UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMER ÍA

“TRATO DIGNO COMO ESTRATEGIA DE LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS: PERSPECTIVA DE USUARIOS DEL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA”.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

LIZET AGUILAR ALVARADO

ASESORA:

Dra. Enf. MARÍA LETICIA RUBI GARCÍA VALENZUELA

Morelia Michoacán, Abril 2008.

A D M I N I S T R A T I V O S

L.E Y M.C.E. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA DE LA FACULTAD

L.E.D. MARÍA DE JESÚS RUÍZ RECENDIZ

SECRETARIA ACADÉMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

J U R A D O

DRA. MARÍA LETICIA RUBI GARCÍA VALENZUELA

PRESIDENTA

M.C. MA. CRISTINA MARTHA REYES GUZMÁN

PRIMER VOCAL

DR. DANIEL FELICIANO ZALAPA MARTINEZ

SEGUNDO VOCAL

Q.F.B. MA. JAZMIN VALENCIA GUZMÁN

SUPLENTE

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A DIOS

Primero, por haberme escogido dentro de tantas posibilidades de existir, y permitirm milagro de estar aquí. Y segundo, por estar conmigo, en todo momento, aunque yo no ıo percibiera así en algunas situaciones adversas de mi vida.

A MI FAMILIA

Por amarme, apoyarme y confiar en mi como lo han hecho todos ellos y ellas. Formando parte del impulso principal para avanzar en este camino que hasta este momento he recorrido. No es posible mencionar a cada uno de ellos y ellas por su nombre, sin embargo, considero elemental y la base de toda mi carrera mencionar a mi tía Nena y a mi hermana Erika, a quien le agradezco infinitamente su apoyo, de no ser por ella en este momento no hubiese realizado el presente trabajo y el salir adelante en los momentos mas difíciles.

A MI ASESORA

Primero por ser mí ejemplo a seguir en todos los aspectos; por compartir conmigo una parte de su valioso tiempo y por apoyarme no solo en la parte académica, por eso y por muchas cosas más, mil gracias.

A MIS AMIGOS

La persona que toma tu mano pero toca tu corazón, es un amigo de verdad. A todos los que me ayudaron con el proceso lento y difícil durante el transcurso de mi crecimiento como persona gracias por brindarme su amistad y escucharme en todo momento y por impulsarme a concluir el presente trabajo.

A MIS PROFESORES

A mis queridos profesores que le debo tanto y que este espacio no seria suficiente para expresarle mi agradecimiento. La lección más difícil de aprender es: qué puente usar en la vida, o cual quebrar y todos y cada uno de ellos me ayudaron a usar el puente correcto durante el transcurso de mi carrera.

GRACIAS…

I N D I C E

Administrativos

Jurado

Agradecimientos

I. INTRODUCCION…….....1

1.1. Planteamiento del problema……4

1. 2. Justificación……7

1. 3. Objetivos…….9

II. MARCO TEORICO……...11

2.1. Historia de la calidad……11

2.2 Calidad de los servicios de salud……...12

2.3 Calidad de la Atención de Enfermería……14

2.4 Procedimientos de evaluación de la acción de Enfermería……17

2.5 Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud……..17

2.6 El trato digno como estrategia……...19

2.7 Centro Estatal de Atención Oncológica…….22

III. METODOLOGÍA…….24

3.1 Tipo de estudio……..24

3.2 Población y muestra…….25

3.3 Criterios.……....25

3.4 Instrumento de recolección de datos…….26

3.5 Estadística utilizada……..26

3.6 Ética de estudio…….....26

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS……...27

V. CONCLUSIONES……..34

VI. SUGERENCIAS……....35

VII. BIBLIOGRAFÍA……36
Anexos……38
- Cuadros y graficas……....41

I. INTRODUCCIÓN

La calidad es un concepto relativo, es el grado de aproximación al modelo teórico ideal. Podemos decir que es la diferencia entre "ser" y "querer ser".

Para la Real Academia Española, la calidad es "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla, mejor o peor que las restantes de su especie".

La Norma UNE define la calidad como "el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas".

Podemos expresar la calidad de la asistencia sanitaria en los siguientes términos: Calidad asistencial es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable.

Conseguir un nivel de calidad óptimo equivale, por tanto, a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial que satisfagan por igual a administradores, profesionales y usuarios.

Cada paciente o usuario merece la mejor atención posible. Sin las estructuras que permiten la optimización de los servicios de atención de la salud, esta atención se ofrecería en forma fragmentada y seria difícil señalar la responsabilidad de todos y cada uno en la calidad de los servicios suministrados.

La sociedad exige la responsabilidad de aquellos que suministran servicios de lo cual no se excluyen los servicios de salud, por lo que también, los pacientes o usuarios están protegidos por leyes, normas y prácticas recomendadas.

Balseiro Almario (2005) refiere que la calidad de la atención en enfermería se define de varias formas, identificándola como el grado de aproximación de un producto o servicio a cada una de las características que se vayan señalando como idóneas en un prototipo. Es también el grado de obtención de una característica determinada, de acuerdo a medidas, en las que se definen los aportes extremos como "malo-bueno", siendo el intermedio el normal. Sin embargo, se debe destacar que para que la calidad adquiera un significado debe acompañarse por un valor, según la escala malo, excelente, regular o normal de acuerdo con la escala de medida empleada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que, calidad en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos para conseguir una atención sanitaria óptima (BALSEIRO, 2005).

La calidad de asistencia es la que brindan las Enfermeras y los Médicos con base en la utilización de conocimientos y tecnologías para prestar un servicio óptimo a los usuarios.

De acuerdo a la definición que tienen los usuarios se observa que la calidad es un componente de cantidad de los servicios disponibles y de tiempo empleado en la celeridad de la atención, así como otros aspectos referentes a la eficacia del sistema.
Esta misma autora menciona que algunos objetivos de la evaluación de la calidad son contribuir a que la prestación de los servicios médicos se lleve a cabo dentro de las normas establecidas de calidad con sentido social, humanitario y con los parámetros de congruencia esperados, así como el unificar criterios para el seguimiento y evaluación de los programas básicos, en los diferentes niveles sea local, delegacional y regional.

En lo que respecta a la calidad de la atención y los cuidados que Enfermería proporciona a los usuarios, se considera la posibilidad de identificar los parámetros de calidad, para lo cual es necesario considerar los siguientes puntos:

En primer lugar, el impacto que las acciones de Enfermería producen en el bienestar y la salud, haciendo patente la necesidad de controlar las acciones y valorarlas en si mismas, garantizando su calidad que es determinante tanto para el paciente, cliente o usuario, como para la institución.

Segundo, el volumen de trabajo que supone un elevado porcentaje total de la actividad de cualquier institución sanitaria.

Y tercero, se debe de tener en cuenta que cada vez mas las enfermeras tienen la capacidad de planificar, ejecutar y evaluar sus acciones profesionales en un contexto de autonomía y responsabilidad profesional propia en relación de cooperación e interdependencia con otros profesionales.

Para cumplir con lo anterior, el gobierno de México en el año 2001, implemento la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), con la finalidad de elevar la calidad de los servicios de salud llevándola a niveles aceptables en todo el país y que sean claramente percibidos por toda la población.

En este programa, la Comisión Internacional de Enfermería (CIE) incluyó seis indicadores para evaluar la calidad de la atención que proporciona el personal de enfermería, entre los cuales destaca el trato digno, también conocido como trato adecuado, el cual se sustenta en principios éticos y se caracteriza por la información, el interés y la amabilidad por parte del personal de enfermería hacia las personas usuarias de los servicios de salud.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antecedentes

Los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales de la década de 1950, cuando se iniciaron las primeras auditorias médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social que, de una u otra manera, se preservaron hasta finales los setenta. Entre 1985 y 1986 destaca la implantación de los primeros círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología de la SSA. Sin embargo, es en la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios en una de las instituciones de seguridad social del país.

En efecto, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se iniciaron procesos de mejora continua con el apoyo de consultores norteamericanos que, sin embargo, se interrumpieron. En la segunda mitad de la década se retomó la preocupación de elevar la calidad de una manera mucho más sistematizada, con el establecimiento de la Unidad de Organización y Calidad que posteriormente sería elevada al nivel de Dirección; con la implantación del Plan Integral de Calidad (PIC), cuyos resultados se han hecho evidentes, y del Premio IMSS de Calidad, diseñado con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Calidad Total en su primer año y, para el año 2000, de la Universidad Iberoamericana. A ello debe agregarse el desarrollo del sistema de encuestas de satisfacción, estudios de percepción de los derechohabientes y un sistema altamente efectivo de información y orientación para estos. Sin embargo, debido a la magnitud de la institución, el reto continúa vigente.

En la Secretaría de Salud se inició en 1997 el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Desde entonces, y hasta el final del año 2000, fue implantado en 28 estados de la República. Este programa, coordinado por la Dirección de Calidad de la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo niveles en la historia de

esta institución, así como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades.

Sin duda alguna, una de las iniciativas más importantes de la Secretaría de Salud en esta materia fue la creación en 1996 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el desarrollo de sus homólogas en varios estados de la República.

De esta manera, la Cruzada Nacional por la Calidad se finca en múltiples cimientos construidos a lo largo ya de muchos años que se van concentrando hacia el final de la década de los noventa y que permiten asegurar la suficiente experiencia para lanzar un proceso de tal envergadura con un buen augurio de éxito.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 y 2006 al 2012 identifican a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano abordará en los próximos años, en una perspectiva al año 2025.

El reto de mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como interpersonal, ha sido abordado antes a través de muchos esfuerzos realizados tanto por las instituciones del sector público como por las del sector privado, particularmente durante los últimos 15 años; sin embargo, el sistema de salud mexicano ha carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado.

Tal es la necesidad de establecer una estrategia nacional que, como verdadera cruzada, rescate de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de los servicios, teniendo como punto de enfoque de todos esos esfuerzos a los usuarios de los servicios, buscando la mejora sustantiva de sus condiciones de salud y garantizar un trato adecuado.

Con la posibilidad de identificar los parámetros de calidad y los específicamente relacionados a la Cruzada Nacional por la Calidad de Los Servicios de Salud, en lo que se refiere al trato digno, no se reconocería el rumbo que ha tomado esta estrategia, sin realizar una evaluación que permita identificar si se están cumpliendo las expectativas de lo planeado, o existe la posibilidad de retomar el rumbo y lograr que todos los pacientes en quimioterapia ambulatoria que asisten al CEAO para su atención sean tratados adecuadamente durante su tratamiento, aplicando los parámetros que incluye el trato digno.

Las metas que se plantea la CNCSS respecto al trato digno, son las siguientes:

Trato digno

1. Nivel de satisfacción de los pacientes.

Meta: El 80% de los encuestados califican la atención como "satisfactoria" o "muy satisfactoria"

Atención Efectiva, Eficiente, Ética y Segura.

2. Grado de variación en el índice de calidad técnica entre organizaciones y regiones.

Meta: Reducción de un 50% en la variación existente al inicio de la Cruzada

Satisfacción de los prestadores de servicios.

3. Nivel de satisfacción de los prestadores

Meta: El 60% de los prestadores de los servicios se manifiestan "satisfechos" o "muy satisfechos" con el trabajo que desempeñan.

Percepción de la población

4. Lugar que ocupan los servicios de salud en la comunidad entre otro tipo de servicios.

Meta: Los servicios de salud pasan del 4°. AL 1°. lugar en la percepción de acuerdo con el criterio utilizado por la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud.

Rendición de cuentas y sistemas de información confiables.

5. Porcentaje de organizaciones con "informes de desempeño" confiables y comparables por tipo de organización.

Meta: 60% de las organizaciones prestadoras de servicios de salud en todo el país cuentan con informes de desempeño confiables.

Procesos de Mejora Continua.

6. Número de mejoras demostradas en los procesos de atención y de apoyo a la atención de los pacientes.

Meta: Incremento anual de 20% en el número de mejoras demostradas.

Desarrollo de la capacidad directiva

7. Porcentaje de directivos seleccionados con criterios explícitos o capacitados para el desempeño de su función.

Meta: 100% de los directivos del sector público y 60% del sector privado.

El objetivo general de la Cruzada, planteado para hacer frente a los retos, es elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población.

