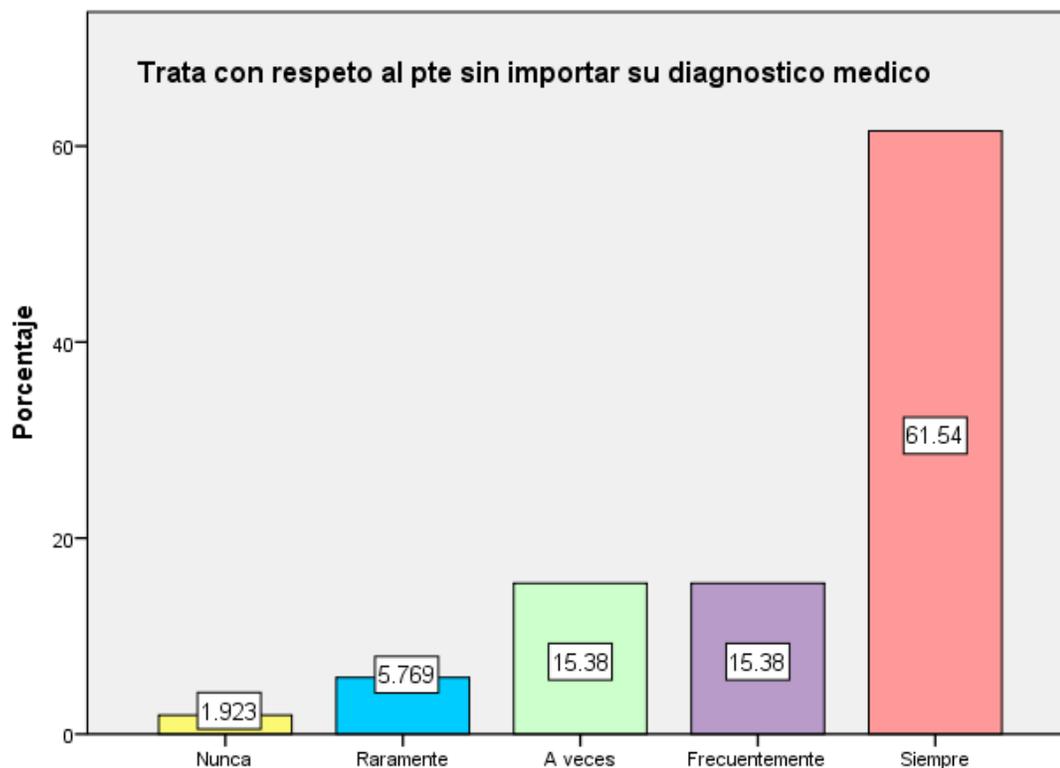
Cuadro N. 20

Trata con respeto al paciente sin importar su diagnóstico médico

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1.9
Raramente	3	5.7
A veces	8	15.3
Frecuentemente	8	15.3
Siempre	32	61.5
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 20



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

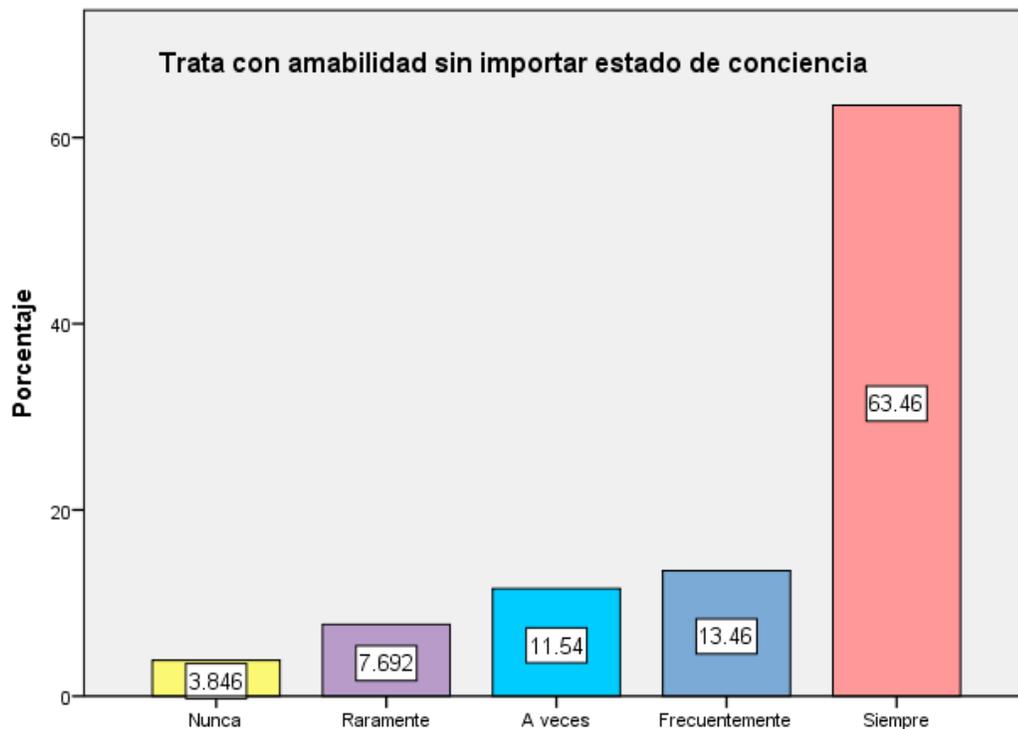
Cuadro N. 21

Trata al paciente con amabilidad sin importar su estado de conciencia

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	3.8
Raramente	4	7.6
A veces	6	11.5
Frecuentemente	7	13.4
Siempre	33	63.4
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 21



