



UAGro

FACULTAD DE ENFERMERÍA N° 2
COORDINACIÓN DE POSGRADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE

TESIS

Nivel de satisfacción de trato digno que ofrecen las enfermeras a pacientes en hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero.

Que para obtener:

Diploma de Especialidad en Gestión y Docencia:

Presentan:

ALBERTA NAVA LÓPEZ

MARTHA ALICIA SALGADO CORNEJO

TEODORO JOAQUÍN TORRES BLANCO

DIRECTOR INTERNO: M.C.E. EVA BARRERA GARCÍA.

1º. REVISOR: MCE. GREGORIA JUAREZ FLORES

2º. REVISOR: MC. DORA LINA BAHENA ACEVEDO

Acapulco, Gro. Noviembre de 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a Dios por permitirme lograr otro objetivo de esta hermosa carrera para servir a mis semejantes con profesionalismo y amor transformando mi espíritu.

A mis compañeros Joaquín y Alberta por ser incondicionales en este camino aprendiendo de ellos cosas bellas y maravillosas a través de su amistad y hermandad.

A mis grandes maestras, por sus enseñanzas invaluable, fue un honor ser su alumna: Doctora Gregoria Juárez Flores, Dora Lina Acevedo Bahena, Eva Barrera García, Petra Rodríguez Hernández y Rosy Bravo, les estoy agradecida por siempre.

A mis seres más queridos que estuvieron conmigo apoyándome con mucho amor y paciencia, Luis conejito, Bertha, Jorge, Coqui, Bambi con mucho amor son todo para mí.

Martha Alicia Salgado Cornejo

DEDICATORIAS

Este logro académico se lo dedico a Dios y mi familia que siempre han creído en mí y me han apoyado en mi superación, alentándome a ser un mejor ser humano rodeándome de personas maravillosas en mi camino.

Martha Alicia Salgado Cornejo

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia y a Dios por hacer posible el logro de mis objetivos profesionales.

A mis Maestras tutoras por compartir sus conocimientos invaluable y transformar mí mente para el mejor desarrollo competitivo en mi carrera.

A mis compañeros Joaquín y Martha por su amistad y solidaridad para poder lograr nuestro propósito.

DEDICATORIAS

A Dios y a mi hijo que siempre me ha apoyado en mi superación, alentándome a ser un mejor ser humano.

ALBERTA NAVA LÓPEZ

AGRADECIMIENTOS

Al Altísimo Dios de Jacob,
quien me ha dado, en su gracia,
la fe para caminar esforzado y valiente, sin temor,
sabiendo que Él va a mi lado.
Sin Él nada habría sido posible lograr.

A mis amigas y compañeras Martha Alicia y Alberta
Por su esfuerzo, confianza, paciencia y generosa solidaridad
durante esta etapa académica, dos extraordinarios seres humanos

A mis Maestras y amigas Dora Lina Acevedo Bahena y Gregoria Juárez Flores,
mujeres de excepción, quienes desde la licenciatura han sido apoyo invaluable en
mi formación académica y personal.

A mis Maestras Eva Barrera García, Petri Hernández Rodríguez y Rosy Bravo, por
su amistad que mucho aprecio, su apoyo solidario, consejos y los conocimientos
compartidos que han contribuido a formarme como enfermero

T. Joaquín Torres Blanco

DEDICATORIAS

Adelina Blanco Vargas, enfermera extraordinaria,
Mujer, madre y ser humano de excepción, a quien amo con todo mi corazón.

Gisselle, amada hija, eres motivo constante
de mi superación profesional, te amo.

Fanny por creer en mí, brindarme tu apoyo amoroso y solidario respaldo, tu amor y respeto, eres mi fortaleza y oportunidad, te amo y agradezco a Dios nos haya puesto en esta vida como la ayuda idónea por Él prometida a ambos.

Dante, hijo amado, generoso en su amor y admiración, y motivo para ser, yo, un referente de superación en su vida.

A mis hermanos y hermanas con todo mi amor filial y agradeciendo a Jesucristo por la gracia, el amor y la bondad de darme la bendición de tenerlos, mejores hermanos nunca tendré ni tendría.

T. Joaquín Torres Blanco

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1 GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	3
1.2.- OBJETIVOS:.....	5
1.2.1.- OBJETIVO GENERAL	5
1.2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	5
1.3.- JUSTIFICACIÓN:.....	6
1.4.- CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	9
CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO	15
2.1 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	15
2.1.1.- ANTECEDENTES	19
2.2.- MARCO HISTÓRICO CONCEPTUAL	24
CAPITULO 3 METODOLOGÍA.....	52
3.1.- TIPO DE ESTUDIO	52
3.2.- DISEÑO Y ALCANCE DEL ESTUDIO	52
3.3.- LUGAR DE ESTUDIO	52
3.4.- POBLACIÓN Y UNIVERSO.....	52
3.5.- TIPO DE MUESTREO	53
3.6.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	53
3.6.1.- CRITERIO DE INCLUSIÓN:.....	53
3.6.2.- CRITERIO DE EXCLUSIÓN:	53
3.7.- FUENTE DE INFORMACIÓN.....	53
3.8.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
3.9 VARIABLES	54
3.9.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE:.....	54
3.9.2. VARIABLE DEPENDIENTE	54
3.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	54
3.11.- ANÁLISIS DE DATOS	55
CAPÍTULO 4 RESULTADOS	57
4.1.- RESULTADOS	57
4.2.- DISCUSIÓN.....	73
4.3.- CONCLUSIONES.....	77
4.4.- SUGERENCIAS.....	80
ANEXOS	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se orientó a evaluar el nivel de satisfacción que sobre el trato digno que las enfermeras ofrecen a los pacientes del servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS; durante el periodo Mayo - Agosto de 2018; la mecánica de trabajo se desarrolla encaminada inicialmente a medir el nivel de satisfacción del usuario del servicio prestado por el personal de enfermería en un periodo de tiempo dado, más al observar los resultados obtenidos y al contrastarlos con investigaciones anteriores, se buscó poner en contexto los resultados y la realidad del entorno donde se da el cuidado enfermero en el servicio de Hemodiálisis.

Es de destacar que el marco conceptual en que el trabajo de investigación se basa brinda un referente de hechos y conceptos que aportan la visión sobre el trato digno, calidad, cuidado y profesionalización de enfermería que nutren la reflexión y la encaminan a una visión integral de la relación paciente – enfermera – institución de salud, y la necesidad de no ver el resultado como la causa y si como el efecto de una situación más compleja proveniente de la organización misma, como consecuencia de factores diversos que eslabonados son una cadena que ata, limita o impide alcanzar el estándar de calidad deseado

Siendo el objetivo general del presente trabajo señalar el nivel de satisfacción que los pacientes del servicio de HD sobre el trato digno recibido por las enfermeras que los atienden, es de señalar que este objetivo se logró, al determinar el nivel de satisfacción del usuario del servicio de HD, por lo tanto, esperamos que esta investigación pueda aportar un análisis de todas las variables consideradas, y de ello elementos que como expresa (Franklin F., 2007), la investigación “haga posible el flujo de información suficiente, relevante, oportuna y veraz, para disponer en el momento y en el lugar adecuados de elementos de decisión y calidad idóneos”.

Lo anterior permitió no solo llegar a concluir que los resultados obtenidos indican que no hay cumplimiento del indicador de trato digno de enfermería durante el periodo considerado, toda vez que el estándar alcanzado en el servicio de Hemodiálisis, es de 73.17%, y al considerar las variables que inciden en este resultado, permite a hacer cuatro sugerencias 1) En relación al instrumento de medición diseñado por la DGCES, modificar no los criterios que configuran el indicador de calidad Trato Digno dado por el personal de enfermería sino su redacción, tomando como ejemplo el “Instrumento de auditoria indicador 13, Trato digno de enfermería” del INC Ignacio Chávez.

2) Respecto al HGR “Vicente Guerrero” que este considere al seleccionar personal de enfermería para laborar en la unidad de Hemodiálisis, mayormente, a las especialistas en nefrología, cuyo perfil profesional es el adecuado, realizando el curso de inducción al puesto y una capacitación específica más frecuente. 3) Estando el estándar de trato digno de enfermería en razón no solo de que si se genera o no satisfacción en el paciente atendido, sino en relación directa con el grado de satisfacción de la enfermera (o) es necesario estudiar la relación que existe entre la satisfacción del usuario y la satisfacción del personal de salud.

Es también de sugerir se busque formar no mano de obra ni recursos humanos sino talento humano desde la escuela y las instituciones de salud, y que se mejoren las condiciones de trabajo y el entorno laboral de los profesionales y los docentes de la salud a fin de promover y fortalecer una cultura de calidad acorde a las necesidades de salud del país. Impulsando la investigación para la toma de conciencia generalizada y el ejercicio de la autocrítica en todos los niveles, dando la importancia debida a la investigación como una herramienta metodológica para alcanzar los resultados esperados, como propone B. Franklin.

CAPITULO 1 GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el servicio de hemodiálisis recae la responsabilidad de proveer un cuidado de especialización compleja, una atención integral, de calidad y trato digno que genere el impacto terapéutico que los pacientes esperan, facilitándoles a adaptarse a nuevo estilo de vida, no agradable a ellos ni a familia; al ser hemodializados tres veces por semana, causando esto cambios en la interrelación social y familiar (dependencia, pena, amenaza, temor, depresión) cambios en la dieta, poco consumo de líquidos, el sufrir técnicas dolorosas, pérdida de esperanza de trasplante renal, y en muchos casos padece el abandono familiar.

En este entorno complejo, el profesional de enfermería precisa dar cuidados holísticos, uniendo los aspectos técnico e interpersonal como piezas esenciales de la calidad del cuidado, a fin de generar satisfacción en el paciente, mediante intervenciones humanizadas, sabemos que la calidad es de suyo percepción, por tanto, es subjetiva en función de la idiosincrasia y expectativas del paciente. Reconociendo que el trato humanizado, trato digno, no hace más pesado el trabajo, y si es sostén de la atención de calidad, y conduce a la satisfacción del usuario, fortaleciendo los valores, identidad, empatía, respeto y estatus social de la enfermera.

En este contexto, es necesario medir el nivel de satisfacción sobre el trato digno que ofrecen las enfermeras a los pacientes a quienes prodigan cuidados, personas cuya patología específica demanda cuidados especializados, acordes con la tecnología médica de su tratamiento en el servicio de hemodiálisis, desconociéndose si las enfermeras cumplen con los indicadores de trato digno, o solo mantienen un rol secundario, tradicional de solo recibir órdenes, en la experiencia pragmática “del así lo he venido haciendo y funciona”, esto entraña un asunto importante de actitud que impacta la calidad del cuidado y el trato digno.

En los últimos 20 años, han crecido patologías como la (ERC), Enfermedad Renal Crónica que demandan talento humano enfermero especializado, con competencias específicas para intervenir apropiadamente en la complejidad del tratamiento y cuidado del paciente con Terapia de Reemplazo Renal (TRR), debido al uso de la tecnología en los registros de signos vitales, administración de fármacos, control de flujo, Presión Venosa (PV) y Presión Arterial (PA) del Acceso Vascular (AV), conocimiento y datos que debe manejar adecuadamente enfermería y sobre los cuales se toman importantes decisiones clínicas, independientes e interdependientes, junto al médico tratante.

Asociado a lo anterior, el talento humano enfermero tiene la función de entender las acciones del cuidado científico, humano y espiritual a los pacientes, en lo general y en lo particular. Más aún es de suma importancia emplear adecuadamente la comunicación efectiva enfermera – paciente, base para proporcionar un trato digno al paciente; el trato dado por enfermería es muy importante, reiteramos, por su alto impacto en la atención integral del paciente, puesto que uniendo la competencia profesional del cuidado de calidad y el trato humano, se brinda el cuidado que la persona espera, y con ello su satisfacción.

Si el cuidado de enfermería en la atención a pacientes que acuden a HD en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero” se realiza dentro de los estándares, indicadores, de trato digno, asociando los aspectos técnico e interpersonal como componentes esenciales de la calidad del cuidado, para generar satisfacción en el paciente, atendiendo a las expectativas del paciente y su familia, se realiza la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario del trato digno recibido en el cuidado de Enfermería, en el Servicio de HD del Hospital Regional Vicente Guerrero del Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS); durante el periodo Mayo - Agosto de 2018?.

1.2.- OBJETIVOS:

1.2.1.- OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el nivel de satisfacción sobre el trato digno que ofrecen las enfermeras a los pacientes del servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS; durante el periodo Mayo - Agosto de 2018.

1.2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar el nivel de satisfacción, trato digno, del paciente, con la labor que realiza el personal de enfermería en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS.
- Describir el perfil socio demográfico de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS.
- Evaluar y correlacionar el nivel de trato digno percibido por los usuarios del servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS, con su perfil socio demográfico.

1.3.- JUSTIFICACIÓN:

El propósito de la presente investigación fue medir el nivel de satisfacción del usuario del Servicio de HD del HGR Vicente Guerrero, del IMSS, por la atención que recibe, y así el trato digno, dado por el profesional de Enfermería, durante el periodo Mayo - Agosto de 2018, para lo cual realizamos una intervención, el levantamiento de una encuesta mediante un instrumento que recogió la percepción del usuario y/o su familiar sobre el trato recibido a fin de identificar el grado de satisfacción y evaluarlo, convencidos que es el trato digno el componente esencial que sostiene el cuidado humanizado, la razón misma del ser de enfermería, su ADN profesional. La razón misma de ser enfermera, puesto que somos personas cuidando seres humanos, atendiendo la respuesta humana de la persona que ha perdido su independencia (V. Henderson) o su capacidad de cuidarse por sí misma (D. Orem); de donde el profesional de enfermería es una persona que cuida a su prójimo como a sí mismo.

Al evaluar la calidad de los servicios de salud, la satisfacción del usuario es un aspecto prominente a considerar, como parte sustantiva de la atención, además de ser una estrategia para valorar el resultado final del servicio de salud. Por ello, se puede decir que aun siendo indicador de calidad, el trato digno, muestra el componente que humaniza la prestación del cuidado de enfermería, partiendo de considerar a enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad a través de la íntima relación profesional, personal, científica, estética y ética; sus objetivos están pues unidos a la espiritualidad de las personas.

De donde trascienden, en la restitución del estado de salud del paciente, el trato digno, y se valora mediante actitudes como: el saludo amable al paciente, la presentación del personal de salud, hablarle por su nombre, lo cual produce calma, confianza y la escucha del paciente a la enfermera, facilitando se entienda la explicación de las actividades o procedimientos que se realizaran, de igual

manera proteger la intimidad del paciente, hacerle sentir segura(o), ser tratado con respeto, informar sobre de los cuidados acorde al diagnóstico de enfermería del paciente hemodializado, esto permite su satisfacción, con el trato del personal que le atendió.