La mejora de la calidad de los servicios será posible en la medida en que, trabajando en equipo, se participe aportando ideas y esfuerzos para modificar el trabajo a modo de ofrecer un trato más digno a los usuarios y asegurar la efectividad de la atención que se les proporcionamos

De lo anteriormente mencionado se desprende la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué características tiene el trato que brinda el personal de enfermería en los servicios de quimioterapia del centro estatal de atención oncológica, de acuerdo a los parámetros y lineamiento del trato digno, como estrategia de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud?

1.2. JUSTIFICACION

El objetivo general de la Cruzada por la Calidad en los Servicios de Salud, es el establecer estándares de calidad que incluyan todas las instituciones de salud, en sus diferentes niveles, garantizando niveles aceptables en todo el país, y lo que esto conlleva, que es el

que todos los mexicanos tengan la garantía de recibir una atención de calidad. Normada por parámetros internacionales y que sean claramente percibidos por la población.

Con esta estrategia de mejora que se instituye a través del organismo rector de los servicios y prestaciones de salud a nivel nacional, se buscan beneficios directos a los usuarios, por lo que es necesario contar con parámetros de referencia que permitan identificar si se están logrando las metas planteadas.

Por lo tanto, con la elaboración de este trabajo, se identificó qué características observó el trato digno enfocado al usuario, en cuanto a recibir un parámetro de calidad, sin distinción de edad, sexo, credo, convicción religiosa, nivel social y cultural, diagnóstico y tratamiento.

Identificando, a la vez, parámetros que se refieren a si recibieron información orientada a recibir servicios de buena calidad, mejorando la percepción sobre la calidad de los servicios de salud con datos verídicos, y así desarrollar y fortalecer la confianza de la población en el sistema de salud.

Para el Centro Estatal de Atención Oncológica, se busca ayudar a establecer un sistema de evaluación, que permita identificar oportunidades de mejora para la aplicación de esta estrategia, pues es bien conocido por los trabajadores de la salud que existe una gran diferencia entre el discurso oficial y la realidad, sin embargo con la CNCSS se espera que sean cambios de actitud del personal lo que represente el punto principal del impulso al cambio.

Y como lo refiere Ann Marrrier (2001), cuando escribe que la evaluación constituye un sistema periódico y formal para determinar la forma en que el personal desarrolla sus tareas en un periodo de tiempo determinado. Los propósitos de la evaluación son: a) determinar la competencia del trabajo; b) reforzar el desarrollo del personal y motivar para conseguir mejores logros; c)descubrir las aspiraciones del empleado y reconocer los logros alcanzados; d) mejorar la comunicación entre la dirección y el personal delegado, y alcanzar el entendimiento sobre los objetivos del trabajo y de la

institución; e) mejorar el rendimiento examinando y fomentando una mejor relación entre las enfermeras; f) ayudar a la función de tutoría y asesoramiento de la dirección; g) determinar las necesidades de orientación y formación de las enfermeras ; h) realizar un inventario de las aptitudes del personal y reevaluar la distribución y programación de forma consecuente; i) seleccionar enfermeras aptas para trabajos mas importantes y mejor remunerados, y finalmente i) identificar empleados no satisfactorios, fortaleciendo con estos conceptos, la premisa de contar con un proceso de evaluación que permita retomar el rumbo, si es necesario, o continuar con las mismas expectativas si así es necesario.

Bajo la concepción de que el trato digno es sinónimo de trato correcto, decoroso y apropiado a las necesidades de salud de cada ser humano, refiriéndose a las expresiones de amabilidad de las personas de la institución durante el proceso de atención y tomando en cuenta los valores, lenguaje, sentimientos y creencias de las personas usuarias, se considera relevante la realización del presente trabajo.

Respecto a la enfermería como profesión, es necesaria la investigación en relación con la atención que brinda a las y los usuarios, pues esta actividad sustantiva de la profesión, permite visualizar otros horizontes, generar conocimientos y proponer alternativas de solución ante los retos a los que se enfrenta la enfermería, en este sentido, con el presente trabajo se busca, también, el fortalecimiento de la profesión.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

- Analizar los resultados de la aplicación del formato de Trato Digno como estrategia de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, en la atención que brinda el personal de enfermería a los usuarios en el servicio de quimioterapia del Centro Estatal de Atención Oncológica

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar las características del trato que brinda el personal de enfermería en relación al formato de Trato Digno en el servicio de quimioterapia del Centro Estatal de Atención Oncológica
- Comparar los resultados obtenidos en el servicio de quimioterapia del Centro Estatal de Atención Oncológica.
- Sugerir alternativas de mejora en el Trato Digno de acuerdo a los resultados obtenidos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 HISTORIA DE LA CALIDAD

Los primeros estudios de Calidad se hicieron en los años 30s antes de la Segunda Guerra Mundial, con propósitos industriales y con la finalidad de elevar la productividad y disminuir los errores. Con lo anterior se pudieron construir artículos militares de bajo costo y de gran calidad. Los norteamericanos crean el primer sistema de aseguramiento de la calidad y con ello disminuyeron las perdidas humanas (Sistema de Certificación; Normas Z1 2001)

Los precursores de la Calidad fueron el Dr. Edgard Deming, el Dr. Joseph Juran, y el Dr. Armand V. Feigenbaum. A partir de 1950, Deming impartió cursos sobre el modelo administrativo para el manejo de la Calidad. En 1954, Juran contribuyó a que los japoneses tuvieran una nueva visión sobre la responsabilidad de los Directivos para mejorar la Calidad y la Productividad. Desde 1956, Feigenbaum, fue quien creó el concepto de Gestión de la Calidad (General Electric). A Deming, Juran y Feigenbaum, se debe la gran explosión de Calidad en Japón, que es a través del Dr. Karou Ishikaua que tuvo consolidación a partir de 1955 (ENEO, 1998).

A partir de los años 60, Philip Crosby, considera a los trabajadores en las empresas como parte importante para lograr la calidad, y lanzó su concepto de “cero errores, cero defectos”. Entre 1960 y 1970, Ishikaua formalizo los Círculos de Calidad (CC) y a partir de esos las actividades se difundieron rápidamente y surgió el éxito fundamental de la Calidad como estrategia competitiva de las organizaciones y empresas.

La gran explosión de la Calidad se dio principalmente en Japón, en Estados Unidos y en Alemania posteriormente en Francia y por supuesto también en Inglaterra en donde podríamos encontrar la cuna de la globalización de la Calidad. Los Estados Unidos fueron desplazados y el Japón asumió la supremacía del mercado de automóviles, cámaras fotográficas, industria óptica, relojería, motocicletas, industria electrónica y de aparatos

domésticos en general. De esta manera los japoneses se convertían en los amos de la tecnología de la postrimería del siglo XX.

A partir del año 2000 la ISO 9000 reguló los sistemas de comercio mundial en Occidente, desde ese momento y en el futuro, los sistemas de Calidad serán el único fundamento que permitirá a otras empresas sobrevivir en un mundo cada vez más competitivo. La misión del organismo es mejorar continuamente la calidad de los productos o servicios a fin de satisfacer las expectativas de los clientes. Esto se logra generando un ambiente de integración y cooperación en el que todos estén involucrados, si la organización consigue llegar a esta meta, aumenta la productividad, mejora su posición competitiva en el mercado, ofrecerá una ganancia razonable a los accionistas, asegurara su estancia futura y brindara empleo estable a su personal. (BALSEIRO, 2005).

2.2 LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Garantía de calidad

La garantía de calidad es considerada por Avedis Donabedian (1996) como "todo aquello que los individuos y una sociedad llevan acabo par generar, mantener y mejorar la calidad".

En su conferencia magistral, pronunciada en el tercer Congreso Nacional de la atención de la salud que se llevo a cabo en México, junio de 1996, Avedis Donabedian, hace mención sobre los responsables y las responsabilidades para conseguir la garantía de calidad en los servicios de salud. Respecto a los primeros considera que todos sean responsables, es decir, los usuarios, los profesionales de la salud y las instituciones, en cuanto a las segundas comentan que es necesario hacer un breve análisis como a continuación se describe:

1) Crear una base de conocimientos

En su Conferencia Magistral Donabedian (1996), comenta que los profesionales de la salud son los responsables de desarrollar e impulsar la ciencia y la tecnología de la atención de la salud, mediante la experimentación y la observación sistemática.

2) Difusión de los conocimientos que se generen

La piedra angular de la Calidad en la atención a la salud es contar con profesionales bien preparados y con una capacitación adecuada. Sin embargo, es necesario que los conocimientos básicos se renueven constantemente introduciendo lo nuevo y descartando lo obsoleto.

3) Suministro de Recursos Humanos y Materiales

Se puede considerar que para otorgar una buena atención se requiere de los recursos necesarios, suficientes en cantidad y de alta calidad. No obstante se peden añadir los valores sociales y los principios éticos.

La calidad de asistencia es la que brindan las Enfermeras y los Médicos con base en la utilización de conocimientos y tecnologías para prestar un servicio óptimo a los usuarios.

Los usuarios y la calidad de atención

En esta parte es importante recordar que para el Dr. Edgard W. Deming, el cliente es aquel que paga la factura y a quien se tiene que satisfacer. Por otra parte se considera que los pacientes, clientes o usuarios esperan atención con cortesía y en forma oportuna; un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, orden y aseo. Así como contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico, paramédico y de enfermería (BALSEIRO, 2005).

Por otra parte es necesario que entendamos que la atención a la salud no es algo que los profesionales de la salud dan y los pacientes reciben. Se trata más bien de un esfuerzo de colaboración que es necesaria para que los usuarios logren sus objetivos.

Las personas usuarias desean recibir una buena atención y los miembros del equipo de salud desean ser capaces de proporcionarla. Para que los usuarios puedan tomar la decisión acertada u optar por la elección correcta sobre su estado de salud, ya sea de manera individual o colectiva, es necesario que antes se les eduque para ello. Y es responsabilidad, como parte del equipo de salud, cumplir con la parte en lo que al suministro de información y educación se refiere.

2.3 CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA

La Calidad de la Atención de Enfermería se puede definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud en expectativa. Esta definición está basada en la definición de la función propia de Enfermería que aporta Virginia Henderson.

EL PORQUÉ DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA Y SU CONTROL

Se encuentran referidas tres razones para justificar el control de calidad, a saber:

- Las exigencias de gestión.
- La demanda social.
- Las necesidades profesionales.

Vuori y Donabedian (1996) en un contexto general, indican también tres razones para el control de calidad:

1. Motivos éticos y deontológicos: El valor social de la salud implica que con los medios disponibles se prestan los mejores servicios posibles.

2. Motivos sociales y de seguridad: La comunidad exige que la competencia de los profesionales esté garantizada. En donde la información y formación de los usuarios ha ido cambiando y aumentando hacia su seguridad, tomando un nivel que les permite conocer y decidir, demandando calidad en los servicios sanitario - asistenciales.
3. Motivos económicos: En este aspecto, se requiere eficiencia y eficacia, ya que los recursos son escasos y las necesidades son cada día más crecientes.

Respecto a contar o elaborar un instrumento que mida la calidad de los cuidados de enfermería, Lindenman (1999) refiere que "el primer paso en la elaboración de un instrumento de medida de la calidad de los cuidados de Enfermería consiste en precisar el concepto de los cuidados y explicitar el objetivo de los mismos".

De ahí, la gran importancia del Modelo Conceptual y la evaluación de la calidad sobre la base de elementos a investigar siempre referidos a este modelo, así como el refuerzo de los Principios Teóricos y el soporte documental que sustentan la práctica de la enfermería.

En este sentido, la relación con el paciente se puede estructurar en los siguientes aspectos:

- Afectivo o relación de confianza.
- Cognoscitivo o de definición de las necesidades de atención, a través de los Diagnósticos de Enfermería.
- Activo o de aplicación de las acciones y técnicas de enfermería precisas.
- Ético, en el que el profesional es consciente de sus capacidades y vigilante respecto a las condiciones de la asistencia en beneficio del paciente.

Es necesaria la calidad en los cuidados de enfermería, y como profesionales de la salud es inherente a la responsabilidad y a la comprobación sistemática tanto de lo que se realiza como de los resultados que se producen o se esperan con las acciones de enfermería programadas.

OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

El objetivo que persigue la evaluación de los cuidados es mejorar el nivel del conjunto de las atenciones que la enfermería ofrece. No perseguir errores para imponer sanciones. Es un método de búsqueda de problemas, de solución de problemas y de análisis de sus causas, con el fin de encontrar soluciones que mejoren los cuidados.