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

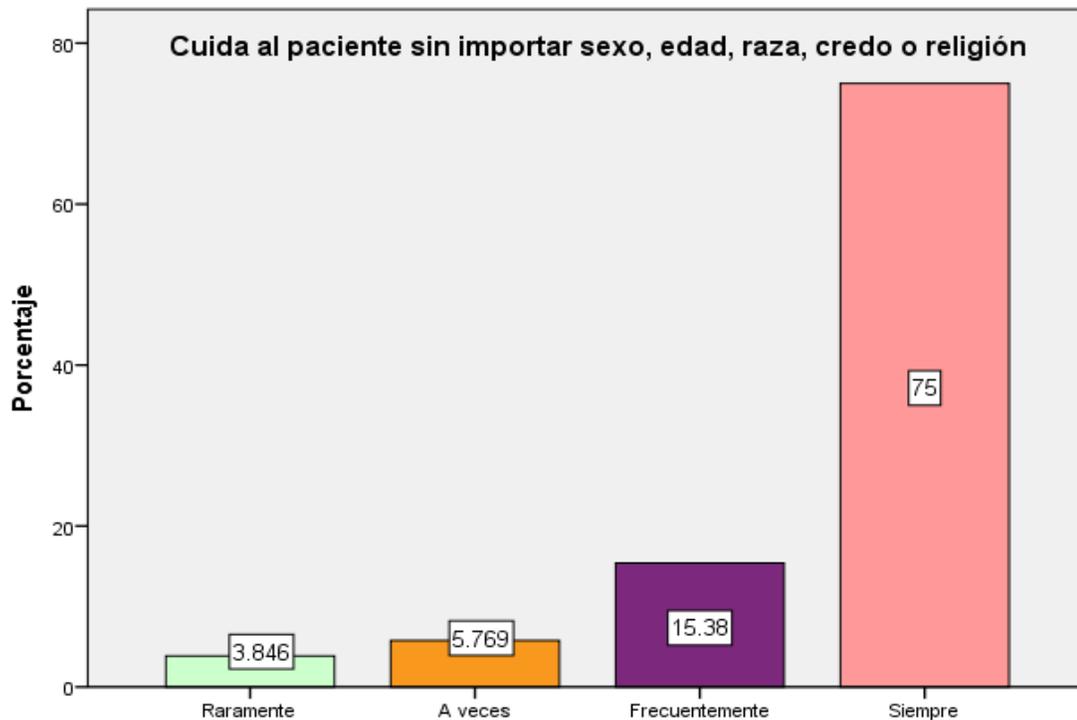
Cuadro N. 22

Cuida al paciente sin importar sexo, edad, raza, credo y religión.

	Frecuencia	Porcentaje
Raramente	2	3.8
A veces	3	5.7
Frecuentemente	8	15.3
Siempre	39	75.0
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 22



Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

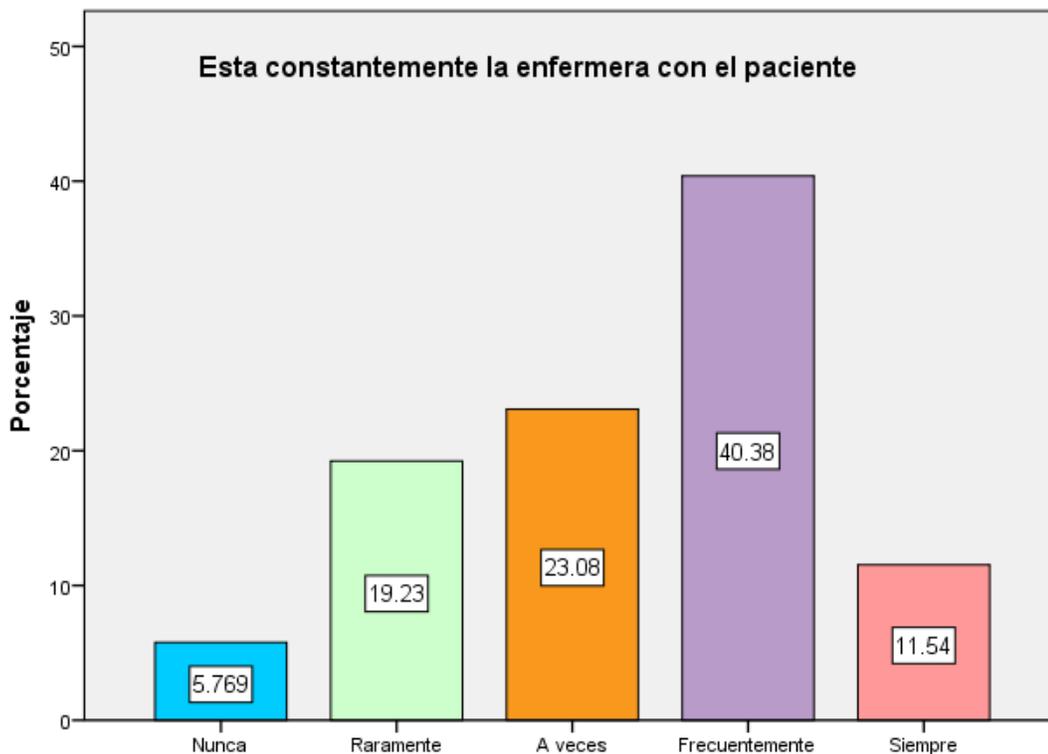
Cuadro N. 23

La enfermera está continuamente con el paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	5.7
Raramente	10	19.2
A veces	12	23.0
Frecuentemente	21	40.3
Siempre	6	11.5
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 23



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

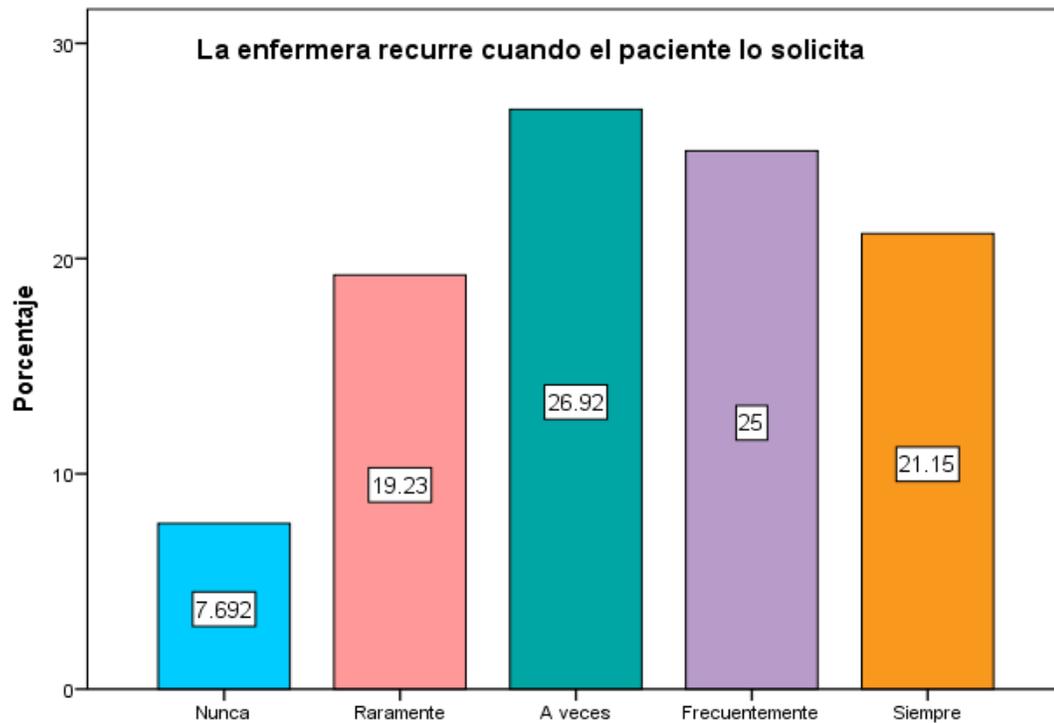
Cuadro N. 24

Recurre la enfermera cuando el paciente la solicita

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	7.6
Raramente	10	19.2
A veces	14	26.9
Frecuentemente	13	25.0
Siempre	11	21.1
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 24