Estas formas de actuación deben ser eficientes, aceptables y tenidas como útiles por los pacientes y apoyadas en evidencias, siempre que sea posible, considerando que el concepto de calidad induce, en sí mismo, la esperanza del paciente, de ser tratado con dignidad y respeto. Siendo la hemodiálisis una TRR demandante de un cuidado humano y especializado de enfermería, centrado en el paciente, que debe procurar producir en él la capacidad de adaptarse a los cambios que entraña su tratamiento, requiere, también, de instalaciones adecuadas para efectuarlo de forma efectiva, factores que afectan el grado de satisfacción del usuario del servicio.

Para la OMS la calidad de asistencia es el proceso en el que cada enfermo recibe una serie de servicios diagnósticos y terapéuticos, considerando todos los factores paciente servicio médico, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico y la máxima satisfacción del paciente. Donabedian (2001) formuló el componente técnico y el componente interpersonal como sostenes de la calidad, en la atención de salud, susceptibles de causar satisfacción. Siendo el técnico, el uso de la ciencia y tecnología en salud, y el interpersonal el rostro humano de la relación paciente - personal de salud.

Por lo tanto, otorgar calidad en la atención es de gran impacto y un gran desafío que invita a unir a Gobiernos, la escuela, (como formadora del profesional de enfermería), los profesionales de salud y la población, en un esfuerzo de vinculación cuya comunicación efectiva evite el desfase del conocimiento y aplicación de políticas públicas de salud, el incongruente uso de recursos públicos, criterios diversos y voluntades políticas encontradas que justifican su ámbito espacial de actuación en perjuicio del objeto y sujeto que sostiene las instituciones

de salud: el ser humano, que ha perdido su independencia a causa de una enfermedad.

En este contexto en México, para mejorar los servicios de salud y situar la calidad en su agenda, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) creó el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) como la estrategia de registro y monitoreo de los indicadores de calidad en las unidades de atención médica públicas y privadas; de donde, “la calidad de los cuidados de enfermería son tenidos como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares específicos, indicadores y criterios considerados básicos para medir la calidad y con ello la satisfacción del usuario” (DGCES, 2015).

Lo anterior nos lleva a tener una práctica profesional competente y responsable, a fin de lograr la satisfacción del usuario y del personal de enfermería; y por ende el termino humanizada nos lleva al trato digno, perteneciente a la calidad sí, pero con un rasgo propio que le define como esencial en el cuidado humano, de donde “la misión de enfermería es el cuidado científico, humano y espiritual del paciente” (DGE, 2018) Se debe estar consciente que la calidad es percepción, y por tanto, es subjetiva y está en función de las características y expectativas del paciente respecto de cómo debe y es tratado por la enfermera que le atiende.

Por tanto es necesario evaluar el grado de satisfacción del paciente respecto al trato digno, que recibe de la enfermera en el Servicio de HD, determinando el nivel de satisfacción de los usuarios de este servicio, y considerando describir el perfil socio demográfico de los pacientes y las enfermeras del servicio de hemodiálisis, lo cual permitirá responder la pregunta de investigación sobre cuál es el nivel de percepción de satisfacción del usuario por el trato digno recibido en el cuidado de Enfermería, durante el periodo Mayo - Agosto de 2018, como rasgo de la calidad del cuidado, y la generación de satisfacción del paciente, de acuerdo con sus expectativas.

1.4.- CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Servicio de Hemodiálisis del HGR. “Vicente Guerrero” del IMSS atiende a derechohabientes que requieren de Hemodiálisis, como TRR, siendo 882, aproximadamente, al mes, el número de pacientes que ve, de donde 597 son subrogados; entre 192 a 200 se atienden en provenientes de la vía intrahospitalaria y de 80 a 85 de forma ambulatoria en el servicio de HD. Lo cual representa un costo aproximado de casi 32 millones de pesos al año. Cuenta con 11 enfermeras, 5 en el turno matutino, 3 de ellas especialistas en nefrología, 2 licenciadas en enfermería; 6 licenciados en enfermería en el vespertino. Cuenta con 12 máquinas, no propias.

Identificar el nivel de satisfacción que el paciente y su familia tienen sobre el trato recibido durante su atención, en el servicio de Hemodiálisis, por la enfermera, tiene una gran importancia por el alto impacto que tiene en la atención integral del paciente, uniendo la competencia profesional del cuidado humanizado, de calidad y trato digno, a la base técnico - científica dando el cuidado que la persona requiere. El trato digno es de suyo percepción subjetiva y está íntimamente relacionada con el trato humano en la atención profesional dada por la enfermera durante la estancia hospitalaria del paciente, siendo sus características esenciales el respeto, información, interés y amabilidad, entre otras.

Se define trato digno de enfermería como “la percepción del paciente o su familiar sobre el trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria, teniendo como rasgos el respeto, información, esfuerzo y amabilidad, entre otras” (Salmon V., 2015). La cedula de trato de digno de enfermería usada es la de INDICAS, contiene 11 criterios, basados en el Código de Ética de Enfermeras y Enfermeros en México, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, y el Artículo 51 de la Ley General de Salud, entre otros. En tanto que el usado por el INC Ignacio Chávez tiene 7 indicadores que incluye los de INDICAS.

Se midió el trato digno de enfermería, mediante un indicador, valorando el porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería, en un servicio y tiempo determinado, que respondieron afirmativamente a los 11 criterios o variables determinadas para trato digno (INDICAS, 2018); el cumplimiento de los criterios del indicador definen un estándar, que se representa mediante una semaforización de colores donde: el VERDE es el porcentaje mínimo esperado al cumplirse los criterios respectivos, AMARILLO indica una situación de riesgo, y el ROJO que no se cumplen los estándares de trato digno que se espera se dé al paciente.

“El daño renal, sin importar la causa, se ha convertido en una de las epidemias del siglo XXI. México, al igual que otros países, está inmerso en un proceso de transición epidemiológica y las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial sistémica (HAS) han desplazado a las enfermedades infecciosas como principal causa de muerte. Siendo la enfermedad renal crónica (ERC) una complicación ya usual de la DM y la HAS alcanzando una etapa terminal (ERCET) que si no se trata, produce la muerte del paciente en poco tiempo, dada la naturaleza progresiva de la enfermedad”. (Tamayo y Orozco, 2014-2016)

Es imposible saber realmente la dimensión del problema pues en nuestro país “no existe un registro nacional confiable de pacientes con ERC que permita conocer en forma precisa el número de casos y establecer, con base en esta información, los recursos financieros necesarios para la cobertura de la atención médica adecuada de esta población” (Tamayo-Orozco, 2008), lo cual incide gravemente en la imposibilidad de planear acciones que creen unidades de atención especializada y/o mejoren, en su caso, la capacidad instalada de las unidades ya existentes, y la subrogación de la atención es una acción insuficiente, de calidad dudosa y de muy alto costo.

¿Qué es la Enfermedad renal crónica? definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del Filtrado Glomerular durante al menos tres meses inferior a 60 ml/min/1,73 m² o lesión renal. La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen.

La Enfermedad Renal Crónica en Etapa Terminal (ERCET) se presenta al existir pérdida irreversible de la función renal, documentada con una tasa de filtrado glomerular < 15 ml/min, y requiere aplicar alguna terapia sustitutiva de la función renal o TRR, siendo un recurso terapéutico de soporte renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal). Siendo la Diálisis Peritoneal (DP) un procedimiento que extrae de la sangre del paciente sustancias tóxicas para el organismo, así como el agua acumulada en exceso, utilizando la membrana natural que recubre por dentro la cavidad abdominal, los intestinos y otros órganos, la membrana peritoneal o peritoneo.

Hemodiálisis: Es el tratamiento que remueve las toxinas de la sangre y el exceso de líquido usando una máquina y un dializador, los pacientes sujetos a esta TRR que requieren ser hemodializados tres veces por semana durante un lapso de 2 a 4 horas, de acuerdo al grado particular de la enfermedad. Consistiendo este tratamiento en que una porción de sangre es extraída del paciente a través de un acceso vascular empleando un Catéter Mahurkar o una Fistula Arteriovenosa (favi) y limpiada a través de un filtro o dializador, posteriormente la sangre regresa al organismo, por el mismo acceso vascular, ya limpia.

La hemodiálisis es pues un procedimiento que se realiza a la persona cuando el deterioro de la función renal es irreversible y es necesario la sustitución renal,

situación que afecta de una manera muy evidente su estado emocional cambiando su visión de vida, su entorno familiar y social ante la expectativa de la pérdida de independencia individual y los cambios en la interrelación social y familiar (dependencia, pena, amenaza, temor, depresión) cambios en la dieta, consumo de líquidos, el sufrir técnicas dolorosas, pérdida de esperanza de trasplante renal, y en muchos casos aparece consecuente a esto el abandono familiar.

En este contexto, V. Henderson considera que el papel de la enfermera es ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con la persona la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”), siendo el centro de intervención las áreas de dependencia de la persona, a través de acciones para aumentar, completar, reforzar o sustituir la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, el efecto de éstas intervenciones deberá ser la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas humanas a través de la suplencia o ayuda, en tanto la persona recupera su independencia. (Ramirez, 2018)

En consecuencia, el cuidado de las personas por parte del profesional de enfermería debe tener, en este tipo de pacientes un énfasis mayor en el trato humano, el cual es medible a través de indicadores, cuya suma nos permite pulsar la percepción de satisfacción que tienen los usuarios de los servicios de salud, partiendo de dos premisas fundamentales: la ciencia del cuidado enfermero está y debe estar al servicio del ser humano, de tal manera que de nada sirve tener excelencia en lo técnico científico si no se pone la ciencia al servicio del hombre.

La segunda premisa parte de un principio básico: Saber para servir, lo cual implica que se debe contar con el conocimiento científico – técnico necesario para servir otorgando un cuidado humano de calidad, es poner el conocimiento científico como instrumento del cuidado humanístico y espiritual para servir a otra persona como la razón de ser de enfermería, y por ende, el saber tiene como fin imprescindible servir al hombre a recuperar su independencia a través de

intervenciones de suplencia o ayuda encaminadas a que pueda satisfacer sus 14 Necesidades Básicas (V. Henderson) o a restablecer su capacidad de ser una agencia de autocuidado (D. Orem).

Desde esta visión, la calidad de los servicios de enfermería es entendida, como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente dada por la enfermera, de acuerdo con estándares específicos para una práctica profesional competente y responsable, cuyo propósito es lograr la satisfacción del usuario y de la propia enfermera. Por tanto, la atención de enfermería debe evaluarse, medirse, mediante indicadores de calidad y trato digno en enfermería, los cuales permiten fijar el estándar de enfermería en segundo nivel, con base a criterios o variables que nos muestren el grado de satisfacción del paciente y su familia por el trato recibido.

Por lo anterior, al medir el resultado es la evaluación y la posibilidad de ir en pos de la mejora de la calidad, por lo que “debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la práctica preciada correcta. Este concepto constituye un criterio, en tanto que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o las condiciones sociales del momento. Es preciso una vez evaluada la práctica, se compare con los indicadores establecidos, a fin de conocer las causas de una práctica deficiente o mejorable, esto constituye una fase vital de la evaluación.” (Suñol, 1998)

Es posible entonces evaluar el componente técnico e interpersonal del cuidado de enfermería en la de atención de salud, midiendo estos criterios o variables. Sin embargo, considerando a enfermería como la ciencia de cuidado, el trato digno constituye el componente interpersonal esencial para proveer cuidado humanizado en el vínculo persona – persona y, “el estándar de trato digno de enfermería, es el porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a estos criterios o variables definidos para trato digno, lo que

permite establecer si este se da y se refleja en la satisfacción del usuario”
(CIEnfria, 2003).

CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

La calidad de los servicios de salud, tiene como componente esencial la satisfacción del usuario, por lo que es relevante considerarla, como parte sustantiva de la atención, además de ser básica para valorar el resultado final del servicio de salud. Por tanto, se puede decir que siendo indicativo de calidad, el trato digno, es el componente que humaniza la prestación del cuidado de enfermería, partiendo de considerar a enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad a través de la íntima relación profesional, personal, científica, estética y ética; de esta manera sus objetivos están unidos a la espiritualidad de las personas.

En este entorno, el profesional de enfermería precisa otorgar cuidados holísticos, uniendo los aspectos técnico e interpersonal como componentes esenciales de la calidad del cuidado, a fin de generar satisfacción en el paciente, mediante intervenciones humanizadas. Como sabemos, la calidad es de suyo percepción, por tanto, es subjetiva y en función de la idiosincrasia y las expectativas del paciente. Se observa, en este sentido, que dar un trato humanizado, trato digno, no es agravante del trabajo, y si sostén de la atención de calidad, y guía a la satisfacción, fortaleciendo valores, identidad, empatía, respeto y estatus social de la enfermera.

El propósito de la presente investigación fue evaluar el nivel de satisfacción del usuario por la atención que recibe, del profesional de Enfermería, en el Servicio de HD del HGR Vicente Guerrero, del IMSS, durante el periodo Mayo - Agosto de 2018, para lo cual se levantó una encuesta usando un instrumento que recogió la percepción del usuario y/o su familiar sobre el trato recibido a fin de identificar el grado de satisfacción y evaluarlo, convencidos que es el trato digno el

componente que sostiene el cuidado humanizado, la razón misma del ser de enfermería, su ADN profesional.

Esta investigación al medir la percepción de satisfacción del usuario externo del servicio dado por enfermería, considera su perspectiva de la forma en que le es proporcionado el servicio de salud, sin olvidar que esta es subjetiva, que es, su interpretación, parcial en relación del entorno, por lo cual elaborar solo sobre esta base un plan de mejora continua tendría un grado importante de parcialidad y por ende sesgo, por no valorar el grado de satisfacción de la enfermera que es el otro componente de la relación interpersonal del cuidado y no hacerlo implicaría injustamente culparle, únicamente, considerando la percepción del paciente.

Es cierto, la satisfacción que el paciente y su familia tienen sobre el trato dado por la enfermera que le atiende es un referente de la calidad del servicio de salud prestado. Para Armand Feigenbaum “la calidad es una herramienta de administración estratégica que requiere que todo el personal de una compañía esté informado... La calidad va mucho más allá del control de las fallas a nivel de planta; es una filosofía y un compromiso con la excelencia. La calidad es un estilo de vida empresarial, una forma de administración. La calidad total afecta a toda una organización e incluye la implementación de actividades de calidad orientadas al consumidor” (Feigenbaum, 2009)

Así pues, la calidad es un estilo de vida organizacional, donde todas sus piezas deben ser responsables de la calidad de su producto o servicio, con un especial énfasis en el liderazgo, así como en la motivación permanente y la capacitación específica. La cultura empresarial en México posee características distintas a las de los países industrializados, por lo cual, los modelos aplicables deben ser adaptados de manera específica a la realidad de nuestro país. En México su aplicación no ha sido importante, más allá de los esfuerzos académicos de Jack Fleitman, E. B. Franklin y David Villanueva, debido a las características culturales y sociales de nuestro país.