Teniendo en cuenta que el volumen de personal de Enfermería es aproximadamente el 50% de la plantilla del hospital, de la continuidad de la asistencia que presta, se requiere establecer sistemas de control para conocer de forma sistemática y periódica, qué calidad de servicio se está ofreciendo en comparación con estándares previamente elaborados, como es este caso, del trato digno contenido con estrategia de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Históricamente los sistemas para evaluar la calidad de los servicios de enfermería se centraron en el análisis de la estructura, más tarde en el proceso y, posteriormente, en los resultados obtenidos de los cuidados. Desde los años 90 se reconoce la necesidad de analizar los tres componentes básicos pero haciendo siempre hincapié en que sirve para la identificación y resolución de problemas (MORENO R. 2002).

Así, la idea de calidad del producto, debe partir del concepto del propio producto, y en este caso, gestarse a partir de la filosofía de la profesión., además de tomar en consideración encuestas de satisfacción del usuarios, y del mismo personal como elementos importantes a tener en cuenta.

La recepción del paciente, así como la despedida al ser dado de alta; la alimentación de acuerdo a las necesidades, y si es posible adaptada a gustos; la vigilancia de un ambiente de confort y agradable, así como de una escrupulosa limpieza; la aplicación de terapéuticas de forma profesional y en tiempo correcto, información en los registros de enfermería de todos los datos necesarios; un trato educado y en lo posible amable..., son puntos de medición que afectan muchas veces la calidad de atención, aunque ésta percepción esta sujeta en ocasiones, a la propia valoración de la calidad de acuerdo a las expectativas y concepciones del paciente.

2.4 PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN ENFERMERA

En algunas instituciones, los procedimientos de evaluación de las acciones de enfermería son los mismos, y están fundamentados básicamente en parámetros como:

- Estadísticas cuantitativas y cualitativas relacionadas con la tasa de infección y determinadas complicaciones como úlceras por presión, flebitis...

- Encuestas y entrevistas dirigidas al personal del hospital y / o pacientes.
- Observación de la actividad por un comité especial, formado por enfermeras que recogen datos, de forma aleatoria, de los cuidados observados y los compara con los estándares previamente definidos.
- Auditoria de enfermería a partir de análisis retrospectivos de historias clínicas.

2.5 CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD

El programa nacional de salud 2001-2006 y 2007 – 2012, identificaron a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud Mexicano ha abordado durante este periodo de tiempo, y en una perspectiva hacia el año 2025.

El reto de mejorar la calidad de los servicios de salud que se presentan a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como interpersonal, ha sido abordado antes de muchos esfuerzos realizados tanto por las instituciones del sector publico como por las del sector privado, sin embargo el sistema de salud mexicano, había carecido de una estrategia que permitiera dar coherencia e impulsar a todos esos esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado.

Tal fue la necesidad, que se estableciera una estrategia nacional que, como verdadera cruzada rescatara de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigara en

la cultura organizacional del sistema y cada uno de los prestadores del servicio, teniendo como punto de enfoque de todos esos esfuerzos a los usuarios de los servicios buscando la mejora de sus condiciones de salud y garantizar un trato adecuado.

Es dato conocido para la mayor parte de los trabajadores del área de la salud que en el año 2001, el secretario de salud Julio Frenk Mora, lanzo el programa CNCSS como una de las cinco estrategias para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud Mexicano ha enfrentado en el sexenio 2001 al 2006. Con lo anterior se busco mejorar la calidad de los servicios de salud, sin embargo, es necesario saber cual ha sido el impacto de la CNCSS en los diferentes niveles (jurisdiccional, en unidad médica, trabajadores de la salud y usuarios de los servicios de salud), aplicando estrategias de control y evaluación en cada una de sus partes.

Es importante evaluar la CNCSS, y las estrategias que la conforman, en la población usuaria, pues ellos son los que deben resultar beneficiados con las políticas que emanen del Gobierno Federal.

En este sentido, y como parte de la estrategia de cambio e implementación de la CNCSS, se buscó su instrumentación en varias etapas; la primera etapa se le llamo "Impulso al cambio", la cual buscó disminuir tiempos de espera para recibir atención de urgencia, y proporcionar atención clara, veraz y oportuna acerca del tratamiento que reciben las personas usuarias, la entrega completa la receta de medicamentos indicados por el médico, así como tratar con respeto y dignidad a los usuarios y familiares (TRUJILLO, 2006).

Actualmente en nuestro país, se pretende dejar atrás, algunas ideas como "La calidad está implícita en la prestación del servicio y en sus instalaciones" "No es posible medir la calidad" "El paciente es un ente pasivo", y que estas sean cambiadas por: "Se deben de mostrar los resultados" "Medir para comparar, para comprender y para mejorar" "Cantidad con calidad" e "Identificar las percepciones y expectativas del usuario es fundamental" entre otras.

De ésta manera, es necesario mencionar la evolución histórica que los esfuerzos por mejorar la calidad en los servicios de salud han tenido en nuestro País y que dieron inicio a finales de la década de 1950, con las primeras auditorias que realizó el Instituto Mexicano del Seguro Social. Posteriormente el Instituto Nacional de Perinatología de la SSA, en el año de 1985 y 1986 destacó la implantación de los primeros círculos de calidad.

La Secretaría se inició en 1997 el programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica (aclarando que no se refiere solo a la atención de los médicos) y representa en la antecedente mas reciente sobre el cual se elaboro el diagnostico situacional de la calidad de los servicios de salud. Con lo anterior, los usuarios de los servicios de salud entrevistados en la encuesta nacional de satisfacción con los servicios de salud en el año 2000, señalaron que los servicios de salud de sus comunidades habían empeorado en comparación con los que tenían en 1994 (SNS, 2001).

COMPONENTES DE LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el Programa denominado Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, La Comisión interinstitucional de Enfermería (CIE) incluyó seis indicadores para evaluar la calidad de la atención que proporciona el personal den enfermería. (TORRES, 2006). Estos indicadores son los medicamentos vía oral, vigilancia y control de la venoclisis instalada, trato digno por la enfermería, prevención de infecciones de vías urinarias en paciente con sonda vesical instalada, prevención de ulceras por presión a paciente hospitalizados y prevención de caídas a pacientes hospitalizados.

2.6 EL TRATO DIGNO COMO ESTRATEGIA

El trato digno también es conocido como trato adecuado, el cual se sustenta en principios éticos y se caracteriza por la información, el interés y la amabilidad por parte del

personal de enfermería hacia las personas usuarias de los servicios de salud (BALSEIRO, 2006).

Por su parte, la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) define el trato digno por parte del personal de enfermería como "La percepción que tiene el usuario o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria".

Considerando que el personal de enfermería es el responsable directo de la atención asistencial, representa la mayor parte del personal en las instituciones de salud, y es quien pasa las 24 horas del día con las y los usuarios, la CIE consideró necesario evaluar la calidad de atención que se proporciona mediante indicadores e incluirse al sistema de monitoreo de la CNCSS, y de ésta manera avanzar en la estandarización, unificando los criterios para la supervisión operativa de cuidados de enfermería, así como la evaluación sistematizada de servicios contando con una fuente de información objetiva y confiable para detectar oportunidades y tomar decisiones (TORRES, 2006).

La Subsecretaria de Innovación y Calidad consideró ocho dominios para el concepto de trato adecuado. Los primeros cuatro son; autonomía, trato digno, comunicación y confidencialidad, y se relacionan directamente con el respeto a los derechos básicos y universales de las personas. Los otros cuatro como; atención pronta, condiciones de las comodidades básicas, capacidad de elección del proveedor y acceso a las redes de apoyo social cuando se esta hospitalizado, se basan en una visión que enfoca a las personas usuarias como parte fundamental del sistema (TORRES, 2006).

Los cuatro dominios relativos al respeto a los derechos básicos y universales de las personas, en su definición sustantiva se refieren a:

1) Autonomía: Es la conducción del individuo o entidad que de nadie depende en ciertos conceptos. Toma de decisiones, consentimiento informado y derecho a rehusar el tratamiento

2) Trato digno: Es el sinónimo del trato correcto, adecuado, y apropiado a las necesidades de salud específicas de cada ser humano. Hace referencia a las expresiones de amabilidad durante el proceso de atención y al interés manifiesto que se tiene por la persona que provee el servicio hacia las personas usuarias de los servicios, en consideración a sus valores, a su cultura, a su lenguaje, a sus sentimientos y a sus creencias de salud. La CNCSS, define al trato digno como los aspectos subjetivos no médicos que tienen que ver con las expectativas legítimas y de carácter universal de las personas y a los aspectos objetivos que tienen que ver con el sistema de salud como un todo, y no únicamente con la interacción personal con el proveedor del servicio de salud. La CIE lo define también como la percepción que tiene el usuario o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria, ya que ser tratado con respeto es un derecho inherente por el solo hecho de existir

3) Comunicación: Es la unión de señales que se establece mediante un código común entre el emisor y receptor. Consiste en consultar la persona que habla el parecer de aquella o aquellas a quienes se dirige, amigas o contrarias.
   Por ejemplo, en el área hospitalaria, se debe resolver todas las dudas se surjan de los usuarios.

4) Confidencialidad: Consiste en sentirse en confianza o con la seguridad reciproca entre una o mas personas. En este caso es, decidir quien puede tener acceso a la información relacionada con su salud.

Los cuatro dominios relativos al respeto a los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

1) Atención pronta: atención inmediata en caso de urgencias y espera razonable en casos que no lo sea.

2) Condiciones de las comodidades básicas: instalaciones limpias, mobiliario adecuado, ventilación, alimentación saludable, etc.

3) Capacidad de elección del proveedor: por sexo, edad, experiencias, etc.

4) Acceso a redes de apoyo social cuando se este hospitalizado: visitas, provisión de alimentos y utensilios de higiene si no son proporcionados en el hospital, acceso a servicios religiosos, etc.

2.7 CENTRO ESTATAL DE ATENCION ONCOLOGICA

Desde la década de los noventa el cáncer es la segunda causa de muerte de la población general en México y en los últimos dos años se ubica entre las primeras diez en los grupos de edades más jóvenes (SSM 2005). Si a esto se añade el avance en la terapéutica oncológica, la cual ha logrado incrementar la supervivencia de los pacientes e inclusive curar algunos tumores malignos, esto ha tenido como consecuencia un aumento en la demanda de atención médica especializada.

En Morelia, Michoacán en el año de 1996 se abrió al servicio de la población, el Centro Estatal de Atención Oncológica (C.E.A.O) en el cual se proporciona atención de tercer nivel a los pacientes con diagnóstico de cáncer. El objetivo del CEAO es el de responder a la demanda de consulta y hospitalización de alta especialidad que se presenta en la región. La población a la cual se brinda el servicio requiere no contar con seguridad social, ser mayor de 18 años, residentes del Estado de Michoacán, pero también acuden de los estados circunvecinos, de ambos sexos y de todos los niveles socio – económicos por lo que se requiere de servicios complejos de diagnóstico y tratamiento. Para cumplir con su cometido, el CEAO cuenta con una capacidad instalada insuficiente para la población demandante, por lo que se ha implementado un sistema de atención ambulatoria como

apoyo a las acciones propias de la hospitalización, selección y seguimiento de pacientes oncológicos.

En la actualidad, considerando el espacio físico disponible y la alta demanda de servicios, se ha incrementado considerablemente la quimioterapia ambulatoria como una faceta del tratamiento para el cáncer.

Con una infraestructura física y humana limitada, el tratamiento ambulatorio permite optimizar los recursos y abatir los costos de funcionamiento sin disminuir de ninguna manera la calidad en la prestación de los servicios, tratando a la población demandante en un periodo corto de tiempo, sin diferir los tratamientos y promoviendo la atención inmediata y oportuna.

Bajo la premisa de brindar atención de calidad, y tomando en consideración el espacio físico disponible para la atención de los pacientes, se requiere fomentar e incrementar la ministración de quimioterapias ambulatorias, aún en los pacientes que reciben ciclos de 3 a 5 días, favoreciendo que el paciente participe y contribuya en la forma de recibir su tratamiento, mientras realiza su vida cotidiana.