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

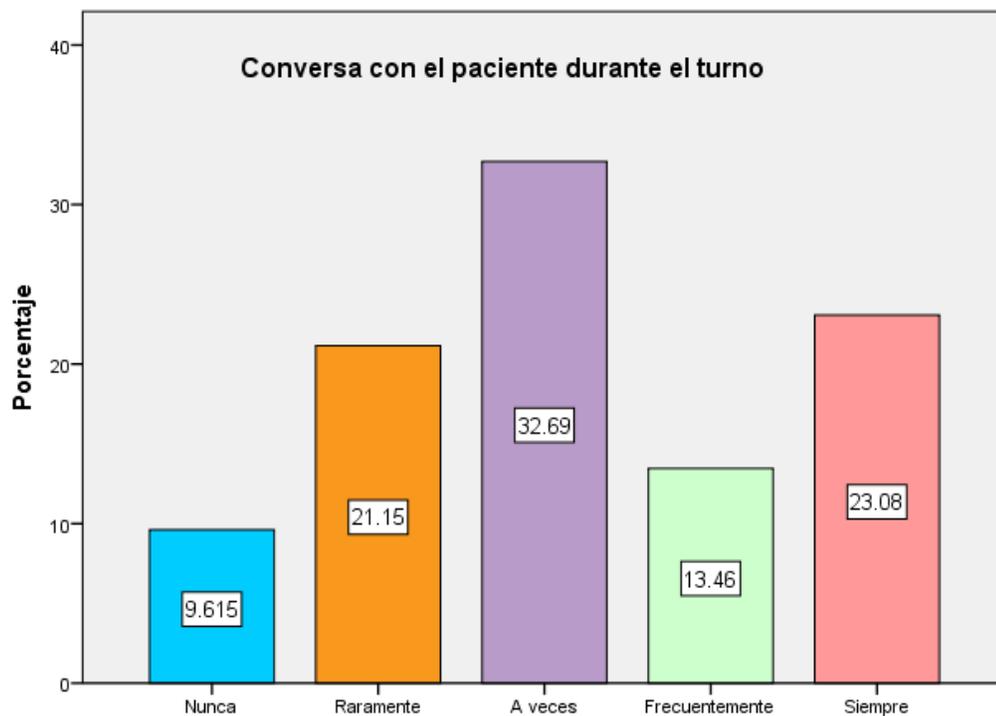
Cuadro N. 25

Conversa con el paciente durante el turno

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	9.6
Raramente	11	21.1
A veces	17	32.6
Frecuentemente	7	13.4
Siempre	12	23.0
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 25



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

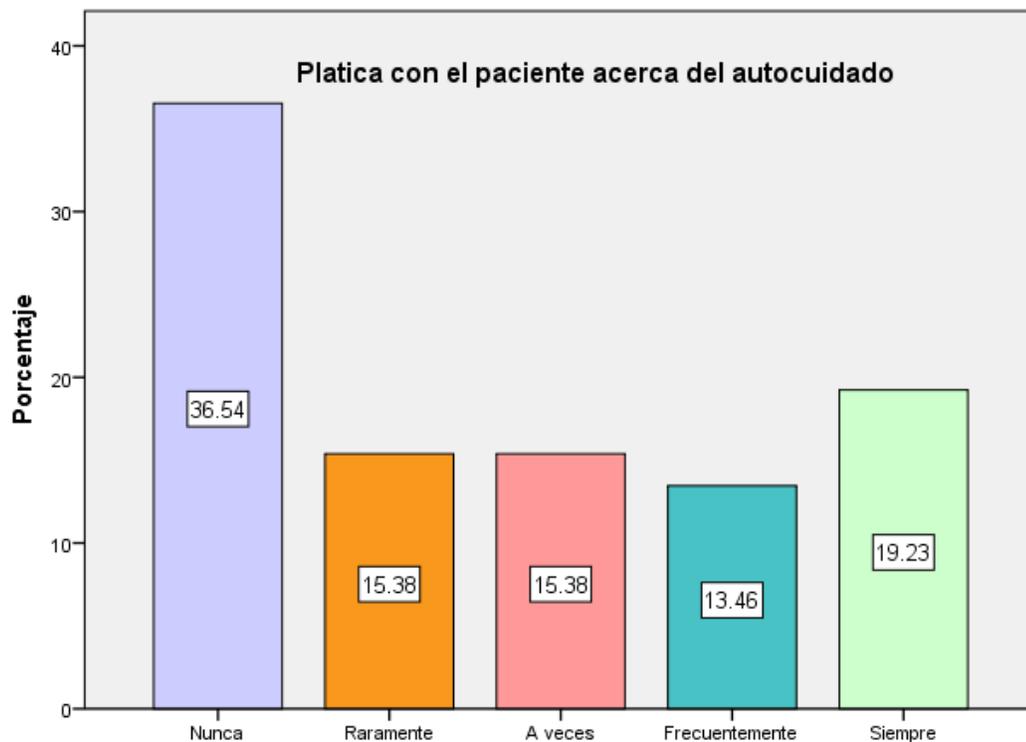
Cuadro N. 26

Platica con el paciente acerca de su autocuidado

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	19	36.5
Raramente	8	15.3
A veces	8	15.3
Frecuentemente	7	13.4
Siempre	10	19.2
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 26



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

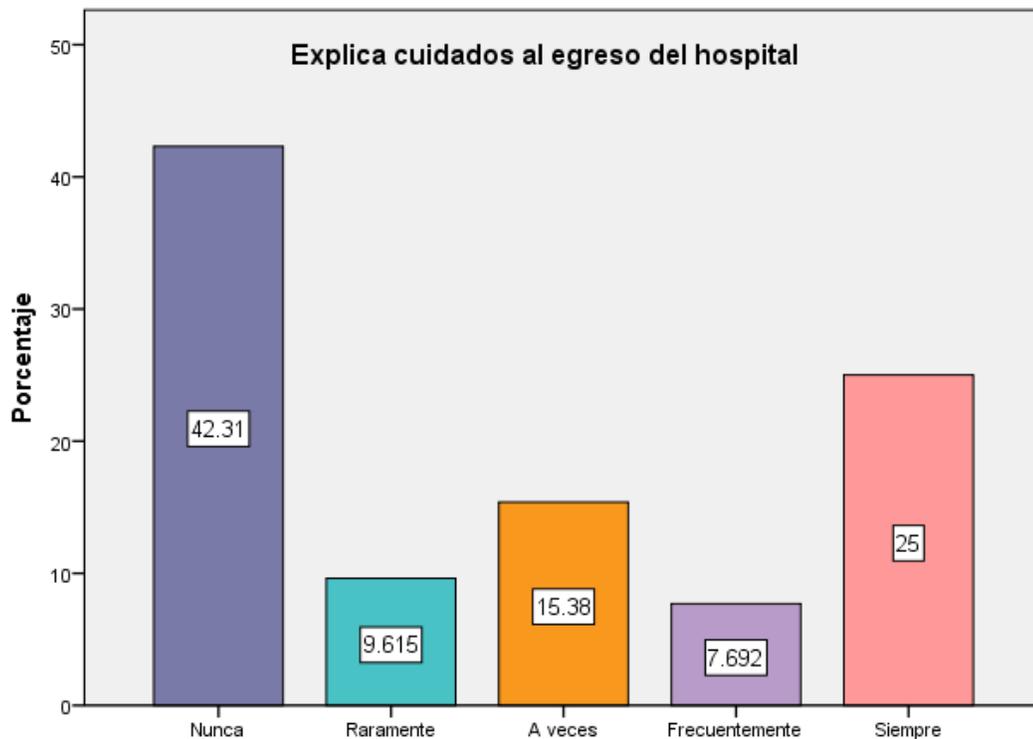
Cuadro N. 27

Le explica al paciente los cuidados que tendrá al egreso del hospital

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	22	42.3
Raramente	5	9.6
A veces	8	15.3
Frecuentemente	4	7.6
Siempre	13	25.0
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 27