“La gestión de la calidad en los servicios tiene por objeto el resaltar la importancia de la gestión de la calidad en las empresas de servicios, destacando su naturaleza, características y dimensiones Un Servicio se puede describir como un conjunto de acciones ejercidas por personas con la finalidad de que estas proporcionen satisfacción a otras personas que las reciben” (Lara, 2002). En la opinión de Jack Fleitman, “Servicio es el resultado generado por actividades derivadas de la interrelación entre el proveedor y el cliente” (Fleitman, 2015). Para E. Deming calidad es “La satisfacción del cliente”.

De donde se puede decir que la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene de este, de donde el consumidor asume conformidad con dicho producto o servicio de atención que este cumpla sus expectativas y satisfaga sus necesidades. “Es innegable que el servicio al cliente es un factor que influye de manera sensible en la imagen de un servicio de calidad. Contar con la información adecuada y suficiente del servicio ofertado y la relación que puede existir entre el cliente y el personal a cargo determina el éxito de la relación interpersonal. La mala actitud del prestador del servicio es generadora de mal trato y la consecuente insatisfacción del cliente” (Torres Blanco, 2018).

Por lo anterior, es importante lograr la satisfacción del usuario, cumpliendo con las perspectivas que tiene sobre el servicio que ha de recibir, para ello es importante la información que previamente reciba sobre el servicio que se ofrece, por lo que debe ser orientado no solo a saber sus derechos, sino el tipo de servicio y procedimientos ofertados pues la ignorancia genera falsas perspectivas y de ello insatisfacción. “El principio de orientación al cliente, bien entendido, supone obtener información tanto de las necesidades actuales de los clientes, como las futuras, evaluando todas las fuerzas del entorno que puedan modelar sus expectativas”. (Santos y Álvarez, 2008). (Torres Blanco, 2018)

Para A. Donabedian, “La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios”. (Donabedian, 2001), alude también que hay dos dimensiones básicas de la calidad, íntimamente vinculadas, la técnica y la interpersonal; la primera supone la aplicación de la ciencia y la técnica en la atención de salud,

En tanto que la segunda dimensión reconoce la relación que se da entre los proveedores de servicios (médicos, enfermeras, químicos, etc.) y los usuarios de los mismos (pacientes y sus familiares) sin dejar de considerar para ambas dimensiones el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio, sin embargo no considera en ello el papel del cuidado enfermero, su visión es biomédica. Para Deming “la calidad es explicar las necesidades futuras de los usuarios en rasgos medibles y poder en base a esa medición diseñar un producto o servicio que satisfaga al usuario o comprador” (Deming, 1989), por tanto la calidad es medible y susceptible de fijar estándares de ella.

González Díaz explica que “Con frecuencia, el equipo médico da más importancia al aspecto técnico, mientras que el interpersonal lo resaltan más los usuarios de los servicios. Sin embargo, es necesario reconocer que ambos aspectos tienen igual importancia en el otorgamiento de servicios de salud; los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva; y, no hay duda que una buena relación proveedor-usuario, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos para la salud, al propiciar mejor adhesión terapéutica y a la institución de salud, además de mayor satisfacción de usuarios y de proveedores” Héctor E. González Díaz (2012).

2.1.1.- ANTECEDENTES

“Aproximadamente 47% de 103 mil pacientes con insuficiencia renal terminal está recibiendo tratamiento con diálisis o trasplante renal en el IMSS y el ISSSTE, otro 3% lo recibe de otras instituciones, incluida la medicina privada. Pocas compañías de seguros cubren el gasto de estos procedimientos y si lo hacen, es por un plazo finito. En ninguna institución perteneciente al Consejo de Salubridad General se realiza sistematizadamente la detección oportuna de la enfermedad renal crónica ni se cuenta con programas de alto impacto para frenar sus repercusiones en el Sistema Nacional de Salud, en particular los gastos asociados a la diálisis y el trasplante” (Tamayo-Orozco, 2008).

“En los últimos 26 años la población mexicana aumento en casi 50% (1990 – 2016) existiendo un cambio diferencial por grupos etarios. Donde los menores de 15 años, casi no aumentan (2%) y los >65 años crecen 1.3 veces, es decir más del doble en el mismo periodo (3.3% anual)” (Tamayo y Orozco, 2014-2016); esta situación ha traído cambios epidemiológicos de un gran impacto que demandan servicios de salud, siendo un reto enorme para el gobierno, que tiene que incrementar y/o mejorar la capacidad instalada de los servicios sanitarios existentes (infraestructura física, equipo, insumos de toda índole y la formación de los recursos humanos para la atención de la salud).

Esta situación es similar, particularmente grave y hasta dramática, en los países en desarrollo cuya la capacidad instalada es inadecuada e insuficiente y los recursos financieros no alcanzan para hacer frente al incremento de las enfermedades crónico degenerativas, puesto que su atención consume una enorme cantidad de los recursos destinados a la atención de salud. Ligado a que no cuentan con los recursos humanos competentes y en número necesario para ello. “En este contexto la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), y la Diabetes Mellitus (DM) han desplazado a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte” Tamayo y Orozco Op. Cit. 2.

Definimos. “Enfermedad renal crónica: la presencia durante al menos tres meses de filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o lesión renal (definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG). La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen.

Insuficiencia renal crónica terminal: pérdida irreversible de la función renal, documentado con una tasa de filtrado glomerular < 15 ml/min. Es propiamente la etapa KDOQI 5, donde se requiere de alguna terapia sustitutiva de la función renal. Terapia sustitutiva renal: recurso terapéutico de soporte renal en cualquiera de las modalidades: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal. Conceptualmente la HD permite eliminar las toxinas, en la sangre, y el exceso de líquidos mediante el uso de una máquina y un dializador, los pacientes sujetos a esta TRR requieren ser hemodializados tres veces por semana en un lapso de 2 a 4 horas, según el grado de la enfermedad”. (SSA, 2014)

Tamayo y Orozco señalan que en la HD una porción de sangre es extraída del paciente a través de un acceso vascular, usando un Catéter Mahurkar o una Fístula Arteriovenosa (favi), siendo limpiada a través de un filtro o dializador, posteriormente la sangre regresa al organismo, por el mismo acceso vascular, ya limpia; éste procedimiento es realizado cuando el deterioro de la función renal es irreversible y es necesaria la sustitución renal. Esta situación afecta evidentemente a la persona en su estado emocional cambiando su visión de vida, su entorno familiar y social ante la expectativa de la pérdida de independencia individual.

En México, el envejecimiento de la población y la adopción de estilos de vida no saludables, causa un incremento en la incidencia de enfermedades crónico degenerativas, lo cual presenta grandes retos en materia de salud, destacando una demanda creciente en los servicios médicos y un impacto económico significativo para el sistema de salud. (Franco M, 2011) La enfermedad renal crónica (ERC) está relacionada directamente con la hipertensión, la diabetes y las dislipidemias, enfermedades que han alcanzado proporciones epidémicas en nuestro país.

La ERC es un proceso multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente conduce a un estado terminal, en el cual la función renal se encuentra lo suficientemente deteriorada como para ocasionar la muerte del paciente o bien para requerir de terapias de sustitución renal. (López-Cervantes M, 2009/Levey A, 2005). Las causas de la ERC está en las enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y la uropatía obstructiva.

En nuestro país, la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida en frecuencia por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. (Amato D, 2005/Méndez-Durán A, 2010) La evolución de la ERC es variable dependiendo de su etiología; por lo general, comienza de manera insidiosa y progresa lentamente en un periodo de años. La etapa 5, ocurre cuando es necesario recurrir a TRR para preservar la vida del paciente, de ahí que estas terapias son llamadas de “soporte de vida”. Sin embargo, no todos los pacientes progresan hasta la etapa final. (SSA, 2014).

A nivel mundial, existen alrededor de 2 millones de personas con ERC, lo que significa que se requerirán un poco más de un billón de dólares para su atención. (Klarenbach S, 2009) la ERC está considerada como una situación catastrófica de salud pública, debido al número creciente de casos, los altos costos de inversión, los limitados recursos de infraestructura y humanos, su detección tardía y las

elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución. (Treviño BA 2004/Paniagua R, 2007)

En nuestro país, la ERC terminal posee dimensiones alarmantes y considerando proyecciones, se estima que los casos continuarán en aumento; si las condiciones actuales persisten, para el año 2025 habrá cerca de 212 mil casos y se registrarán casi 160 mil muertes relacionadas a la ERC. (López-Cervantes M, 2009). La mortalidad en pacientes con diálisis es de 6.3 a 8.2 veces mayor al compararse con la población general.(Keith D, 2004). En pacientes adultos con ERC, se ha registrado una incidencia que oscila entre 337 a 528 casos por millón de habitantes y una prevalencia es de 1,142 por millón de habitantes. (MéndezDurán A, 2010/Amato D, 2005).

Tabla A. Contraindicaciones Hemodiálisis

➤ Pérdida o incapacidad de obtener un acceso vascular funcional.
➤ Insuficiencia hepática grave.
➤ Enfermedad psiquiátrica y/o retraso mental con riesgo para la realización de la hemodiálisis.
Cardiopatías:
➤ Cardiopatía congénitas complejas fuera de tratamiento quirúrgico. Miocardiopatías con fracción de eyección <30 ml/min. Implante valvular. Cardiopatía de cualquier tipo con riesgo de desarrollo de infarto agudo del miocardio. y/o muerte durante el procedimiento.
➤ Trastornos de la coagulación con alto riesgo de sangrado.
➤ Padecimientos malignos avanzados fuera de tratamiento oncológico.

Fuente: GPC: tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención

Tabla B. Factores de riesgo para el desarrollo de ERC.		
PREDISPONENTES	INICIADORES	PERPETUADORES
-Adulto >60 años)	Enfermedades renales	Proteinuria
-Historia familiar de ERC	primarias	TAS > 130 mmHg
-Grupo étnico (origen hispano)	Diabetes Mellitus	Alta ingesta de proteínas
Género masculino	Hipertensión arterial	Pobre control de la glucosa
-Síndrome metabólico	Sistémica	Obesidad
-Reducción de la masa renal	Enfermedades autoinmunes	Anemia
-Bajo nivel socioeconómico y de educación	Nefrotoxinas	Dislipidemia
-Estados de hiperfiltración	AINEs	Tabaquismo
-Disminución del número de nefronas	Aminoglucósidos	Hiperuricemia
	Medio de contraste IV	Nefrotoxinas
	Otros	Enfermedad cardiovascular
	Patologías urológicas	
-Tensión arterial > 125/75	Obstrucción urinaria	
	Litiasis urinaria	
-Obesidad	Infección urinaria recurrente	
-Ingesta elevada de proteínas	Enfermedades hereditarias	
-Anemia		
-Aumento de excreción urinaria de proteínas.		
-Dislipidemias		

Fuente: GPC: tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención

2.2.- MARCO HISTÓRICO CONCEPTUAL

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), señala “unidas en una categoría la ERC relacionada con la DM, con la HAS y otras enfermedades renales, como la glomérulo nefritis, se tiene una categoría que participa con 5.5% de la carga de la enfermedad y se ubica en la segunda causa de muerte prematura en el país (7.7%). Lo cual es de suyo importante dada su magnitud y porque se da en edades tempranas, asociadas en un 38%, a la DM. Los estados con mayor tasa de AVISA perdidos por ERC, 2016, son los del centro del país, además de Coahuila y Tamaulipas, Veracruz es el de mayor riesgo, 80% más que Quintana Roo.” (INSP, 2017)

Desafortunadamente en México no hay un registro nacional de pacientes con ERC que aporte el número real de casos y permita, basados en información confiable, elaborar un plan estratégico que guíe la programación y operación de las acciones que cubran los requerimientos que demanda atender la ERC, partiendo de los recursos financieros, infraestructura y recursos humanos especializados para la atención adecuada de la población afectada por este gran problema sanitario, desde la etapa temprana, lo debe conducir no solo a reducir costos por la atención de salud sino a lo primordial, brindar una mejor calidad de vida a la población afectada. (OCDE, 2016)

La atención de la ERC mediante TRR en México inició, a mitad del siglo pasado, siendo el tratamiento usado la diálisis, con un desarrollo lento por factores como la falta de instalaciones adecuadas, equipos, recursos humanos calificados y, sobre todo recursos financieros y voluntad política. Siendo pioneros “el Hospital Infantil de México que desarrolló un programa de diálisis peritoneal en niños a cargo del doctor Gustavo Gordillo Paniagua y el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez un programa incipiente de hemodiálisis en pacientes adultos dirigido por el doctor Herman Villarreal”. (Tamayo y Orozco, 2014-2016), actualmente el INC cuenta con dos unidades de HD.

Al esfuerzo de estos grupos pioneros de TRR, se unió “el Centro Médico Nacional del IMSS cuyo grupo medico surgido del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, practicaron el primer trasplante de riñón exitoso en 1962” (Tamayo y Orozco, 2014-2016). Lo que significó el despegue de la diálisis peritoneal (DP). Sin embargo, no fue sino hasta “finales de los años 70 que se adopta la diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA), terapia impulsada por el IMSS mediante un programa que para los 1990 atendía más de 15 mil pacientes, casi el 90% de la población derechohabiente con ERC y sólo 10% a hemodiálisis. En 2002 la relación fue 85% DP/15% HD”. op. Cit.2

En los países desarrollados, la hemodiálisis es tratamiento de primera elección, a fines del siglo XX y principios del XXI de 70 a 80% de los pacientes de ERC en el mundo estaba sometido a hemodiálisis y el resto a diálisis peritoneal. La hemodiálisis en México, poco a poco, ha tenido un crecimiento progresivo debido en parte a que los pacientes que abandonaban la diálisis peritoneal por diversas complicaciones, fueron derivados a programas de hemodiálisis; esto ha obligado al IMSS y en general al sector público a subrogar el servicio de HD de sus pacientes, a unidades de hemodiálisis externas que cobraron importancia a partir del 2005.

Las autoridades de salud mexicanas supusieron, en 2015, que para atender óptimamente la ERC, “habría necesidad de 300 nuevas unidades de hemodiálisis, lo que representaría contar con 3 600 máquinas, si consideramos que cada unidad de HD cuenta con 12 máquinas en promedio, considerando que el 20% debía haber estado dentro del sector público, o sea de 720 máquinas en 60 unidades, el resto de las unidades, 240, en el sector privado y la mayoría en atención ambulatoria, tal como ocurre en países europeos y USA”, op. Cit.2 lo cual implica la subrogación de la HD, lo que no garantiza calidad y trato digno al usuario, pues no hay supervisión oficial.