La ministración del ciclo de quimioterapia en el programa ambulatorio se realiza en forma diligente puesto que el paciente se presenta al servicio, previa valoración médica inicia con la infusión continua de los medicamentos citotóxicos, durante este tiempo, se le proporcionan cuidados de enfermería y se observan estrechamente las alteraciones relacionadas con el tratamiento, registrando periódicamente sus signos vitales hasta terminar la infusión, que generalmente dura de 2 a 6 horas, después del procedimiento, el paciente se reintegra a sus actividades cotidianas o bien puede permanecer en su casa sin necesidad de mantenerse hospitalizado; esto representa para el paciente de oncología y su familia la disminución de los gastos de hospitalización a la vez que le permite disfrutar de las ventajas que le ofrece el seguir en tratamiento sin suspender su ritmo de vida.

Sin embargo, la inclusión en este tipo de tratamiento representa para el paciente de la quimioterapia una novedad en su estilo de vida, algo con lo cual va a convivir durante un tiempo determinado y que le requiere implementar un proceso de adaptación a la situación específica.

III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Para realizar este trabajo de investigación, se propuso el tipo de investigación cuantitativo, con la finalidad de comprender detalladamente las características de una situación especifica.

Prospectivo; ya que se realizó el registro de la información según fueron ocurriendo los fenómenos, transversal; ya que se estudiaron las variables simultáneamente en un tiempo determinado, haciendo un corte en el tiempo; y descriptivo el cual permitió determinar la situación de las variables que se estudiaron en la población diana o población en estudio (PINEDA, 1994).

Con la selección de este tipo de estudio, se pretendió lograr una compresión detallada de las características situacionales, conociendo, de acuerdo a la perspectiva del propio usuario, la calidad de la atención que brinda el profesional de enfermería a los usuarios que demandan un servicio de salud.

3.2 POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 131 pacientes que recibieron tratamiento de quimioterapia ambulatoria en el Centro Estatal de Atención Oncológica (CEAO), de Morelia, Michoacán. Algunas de las características que predominaron en el grupo de estudio fueron; Sexo femenino, edad entre los 31 a 50 años, ocupación ama de casa, campesinos y obreros, lugar de residencia el interior del Estado de Michoacán. El propósito de la investigación fue analizar el nivel de adaptación de los pacientes oncológicos con quimioterapia ambulatoria en comparación a los pacientes hospitalizados por la misma causa para implementar acciones de enfermería que fortalezcan la recuperación en este tratamiento oncológico.

Para la definición del número de sujetos se tomaron como base las orientaciones de POLIT (2003), cuando dice que una muestra por conveniencia (también llamada muestreo accidental), es aquella que consiste en utilizar los grupos de sujetos más convenientes o fácilmente disponibles para la muestra, que sea en numero suficiente de entrevistas, para obtener información relevante que se pretende obtener.

3.3 CRITERIOS

Los **criterios de inclusión** para las participantes fueron los siguientes: edad mayor de 15 años ya que solo se atienden usuarios mayores de ese grupo etáreo, que fueron atendidos en la institución antes mencionada, que se encuestaron en el servicio de quimioterapia ambulatoria, que aceptaron participar en el estudio y que pudieron contestar el cuestionario.

Los **criterios de no inclusión,** fueron los usuarios que no aceptaron participar en el estudio y quienes no se encontraban en su unidad en el momento de aplicar el instrumento.

Los **criterios de eliminación** fueron los instrumentos incompletos.

3.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento de recolección de información fue el formato de Trato Digno que construyó la CIE con base en el código de Ética para Enfermeras y Enfermeros y en los indicadores de la CNCSS 2002, f1-tde (anexo 2), que en su estructura original esta constituido por diez preguntas dicotómicas cerradas, pero para la aplicación en este estudio, fue modificado agregándole una pregunta abierta, con la cual se busco identificar con mas precisión lo que los usuarios de los servicios del Centro Estatal de Atención Oncológica identificaron como atención de enfermería de calidad, relacionada con el trato digno.

3.5 ESTADÍSTICA UTILIZADA

Para el análisis de los datos obtenidos se aplicó la estadística descriptiva, lo que permitio observar las frecuencias y porcentajes de respuesta. Se utilizó además, el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (S.P.S.S), el cual representa una herramienta practica en el procesamiento de la información.

3.6 ETICA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se desarrollo de acuerdo a códigos éticos para la investigación con seres humanos. Los tres principios éticos primordiales son beneficencia, “por encima de todo no dañar a nadie”, respeto a la dignidad humana “autodeterminación”, es decir, se es libre de controlar sus propias actividades, incluida su participación voluntaria en el estudio, y el tercer principio es el de la justicia “derecho a un trato justo”, tanto durante la selección de los participantes como durante el estudio (POLIT, 2003).

De acuerdo al capitulo VII del Código de Bioética para el personal de salud en materia de investigación con personas, fueron hechas las aclaraciones necesarias sobre los

objetivos y la metodología de la investigación, se solicitó el consentimiento informado por escrito (Anexo 1) de las personas sujetas a la investigación, dejando claro su derecho de retirarse de la investigación cuando así lo decidieran, sin que ello afectara de ninguna manera su atención medica.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el Centro Estatal de Atención Oncológica se encuestaron a 131 personas en el servicio de quimioterapia, con la finalidad de conocer la opinión de los usuarios bajo tratamiento de quimioterapia, acerca de la atención que reciben por parte del personal de enfermería, de acuerdo con el formato de trato digno, compuesto por once preguntas dicotómicas y una abierta que se agregó para conocer la percepción de los usuarios en relación a la calidad de atención. El formato de trato digno, es uno de los indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y que evalúa la calidad de atención por parte del personal de enfermería

Las variables sociodemográficas que se encontraron en los 131 encuestados son las siguientes: 77 por ciento (102) mujeres y 33 por ciento (29) hombres; 67 por ciento de las personas están casadas(89), 16 por ciento (22)solteros, 6 por ciento (9) viudo, 4.5 por ciento (6)divorciados, 1.5 por ciento (2) viven en unión libre, y 1.5 por ciento (2) restantes son madres solteras; el rango de edad que se tomó para realizar la encuesta fue desde los 16 años hasta los 85 años, predominando las edades incluidas en el rango de 46 a 55 años (41).

Respecto a la actividad que desempeñan, 74 por ciento de las personas (98) se dedican al hogar, y el resto tienen diferentes ocupaciones; 34 por ciento de las personas entrevistadas son residentes de Morelia y el resto vive en diferentes municipios del estado de Michoacán.

Los diagnósticos médicos que prevalecieron en la población de estudio indican que, 54 por ciento (71) de las mujeres presentaron cáncer de mama, 12 por ciento (16) cáncer cérvico-uterino, y el resto de las personas encuestadas presentaron algún otro tipo de cáncer menos frecuentes.

En relación a las preguntas que incluye el cuestionario para medir el trato digo, cuando se hace referencia a si la enfermera se presenta con él paciente cuando llega, el 93 por ciento (122) contesto que si, y eso es un parámetro positivo, sin embargo se esperaría que el total de la muestra contestará que si.

Es necesario que la enfermera este conciente que los pacientes en quimioterapia son seres sociales que necesitan establecer relaciones interpersonales satisfactorias y significativas, que reflejen un interés genuino en lo que son y en cómo se sienten. La enfermera al saludar, que esta estrechamente relacionado con el presentarse con el paciente, en este caso, reflejó negativamente un porcentaje menor, el diez por ciento refiere que la enfermera no lo saluda, abre un canal al dialogo a la relación interpersonal, fortaleciendo el vinculo enfermera – paciente, brindándole la oportunidad de sentirse incluido en el entorno terapéutico que le proporciona seguridad, y que de acuerdo a la definición de trato digno, el saludo es una expresión de amabilidad que se da durante el proceso de atención a los usuarios de los servicios de salud (TORRES, 2006).

Al mostrar esta deferencia con el paciente en quimioterapia, la enfermera esta cumpliendo con el Código de Ética que enuncia se debe mantener una relación profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Respecto a si la enfermera se dirige al usuario llamándole por su nombre, los resultados muestran un rasgo positivo en cuanto a que la gran mayoría, el 98 porciento si lo hace, este aspecto responde a la característica en la cual se espera que la enfermera sea humana y humanitaria además de competente, colocándose de forma asertiva en el papel del usuario, para transmitirle una sensación de valor y personalización llamándolo por su nombre.

Con esta actitud, la enfermera favorece el establecimiento de relaciones cordiales y profesionales con el usuario, además de abrir un canal de comunicación que será de suma importancia en el tratamiento y rehabilitación del paciente con cáncer.

Sin embargo, se esperaría que este resultado incluyera al 100 porciento de los encuestados, y a pesar de que no se refiere al usuario por su nombre, es un porcentaje muy bajo, el 2 porciento, este hecho no debe dejarse de lado, pues no se requiere de hacer grandes inversiones para lograr un estándar de calidad en la atención de enfermería en este aspecto, solo es necesario que el personal se concientice y ponga más empeño en aprenderse los nombres de los pacientes, además de tener la disponibilidad de cambiar de actitud y referirse a todos los usuarios en forma personalizada.

En el aspecto que revisa si la enfermera les explica sobre los cuidados o actividades que le van a realizar, nuevamente los resultados muestran que un porcentaje importante sí realiza esta actividad y muestra una actitud positiva ante el paciente al contestar preguntas y compartir información pertinente que permita mejorar la calidad. Las enfermeras tienen la obligación profesional, ética y moral de explicar los procedimientos a los pacientes, y decirles lo que ellos puedan comprender, colocándoles la información a su alcance, sobre todo lo que se refiere a tratamiento y recuperación de la enfermedad. Cundo este aspecto se omite, muchas veces el paciente se siente solo, perdido, confinado o abandonado.

El dominio y la confianza aumentan cuando hay conocimientos sobre lo que esta sucediendo, y los pacientes han reportado que sienten una mayor confianza cuando perciben un acercamiento e interés genuino de la enfermera hacia ellos, al explicarles y transmitirles seguridad fortalecida con la sensación de saber que es lo que se les va a hacer con el tratamiento.

Sin embargo, nuevamente aparecen omisiones en este aspecto, y aunque pudiera considerarse que son mínimas pues solo el 5 porciento no lo hace, lo ideal sería que todas las enfermeras actuaran con apego profesional y calidad en este aspecto.

La siguiente cuestión se refiere a si la enfermera muestra interés porque dentro de lo posible la estancia del paciente en el servicio de quimioterapia ambulatoria y durante el tratamiento, esta sea agradable. Encontramos que el 98 porciento contesto afirmativamente, lo cual garantiza que el estándar de calidad se esta cumpliendo.

Este aspecto fortalece la práctica de la enfermería, al mostrarse como comprensibles y sensibles a los sentimientos, valores, puntos de vista y acciones que pudieran interferir en el cuidado profesional, responsabilizándose en todo momento de todo lo relacionado al tratamiento, y mostrar un interés y bondad genuinos al buscar cubrir las necesidades y expectativas de los pacientes transmitiéndoles que son importantes para el personal de salud y que su estancia en las instalaciones hospitalarias, se espera sea lo más agradable posible.

Los resultados muestran también, que el 2 porciento no aplica esta actitud, lo que representa un foco rojo que pudiera ayudar a identificar el porqué se esta presentando esta situación.

Referente a si la enfermera procura ofrecer las condiciones necesarias para guardar la intimidad y o pudor de los pacientes oncológicos que reciben quimioterapia ambulatoria, el 2 porciento respondió que no. Si la enfermera observara puntualmente el principio de respetar la individualidad del paciente, manifestando interés en ellos como personas únicas que tienen necesidades a satisfacer con el objetivo de restaurar la salud, se requiere aplicar las reglas básicas del respeto y el reconocimiento de la dignidad, valores, costumbres y creencias que exigen un cumplimiento cabal guardando y respetando los derechos esenciales de las personas, más cuando se encuentran en una situación de riesgo como es la exposición al tratamiento.

La pregunta que se refiere a si la enfermera lo hace sentirse seguro cuando le atiende, reporto que la mayoría, un 96 porciento si se siente seguro, sin embargo un porcentaje mínimo, pero significativo no lo consideró así. Este aspecto llama la atención, puesto que uno de los principios éticos de la enfermería se refiere a brindar seguridad al paciente, toda vez que las personas requieren seguridad, sentirse protegidas y confiar en quienes les rodean, para mantener un equilibrio biológico, psicológico, social y espiritual.
Al omitir este principio, se están sentando las bases para no favorecer la recuperación integra del paciente a la quimioterapia, lo que puede retrasar, en un momento dado su completa recuperación.