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

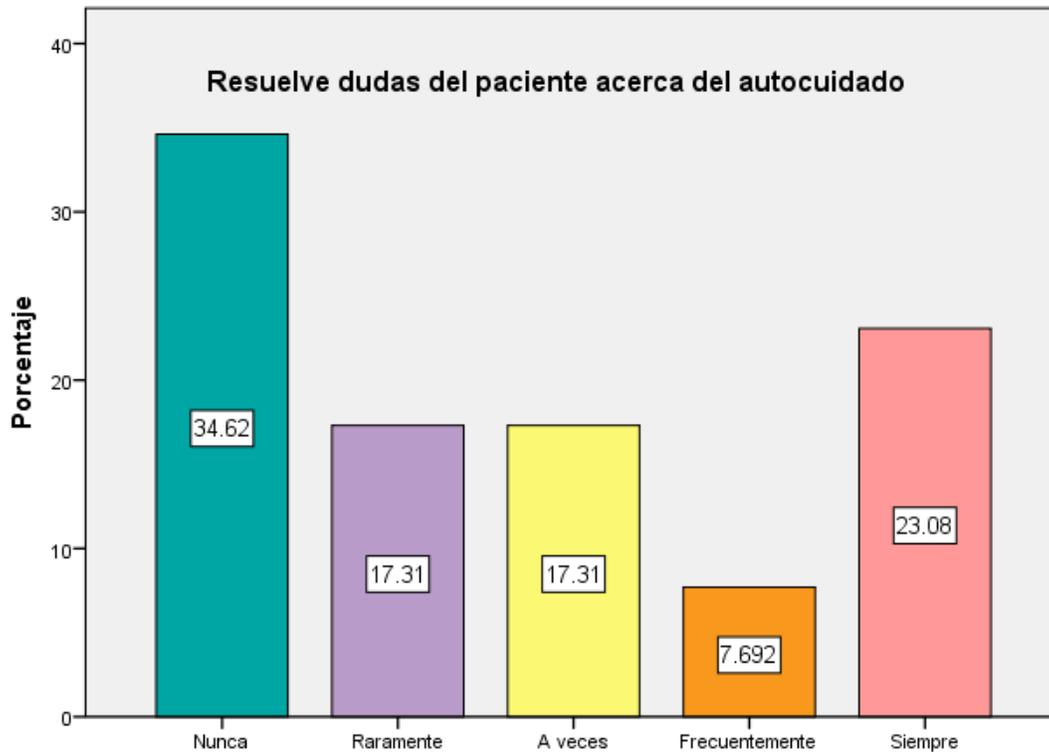
Cuadro N. 28

Resuelve las dudas del paciente acerca de su autocuidado

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	18	34.6
Raramente	9	17.3
A veces	9	17.3
Frecuentemente	4	7.6
Siempre	12	23.0
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Gráfica N. 28



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

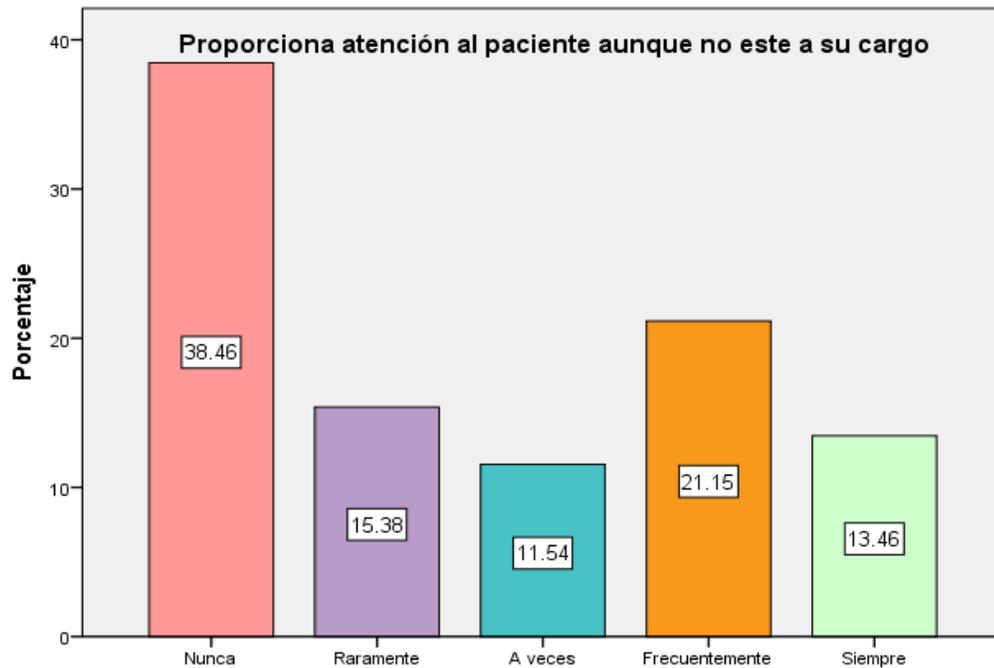
Cuadro N. 29

Atiende al paciente aunque no este a su cargo

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	20	38.4
Raramente	8	15.3
A veces	6	11.5
Frecuentemente	11	21.1
Siempre	7	13.4
Total	52	100.0 %

Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

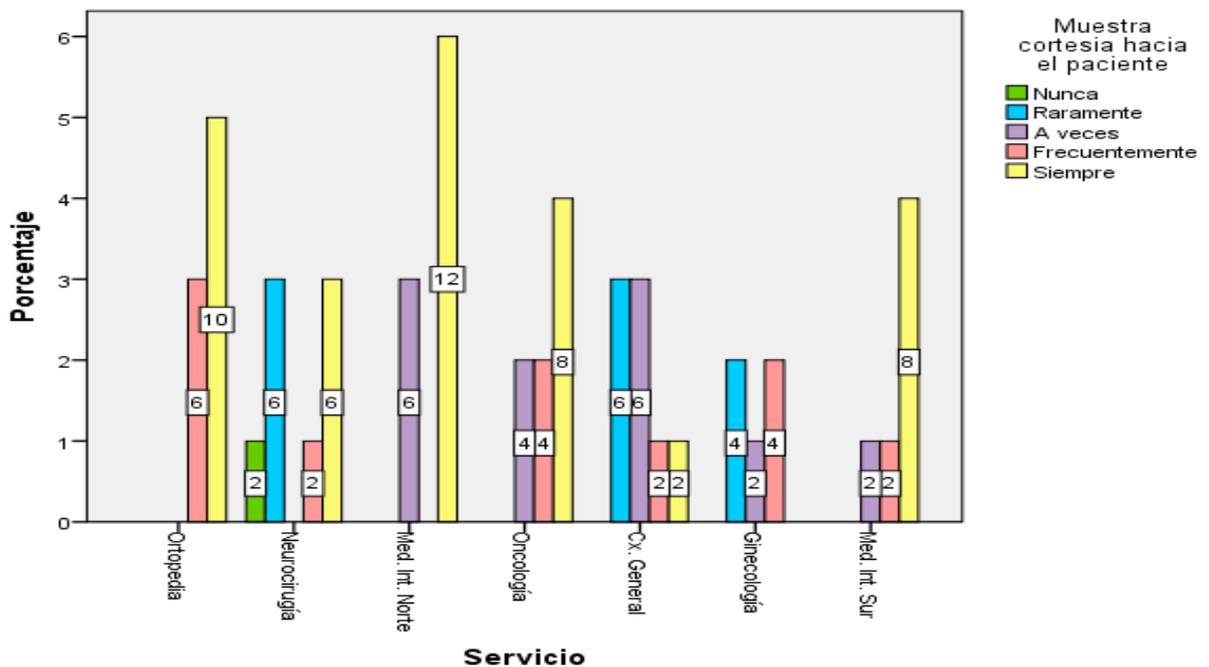
Gráfica N. 29



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Servicio / Muestra cortesía hacia el paciente

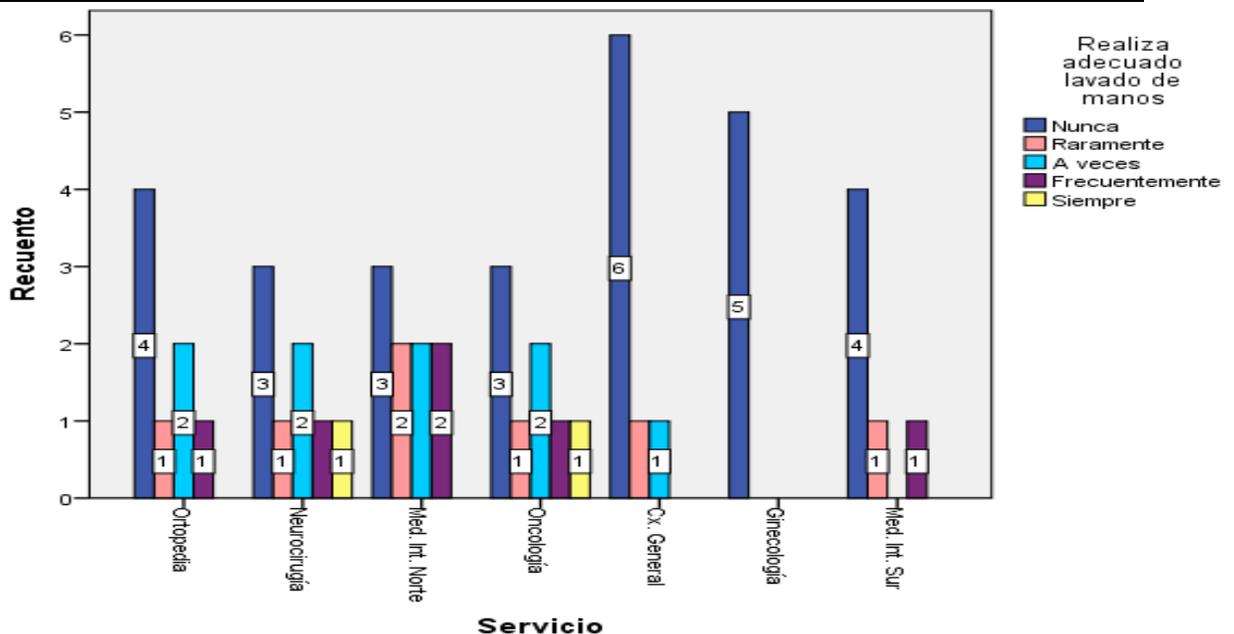
		Muestra cortesía hacia el paciente					Total
		Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre	
Servicio	Ortopedia	0	0	0	3	5	8
		0.0%	0.0%	0.0%	37.5%	62.5%	100.0%
	Neurocirugía	1	3	0	1	3	8
		12.5%	37.5%	0.0%	12.5%	37.5%	100.0%
	Med. Int. Norte	0	0	3	0	6	9
		0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%	100.0%
	Oncología	0	0	2	2	4	8
		0.0%	0.0%	25.0%	25.0%	50.0%	100.0%
Cirugía General	0	3	3	1	1	8	
	0.0%	37.5%	37.5%	12.5%	12.5%	100.0%	
Ginecología	0	2	1	2	0	5	
	0.0%	40.0%	20.0%	40.0%	0.0%	100.0%	
Med. Int. Sur	0	0	1	1	4	6	
	0.0%	0.0%	16.7%	16.7%	66.7%	100.0%	
Total		1	8	10	10	23	52
		1.9%	15.4%	19.2%	19.2%	44.2%	100.0%



Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Servicio / Realiza adecuado lavado de manos

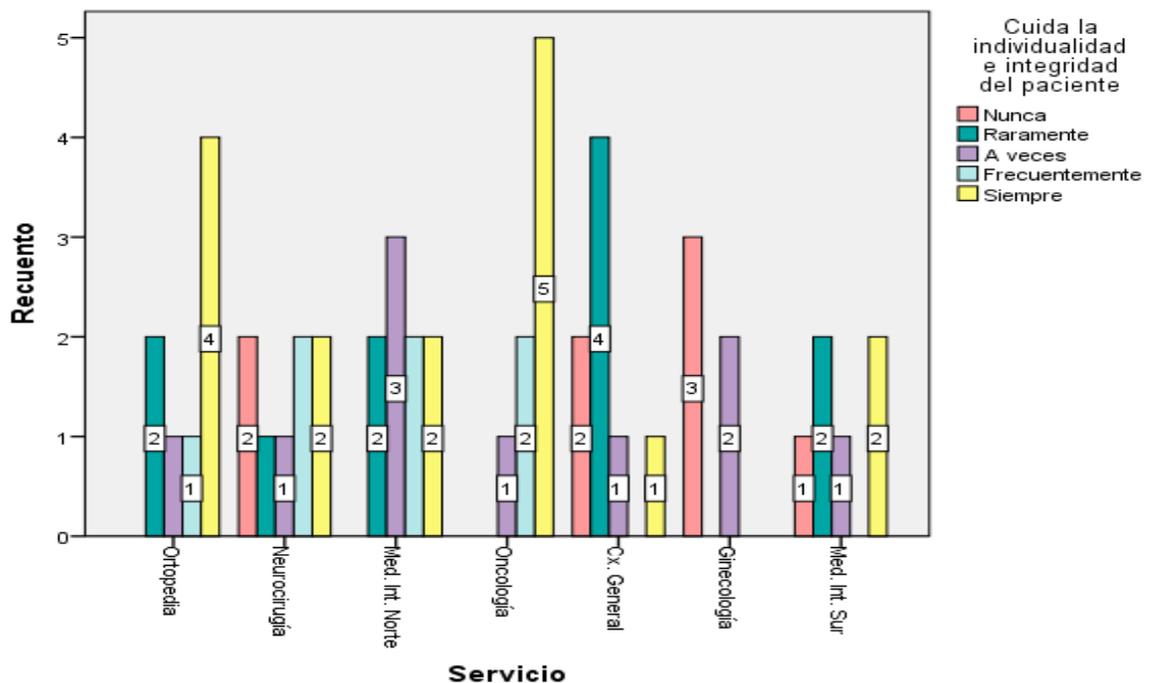
		Realiza adecuado lavado de manos					Total
		Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre	
Servicio	Ortopedia	4	1	2	1	0	8
		50.0%	12.5%	25.0%	12.5%	0.0%	100.0%
	Neurocirugía	3	1	2	1	1	8
		37.5%	12.5%	25.0%	12.5%	12.5%	100.0%
	Med. Int. Norte	3	2	2	2	0	9
		33.3%	22.2%	22.2%	22.2%	0.0%	100.0%
	Oncología	3	1	2	1	1	8
		37.5%	12.5%	25.0%	12.5%	12.5%	100.0%
	Cirugía General	6	1	1	0	0	8
		75.0%	12.5%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%
	Ginecología	5	0	0	0	0	5
		100.0 %	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Med. Int. Sur	4	1	0	1	0	6
		66.7%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%	100.0%
Total		1	28	7	9	6	2
		1.9%	53.8%	13.5%	17.3%	11.5%	3.8%



Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Servicio / Cuida la individualidad e integridad del paciente

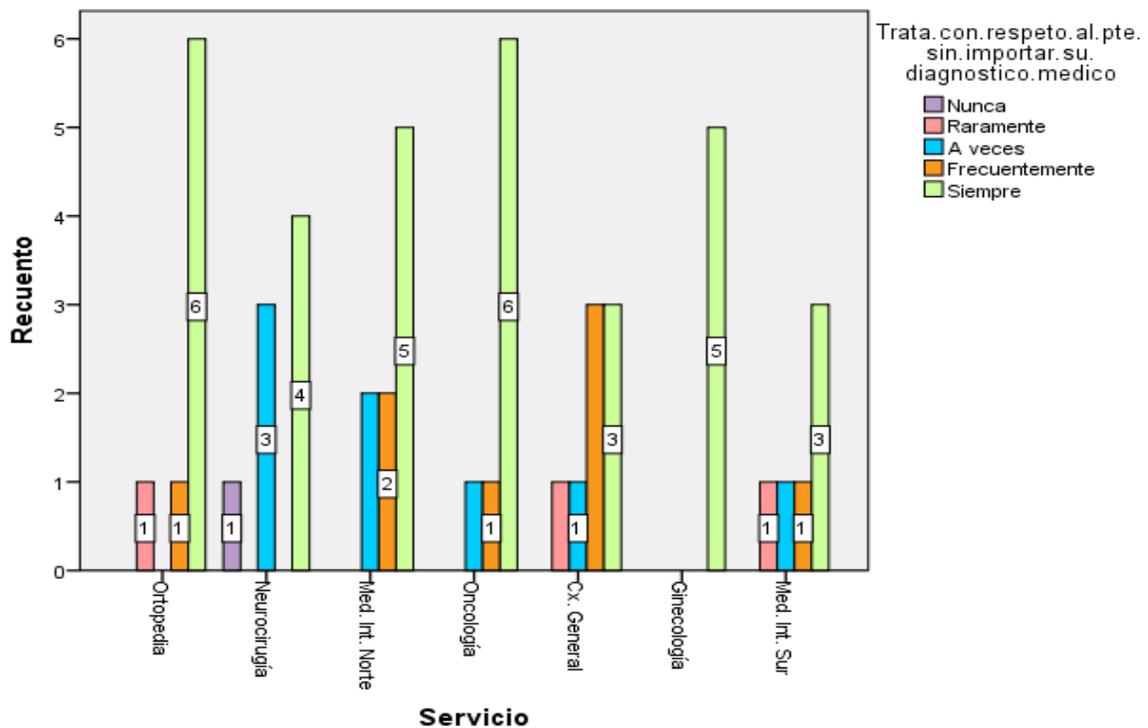
		Cuida la individualidad e integridad del paciente					Total
		Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre	
Servicio	Ortopedia	0	2	1	1	4	8
		0.0%	25.0%	12.5%	12.5%	50.0%	100.0%
	Neurocirugía	2	1	1	2	2	8
		25.0%	12.5%	12.5%	25.0%	25.0%	100.0%
	Med. Int. Norte	0	2	3	2	2	9
		0.0%	22.2%	33.3%	22.2%	22.2%	100.0%
	Oncología	0	0	1	2	5	8
		0.0%	0.0%	12.5%	25.0%	62.5%	100.0%
Cirugía General	2	4	1	0	1	8	
	25.0%	50.0%	12.5%	0.0%	12.5%	100.0%	
Ginecología	3	0	2	0	0	5	
	60.0%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
Med. Int. Sur	1	2	1	0	2	6	
	16.7%	33.3%	16.7%	0.0%	33.3%	100.0%	
Total		8	11	10	7	16	52
		15.4%	21.2%	19.2%	13.5%	30.8%	100.0%



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Servicio / Trata con respeto al paciente sin importar su diagnóstico médico

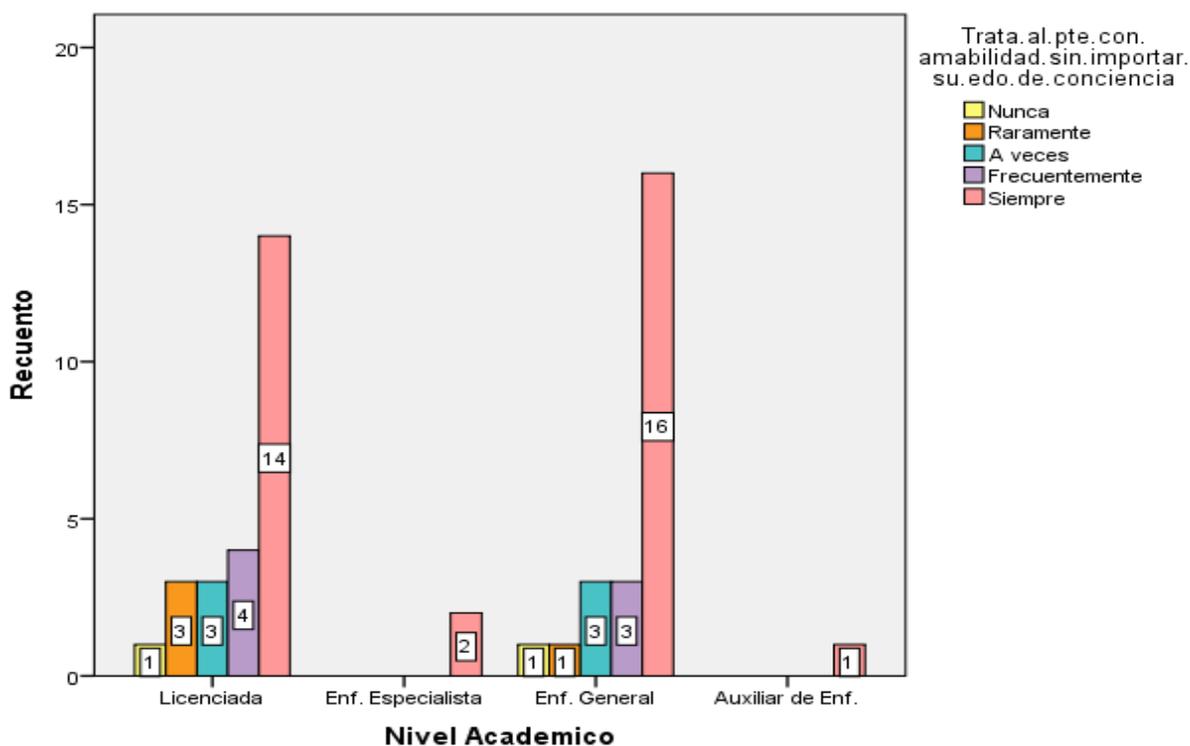
		Trata con respeto al paciente sin importar su diagnóstico médico					Total
		Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre	
Servicio	Ortopedia	0	1	0	1	6	8
		0.0%	12.5%	0.0%	12.5%	75.0%	100.0%
	Neurocirugía	1	0	3	0	4	8
		12.5%	0.0%	37.5%	0.0%	50.0%	100.0%
	Med. Int. Norte	0	0	2	2	5	9
		0.0%	0.0%	22.2%	22.2%	55.6%	100.0%
	Oncología	0	0	1	1	6	8
		0.0%	0.0%	12.5%	12.5%	75.0%	100.0%
	Cx. General	0	1	1	3	3	8
		0.0%	12.5%	12.5%	37.5%	37.5%	100.0%
	Ginecología	0	0	0	0	5	5
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	Med. Int. Sur	0	1	1	1	3	6
		0.0%	16.7%	16.7%	16.7%	50.0%	100.0%
Total		1	3	8	8	32	52
		1.9%	5.8%	15.4%	15.4%	61.5%	100.0%