En México, la IRC es una de las primeras 10 causas de mortalidad en el IMSS y una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias (Treviño B, 2004/ Fernández-Cantón S, 2006/Méndez-Durán A, 2010). Datos recientes del IMSS demuestran una población de 59,754 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales 35,299 se encuentran en diálisis peritoneal (59%) y 24, 455 en hemodiálisis (41%); las principales causas relacionadas en la población adulta son: diabetes mellitus con 53.4%, hipertensión arterial 35.5% y glomerulopatías crónicas 4.2%; los grupos de edad mayormente afectados son los > de 40 años. (Méndez DA, 2014) (SSA, 2014)

En México históricamente ha predominado el uso de la DP, recientemente se ha impulsado a la HD. El trasplante renal es la mejor opción de tratamiento para la ERC; no obstante, en nuestro país ésta solución no es viable debido a la falta de donaciones, los altos costos iniciales y el nivel de deterioro orgánico que presentan los pacientes por las enfermedades primarias. Según cifras del IMSS, la incidencia por millón de habitantes es de 338 a 528 casos y la prevalencia es de 1 142/millón de habitantes. El IMSS a julio de 2015 atendió a 11142 (19%) con hemodiálisis intramuros y 13 674 (23%) en unidades externas subrogando el TRR, a costo alto y sin que se vigile realmente la prestación del servicio.

La situación de la ERCET es alarmante, la UNAM proyectó, para 2015 que los casos de ERC irían en ascenso si las condiciones actuales persistían, previéndose, 212 mil casos y casi 160 mil muertes por esta causa, de tal manera que la ERCET alcanzaría el quinto sitio como causa de muerte en el país. Es de señalar que el número de enfermos, atendidos en la Ciudad de México, vía Seguro Popular, alcanzó la cifra de 5 131, en 2012, y no se cuenta con datos confiables sobre cuántos son atendidos por la SSA, suponiéndose que no se cuenta u ocultan registros, debido a que se carece de unidades de HD suficientes y/o por la alta subrogación". (Tamayo y Orozco Op. Cit.)

Hoy, “el IMSS atiende poco más de 60 mil enfermos en terapia sustitutiva, 25 mil (41.7%) en el programa de hemodiálisis. De los pacientes en HD, la gran mayoría es atendida por la subrogación de servicios con empresas privadas, unos 17 500 (70%), y solo un 30% a través de unidades propias que cuentan con 12 máquinas cada una en promedio”. (Tamayo y Orozco Op. Cit.) En ambos casos orientado el programa a la prestación del Tratamiento, en la necesidad de cumplir con otorgar el servicio, y no centradas en brindar una atención integral, eficiente, eficaz y humana al paciente, insistimos no se supervisa la calidad el servicio subrogado contratado, solo si se otorga el servicio.

El Consejo de Salubridad General (CSG), en 2015 diseñó su modelo de seguridad del paciente, actualizado en 2018, fijando los estándares para implementar este modelo en hospitales, de donde el estándar Atención a Todos los Pacientes (COP) contiene el COP.11 como estándar indispensable, para la TRR con HD, señalando como su propósito que “El grupo de pacientes que recibe TRR con hemodiálisis se considera de alto riesgo debido a sus condiciones clínicas, comorbilidades y contexto social, por lo cual su proceso de atención requiere de una planeación, seguimiento y control puntuales para obtener mejores resultados”. (CSG, 2018)

De donde en el proceso de atención que se brinda al grupo de pacientes de TRR con HD, es esencialmente importante que se describa, al menos, los siguientes elementos: “a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención de todos los pacientes, incluidas las consideraciones especiales, al menos, del grupo de pacientes seropositivos; b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva; c) Cómo se realizará el proceso de consentimiento informado (PCI) antes de la primera sesión de TRR con HD; d) Cómo se llevará a cabo el PCI del paciente incluido en el plan de reprocesamiento de filtros; e) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante la terapia de remplazo renal con hemodiálisis; f) Cuáles son las acciones a seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la TRR con HD; g) Cuáles son las competencias del personal

involucrado en el proceso de atención; h) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. Cuando el hospital subroga TRR con HD, se integran los incisos del a) al h) como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control del servicio subrogado” (CSG, 2018). No es esto parte del tema de la investigación pero se cita esperando que otra investigación observe su cumplimiento

Lo anterior debido a que el estándar del modelo de seguridad del paciente del CSG, citado, pide se señalen cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención de los pacientes de TRR con HD, y esto incide en la forma en que se realiza el cuidado enfermero y por ende en la percepción de satisfacción por parte del usuario del servicio de HD. Situación que de acuerdo a lo indagado al platicar con el personal de este servicio, de forma libre y abierta, se observa que estas competencias no se hayan definidas documentalmente, al momento de realizar este trabajo.

Se Carece, por desgracia, de información confiable del sector privado. Ciertamente, la subrogación de la HD ha aumentado de modo importante ante la falta de capacidad instalada del sector público para atender la gran demanda de terapia sustitutiva, y si bien es cierto que la subrogación resuelve en la inmediatez, en parte, la demanda, también lo es que, aumenta el gasto público. Considerando esto, para la atender pacientes con ERC, bajo terapia sustitutiva de HD, uno de los componentes importantes de la capacidad instalada de los servicios de salud es el elemento humano,

De donde es enfermería particularmente significativa, y cabe señalar que no contar con profesionales de enfermería con la especialización requerida es una limitante importante para lograr dar un cuidado de eficaz, eficiente y de calidad, expresada, la calidad, en la forma en la que percibe el usuario y su familia el trato recibido y por ello al medirla se establece el grado de satisfacción o insatisfacción del usuario del servicio respecto de ella.

Por lo tanto, es de señalar que en México, ante la magnitud del avance de la ERC y las diversas aristas que tiene su atención, y a fin de que esta sea de forma eficaz y eficiente, el recurso humano enfermero es una circunstancia que se convierte también en limitante, por tanto es necesario no postergar su atención, pues no se cuenta con las enfermeras (os) ni las unidades de hemodiálisis que se requiere tener. Según el INEGI “en México hay 475 295 enfermeras, de donde 85% son mujeres y 15% hombres; el 74% son profesionales (43% con licenciatura y/o posgrado y 31% técnicas) de donde el 1.3% cuenta con especialidad”. (INEGI, 2015).

Las cifras que nos da INEGI, permiten percibir que enfermería es insuficiente para cubrir adecuadamente las necesidades de cuidado de nuestra población, “la OPS recomienda existan 6 por cada mil habitantes, lo cual significa que debería haber 731 223 enfermeras en el país. Sin embargo, México cuenta en promedio con 3.9 enfermeras/1000 hab., solo Tamaulipas y CdMx cubren esta recomendación, y Estados como Querétaro, Michoacán, Veracruz y Puebla tienen menos de 3 enfermeras/1000 hab.; en Guerrero se cuenta con 3.4 por cada mil. El déficit nacional es de 255 928 enfermeras”, (INEGI, 2015) y no se ve, en el corto plazo poder abatir este faltante.

La afirmación anterior se basa en el hecho de que solo existen 700 escuelas de enfermería reconocidas oficialmente, y su matrícula inicial, al egreso tiene un decremento por deserción, multifactorial, que sumado a la circunstancia legal de que solo quienes poseen título y cedula pueden ejercer la profesión y acceder a las plazas del sector público, las que son mejor pagadas. El INSP, en su informe de diciembre 2017 nos brinda la información sobre la disponibilidad del personal de enfermería en el período 2013 -2015, señalando que en este lapso “hubo un crecimiento del 12% licenciadas (38 270), mientras las especialistas en 11% (3 749)”. (INSP, 2017)

Es de señalar que los datos encontrados sobre el número de enfermeras (os) por cada mil habitantes los aportados por INEGI (2015) INSP (2017) y SIARHE, (JUNIO 2018) difieren entre sí; para el INEGI es 3.9; para el INSP 3.01 “las enfermeras generales es de 2.72 por 1,000 habitantes y las enfermeras especialistas fue de 0.29 por 1,000 habitantes” (INSP, 2017); en tanto que el SIARHE señala que hay “2.5 por 1,000 habitantes siendo el 14.35 % hombres y el 85.65% mujeres, del total de enfermeras el 39.82% son Técnicas,; 42.98% Licenciadas y LEO, en tanto que son especialistas el 3.48%, 2.08% tienen Maestría y solo el .11% Doctorado” (SSA S. d., 2018).

Conforme al INSP, en el informe referido, “el total de enfermeras de 276 772 (2013) pasa a 315 042 (2015); y las especialistas pasan de 29 376 a 33 125 (FERHS 2013 -2015). Es de notar que en 2015, del total de enfermeras citado, el 93.6% estaba en contacto con paciente y el 6.4% (20 127) estaban dedicadas a otras labores. De quienes estaban con paciente, 47.2% (139 101) son enfermeras generales; 11.2% (33 125) enfermeras especialistas; 7.4% (21 895) pasantes y 34.2% (100 794) Auxiliares. De las especialistas 13.1% (4 336) laboraba fuera del ámbito hospitalario, probablemente en labores administrativas” (INSP, 2017).

Respecto a las enfermeras especialistas y con carrera postécnica, por institución, en México, para el 2017 la Secretaría de Salud concentra el mayor número de especialistas, 40.8% y el IMSS es el segundo en la concentración de este personal con 22.9%; así como el 23.1% y 43.4% postécnicas respectivamente. Es de citar que en el país el 77.2% de las especialistas se concentran en las unidades de hospitalización (11 991) y el 10.8% (1 677) en la consulta externa mientras que las enfermeras postécnicas el 83.6% (67 652) en hospitalización y 9.2% en la consulta externa, según INSP a partir de los datos suministrados por la DGCES.

Desde esta perspectiva “la ciudad de México es quien tiene la de mayor concentración de especialistas 12.8% y 20% postécnicas; Baja California Sur tiene el menor número, 0.2% especialista y 0.4% postécnicas, mientras Guerrero cuenta

con 1.8% especialistas y el 2% de postécnicas. Siendo 33 125 especialistas tenemos que, las especialidades con mayor proporción de personal de enfermería son: 20% administración, 16.6% quirúrgica y cuidados intensivos, 12.3%, pediatría, 9.1% salud pública, 3.9% ginecología, las postécnicas en las 3 primeras especialidades ya citadas (25%, 21%, 16% respectivamente)” (INSP, 2017).

Considerando lo ya referido es necesario se establezca una mayor y mejor coordinación y vinculación entre los sectores salud y educativo permitiendo realizar procesos efectivos de formación de profesionales de enfermería con mayor saber, sustentando los planes y programas de estudio en las necesidades y demanda de atención de la población, así como en los objetivos de salud contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial de Salud. Debe aumentarse el número de plazas por especialidad y ajustarlas de acuerdo con las necesidades y demandas del sistema de salud, impulsando las que se requerirán en el mediano y largo plazo de acuerdo con el perfil demográfico y epidemiológico del país y sus regiones.

Se ha señalado ya que no coinciden los datos del informe 2017 del INSP, INEGI 2015 y SSA 2018 sobre el número total de enfermeras que el país tiene, 475 295 (INEGI, 2015) 315 042 (INSP, 2015) y 305 204 (SIARHE, JUNIO 2018); sin embargo, creemos en los datos del INSP por ser fruto de una investigación y no de un registro estadístico, el INSP es una institución especializada y confiable en sus estudios referentes a los servicios de salud, y ha construido su información a partir de los datos suministrados por la DGCES y diversas instancias oficiales que concentran los datos del sector público y privado, también porque el INEGI no aporta a detalle esta información.

Otra razón para ello aporta la OCDE al hablar sobre los sistemas de salud en México señala que: “A pesar de que en el Sistema de Salud mexicano se genera mucha información, la fragmentación en la recolección, la validación, el análisis y la difusión hace que rara vez esta información se explote en su totalidad para

conformar a la política pública y se promuevan mejoras en el servicio. Los administradores del sistema de salud, ya sea a nivel nacional, estatal o institucional, pocas veces pueden identificar proyectos que han usado información para identificar fortalezas o debilidades, o que la hayan usado como base para trabajos de mejora de la calidad.

La comparación no frecuente y los parámetros de los resultados están ligados a este problema, dado que incluso indicadores sencillos como los tiempos de espera no se miden de manera consistente entre los subsistemas de México. Es, por tanto, esencial una infraestructura de información segura para lograr una atención de alta calidad centrada en las personas” (OCDE, 2016) Ello implica que todos los involucrados deben comprometerse a la revisión estratégica de los sistemas de información actuales. Esto permitiría al país ir de un grupo de sistemas de información dividido y desvinculado a uno con vinculación institucional y de enfoque nacional.

Esta información es básica para mejorar la calidad de los servicios de salud; es también soporte para la contratación, la previsión de las necesidades variables de la atención de salud y la creación de nuevos métodos del servicio, así mismo para la planeación educativa que requiere el sector. “Por tanto se requiere establecer una vinculación de los registros de afiliados entre los subsistemas, que funcione como un registro nacional único. Esto podría lograrse mediante la integración de los datos del paciente con los que cuentan los estados y los institutos de seguridad social, lo cual implicara resolver conflictos por la duplicación de datos”. (OCDE, 2016)

De acuerdo al informe del INSP, Op. Cit, la profesionalización de las enfermeras conforme transcurren los años ha variado, primero se optaba por una carrera técnica, posteriormente por una licenciatura, ahora se impulsa la especialización, la formación pos técnica, así como las maestrías y doctorados. También el enfoque epistemológico y las formas de ingreso han variado. La Escuela Nacional

de Enfermería y Obstetricia (ENEO), que es la que más especialidades tiene, llama la atención porque, entre las opciones de titulación, ofrece el ingreso a un posgrado, lo cual permite que al término de la licenciatura ingresen a la especialidad y se titulen.

Esta “Opción que induce de alguna manera la formación enfermera en posgrados, sobre todo, en los recién egresados quienes aún no cuentan con experiencia laboral. Se habla entonces de un proceso espontáneo, no planificado, inducido entre otras cosas, por la opción viable de titulación. Los inconvenientes son que las enfermeras van a tener una especialidad o posgrado sin tener experiencia cuando optan por la opción de titularse por especialidad. La ENEO, en esta opción de titulación forma a sus alumnas acorde a los conocimientos que se requieren, aunque cuando se van al campo clínico no saben qué hacer ya que su única experiencia es el servicio social.” (INSP, 2017).

El informe 2017 del INSP reconoce que “hacer el binomio, en enfermería, de lo teórico y lo práctico no es fácil, por lo cual se deberían tener dos años de experiencia laboral para ingresar a la especialidad o posgrado, y antes de elegir una opción es importante ver en dónde van ejercer. Las especialidades y cursos posttécnicos son para desenvolverse en un hospital, en un campo clínico; en cambio, las maestrías y doctorados son para quienes optan por la formación académica y la investigación”. Sin duda el avance técnico científico de la enfermería nos conduce a sustituir los cursos posttécnicos por los de las especialidades.