Otro hallazgo fue la relación significativa de las variables que hacen referencia a que el personal de enfermería se presente ante los usuarios y la seguridad que les transmiten al ser atendidos, resulto que el 4%(6) de la población dice que no se presenta la enfermera, y además este porcentaje no se siente seguro. Lo anterior llama la atención, ya que el trato digno hace referencia al interés y la amabilidad por parte del personal de enfermería hacia las personas usuarios de los servicios de salud (BALSEIRO, 2006). Por lo que el resultado evidencia la actitud que se observa por parte de la enfermera que al negar el saludo, influye en forma negativa en el estado emocional de los usuarios y este hecho muchas veces no favorece la adecuada recuperación de los mismos.

Los servicios de atención a la salud en general, y de la recepción del tratamiento en quimioterapia en particular, han sido creados para satisfacer las necesidades que en esta materia, presenta la población.

El acceso a la atención de calidad, ahora se reconoce como u derecho, más que como un privilegio de unos cuantos. En este sentido, se han modificado los esquemas y ahora todos los usuarios se reconocen como sujetos que requieren una atención de calidad. Esta calidad incluye la observación de ciertos aspectos básicos o esenciales, como es el caso de tratar a las personas con respeto, en donde se reconoce que todo usuario del servicio de enfermería tiene derecho a recibir una atención cuidadosa y respetuosa.

Así, encontramos que la gran mayoría, el 99 porciento, manifiesta que sí recibe una atención de enfermería con estas características de respeto. El resultado es muy halagador, considerando que no siempre se dan las condiciones necesarias para establecer la interacción social con características de respeto, y que es el usuario mismo, o sus familiares, quienes no observan las normas institucionales, asentando precedentes de falta de respeto también en el sentido inverso, es decir hacia los profesionales de salud.

A la pregunta si la enfermera le enseña al paciente o a su familia, los cuidados que debe tener sobre su padecimiento, el 92 porciento respondió que si le orienta, sin embargo, en este aspecto aumento el porcentaje de los respondientes en forma negativa, es decir el 8

porciento refirió que la enfermera no le orienta a él ni a su familia sobre el padecimiento y lo que es necesario hacer para el tratamiento. En este sentido, el Código de Ética para enfermería es bien claro al especificar que la enfermera debe comunicar a las personas todo lo referente al tratamiento, cuando existan riesgos y se requiera de observación particularizada de aspectos que contribuyan a recuperar la salud. Por otro lado, los derechos de los pacientes también especifican la necesidad que habrá de satisfacerse en el paciente al informarle completa y detalladamente de todo lo que se refiere a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que él y su familia puedan comprender, así como el derecho de obtener información pormenorizadas de los procedimientos, con el objetivo de obtener su consentimiento informado al respecto.

Es necesario resaltar que la CNCSS define al trato digno como los aspectos subjetivos no médicos que tienen que ver expectativas legítimas y de carácter universal de las personas y a los aspectos objetivos que tienen que ver con el sistema de salud como un todo (TORRES, 2006) por lo que y de acuerdo con estos resultados, se puede definir que estos no contribuyen a fortalecer el trato digno en los usuarios que asisten al Centro Estatal de Atención Oncológica; pues a pesar de que durante la formación académica se refuerza constantemente la necesidad de identificar y personalizar a cada usuaria o usuario, las enfermeras al desenvolverse en la vida profesional cotidiana, olvidan este precepto tan importante y adjudican a los usuarios o se refieren a ellos en otros términos, lo que muchas veces se traduce en inseguridad de el usuario durante su estancia hospitalaria, independientemente del tipo de atención que reciba.

Respecto a la pregunta abierta que se agregó al cuestionario dicotómico del formato de trato digno (f1-tde, anexo 2), en el cual los usuarios definen con sus propias palabras la calidad de la atención en enfermería, tenemos que:

El 8% (12), considera que atención de calidad es “Que se le trate con amabilidad respeto y confianza” el otro ocho por ciento expreso que es “la buena atención”. En este sentido, BERRY y KOHN (1998), refiere que se espera que el personal de enfermería

muestre sensibilidad y percepción, es decir, que pongan verdadero interés y bondad en el cuidado del enfermo de acuerdo a las necesidades especiales de las personas.

El 5% (7), respondió como atención de calidad, “Que apliquen medicamentos y soluciones a la hora exacta; que me digan qué es y para qué, que expliquen lo que van a hacer y lo hagan con seguridad”. Es decir, que el personal de enfermería realice su trabajo a consciencia, de esta forma nunca comprometerán su sentido de responsabilidad y será consciente de la importancia que tiene la aplicación estricta de los conocimientos para asegurar una practica de calidad (BERRY y KOHN, 1998).

V. CONCLUSIONES

Con la pregunta abierta que se agregó a los cuestionamientos que integran el formato de trato digno se enriqueció notablemente la información obtenida, ya que en ella se refleja claramente lo que los usuarios consideran como calidad de la atención en enfermería.

En relación con las variables de saludo y presentación, de las enfermeras, de acuerdo a la opinión de la población encuestada no se lleva acabo este acto de cortesía y amabilidad en su totalidad en el servicio de quimioterapia.

Como se vio en los resultados que existen entre las diferentes actitudes del personal de enfermería, nos podemos dar cuenta que el saludo es la base fundamental para poder entablar una buena relación enfermera-paciente, de la cual surgirán confianza, seguridad, interés y comprensión, promoviendo así, además de ser parte fundamental, la recuperación pronta en un ambiente seguro y armonioso.

Como se puede observar, la mayoría de los encuestados están satisfechos con el trato del personal de enfermería, sin embargo la minoría restante es la que hace la diferencia. Eso quiere decir que algo esta fallando y nos debería impulsar a realizar mejor nuestra labor, ya que por los resultados obtenidos, se puede indagar que no todo el personal tiene una buena base de formación en principios y actitudes que se deben tener con el prójimo.

Se cumplieron los objetivos, tanto el general como el específico, al analizar los resultados de la aplicación del formato de Trato Digno, así como determinar y comparar características del trato que se brinda en el servicio de tratamiento de quimioterapia.

Se concluye que los usuarios de quimioterapia lo que consideran como atención de calidad es que el personal de enfermería los trate con humanismo, empatía y conciencia, así como saludarlos, presentarse por su nombre ante ellos y que simultáneamente se les llame por su nombre.

VI. SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos, se considera necesario difundir la información al personal operativo del servicio de quimioterapia, así como a las autoridades de la institución.

Respecto a que el personal de enfermería salude se presente por su nombre y muestre interés por los usuarios, se sugiere que se conscientice al personal de enfermería del servicio de quimioterapia, ya que estas características generan en los usuarios un sentimiento de seguridad durante su estancia hospitalaria y no se requiere de alguna inversión económica, sino exclusivamente de un cambio de actitud.

Se sugiere que de acuerdo a los resultados obtenidos con la pregunta abierta incluida en la encuesta; se elabore un instrumento para evaluar la calidad de la atención en enfermería, que incluya como parámetros las diferentes opiniones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención.

Es necesario incluir las opiniones de los usuarios sobre la calidad de la atención en enfermería, como parte de las sesiones semanales que organizan las autoridades del departamento, realizando un taller en el cual se estudien o se discutan las características de la calidad de la atención de acuerdo a los usuarios y se motive al personal para llevarlas acabo.

MARRINER Ann (2001), refiere que es necesario realizar una evaluación, la cual constituye un sistema periódico y formal para determinar la forma en que el personal desarrolla sus tareas en un periodo de tiempo específico y que tiene como propósitos determinar la competencia del trabajo, reforzar el desarrollo del personal, así como motivarlo para conseguir mejores logros e identificar empleados no satisfactorios. Por lo que se sugiere que la evaluación debería realizarse de manera periódica para contrastar los resultados obtenidos en la atención que se brinda en la institución.

VII. BIBLIOGRAFIA

MARRINER, Ann. “Administración de enfermeria”. 4ta ed. Ed MC. Graw-Hill Interamericana, México, 1993.

MARRINER, Ann. “Administración de enfermeria”. 4ta ed. Ed MC. Graw-Hill Interamericana, México, 1997.

MARRINER, Ann. “Administración de enfermeria”. 4ta ed. Ed MC. Graw-Hill Interamericana, México, 2001.

MARRINER, Ann. “Gestión y dirección en enfermeria”. 6ta ed. Harcourt, Madrid España, 2001.

REVISTA, De Desarrollo Científico. “Calidad total de atención de enfermeria y percepción del paciente en el servicio de Cirugía General. Vol. 10. No. 2. Marzo 2002. 62 p.

REVISTA, De Desarrollo Científico. “La Calidad de la Atención de enfermeria” .Vol. 13. No. 9. Octubre 2005.

REVISTA, De Desarrollo Científico. “Trato Digno: Dimensión Fundamental de la Calidad de La atención de los Servicios de Enfermeria”. Vol. 14. No. 2. Marzo 2006.

REVISTA, De Desarrollo Científico. “Impacto de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”. Vol. 14. No. 2. Marzo 2006. 62 p.

MORENO Rodríguez, Ana. **“**Procedimientos de evaluación de la acción enfermera**”** REVISTA, “Enfermeria Global”.http:/www.um.es/eglobal/ 6/06d02.html

ENEO. “Gerencia en los servicios de enfermeria”. México, 1998, 405 p.

POLIT, Dense - HUNGLER, Bernadette. “Investigación científica en ciencias de la salud”. 6ta ed. Ed. Mc Graww Hill. México, 2003, 715 p.

PROGRAMA Nacional de Salud. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001-2006.

E.B. PINEDA, Et. Al. “Metodología de la investigación”. 2da ed. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. No. 35. OPS, 1994, p.80-97.

SECRETARIA de Salud y Asistencia: http:/www. ssa. gob.mx.

INSTITUTO Mexicano del Seguro Social. “La calidad de la atención a la Salud”,”Administración estratégica y administración de la calidad total”. Ed. IMSS. México, D.F.1998.

Diccionario enciclopédico Lexipedia. Vol. 1. Ed. Británica, 1999, 678 p.

Diccionario de la lengua Española. Real academia. 22 da ed. 2001, 1180 p.

BERRY y KOHN.”Técnicas de quirófano”. 8va ed. Ed. Harcourt-Brace. Madrid-España, 1998.

ANEXOS

Anexo 1.

Consentimiento informado.

Nombre de la investigación: "Perfil profesional del personal de enfermería relacionado con la calidad de atención que brinda a las usuarias".

Responsable de la investigación: Lizet Aguilar Alvarado.

Información: Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que se me aplique un cuestionario y con ello formar parte de una investigación no lucrativa. Entiendo que la información obtenida formara parte de una investigación sobre la atención que me ha brindado el personal de enfermería durante mi estancia en este servicio hospitalario.
Entiendo que fui elegida para participar en este estudio porque cumplo con las características que se buscan para la realización del mismo.
He decidido responder a estos cuestionamientos libremente. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de haber iniciado, puedo rehusarme a responder alguna pregunta o dar por terminado el cuestionamiento en cualquier momento. Se me ha dicho que las respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie.
También se me ha dicho que si participo o decido no hacerlo, no se verán afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueda necesitar de los prestadores de los servicios de salud publica.

Morelia, Michoacán. A _____ de _____ del 200 _____

_____ _____

Firma del informante Firma del responsable de la investigación

Anexo 2.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
ESCUELA DE LICENCIATURA DE ENFERMERIA

CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN ONCOLOGICA

CUESTIONARIO NO.

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de cuestionamientos, de los cuales debe usted subrayar solo una de las respuestas que se le presentan.

1.- ¿La enfermera lo saluda en forma amable?
( ) 1. Si ( ) 2. No

2.- ¿Se presenta con usted cuando llega?
( ) 1. Si ( ) 2. No

3.- ¿Cuado la enfermera se dirige con usted lo hace por su nombre?
( ) 1. Si ( ) 2. No

4.- ¿La enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?
( ) 1. Si ( ) 2. No

5.- ¿La enfermera se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
( ) 1. Si ( ) 2. No

6.- ¿La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?
( ) 1. Si ( ) 2. No

7.- ¿La enfermera le hace sentirse segura al atenderle?
( ) 1. Si ( ) 2. No

8.- ¿La enfermera lo trató con respeto?