Fuente: Guía observacional de "Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM" del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.

Nivel Académico / Trata al pte con amabilidad sin importar su estado de conciencia

		Trata al pte con amabilidad sin importar su estado de conciencia					Total
		Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre	
Nivel Académico	Licenciada	1	3	3	4	14	25
		4.0%	12.0%	12.0%	16.0%	56.0%	100.0%
	Enf. Especialista	0	0	0	0	2	2
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	Enf. General	1	1	3	3	16	24
		4.2%	4.2%	12.5%	12.5%	66.7%	100.0%
Auxiliar de Enf.	0	0	0	0	1	1	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	
Total		2	4	6	7	33	52
		3.8%	7.7%	11.5%	13.5%	63.5%	100.0%



Fuente: Guía observacional de “Trato digno al paciente hospitalizado por parte del profesional de enfermería en el HJM” del turno matutino del 13 al 17 de Mayo del 2013.



Secretaría de Salud
Hospital Juárez de México
Escuela de Enfermería
Con Estudios Incorporados
a la UNAM



ANEXO: 4

Programa de educación continua
“Calidad de la atención y Trato digno al paciente
hospitalizado en el servicio”

Presentado por:

BERNAL BUCIO MARA MONSERRATH

Octubre del 2013

“Calidad de la atención y Trato digno al paciente hospitalizado en el servicio”

Dirigido a:

Todo el profesional de Enfermería

Duración:

40 horas con valor curricular

Horario:

7:00 a 15:00 hrs.

Sede:

Hospital Juárez de México

Lugar:

Aula Magna

Tiempo:

Lunes a Viernes (fecha disponible de acuerdo a las actividades de la institución)

Material y recursos:

Proyector, computadora, hojas, lápices y plumas.

INTRODUCCIÓN

La capacitación en enfermería es básica, puesto que es la preparación continua y la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas, para alcanzar la eficacia y excelencia al realizar una intervención de calidad, así mismo el mantener el grado de compromiso y esfuerzo, que le permitan disponer de una fuerza de trabajo suficientemente, eficiente y eficaz que conduzca al logro de los objetivos y metas de la institución, y al mismo tiempo logre satisfacer las necesidades de los pacientes y la satisfacción personal.

El programa se desarrolla de manera metodológica, para que el personal de enfermería desarrolle y adquiera los conocimientos, y tenga la capacidad de modificar sus actitudes frente a las necesidades que se presenten en su jornada laboral.

Este programa abarca diversos temas de interés del personal de enfermería, a través de sesiones educativas que se llevarán a cabo dentro de la jornada laboral, siendo así una herramienta efectiva para proporcionar conocimiento, reconocimiento y rendimiento laboral, logrando que mejore el trato y la calidad de atención de los pacientes.

JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta surge al realizar la investigación, ya que el personal de enfermería tiene deficiencias en proporcionar trato digno al paciente hospitalizado. El programa tiene la finalidad de sensibilizar al personal de enfermería para que modifique sus actitudes frente al paciente.

También se realiza para mejorar el indicador de trato digno, fortaleciendo aquellas debilidades que presentan algunos profesionales de enfermería en la atención del paciente, y se conviertan en fortalezas como: vocación de servicio, esfuerzo, dedicación, colaboración, honestidad, compromiso, paciencia, responsabilidad y ética.

OBJETIVOS

Objetivo General

Sensibilizar al profesional de enfermería para que modifique los factores que intervienen al proporcionar trato digno al paciente hospitalizado en el Hospital Juárez de México.

Objetivos Específicos

- Mejorar la calidad y el trato digno del personal de enfermería hacia el paciente hospitalizado.
- Aumentar el nivel de calidad de la atención por parte del personal de enfermería
- Generar la necesidad de compromiso e interés hacia el cuidado del paciente.
- Desarrollar habilidades y modificar actitudes del personal de enfermería.

PROGRAMACIÓN TEMÁTICA

TEMAS

1. Comunicación asertiva

OBJETIVO:

Concientizar al personal de enfermería en todo momento causa un impacto personal mediante su comunicación. Por ello se requiere de competitividad profesional y de multi-habilidades para una relación armónica en la relación enfermera – paciente.

1.1 Tipos de comunicación

1.2 Elementos de la comunicación humana

1.3 Funciones de la comunicación

1.3 Comunicación asertiva

2. Comunicación efectiva interpersonal enfermera(o) – paciente

OBJETIVO:

Atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo y explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma.

2.1 niveles de la comunicación

2.2 Interpersonal e intrapersonal

2.3 Aptitudes y actitudes del profesional de enfermería

3. Comunicación interpersonal efectiva

OBJETIVO:

Identificándose y dirigiéndose con amabilidad, explicándole con lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan, favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas, sentimientos y emociones.

- 3.1 Comportamiento visual
- 3.2 Postura y movimiento
- 3.3 Gestos y expresión
- 3.4 El vestir y el aspecto
- 3.5 Voz y variedad vocal
- 3.6 El lenguaje
- 3.7 La atención
- 3.8 El buen humor
- 3.9 Naturalidad

4. Concepción holística de la persona

OBJETIVOS:

- Otorgando cuidados de enfermería tendientes a satisfacer las necesidades básicas de mantenimiento y conservación de la vida.
- Entendiendo las diversas manifestaciones de tipo emocional expresadas a través de los sentimientos (sufrimiento, miedo, incertidumbre, entre otros).
- Respetando los valores culturales, ideologías y capacidad para percibir, pensar.
- Respetando la decisión que tomó sobre su tratamiento y cuidados.