Lo anterior ha llevado a profesionales de la medicina a señalarlo como inconveniente, no obstante que los cursos posttécnicos contaban con 1,500 horas y las especialidades son de mayor número de horas, “porque se pierde el enfoque médico ante el enfoque sobre el cuidado que las especialidades tienen”, Op. Cit, situación que se presenta debido a que nunca han puesto realmente atención en que la razón de ser de enfermería es el cuidado de la persona, atendiendo a la

respuesta humana en un estado en el cual ha perdido independencia (V. Henderson) o su capacidad de auto cuidarse (D. Orem) y requiere de apoyo para restablecer su salud y autonomía.

Esto significa que por tradición y no por objeto de estudio, a la enfermería, los médicos la han ubicado en su campo, el biomédico, y considerado a la enfermera su asistente, importante, si pero intermedio entre él y el médico interno o el médico residente, sin tomar en cuenta la relación de interdependencia entre ambas profesiones, que aun siendo de área de conocimiento distinta de unen en la atención del ser humano. La razón misma de ser de enfermería es cuidar, pues somos personas cuidando seres humanos, reiteramos, atendemos la respuesta humana de la persona que ha perdido su independencia (V. Henderson) o su capacidad de cuidarse por sí misma (D. Orem).

Por lo tanto, como se ha venido señalando, no podemos aspirar a altos estándares de calidad y trato digno en el cuidado que damos a otros seres humanos sino avanzamos en la especialización del cuidado, de tal manera que, sin dejar de ser competentes, eficientes y eficaces, dentro del componente técnico científico del cuidado enfermero, debemos buscar, también, un alto estándar en el aspecto humano y espiritual. Las especialidades son muy necesarias en el entorno sanitario del siglo XXI, por ello es importante impulsarlas y enfocarlas en el cuidado del hombre, sin olvidarnos nunca que somos personas cuidando a nuestros semejantes como a nosotros mismos.

La información que da el INSP permite decir que las enfermeras formadas no son suficientes para la demanda de atención, no se están formando las enfermeras generales y especialistas que necesita el país, ni en número ni en las competencias necesarias. Circunstancia que viene desde los mismos contenidos educativos, por lo que se requiere vincular la política pública de salud (basada en la demanda real), las unidades de atención de salud (campos clínicos) y las escuelas de enfermería (formadoras de recurso humano) y aumentar el número de

plazas de acuerdo a la demanda de atención, considerando el perfil epidemiológico de la población.

Desde este marco contextual se observa que la calidad, no se relaciona siempre con la disponibilidad del personal, pues la calidad requerida es distinta en cada servicio, grado académico y profesional involucrado, la que espera el paciente, la que proporciona la enfermera, y lo que entiende el paciente y su familiar. Sin embargo la calidad, si bien, conceptualmente se relaciona con un mayor grado de especialización, desde la visual del paciente, no tiene que ver con el grado de preparación, sino con la atención que recibió por parte del profesional, y no distingue entre enfermera especialista, general o auxiliar, su percepción es un tanto subjetiva, sentimental, y hasta cómplice.

La calidad en la atención está ligada a la disponibilidad de enfermeras especialistas, por lo que el personal, que presta servicio de salud precisa estar formado y contar con competencias: científico – técnicas, análisis crítico con relación al cuidado del paciente, toma de decisiones, liderazgo, docencia e investigación entre otras. Reiteramos el análisis crítico es fundamental desde la primera etapa, que es la valoración del paciente. En este sentido es clave la observación, documentar las acciones y tener buena actitud. Teniendo esas competencias, una enfermera técnica o especialista, puede proporcionar servicios con calidad y trato digno, y la satisfacción del paciente.

Se define el concepto de calidad: para Philip B. Crosby “Calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad”. (Crosby, 1988) De donde podemos decir, desde esta perspectiva, que calidad es cumplir con los requisitos que necesita el usuario del servicio que se oferta con un mínimo de errores y

defectos, y las condiciones del cuidado enfermero se establecen en razón de los componentes técnico – científico, humanístico y espiritual.

La calidad, para Joseph M. Juran, “consiste en aquellas características del servicio que se basan en las necesidades del usuario y que por eso brindan satisfacción de este servicio”, (Juran, 1990) la satisfacción del paciente y su familia, repetimos es de percepción subjetiva y sentimental, y es importante, sin duda, verlo así, puesto que son la razón de ser de la enfermería, sin embargo su percepción del trato recibido debe atenderse desde su contexto multifactorial, por lo que es también importante medir, evaluar en su contexto, la satisfacción del profesional de enfermería al prestar sus servicios, ambos son los elementos de la relación interpersonal y deben verse juntos.

Uno de los más importantes teóricos de la calidad W. Edwards Deming expresa que “Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente”. (Deming, 1989) Esto indica que el servicio que ofrece la organización debe estar diseñado en función de las necesidades del usuario, en el caso de la investigación, en razón de su necesidad de recibir cuidado humanista, el trato digno es su rasgo medible y se define en los términos de la percepción de satisfacción.

Para Ishikawa “la calidad consta de cinco puntos: 1. Primero la calidad. Lo importante en toda organización es la calidad y no las utilidades que se generen rápidamente. 2. Su orientación es hacia el consumidor, por tanto los servicios deben estar encaminados siempre hacia la satisfacción de las necesidades del usuario, que es la razón de ser de la empresa. 3. La prioridad de todos los que forman la organización debe estar orientada siempre hacia el usuario. 4. Respeto a la humanidad, lo que involucra a todos en la organización en la responsabilidad

y realización del trato digno al usuario 5. Administración interfuncional hace posible la garantía de calidad” (Ishikawa, 1986).

Como se ha señalado, el trato digno al usuario externo (Paciente y su familia) es medible y la forma en que este expresa su satisfacción nos proporciona el grado en que el profesional de enfermería orienta sus acciones de cuidado para satisfacer sus necesidades de atención, respetando su humanidad y espiritualidad, lo cual en la enfermera adquiere un especial significado y sentido, puesto que el paciente es una persona que ha perdido su independencia, su autonomía, su capacidad de cuidarse por sí misma, y requiere ser cuidada profesionalmente por otra persona de la que espera le cuide como a sí misma.

Deming, en su punto 10 sugiere “eliminar pedir a la mano de obra cero defectos y nuevos niveles de productividad, pues tales exhortaciones sólo crean más relaciones adversas, ya que el grueso de las causas de la baja calidad y la baja productividad pertenecen al sistema y por tanto caen más allá de las posibilidades de la mano de obra”, para la presente investigación el profesional de enfermería. En el punto 12, “invita a Eliminar las barreras que privan al trabajador de su derecho a estar orgulloso (satisfecho) de su trabajo, lo cual pasa necesariamente por su satisfacción laboral e impacta a la calidad”. (Deming, 1989)

Crosby, 1988, señala que existen cinco supuestos erróneos en la mente de los directivos organizacionales, los cuales hacen fracasar sus programas de calidad, se citan solo 3: “a) Creer que la calidad significa excelencia, y por tanto los problemas de calidad se convierten en problemas de incumplimiento de los requisitos. e) Todos los problemas de calidad son originados por los obreros, en especial aquellos del área de producción y/o servicio, y e.) La calidad se origina en el departamento de calidad. Minimizando su función de orientación y supervisión, y asumiendo el trabajo de los demás, los cuales no dejarán sus malos hábitos sino están convencidos de cambiar”.

Como se puede observar Deming, Juran, Ishikawa y Crosby coinciden en que la calidad es medible en razón de la percepción de satisfacción que tiene el usuario o cliente sobre el bien o servicio que le es ofertado; en el hecho de que es un error creer en que todos los problemas de calidad tienen su origen en los empleados de la organización puesto que la mayor parte de estos problemas provienen de fallas sistémicas; en que la calidad no es excelencia, es hacer que el producto o servicio sea de calidad desde su inicio y que el mejoramiento de la calidad debe partir del actuar de la alta dirección, y de una visión y filosofía cuyos propósitos sean comprendidos y apropiados por todos.

Desde de este contexto teórico los problemas que las organizaciones sufren para dar y sostener la calidad de los bienes y/o servicios que ofrecen a sus clientes o usuarios son causados por una mala administración y no por malos trabajadores. Crosby menciona, entre otras cosas, “que el problema de la administración de la calidad no está en lo que la gente desconoce de ella, sino en aquello que cree saber, por tanto los parámetros, indicadores y/o criterios que la definen deben ser claros, conocidos y ser adoptados por todos los miembros de la organización, tomándolos en serio, haciendo las cosas bien, a la primera, en el momento acordado”. Crosby, Op. Cit

Por lo tanto es necesario para prestar un cuidado enfermero de calidad no olvidar que el paciente es lo primero, cuidarlo es la razón profesional de ser. El saber que las personas cuidan personas como así mismos nos lleva a poner el conocimiento técnico – científico, el trato humano y espiritual al servicio del prójimo lo que permite prevenir, no corregir, y reduce costos al obtenerse resultados sostenidos a largo plazo, no caminos cortos para alcanzar la calidad, dar calidad y trato digno al cuidar es posible con la participación comprometida de todos, trabajando en equipo, midiendo periódicamente resultados y dando los reconocimientos debidos por ello.

Es necesario, desde esta visión de calidad, que exista un compromiso, surgido de los valores y principios de la organización que, viniendo de la dirección, hacia todos los miembros de la institución, produzca identidad, sentido de pertenencia y mística como parte de la conciencia de saber para servir al usuario con calidad; “este compromiso debe ser conducido por un liderazgo ejercido con un poder que influya en el entorno, que sea un gran facilitador de que las cosas sucedan. Para ello el líder debe tener la capacidad de usar eficaz y responsablemente el poder, de inspirar, de comprender que las personas tienen motivaciones diferentes en situaciones y momentos distintos.

Esto debe facilitar que el líder comprenda que tiene compañeros de equipo no subordinados, a quienes escucha e impulsa a hallar juntos las vías de gestión de la queja, evitando que esta se torne en resentimiento, al no ser atendida; lo cual no indica se satisfaga plenamente, toda vez que la respuesta está en función del tipo de queja, su pertinencia, trascendencia y viabilidad. El líder debe tener, generalmente, estas características: Inteligencia y nivel educativo, capacidad de dirección, decisión y priorización, iniciativa, valentía y confianza, comprensión de sus seguidores, sus necesidades y motivaciones así como necesidad de logro” (Torres Blanco, 2018).

Los teóricos de la calidad ya citados coinciden en que ésta es medible en razón de la percepción de satisfacción que tiene el usuario o cliente sobre el bien o servicio que le es ofertado. Para medir la calidad usamos indicadores, y un indicador “es una estadística simple o compuesta que refleja algún rasgo importante de un sistema dentro de un contexto de interpretación. Es una relación cuantitativa entre dos cantidades que corresponden a un mismo proceso o procesos diferentes. Por sí solos no son relevantes, sólo adquieren importancia cuando se les compara con otros de la misma naturaleza” (Franklin F., 2007)

Para Benjamín Franklin (Op. Cit) “Un indicador pretende caracterizar el éxito o la eficacia de un sistema, programa u organización, pues sirve como una medida

aproximada de algún componente o de la relación entre componentes. Un sistema de indicadores permite hacer comparaciones, elaborar juicios, analizar tendencias y predecir cambios. Puede medir el desempeño de un individuo, de un sistema y sus niveles, de una organización, el comportamiento de un contexto, el costo y la calidad de los insumos, la eficacia de los procesos, la relevancia de los bienes y servicios producidos en relación con necesidades específicas”.

Para garantizar la exactitud de la medición, por cada aspecto a evaluar es recomendable definir un máximo de 15 a 20 indicadores, los cuales deben tener ciertas características para ser eficaces, para B. Franklin, (Op. Cit) un indicador debe ser: "relevante o útil para la toma de decisiones; susceptible de medición; conducir fácilmente información de una parte a otra; altamente discriminativo; verificable; libre de sesgo estadístico o personal; aceptado por la organización; justificable en relación con su costo-beneficio; fácil de interpretar; que pueda utilizarse con otros indicadores; precisión matemática en los indicadores cuantitativos y precisión conceptual en los indicadores cualitativos”.

Algunos de los de los aspectos a considerar en la formulación de indicadores son:

1. Definir el objetivo que se pretende alcanzar.
2. Al formularlos se deben considerar las acciones para su instrumentación por el personal normativo y operativo, con base en los factores que faciliten su operación.
3. Deben orientarse principalmente en la medición de resultados y no en la descripción de procesos o actividades intermedias.
4. Deben ser acordados en un proceso participativo en el que los que intervienen son tanto sujetos como objetos de evaluación, a fin de mejorar de manera conjunta la gestión organizacional”. (Franklin F., 2007)

Sin olvidar que deben formularse mediante el método deductivo, hechos por el método inductivo y validados a través de crear los estándares de comportamiento de las partes del proceso que se desea medir. Por su aplicación son: “estratégicos, de gestión y de servicios, de donde los de servicios miden la calidad

con que se generan productos y/o servicios en función de estándares y la satisfacción de clientes y proveedores. Se emplean para Implementar acciones de mejora continua, que permitan mejorar la calidad de la atención a clientes, es importante destacar que una serie de indicadores, susceptibles de sesgo no siempre muestran la realidad”. (Franklin F., 2007)

En este sentido los indicadores de servicio permiten identificar el desempeño o cumplimiento de los estándares de servicio, así como la satisfacción o calidad que percibe el cliente sobre el trato recibido, “al medir la calidad, medimos, dice Franklin, (Op. Cit), el grado en que el servicio satisface las necesidades y cumple con las expectativas del usuario, cuantificando la satisfacción de éste, y permitiendo, al conocer esta información, se propicie un impulso sistemático de la participación de todos para el logro de los procesos a fin de alcanzar la calidad”. Los estándares para evaluar la calidad del servicio y su logro contribuyen a la mejora de la imagen institucional.

El instrumento que se utilizó para este trabajo fue la cedula que aplica la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) empleada desde 2015, validado por SSA, siendo normativo y operativo así como una herramienta estratégica de registro y monitoreo de los indicadores de calidad en las unidades de atención de salud públicas y privadas, el cual consta de 11 criterios, categorizados en SI y NO, y permite identificar la percepción de los usuarios en relación al trato recibido por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria y establecer un estándar por lograr.

Ésta Cedula de Evaluación de Trato Digno de Enfermería, diseñada y validada por la SSA en 2015, es actualmente vigente y de uso normativo contiene los indicadores adecuados para medir el trato digno que proporciona el personal de enfermería al paciente. Ésta se ajusta, en lo general, a la conceptualización de B. Franklin, ya citada, sin embargo no proviene de un proceso participativo acordado

en el que intervinieran tanto los sujetos como los objetos de evaluación, a fin de mejorar de manera conjunta la gestión organizacional, siendo su diseño y puesta en operación producto de una decisión ajena a la enfermera operativa, que se evalúa.