( ) 1. Si ( ) 2. No

9.- ¿La enfermera le enseña a usted o a su familia los cuidados que debe tener sobre su padecimiento?

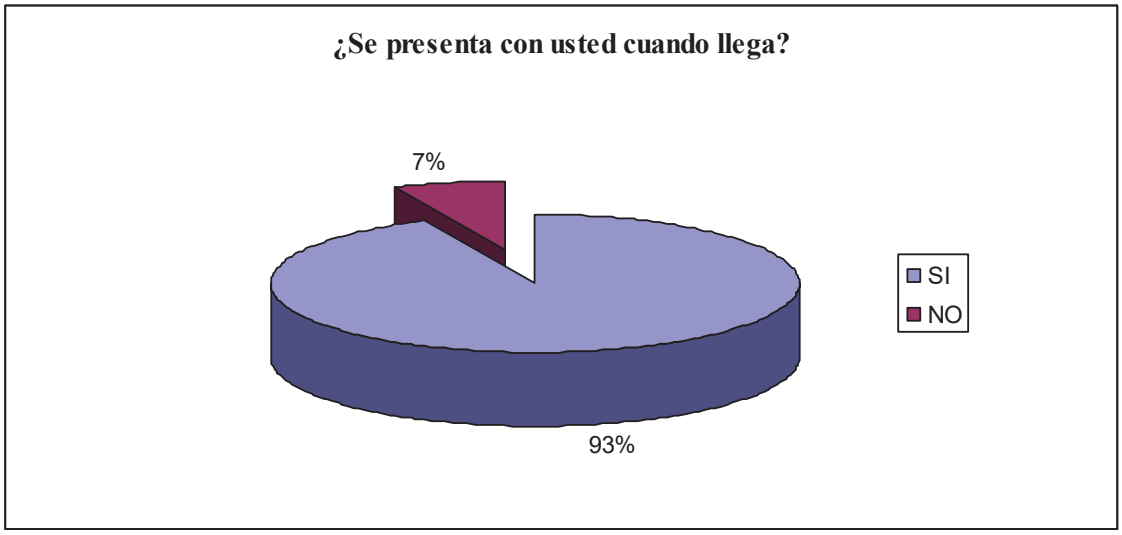
( ) 1. Si ( ) 2. No

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

( ) 1. Si ( ) 2. No

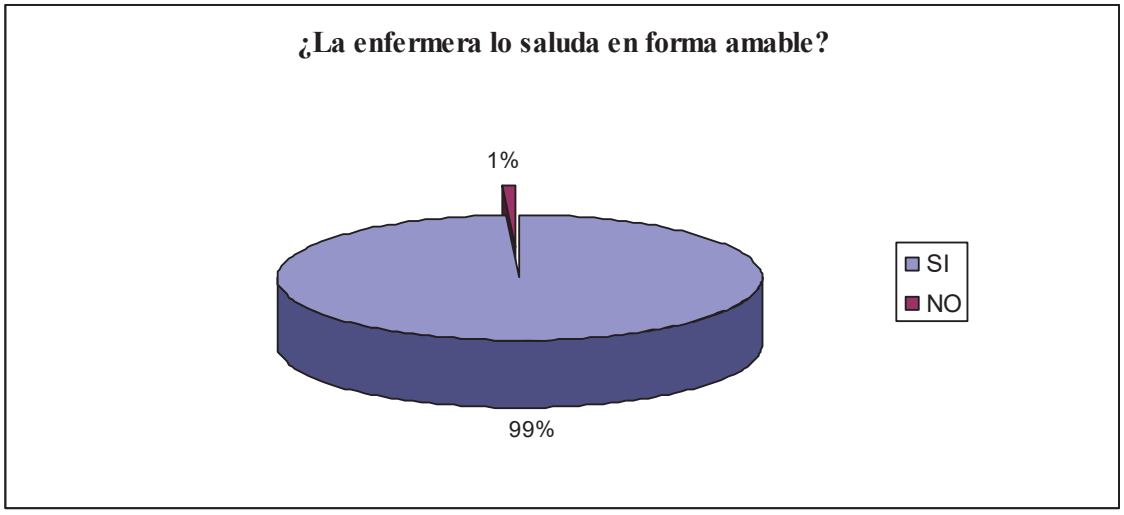
11.- ¿Para usted que seria una atención de calidad en enfermería?

GRÁFICO No. 1



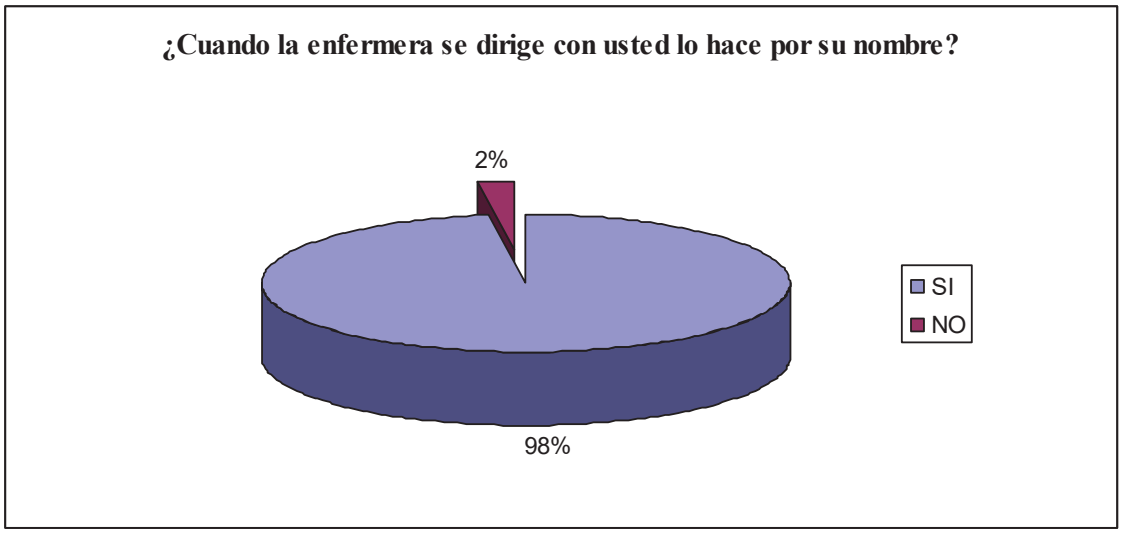
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRÁFICO No. 2



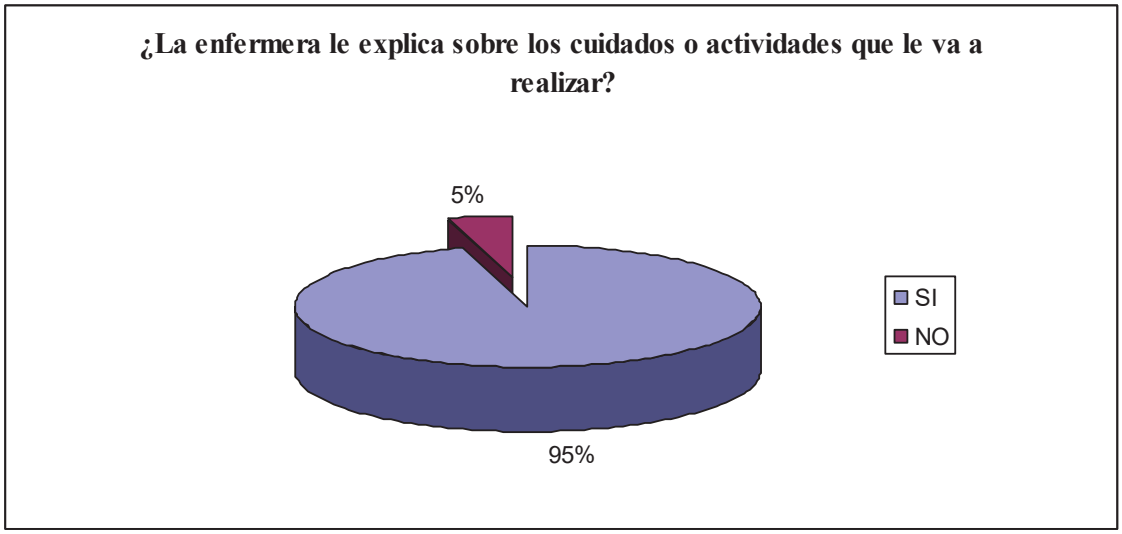
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRÁFICO No. 3



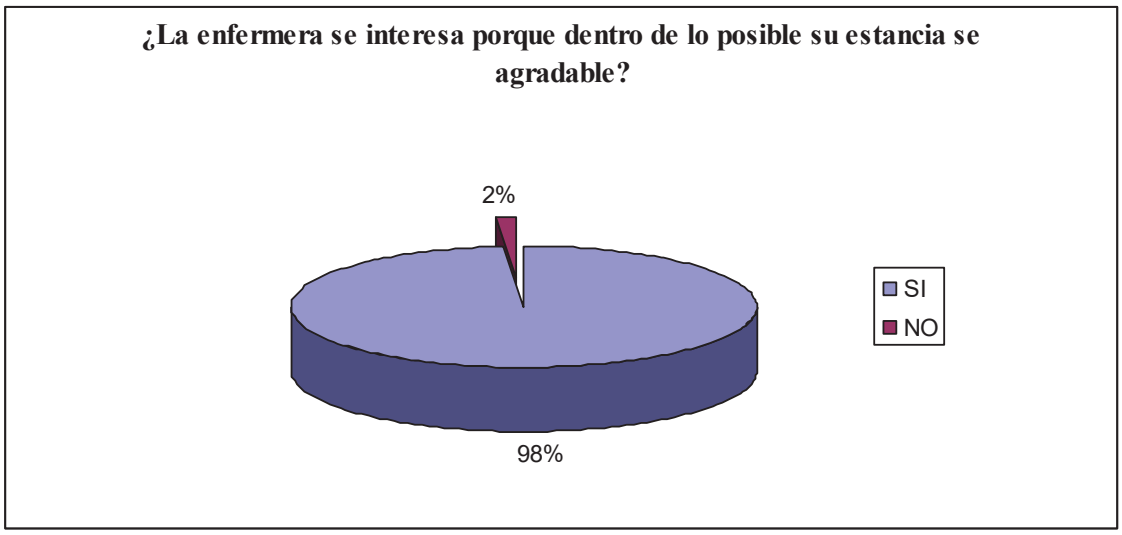
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRÁFICO No. 4



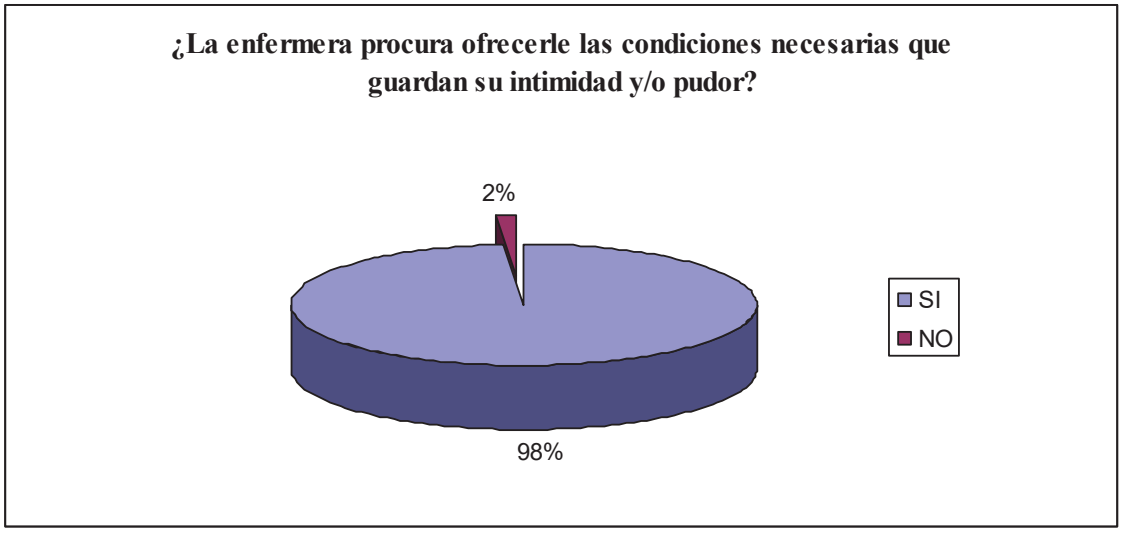
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRÁFICO No. 5