- 4.1 Que implica ser una persona holística
- 4.2 Emociones ante el miedo
- 4.3 Ideologías sobre su salud

5. Cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios.

OBJETIVOS:

- Fundamentando los cuidados de enfermería en conocimientos científicos, técnicos y éticos actualizados.
- Proporcionando un entorno seguro a través de la aplicación de las medidas de seguridad establecidas en las normas institucionales.

-Manteniendo un estado de salud física, mental y social que evite constituirse en un factor de riesgo.

5.1 Importancia del personal de salud este a la vanguardia

5.2 Seguridad al paciente

6. Coordinación efectiva del equipo multidisciplinario de salud.

OBJETIVOS:

- Aplicando en cada uno de los documentos (expediente clínico, reportes, informes, entre otros) los lineamientos establecidos por la institución.
- Realizando los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.
- Utilizando terminología técnico-médica de uso y aceptación universal.
- Elaborando y considerando a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.
- Realizar trabajo en equipo en diferentes actividades.

6.1 Trabajo en equipo

6.2 Colaboración

6.3 Importancia de tener un Ambiente laboral adecuado

7. Principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería

OBJETIVOS:

- Conociendo, adoptando, aplicando y difundiendo los deberes y responsabilidades contenidos en el Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.
- Favoreciendo y fomentando los valores éticos y sociales de la profesión.

7.1 Código de Ética

7.2 Bioética

7.3 Principios Éticos

8. Calidad en el servicio

OBJETIVO:

Explicará una perspectiva general de la importancia de la Calidad en el Servicio.

- 8.1. ¿Qué es un usuario?
- 8.2. ¿Qué es un servicio?
- 8.3. ¿Qué es Calidad?
- 8.4. ¿Qué es Calidad en el servicio?

9. Trato digno.

OBJETIVO:

Mejorar la relación usuario–profesional de salud y lo que implica dar trato digno.

- 9.1 Dignidad como hombre
- 9.2 Dignidad como miembro de una cultura
- 9.3 Dignidad como individuo único e irreplicable
- 9.4 Dignidad como individuo sujeto a diversas circunstancias

10. Respeto a los derechos humanos y a las características individuales de las personas.

OBJETIVO:

Evaluar la importancia del respeto a los derechos humanos del usuario.

- 10.1 Derechos humanos
- 10.2 Derechos de los pacientes
- 10.3 Derechos de las enfermeras (os) en México
- 10.4 CONAMED

11. Metas Internacionales

OBJETIVOS:

- Conocer las soluciones para la seguridad del paciente publicadas por la (OMS) 2004.
- Se identifican áreas de riesgo dentro del hospital
- Prevenir Eventos Adversos

11.1 Identificar correctamente a los pacientes

11.2 Mejorar la comunicación efectiva

11.3 Mejorar la seguridad de medicamentos de alto riesgo

11.4 Garantizar cirugías en lugar correcto, con procedimiento correcto y al paciente correcto.

11.5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención medica

11.6 Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

12. Estrés laboral (Síndrome de Burnout)

OBJETIVO:

Conocer las diferentes alternativas para disminuir el estrés laboral y personal.

12.1 Síndrome de Burnout

12.2 Estrés laboral y sus consecuencias

12.3 8 Claves para combatir el estrés laboral

13. Cultura organizacional

OBJETIVO:

Identificar el conjunto de normas, hábitos y valores, que practican los individuos de una organización, y que hacen de esta su forma de comportamiento.

13.1 Organización

13.2 Funciones de la cultura organizacional

13.3 Normas y hábitos

13.4 Importancia de conocer la cultura organizacional

13.5 Clasificación de la cultura organizacional

14. Conflicto y negociación

OBJETIVO:

Lograr una negociación por el cual las partes interesadas resuelvan conflictos, acuerden líneas de conducta, busquen ventajas individuales o colectivas o procurar obtener resultados que sirvan a sus intereses mutuos.

14.1 Conflicto

14.2 Negociación

14.3 Tipos o estilos de Negociación

15. Planeación estratégica

OBJETIVO:

Tomar estrategias que clarifiquen el propósito central de la organización, seleccionar objetivos a cumplir, identifican puntos fuertes y débiles, analizan los futuros riesgos y oportunidades, comparar esos riesgos con los puntos fuertes y débiles, decidir una estrategia a largo plazo, implantar la estrategia y evaluarla.

15.1 Planificación

15.2 Estrategia

15.3 Declaración de misión

15.4 Declaración de visión

16. Toma de decisiones

OBJETIVO:

Saber tomar decisiones mediante el cual se realiza una elección entre las opciones o formas para resolver diferentes situaciones de la vida en diferentes contextos: a nivel laboral, familiar, y sentimental.

- 16.1 Proceso de toma de decisiones
- 16.2 Identifica y analizar el problema
- 16.3 Identifica los criterios de decisión y ponderarlos
- 16.4 Definir la prioridad para atender el problema
- 16.5 Generar las opciones de solución
- 16.6 Evaluar las opciones
- 16.7 Aplicación de la decisión
- 16.8 Evaluación de los resultados
- 16.9 Procesos cognitivos implicados en la toma de decisiones

PROGRAMACIÓN PROGRAMÁTICA

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00 - 7:30 7:30 - 8:00	Registro Presentación del curso	Concepción holística de la persona	Principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería	Respeto a los derechos humanos y a las características individuales de las personas.	Cultura organizacional
8:00 - 9:00	Comunicación asertiva				Conflicto y Negociación
9:00 - 11:00	Comunicación efectiva interpersonal enfermera(o)- paciente	Cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios	Calidad en el Servicio	Metas internacionales	Planeación estratégica
11:00 - 12:00	Receso	Receso	Receso	Receso	Receso
12:00 - 13:30	Comunicación interpersonal efectiva	Coordinación efectiva del equipo multidisciplinario de salud.	Trato Digno	Estrés laboral (síndrome de burnout)	Toma de decisiones
13:30 - 15:00					Evaluación

EVALUACIÓN

Objetivo:

Reconocerán sus habilidades y limitaciones para lograr modificar actitudes encaminadas a mejorar su autoimagen y así favorecer su asertividad en el ámbito personal, familiar y laboral e identificarán momentos críticos del trabajo que corren el riesgo de provocar insatisfacción en los usuarios y propondrán ideas para prevenirlos.

Se llevara a cabo:

- Mediante lluvia de ideas, realizando preguntas lo cual dará la iniciativa a participar y evaluar el aprendizaje adquirido.
- Se expondrán situaciones laborales y de acuerdo a lo aprendido se le dará una opinión para conocer la solución o detección del problema en varios aspectos.
- El participante elaborará un Plan-Compromiso de mejora del servicio de manera individual y grupal, a partir de los elementos identificados con el fin de brindar un Trato Digno a los usuarios de estos servicios y coadyuvar al logro de los objetivos planteados de los Servicios de Salud y personales.