Se ha citado; también las características que para B. Franklin, deben tener los indicadores y sin duda los usados son relevantes, útiles para la toma de decisiones; susceptibles de medición; conducen fácilmente la información de una parte a otra; verificables y justificables en relación con su costo-beneficio, sin embargo vemos que no es fácil de interpretar o entender por el encuestado debido a la redacción de los ítems, cuya redacción no está libre de sesgo estadístico o personal debido a que el lenguaje empleado en este no es simple y llano como el que entiende el usuario y su familia.

Siendo considerada enfermería como la ciencia de cuidado, "el trato digno representa el componente interpersonal esencial para proveer cuidado humanizado en la relación persona – persona" (Salmon V., 2015). El trato digno de enfermería se define "como la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria"; (CIEnfria, 2003) cuyas características son respeto, información, interés y amabilidad, entre otras. Medir la percepción que el usuario del servicio de salud es pertinente, viable, necesario y de gran impacto para enfermería ante una realidad que ha cambiado en su entorno laboral.

La realidad a que se enfrenta enfermería al prestar el cuidado ahora es "espectacularmente distinta de aquella en la que cree sigue inmersa, en tanto que la teoría de la organización no lo ha hecho" (Drucker, 1996). Por tanto, esto, hace reiterar que el resultado de la medición del trato digno no debe ser considerado solo para evaluar al prestador del servicio, para Drucker: "Siempre que una organización tiene problemas –especialmente si durante muchos años ha sido exitosa- se culpa de ello a la indolencia, la suficiencia, la arrogancia, las

burocracias mastodónticas. ¿Son explicaciones verosímiles? Sí, pero raramente pertinentes o correctas.” (Drucker, 1996)

El indicador de trato digno de enfermería se define como “el porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios o variables determinados para trato digno”. (CIEnfria, 2003) “En base al cumplimiento de los criterios del indicador se definen estándares, que se representan mediante una semaforización de colores, donde verde significa calificación mínima esperada por el cumplimiento de los criterios establecidos para el indicador respectivo, amarillo indicador en riesgo, y rojo indicador que no cumple con los estándares de calidad de la atención en salud” (DGCES, 2015).

El estándar de calificación mínima esperada para el cumplimiento de los criterios fijados para el indicador de trato digno de enfermería es de 95%. La semaforización asigna el verde para un estándar mayor a 95%, amarillo entre 90 y 95%, y rojo si el estándar es menor al 90%. Para lo cual el estándar de calificación (E), se calcula así: $E=B/C \times 100$ de donde B= Total de pacientes o familiares encuestados, que fueron atendidos por las enfermeras (os), que respondieron si a los 11 criterios fijados para trato digno en el servicio y período a evaluar y C= Total de pacientes encuestados en el mismo servicio y periodo. (CIEnfria, 2003)

Durante 2010-2015, el trato digno de enfermería fue investigado por Silvia Guadalupe Salmón Vega y Marcela Padilla Languré, “con el objetivo de describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios de los servicios de salud, e identificar las variables de este indicador que representen un mayor reto para el profesional de enfermería”. (Salmon V., 2015) Ellas consideran tres criterios con mayor área de oportunidad: 1) % de pacientes a los cuales la enfermera (o) saluda en forma amable, 2) % de pacientes a los que la enfermera (o) se presenta y 3) % de pacientes a los que la enfermera (o) se dirige por su nombre.

La investigación de Nieto-González, (2011) sobre la percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería, empleando el indicador de trato digno de enfermería del INDICAS, reportó el incumplimiento de cada uno de los 11 criterios del indicador durante la atención proporcionada a la mujer embarazada que acudió a consulta prenatal en un hospital de segundo nivel en el Distrito Federal. “Sobresaliendo el incumplimiento los criterios: el que las enfermeras no se presentan con el paciente, el no llamarlos por su nombre y no resguardar su intimidad y pudor”

García-Gutiérrez y Cortés-Escárcega reportaron el incumplimiento del indicador de trato digno en un hospital de segundo nivel del Estado de México, sobresaliendo sobre todo “que la enfermera: no se presenta con el paciente; no le proporciona información previa a los procedimientos que le realiza y no favorece el resguardar su intimidad y/o pudor.” (García-Gutiérrez C, 2012). Las investigaciones de Salmón Vega y Padilla Languré, Nieto-González y García-Gutiérrez y Cortés-Escárcega son coincidentes con la nuestra en cuanto al incumplimiento de los indicadores, como que la enfermera no se presenta con el paciente; no resguarda su intimidad y pudor.

Es de destacar que probablemente entre los pacientes más vulnerables al incumplimiento del indicador de trato digno de encuentran los niños, los adultos mayores, aquellos con los que existe cierta dificultad de comunicación (lengua diferente, discapacidad que afecte comunicarse, entre las principales) y quienes se encuentran en las unidades de cuidados intensivos. “Se ha reportado, que entre los factores estresantes para los pacientes ingresados en la UCI están el no tener privacidad, no saber cuándo las cosas serán hechas, no recibir explicación sobre el tratamiento, y que el profesional de enfermería no se presente por su nombre”. (Fernandes da Cruz Silva, 2013)

Avedis-Donabedian propuso “el componente técnico y el componente interpersonal como elementos fundamentales de la calidad en la atención de salud susceptibles de generar satisfacción. El componente técnico, es empleo de la ciencia y tecnología en beneficio de la salud, mientras que el componente interpersonal es el aspecto humanitario de la relación entre el paciente y el personal de salud.” (Donabedian, 2001) Considera Donabedian la Calidad de la atención como “aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”. (Donabedian, 2001)

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Por lo tanto el trato digno, como componente del cuidado de calidad es medible basando su medición en criterios específicos, claros, estandarizados para obtener resultados confiables. La definición de la ISO, ampliamente aceptada, transmite dos conceptos esenciales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y el otro que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define el objetivo así como los indicadores que habrán de medirlo y establecer el estándar a alcanzar.

Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será de percepción distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del servicio, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común: la satisfacción del usuario, de tal manera que fijar conceptos claros y de aceptación común permite fijar estándares basados en indicadores relevantes, útiles para la toma de decisiones, susceptibles de medición, verificables y justificables.

La OMS señala, 1991, que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". Este concepto si bien alude el saber las necesidades de salud y las señala, "no cita al cuidado de la persona con claridad y parece se debe a que parte de una visión biomédica suponiendo al cuidado parte de ella, siendo un error, pues el cuidado enfermero atiende la respuesta humana, es holístico". (Salmon V., 2015)

Por lo tanto la calidad en la atención de salud se puede abordar desde distintas aristas, no obstante, uno de los valores que interesa desarrollar en este estudio es lo relacionado con la percepción de "trato digno" que tienen los pacientes. En este sentido, normativamente se considera el trato digno, por una parte, a través del sistema de acreditación que incorpora el ámbito Dignidad del Paciente cuyo componente básico es que el prestador debe favorecer que el paciente reciba un trato digno y por otra, la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, que señala que en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno, respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia que se presente.

Para A. Donabedian, "son tres los elementos de la calidad asistencial: El técnico, aplicación de la ciencia y la tecnología en el trato de la enfermedad de la persona de modo que se dé el máximo beneficio sin aumentar sus riesgos. El factor interpersonal, basado en la premisa de que la relación entre las personas sigue las normas y valores sociales que rigen la interacción de los individuos en general, normas fijadas en parte por las pautas éticas profesionales, la esperanza y deseos de cada persona, el tercero son los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable." (Chávez Cruz Ana L., 2015)

Para H. Palmer las dimensiones que abarca la calidad son: “1 Efectividad, capacidad de un procedimiento o intervención cuya aplicación se orienta a obtener los objetivos propuestos. 2 Eficiencia, la prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada. 3 Accesibilidad, facilidad con que puede obtenerse la asistencia ante límites económicos, organizativos, culturales, etc. 4 Aceptabilidad, grado de satisfacción del usuario en razón a la atención y 5 competencia profesional, capacidad del profesional para usar mejor sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción en los usuarios.” (Chávez Cruz Ana L., 2015)

Los motivos que exponen la necesidad de mejorar la calidad del cuidado tienen causa diversa pudiendo señalarse: 1) El incumplimiento o no adhesión a la misión, valores, y principios institucionales y aún profesionales en una situación concreta, como el trato digno, lo que sugiere que no se han alineado los intereses de la enfermera (o) a los intereses de la organización, lo que haría preciso implementar acciones que produzcan un cambio hacia un servicio de mayor calidad, para lo cual no basta el grado académico, la capacidad para adquirir y aplicar conocimientos teóricos - prácticos, sino también actitud mental para hacer lo debido. 2) La mejora de la calidad puede encontrarse por normatividad, para lo cual estos lineamientos deben encerrar los requisitos de mínimos para desarrollar actividades prefijadas que fijen la forma de abordar el trabajo, promueva un hábito de aprendizaje continuo y una unificación de los intereses de la enfermera con los de la institución de salud. 3) La mejora de la calidad generada por la verificación de la mala imagen de la unidad dentro de la comunidad. 4) Motivos económicos, control de los costos como la génesis del cambio. Debe quedarnos claro que “no hay calidad del servicio sin que exista calidad en la persona que presta el servicio y actitud mental para mejorar”. (Torres Blanco, 2018)

En cuanto a la estructura, su evaluación “implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto), los recursos humanos (número y

calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal de salud y métodos para su evaluación). Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria”. (Chávez Cruz Ana L., 2015)

Es preciso señalar que ni el proceso ni los resultados pueden existir sin la estructura aunque ésta puede acoger distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad nace sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas en la estructura. Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números, calificación y distribución), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes y de investigación

La medición de la calidad del proceso mediante indicadores es muy importante al evaluar calidad. Para Donabedian: “el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico (como exponente del personal que brinda atención) sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último”. (Chávez Cruz Ana L., 2015) En este proceso complejo la interacción del paciente con el equipo de salud, además del uso del elemento técnico científico, es muy relevante, cabe señalar que, la visión de Donabedian es biomédica y limitada en relación al cuidado enfermero.

Al evaluar el proceso deben ser analizadas las variables relacionadas con el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la

habilidad con que las enfermeras actúan al cuidar de los pacientes y todo lo que los pacientes hacen para cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia de modo que, los indicadores de eficiencia, en cierto sentido, son indicadores de la calidad del proceso. Para Gilmore y de Moraes, “en los procesos suelen haber grandes variaciones en los indicadores, lo que se trata es de identificar las fuentes de variación que pueden deberse a problemas en la calidad de la atención”. (Chávez Cruz Ana L., 2015)

Cabe señalar que existe una contradicción dialéctica entre los indicadores de proceso y los de resultados, por cuanto hace que hay quien afirma que el proceso pierde sentido si su calidad no se refleja en los resultados mientras que otros señalan que muchos resultados dependen de factores, como las características de los pacientes y el funcionamiento adecuado de los sistemas organizacionales, que nada tienen que ver con la calidad del proceso, esta última afirmación la compartimos toda vez que si la estructura no funciona con eficacia y eficiencia influye limitando la ejecución de los procesos dentro de los estándares de calidad.

Dar seguimiento a indicadores basados en los resultados han sido el eje central de la investigación de la calidad si tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos; sin embargo, su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, estos deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado. El resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida, por tanto medir resultados es vital.

Donabedian define los resultados de la atención de salud como “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”. (Chávez Cruz Ana L., 2015) Lo que apunta a que los resultados tienen como

secuela de la asistencia el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes. A esta última se le otorga gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados.

Es importante destacar que del análisis de los resultados de la atención de salud se tiene la oportunidad de lograr situar la valoración de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones médicas y del cuidado enfermero, tanto en el aspecto técnico científico como del interpersonal. Los resultados, es de fijar no evalúan directamente la calidad de la atención, solo permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio, pues dependen de la interacción con otros factores, como la gravedad de la enfermedad y la influencia de los aspectos del sistema de atención, por lo cual no deben analizarse separadamente del proceso y la estructura.

Desde este contexto teórico se puede afirmar que la satisfacción del usuario externo, el paciente, se debe valorar en función del grado en que la atención prestada por los profesionales de salud satisface sus expectativas y es a través de cualquier método por ejemplo; queja, entrevistas, escucha activa, entre otros que accedemos a conocerla. Por tanto se considera la satisfacción del cliente externo un resultado de la calidad de atención que afecta indirectamente su estado de salud, reflejando la opinión del paciente sobre el proceso asistencial, mas no es siempre medida directa de la competencia profesional pues está influida por las relaciones interpersonales.

Siguiendo en este orden de ideas cabe destacar que en México, Ponce y otros, 2009, desarrollaron un estudio donde describieron los factores que intervienen en la percepción de la calidad de la atención de enfermería y los que influyen en la satisfacción laboral de la enfermera, obteniendo como resultado, una calidad de atención insuficiente en el 50% de los usuarios encuestados y una satisfacción

laboral alcanzando un índice global de 3.42 ; concluyendo que a mayor satisfacción laboral existe, mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto satisfacción del paciente, estando ambas ideas de satisfacción en proporción directa.

El Servicio de Hemodiálisis del HGR. “Vicente Guerrero” del IMSS Guerrero atiende a derechohabientes del instituto que requieren de Hemodiálisis, como TRR, calculándose, al mes, en 882 aproximadamente el número de pacientes que atiende, 597 son subrogados a Fresenius; de 192 a 200 mensualmente en el servicio de hemodiálisis provenientes de la vía intrahospitalaria y de 80 a 85 de forma ambulatoria. Lo cual representa un costo aproximado de casi 32 millones de pesos al año, estos datos los obtuvimos de manera extra oficialmente, pero confiables, debido a la “privacidad” de su manejo debido a la subrogación.

En el servicio de HD prestan sus servicios 11 profesionales de enfermería, laborando en dos turnos; en el turno matutino 5 enfermeras están adscritas, 3 de ellas son especialistas en nefrología, y 2 son licenciadas en enfermería; en el turno vespertino lo hacen 6 enfermeras, todos son licenciados en enfermería. El servicio de HD cuenta con 12 máquinas de hemodiálisis, propiedad de una empresa privada, atendiendo ambulatoriamente de 80 a 85 derechohabientes del IMSS e intrahospitalarios de 192 a 200 pacientes al mes. Lo cual indica que se atienden en el ser servicio de entre 272 y 285 pacientes al mes (datos proporcionados “extraoficialmente”).

CAPITULO 3 METODOLOGÍA

3.1.- TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo cuantitativo, transversal, con enfoque descriptivo, ya que se lleva a cabo en un grupo pequeño y focalizado (Tamayo, 202:58), siendo observacional. El trabajo sigue la ruta de análisis del estudio realizado.

3.2.- DISEÑO Y ALCANCE DEL ESTUDIO

El diseño del estudio fue No experimental, porque no se manipularon las variables deliberadamente, El alcance fue descriptivo, debido a que solo se describirán los resultados de la problemática.