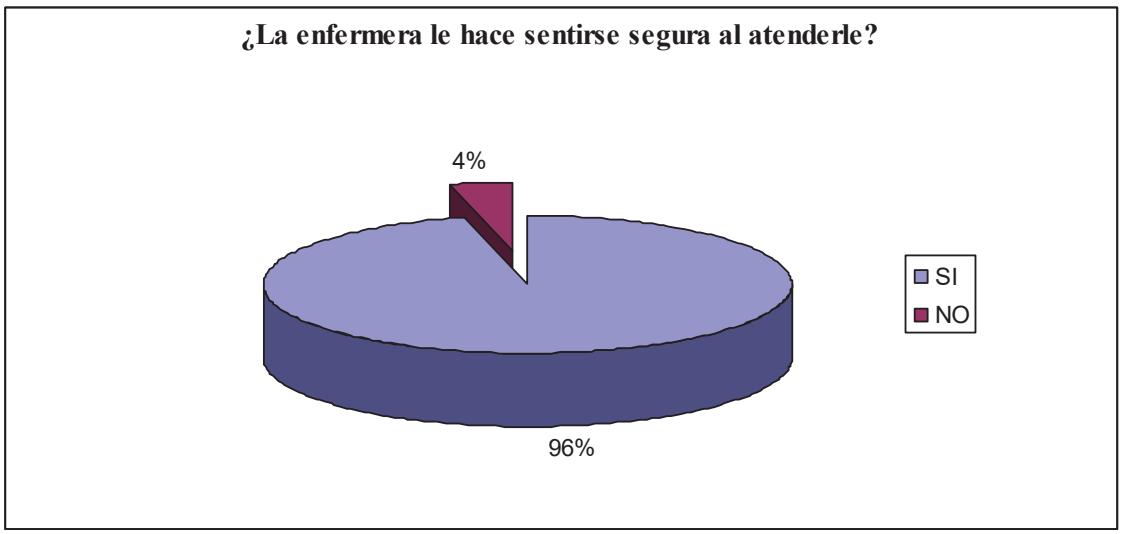
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRÁFICO No. 6



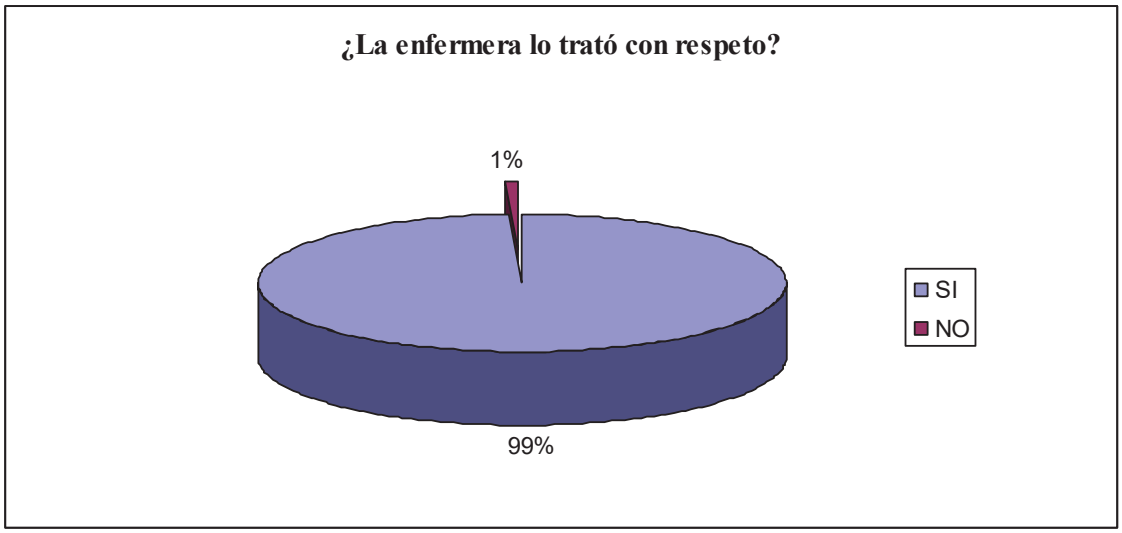
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRÁFICO No. 7



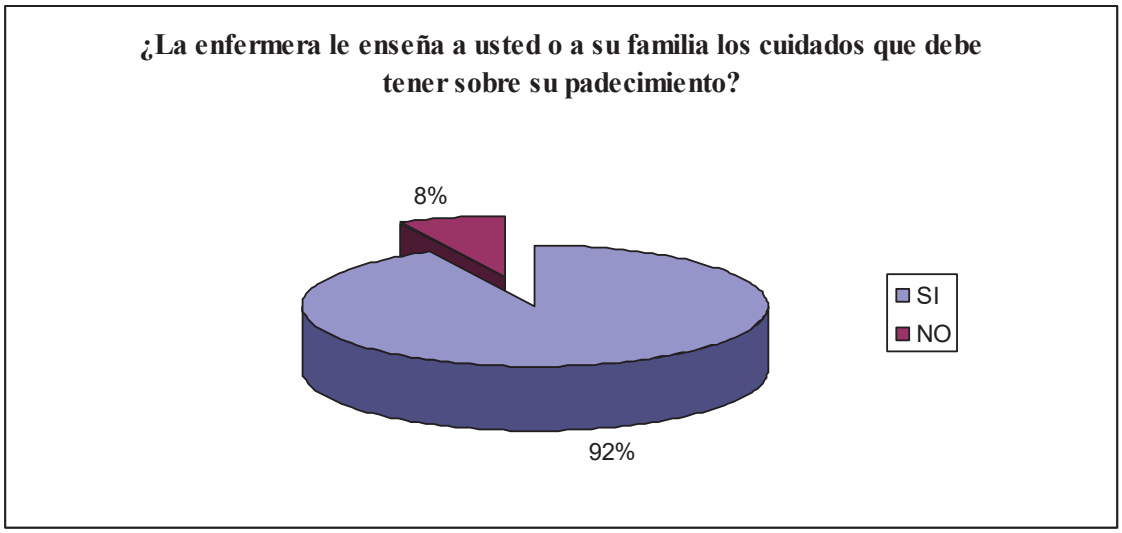
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRÁFICO No. 8



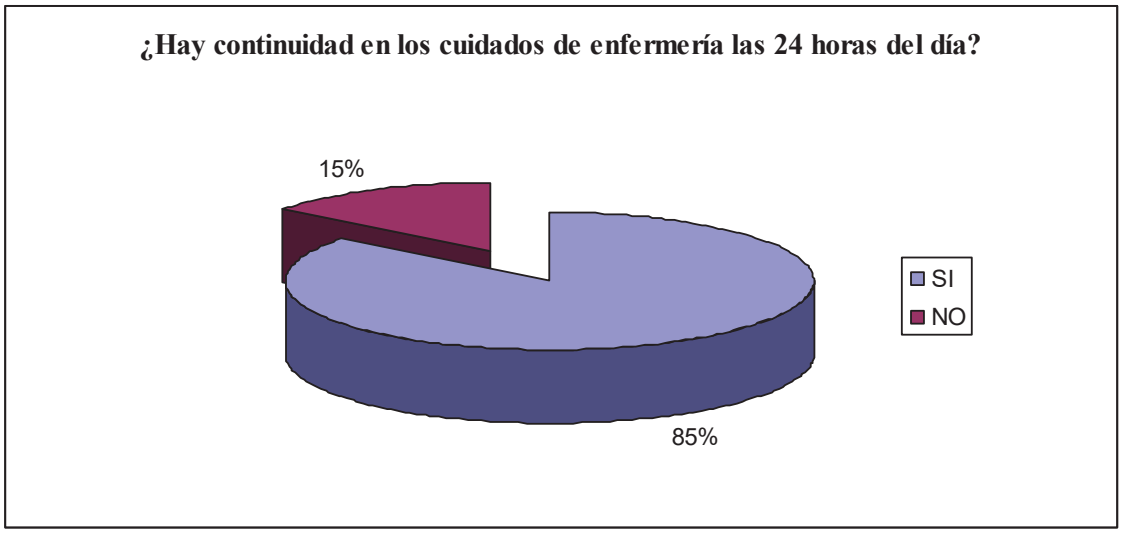
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRAFICO No. 9



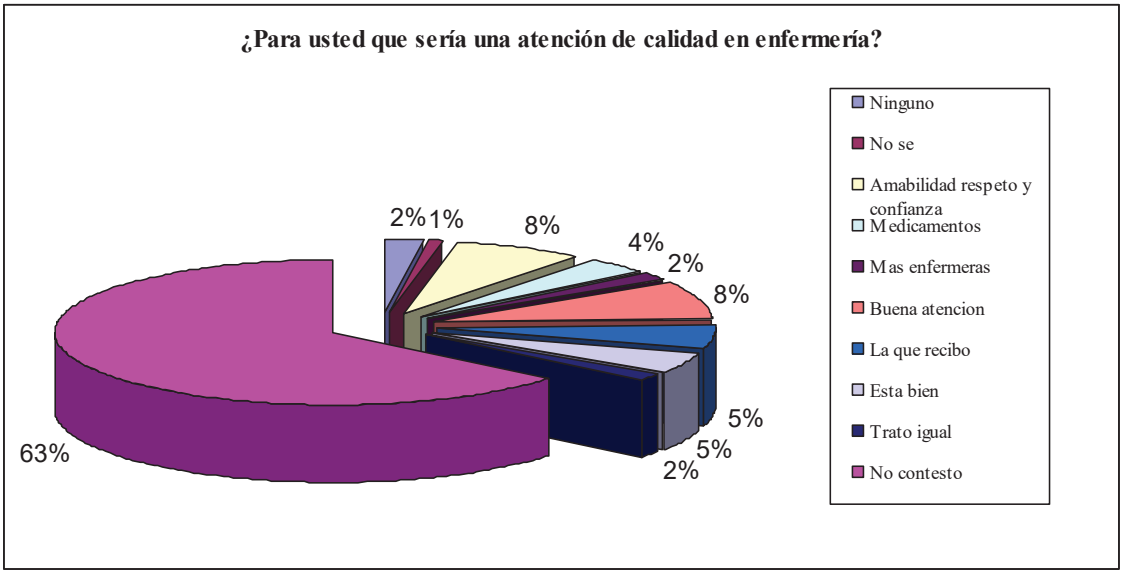
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRAFICO No. 10



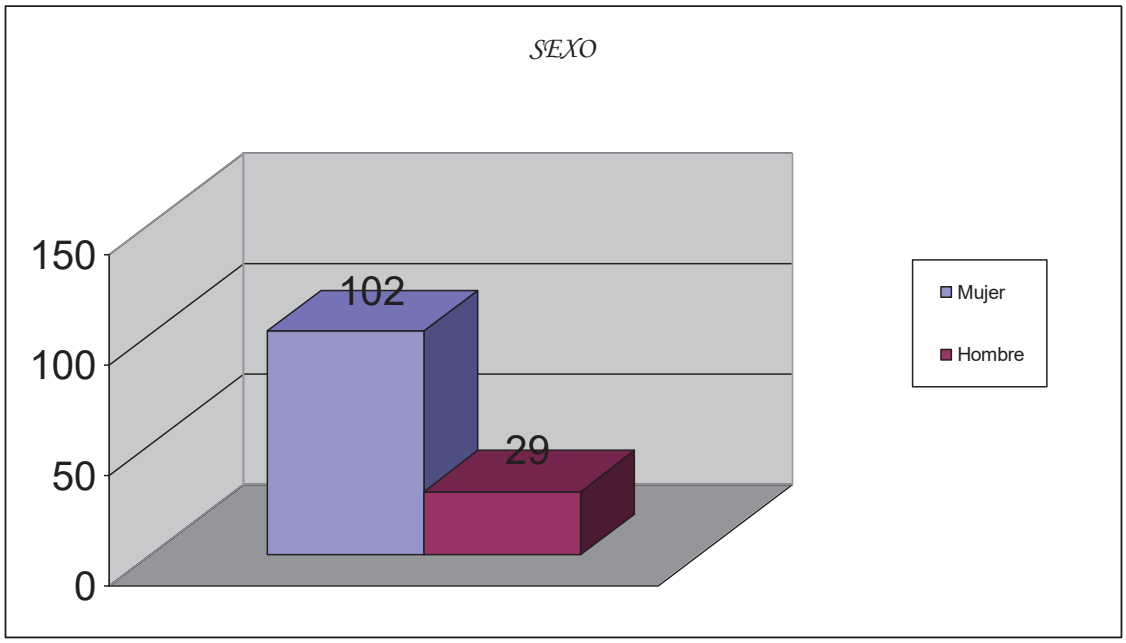
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRAFICO No. 11