3.3.- LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital General Regional Vicente Gro. No.1 Del IMSS de Acapulco, Guerrero ubicado en la avenida Ruiz Cortines S/N, el cual ofrece una atención de 2 nivel. El servicio de Hemodiálisis se encuentra ubicado en planta baja de la torre de hospitalización, cuenta con 12 máquinas atendiendo de lunes a viernes, en los turnos matutino y vespertino.

3.4.- POBLACIÓN Y UNIVERSO

La población objetivo estudiada fueron pacientes que se atendieron de forma ambulatoria en el servicio de Hemodiálisis el Hospital Regional Vicente Guerrero en el periodo del estudio, mayo – agosto de 2018. Así como al personal de enfermería que labora en este servicio, considerando rasgos como preparación académica, años de servicio, capacitación, sexo.

3.5.- TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, por conveniencia, utilizando los criterios de selección.

3.6.- CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1.- CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se tomaron en cuenta a pacientes ambulatorios programados para el TRR (Hemodiálisis) que estaban siendo atendidos, en los turnos matutino y vespertino, mayores de 18 años hombres y mujeres, quienes aceptan ser encuestados, se consideraron a sus familiares, cuando el paciente no pudo responder.

3.6.2.- CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron a personas que no aceptaron participar en el estudio y menores de 18 años.

3.7.- FUENTE DE INFORMACIÓN.

La fuente directa fue directamente de los pacientes y/o familiares atendidos en el servicio en el servicio de Hemodiálisis, en el periodo ya referido.

3.8.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizaron dos instrumentos, uno para medir el trato digno: “Cedula de Evaluación del Trato digno por enfermería” (anexo 2) que aplica la Dirección General de Calidad y Educación en Salud 2015 (DGCES), del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) validado por SSA, para medir el nivel del trato digno por enfermería siendo una herramienta estratégica de registro

y monitoreo de los indicadores de calidad en las unidades de atención de salud públicas y privadas, el cual consta de 11 criterios, categorizados en SI y NO, y permite identificar la percepción de los usuarios en relación al trato recibido por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria, y el segundo fue elaborado a conveniencia para medir datos sociodemográficos del profesional de enfermería que atiende a los pacientes HD.

3.9 VARIABLES

3.9.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Turno.
- Sexo.
- Edad del encuestado.
- Sexo del personal.
- Antigüedad en el servicio del personal.
- Nivel de estudio del personal.
- Capacitación del personal.

3.9.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- Satisfacción de trato digno.

3.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realiza entrevista a los pacientes o al familiar directo que decidieron participar en el estudio para lo cual se les informo de los motivos y alcances de la investigación.

Se entrevista al personal de enfermería del servicio de HD a fin de obtener información sociodemográfica sobre ellos, mediante cedula de identificación

(anexo 1) por turno, identificando este mediante número de folio (Folio: TM/001 y subsecuentes -Turno Matutino- y Folio: TV/001 y subsecuentes – Turno Vespertino)

3.11.- ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó el software Excel 2010 y SPSS versión 21 para el diseño de las tablas y gráficas.

Se asoció el trato digno con los datos sociodemográficos del personal de enfermería.

Para calcular el nivel de nivel de satisfacción sobre el trato digno (STD) se realizó sumando las puntuaciones de los 11 ítems, es decir

$$STD = \sum_{j=1}^p X_j$$

Si la suma se encuentra entre 0 a 2 se clasificara como muy insatisfecho, si la suma se encuentra en el rango de 3 a 5 se clasifica como insatisfecho. Si la suma se encuentra entre 6 a 8 se clasifica como satisfecho y si la suma está dentro del rango de 9 a 12 se clasifica como muy satisfechos (tabla 2).

Tabla 1: Clasificación de la satisfacción sobre el trato digno

Codificación	Clasificación	Límite inferior	Límite superior
1	Muy Insatisfecho	0	2
2	Insatisfecho	3	5
3	Satisfecho	6	8
4	Muy Satisfecho	9	12

CAPÍTULO 4 RESULTADOS

4.1.- RESULTADOS

Los pacientes y/o sus familiares, evaluados son pacientes ambulatorios del servicio de HD, en los turnos matutino y vespertino. La medición fue acorde con los estándares institucionales de trato digno, al valor las respuestas de los encuestados se emplea la fórmula para cálculo del estándar de calificación (E), **$E=B/C \times 100$** . Dónde: B= Total de pacientes o familiares encuestados, que fueron atendidos por el personal de enfermería, y que respondieron afirmativamente a los 11 criterios en el servicio y período a evaluar. C= Total de pacientes encuestados. Resultando una medición confiable. (DGCES, 2015)

Los resultados obtenidos sobre la percepción de trato digno que los pacientes o sus familiares tienen, de acuerdo con el estándar de calificación, son los siguientes: E = 73.17% que recae a todo el servicio de HD, observando los turnos por separado tenemos que: el Turno Matutino alcanza 76.47%, mientras que el Turno Vespertino consigue 70.83%. Lo cual nos muestra que el Servicio de Hemodiálisis del HGR Vicente Guerrero tiene un estándar < 90%, dentro de la semaforización en rojo. Considerando las 41 personas (pacientes y familiares) que fueron encuestadas; 30 de ellos eran pacientes, encuestados en el periodo de su atención.

Dentro de este contexto y en razón de que el estándar de calificación mínima esperada para la observancia de los criterios del indicador de trato digno de enfermería es de 95%. La semaforización asigna color verde para un estándar mayor a 95%, amarillo entre 90 y 95%, rojo cuando el estándar es menor a 90%, por lo tanto es de indicar que el estándar alcanzado por el servicio de Hemodiálisis del HGR “Vicente Guerrero” se clasifica en Rojo (73.17%). Cabe señalar que esta percepción de trato digno, no favorece, en el presente trabajo de investigación, la

oportunidad de sugerir acciones de mejora, ya que en el entorno existen fallas sistémicas que afectan el resultado.

El mayor porcentaje de personas atendidas muestra, con el 53.66% en el turno vespertino y que el 46.34% fueron atendidas en el turno matutino del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS (Ver Tabla 1).

Tabla 1 Población encuestada por turno

	Frecuencia	Turno
Matutino	19	46.34%
Vespertino	22	53.66%
Total	41	100.00%

Fuente: Base Datos de la investigación

Con respecto de la edad y sexo de los usuarios se describe que más de la mitad de los encuestados se ubican entre los 33 y 40 años de edad con 53.66%, siendo el 19.51% de 35 años. En tanto que, de los pacientes muestreados del servicio de hemodiálisis, se encontró que el 85.37% pertenecía al sexo femenino y el 14.63% al sexo masculino, (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Edad y sexo de los usuarios encuestados.

Variable	n	%
Edad		
28 Años	2	4.88%
30 Años	4	9.76%
33 Años	7	17.07%
35 Años	8	19.51%
38 Años	4	9.76%
40 Años	4	9.76%
42 Años	4	9.76%
45 Años	4	9.76%
46 Años	4	9.76%
Total	41	100.00%
Sexo		
Femenino	35	85.37%
Masculino	6	14.63%
Total	41	100.00%

Fuente: Base Datos de la investigación

Al medir la satisfacción de los pacientes por turno (Tabla 3) se encontró que el 89.5% de los atendidos en el T. Matutino dijeron estar muy satisfechos, aunque en el turno vespertino ninguno expresó estar muy satisfecho; en cuanto a sentirse satisfecho el 10.5% del turno matutino, mientras que en el vespertino, 90.9% expresaron estar satisfechos, mientras tanto que manifestaron su insatisfacción el 9.1% en el turno vespertino, en el Matutino no hubo muestras de insatisfacción, lo cual hace ver que, de manera general los pacientes y familiares refieren estar muy satisfechos y satisfechos con el trato 41.5% y 53.7% respectivamente, sin embargo aunque sea muy pequeño el porcentaje de insatisfacción existe el 4.9% considerando ambos turnos del servicio de hemodiálisis.

Tabla 3: Satisfacción por turnos.

Turno	Nivel de satisfacción			Total
	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Matutino	0	2	17	19
	0.0%	10.5%	89.5%	100.0%
Vespertino	2	20	0	22
	9.1%	90.9%	0.0%	100.0%
Total	2	22	17	41
	4.9%	53.7%	41.5%	100.0%

Fuente: Base Datos de la investigación

Con respecto al cruce de variables entre el sexo del personal y la evaluación de la satisfacción se observa que el 40.0% del personal de enfermería femenino ofrece un servicio del trato digno muy satisfactorio, el 57.1% ofrece un servicio satisfactorio y un 2.9% insatisfactorio. En el caso del sexo masculino, el 50% ofrece un servicio muy satisfactorio, el 33.3% ofrece un servicio satisfactorio y solo el 16.7% insatisfactorio. (Tabla 4).

Tabla 4: Satisfacción por sexo del personal

Sexo del personal	Nivel de satisfacción			Total
	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Femenino	1 _a	20 _a	14 _a	35
	2.9%	57.1%	40.0%	100.0%
Masculino	1 _a	2 _a	3 _a	6
	16.7%	33.3%	50.0%	100.0%
Total	2	22	17	41
	4.9%	53.7%	41.5%	100.0%

Fuente: Base Datos de la investigación

Al evaluar la satisfacción por sexo de los encuestados (pacientes y/o familiares), se encontró que el 3.8% del sexo femenino se encontraron insatisfechos sobre el trato digno, el 69.2% dijo estar satisfecho y solo un 26.9% de los pacientes del servicio de hemodiálisis dijo estar muy satisfecho. Mientras que el 6.7% del sexo

masculino comentaron estar insatisfecho, el 26.7% se encontró satisfecho y el 66.7% de los pacientes dijeron estar muy satisfecho, tal como se observa en la tabla 5/ grafica 6. Es de observar que los % totales de satisfacción por sexo del encuestado y de Satisfacción por sexo del personal (Tabla 5) son coincidentes validándose ambas mediciones.

Tabla 5: Satisfacción por sexo del encuestado

Sexo del paciente	Nivel de satisfacción			Total
	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Femenino	1 _{a, b}	18 _b	7 _a	26
	3.8%	69.2%	26.9%	100.0%
Masculino	1 _{a, b}	4 _b	10 _a	15
	6.7%	26.7%	66.7%	100.0%
Total	2	22	17	41
	4.9%	53.7%	41.5%	100.0%

Fuente: Base Datos de la investigación

El resultado detectado referente a la satisfacción del trato digno que ofrece enfermería a los usuarios del servicio de hemodiálisis, considerando los criterios de medición normativos, establecidos por la DGCES, fueron base de las preguntas realizadas a los pacientes y/o sus familiares y nos permite detectar que hay acciones que no se realizan con calidad, puesto que al medirlas, se encontró que los porcentajes fueron de manera significativa bajos lo cual la percepción del usuario muestra la calidad del trato recibido.

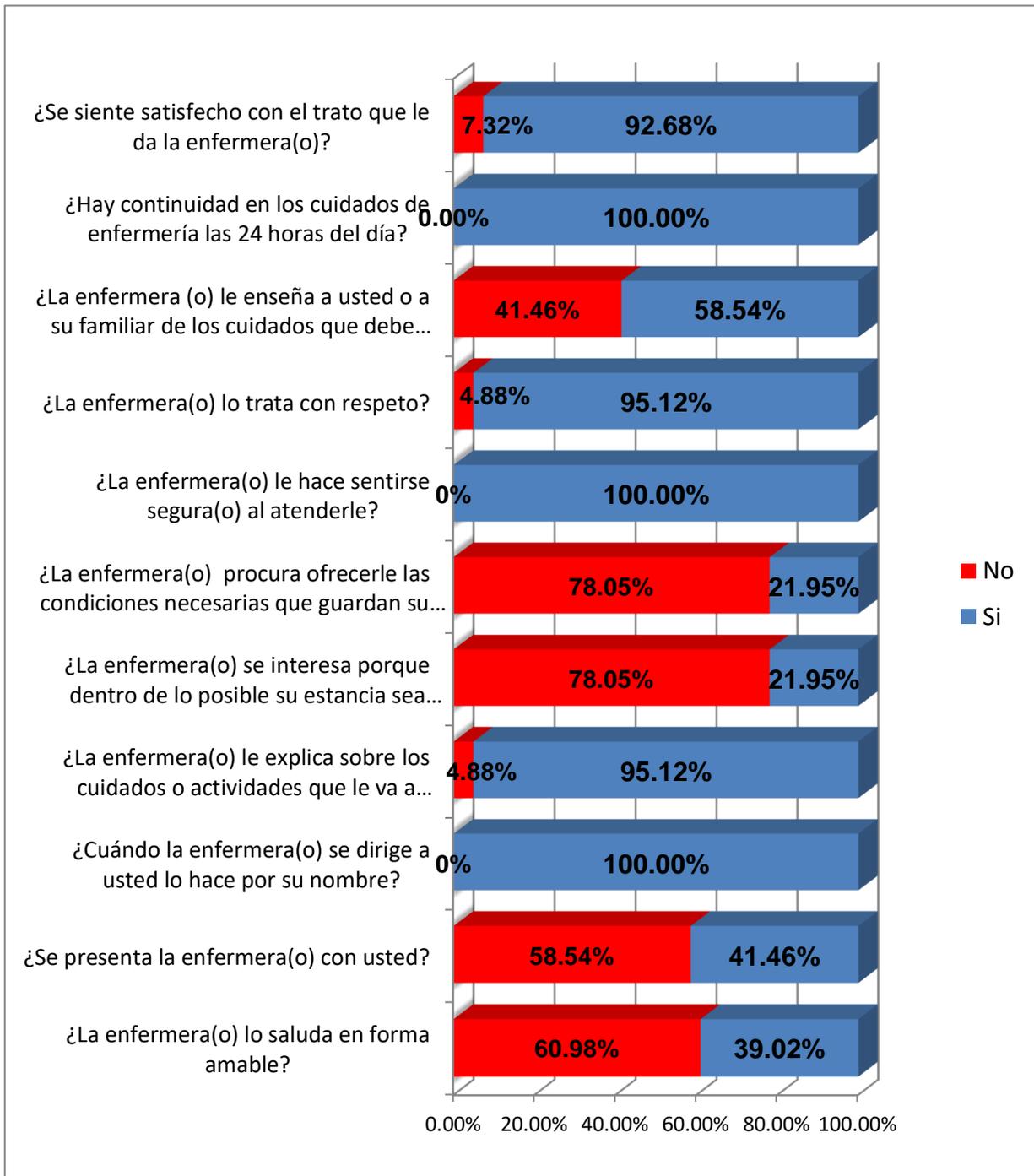
De tal manera que al responder los encuestados a preguntas (5/11) como: ¿La enfermera(o) lo saluda en forma amable? 39.02%/16; ¿Se presenta la enfermera(o) con usted? 41.46%/17; ¿La enfermera(o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable? y ¿La enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor? 21.95%/9 así como ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento? 58.54%/24 contestaron que sí. Lo cual establece la razón por la cual el obtenido es menor 90% (73.17% en general, y TM 76.47%, TV 70.83%).