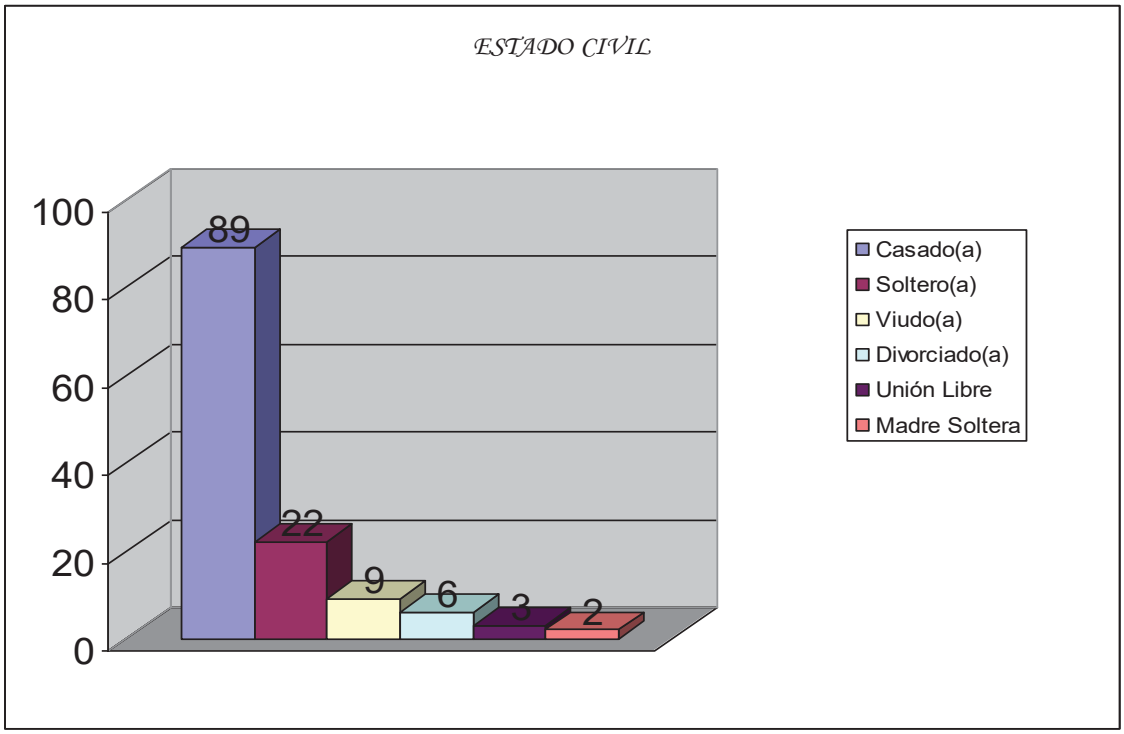
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRAFICO No. 12



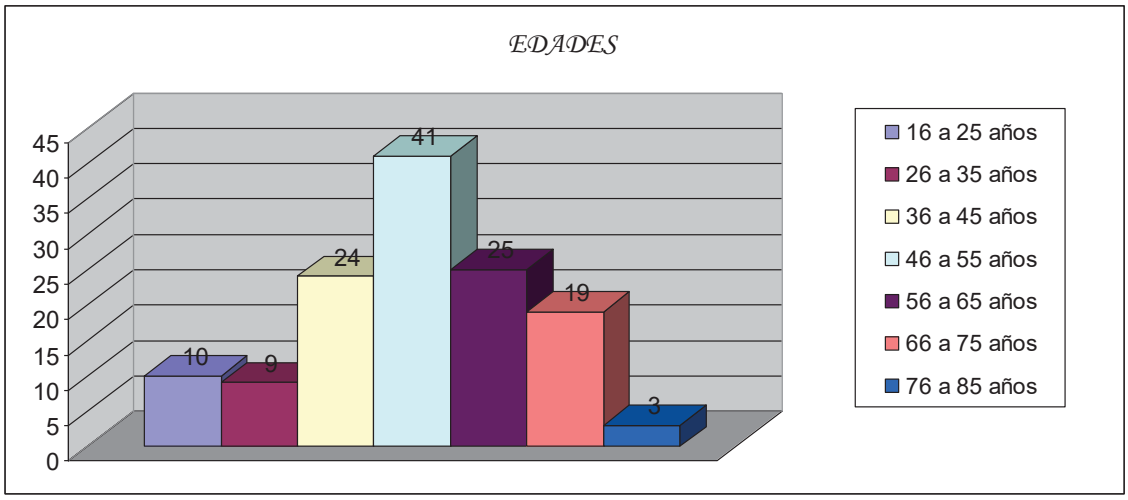
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRAFICO No. 13



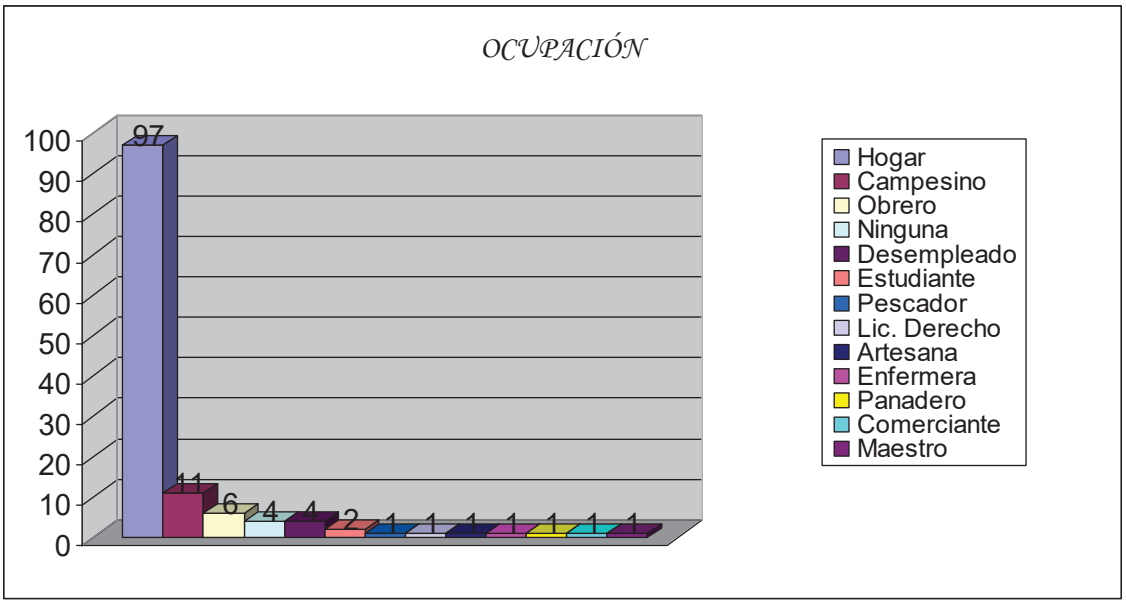
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRAFICO No. 14



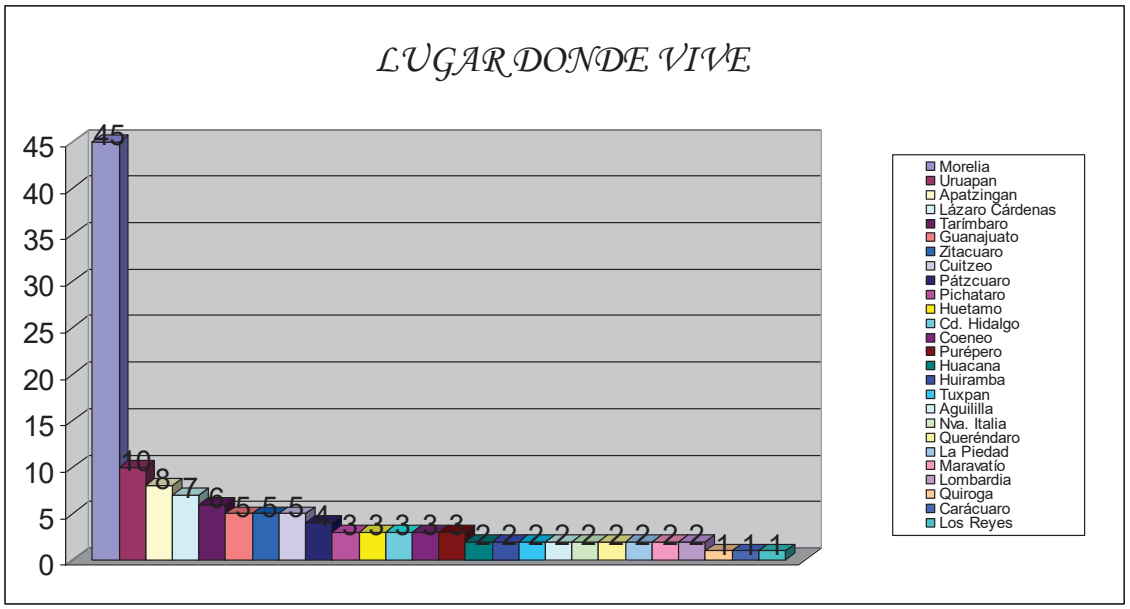
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRAFICO No. 15



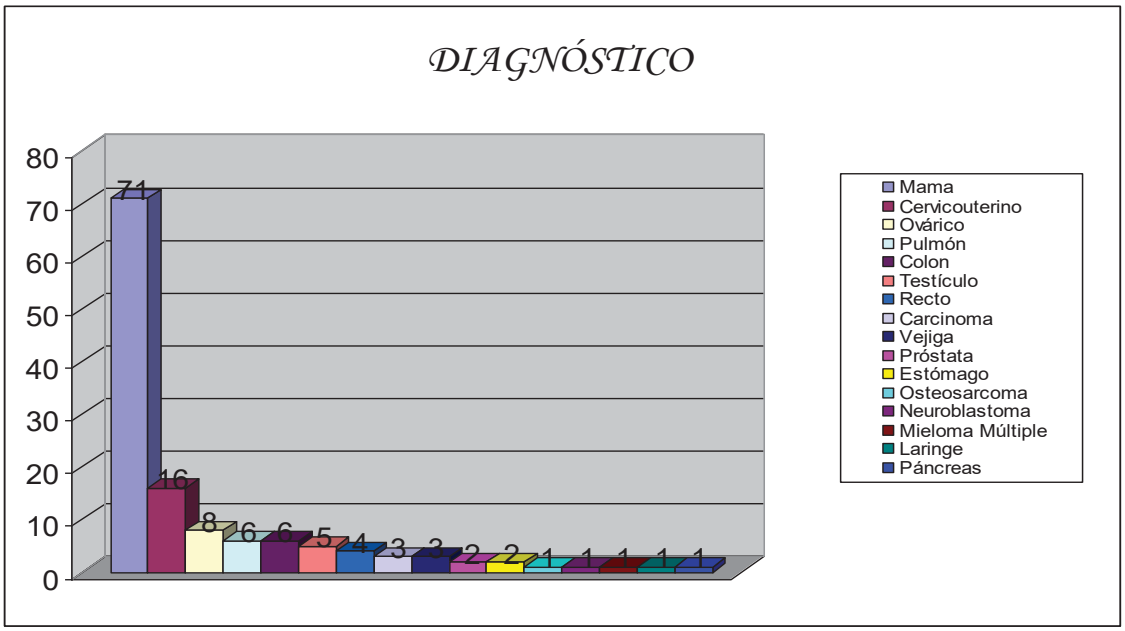
FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRAFICO No. 16



FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.

GRAFICO No. 17



FUENTE: Encuesta realizada en forma directa a los usuarios en el servicio de quimioterapia, utilizando como instrumento el formato de Trato Digno de la CNCSS.