Tabla 6: Criterios satisfacción sobre el trato digno que ofrecen las enfermeras

Criterios	No	Si	No	Si
1. ¿La enfermera(o) lo saluda en forma amable?	25	16	60.98%	39.02%
2. ¿Se presenta la enfermera(o) con usted?	24	17	58.54%	41.46%
3. ¿Cuándo la enfermera(o) se dirige a usted lo hace por su nombre?	0	41	0.00%	100.00%
4. ¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?	2	39	4.88%	95.12%
5. ¿La enfermera(o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?	32	9	78.05%	21.95%
6. ¿La enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?	32	9	78.05%	21.95%
7. ¿La enfermera(o) le hace sentirse segura(o) al atenderle?	0	41	0.00%	100.00%
8. ¿La enfermera(o) lo trata con respeto?	2	39	4.88%	95.12%
9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?	17	24	41.46%	58.54%
10. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?	0	41	0.00%	100.00%
11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera(o)?	3	38	7.32%	92.68%

Fuente: Base Datos de la investigación

Gráfica 1: Criterios de satisfacción sobre el trato digno que ofrecen las enfermeras



Fuente: Base Datos de la investigación

En cuanto al análisis de las variables de los aspectos socio demográficos del personal de enfermería se pudo establecer lo siguiente, respecto al sexo que el 72.73%/8 son mujeres, en tanto que el 27.27%/3 hombres (Tabla 7)

Tabla 7: Sexo del Personal de enfermería

	Frecuencia	Sexo
Femenino	8	72.73%
Masculino	3	27.27%
Total	11	100.00%

Fuente: Base Datos de la investigación

Al observar los años de servicio del personal de enfermería el estudio muestra que el mayor porcentaje 27.27% llevan 4 años, y 18.18%, 13 años; sin embargo se encontró que también existe personal con 9.09% de 3, 6, 8, 10,14 y 18 años de antigüedad en el Instituto.

Tabla 8: Años de Servicio IMSS

	Frecuencia	Años de Servicio
3 años	1	9.09%
4 años	3	27.27%
6 años	1	9.09%
8 años	1	9.09%
10 años	1	9.09%
13 años	2	18.18%
14 años	1	9.09%
18 años	1	9.09%
Total	11	100.00%

Fuente: Base Datos de la investigación

Al analizar los datos del tiempo laborando en hemodiálisis, se encontró que existe personal con 6 años de experiencia siendo 36.36% de 27.27 con 3 y 5 años respectivamente y solo con 3 años.

Tabla 9: Años en el Servicio

	Frecuencia	Años en el Servicio
2 años	3	27.27%
3 años	1	9.09%
5 años	3	27.27%
6 años	4	36.36%
Total	11	100.00%

Fuente: Base Datos de la investigación

Como se puede observar el nivel académico del profesional de enfermería que presta sus servicios en hemodiálisis, la gran mayoría 72.73% tienen nivel licenciados en enfermería y el 27.27%/3 especialistas en nefrología.

Tabla 10: Nivel académico

	Frecuencia	Nivel académico
Licenciatura	8	72.73%
Especialidad	3	27.27%
Total	11	100.00%

Fuente: Base Datos de la investigación

Otra variable importante que se valoró es la capacitación recibidas por la Institución de Salud de HD que casi la mitad del profesional no recibe capacitación siendo el 45.45%, sin embargo el 36.36%, han recibido 1 capacitación durante el tiempo que llevan en hemodiálisis laborados en el servicio y solo el 18.18% han recibido 2 capacitaciones, esto puede ser un factor importante que afecte el trato digno de enfermería hacia los usuarios/o familiares.

Tabla 11: Capacitación

	Frecuencia	Capacitación
0 Capacitaciones	5	45.45%
1 Capacitación	4	36.36%
2 Capacitaciones	2	18.18%
Total	11	100.00%

Fuente: Base Datos de la investigación

Tabla 12: Estadístico descriptivo

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Años de Servicio IMSS	11	3	18	8.82	5.095
Años en Servicio HD	11	2	6	4.36	1.748
Capacitación	11	0	2	.73	.786
N válido (según lista)	11				

Fuente: Base Datos de la investigación

Analizando la percepción del trato digno por turno nos encontramos que el turno vespertino refleja un porcentaje mayor de insatisfacción con 72.7% y un 5.3% del turno matutino, sin embargo, se encontró que el turno matutino se encuentra entre los porcentajes mayores de satisfechos y muy satisfecho en el trato con 57.9% y 36.8% respectivamente y el vespertino solo 27.3% se perciben satisfechos en el trato.

Tabla 13: Satisfacción del usuario por turno

Turno		Satisfacción			Total
		Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Matutino	Recuento	1	11	7	19
	% dentro de Turno	5.3%	57.9%	36.8%	100.0%
Vespertino	Recuento	16	6	0	22
	% dentro de Turno	72.7%	27.3%	0.0%	100.0%
Total	Recuento	17	17	7	41
	% dentro de Turno	41.5%	41.5%	17.0%	100.0%

Fuente: Base Datos de la investigación

Así mismo, considerando la edad del usuario, con la satisfacción del trato el 100% de ellos no se sienten satisfechos en el trato los de 28 , 30 y 35 años, mientras que el 25% de los 38, 40 y 42 años tampoco se sienten satisfechos, así pues solo el 57.1% de los de 33 años se sienten muy (Tabla 14) .

Tabla 14: Satisfacción del Usuario por edad

Edad	Satisfacción			Total
	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
28 Años	2	0	0	2
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
30 Años	4	0	0	4
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
33 Años	0	3	4	7
	0.0%	42.9%	57.1%	100.0%
35 Años	8	0	0	8
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
38 Años	1	3	0	4
	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
40 Años	1	3	0	4
	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
42 Años	1	3	0	4
	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
45 Años	0	2	2	4
	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
46 Años	0	3	1	4
	0.0%	75.0%	25.0%	100.0%
Total	17	17	7	41
	41.5%	41.5%	17.1%	100.0%

Fuente: Base Datos de la investigación

Considerando la antigüedad en la institución de servicio laboral, se detectó que los mayores porcentajes fueron los que tienen menor tiempo laborando de 3 años son 100% insatisfechos así como en las enfermeras de 14 años, contrario a que los muy satisfechos se encuentran en los que tienen 6, 8 y 10 años con 75%, 33.3% y 50% de ellos respectivamente.

Tabla 15: Satisfacción del Usuario en relación a los años de servicio del personal de enfermería

Años de servicio	Satisfacción			Total
	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
3 Años	4	0	0	4
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
4 Años	7	3	0	10
	70.0%	30.0%	0.0%	100.0%
6 Años	0	1	3	4
	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%
8 Años	0	2	1	3
	0.0%	66.7%	33.3%	100.0%
10 Años	0	2	2	4
	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
13 Años	1	3	0	4
	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
14 Años	4	0	0	4
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
18 Años	1	6	1	8
	12.5%	75.0%	12.5%	100.0%
Total	17	17	7	41
	41.5%	41.5%	17.1%	100.0%

Fuente: Base Datos de la investigación

Así mismo midiendo la satisfacción del usuario relacionado a los años en el servicio de HD, nos permitió observar que a medida en que es atendido el usuario por enfermeras con mayor tiempo en el servicio especializado la percepción de insatisfacción es mayor de aquellas que tienen de 2 y 3 años, con 75% y 100% lo cual nos parece que existiera relación con las capacitaciones el personal de enfermería recibe, sin embargo es muy bajo el porcentaje de los usuarios que se sienten muy satisfechos.

Tabla 16: Satisfacción del Usuario en relación a los años de servicio del personal de enfermería en HD.

Tiempo en el servicio de HD	Satisfacción			Total
	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
2 Años	9	3	0	12
	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
3 Años	2	0	0	2
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
5 Años	1	4	3	8
	12.5%	50.0%	37.5%	100.0%
6 Años	5	10	4	19
	26.3%	52.6%	21.1%	100.0%
Total	17	17	7	41
	41.5%	41.5%	17.1%	100.0%

Fuente: Base Datos de la investigación

Relacionando la satisfacción de trato digno y el número de capacitaciones que recibe el profesional que se encuentra adscrito a la unidad de hemodiálisis se detectó que existe una fuerte relación entre el número de capacitaciones y la atención que se brinda a los usuarios, puesto que se aprecian los resultados que el porcentaje mayor 75% de ellos se perciben muy satisfechos cuando el personal tiene 2 capacitaciones, lo que puede beneficiar a los usuarios a sentirse satisfechos es que la institución capacite frecuentemente al profesional adscrito al turno vespertino con mayor necesidad .

Tabla 17: Satisfacción del Usuario en relación al número de capacitaciones recibidas por el personal de enfermería.

número de Capacitaciones	Satisfacción			Total
	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
0 Capacitaciones	8	7	4	19
	42.1%	36.8%	21.1%	100.0%
1 Capacitación	9	9	0	18
	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
2 Capacitaciones	0	1	3	4
	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%
Total	17	17	7	41
	41.5%	41.5%	17.1%	100.0%

Fuente: Base Datos de la investigación

En cuanto al nivel de estudios del profesional de enfermería que labora en la unidad de hemodiálisis se encontró que las especialistas cubren con mayor satisfacción las expectativas del usuario al surtirse satisfecho y muy satisfecho con 72.2% y 18.2% respectivamente, lo cual demuestra que el nivel profesional es muy importante en la satisfacción del cliente o paciente.

Tabla 18: Satisfacción del Usuario en relación al nivel académico del personal de enfermería.

Nivel de estudios	Satisfacción			Total
	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Licenciada	16	9	5	30
	53.3%	30.0%	16.7%	100.0%
Especialista	1	8	2	11
	9.1%	72.7%	18.2%	100.0%
Total	17	17	7	41
	41.5%	41.5%	17.1%	100.0%

Fuente: Base Datos de la investigación

Observando el resultado de la satisfacción del Usuario y/o sus familiares encuestados, según su sexo, se encontró que las mujeres se sienten más insatisfechas por el trato recibido, 53.8%, en tanto que los hombres solo el 20%/3 se siente insatisfecho, en términos generales el 58.54% de los resultados son de satisfacción por el trato recibido por el profesional de enfermería que le atiende en el servicio de Hemodiálisis (Tabla19)

Tabla 19: Satisfacción del usuario según su sexo.

Sexo del paciente	Satisfacción			Total
	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Frecuencia %	14	8	4	26
	53.8%	30.8%	15.4%	100.0%
Insatisfecho 17 41.46%				
Satisfecho 24 58.54%				
Total 41 100.00%				
Femenino				
Masculino	3	9	3	15
	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%
Total	17	17	7	41
	41.5%	41.5%	17.1%	100.0%

Tabla 20: % Frecuencia de Satisfacción del Usuario.

	Frecuencia	%
Insatisfecho	17	41.46%
Satisfecho	24	58.54%
Total	41	100.00%

Fuente: Base Datos de la investigación

4.2.- DISCUSIÓN

El presente trabajo reconoce la importancia de medir el nivel de satisfacción sobre el trato digno que ofrecen las enfermeras a los pacientes del servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS; mediante la evaluación del grado de satisfacción del usuario del cuidado enfermero. Partiendo, para medir esta percepción, de ignorar si las enfermeras cumplen con los indicadores de trato digno, lo que supone un asunto de actitud y conocimientos que impacta la calidad del cuidado y, es evidente, que se debe reconocer que las condiciones de la capacidad instalada, limitan lograr un estándar de calificación de 95% o más. Toda vez que el entorno incide también en ello.

Como ya se ha expuesto, el estándar alcanzado por el servicio de Hemodiálisis, en general es de 73.17%; en el turno matutino 76.47%, mientras que el vespertino alcanza 70.83%. Esto nos muestra que el Servicio de Hemodiálisis del HGR Vicente Guerrero alcanza un estándar < 90%, ubicándose, dentro de la semaforización establecida por la DGCES en rojo. Lo cual se correlaciona con los porcentajes que resultan del análisis de las variables consideradas en el presente trabajo (Turno de atención, sexo del encuestado, edad del encuestado, sexo del personal, antigüedad laboral, nivel de académico y capacitación del personal).

Al comparar los resultados del presente trabajo de investigación con otros estudios realizados sobre este tema, observamos una coincidencia con los resultados del realizado por Silvia Guadalupe Salmón Vega y Marcela Padilla Languré sobre el Trato digno de enfermería durante 2010-2015, quienes analizaron datos obtenidos del portal de internet de la DGCES, y cuyos resultados indican que durante el periodo 2010- 2011 no se cumplió con el estándar de calificación esperado de 95% para el cumplimiento de los criterios establecidos para este indicador; en el presente trabajo se encontró un cumplimiento de un 73.17%.

En el estudio citado, los criterios limitantes fueron el porcentaje de pacientes a los cuales la enfermera (o): a) lo saluda en forma amable, b) se presenta, y c) se dirige por su nombre; es de realzar que en el trabajo que se expone, los criterios limitantes a) y b) coinciden, no así el 3), sin embargo el porcentaje de pacientes y/o familiares a los cuales la enfermera (o) La enfermera(o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable y La enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor son los más bajos (21.95%), (Tabla 6/gráfica 7) lo cual explica la diferencia del porcentaje obtenido en ambos estudios.

Concuerda con los resultados obtenidos para el indicador de trato digno de enfermería por Nieto-González en su investigación sobre la percepción del trato digno por la mujer embarazada, donde encontró que existía incumplimiento en cada uno de los 11 criterios del indicador, durante la atención proporcionada a la mujer embarazada que acudió a consulta prenatal en un hospital de segundo nivel en el Distrito Federal. Prevalciendo en incumplimiento los criterios: “las enfermeras no se presentan con el paciente, el no llamarlos por su nombre y no resguardar su intimidad y pudor”. (Nieto-González, 2011). Siendo coincidentes con el presente estudio estos tres criterios incumplidos.

García-Gutiérrez y Cortés-Escárcega, en su estudio sobre percepción de trato digno por enfermería, también refirieron el incumplimiento del indicador en un hospital de segundo nivel del Estado de México, destacando que: “la enfermera no se presenta con el paciente, no le proporciona una explicación previa a los procedimientos que le realiza, y no favorecen las condiciones necesarias que resguardaran su intimidad y/o pudor durante su atención” (García-Gutiérrez C, 2012). Coincidiendo con este estudio en que también los pacientes refieren que la enfermera no se presenta, no guardan su intimidad, y diverge respecto a la explicación de los procedimientos.

Pues aquí el 95% de los usuarios, según su percepción, señala que sí se le explica. Así mismo en la medición de sentirse satisfecho por el trato recibido, un gran porcentaje si lo están y “Es importante citar que en este estudio, también se muestra un alto porcentaje de satisfacción con el trato que proporciona el profesional de enfermería” (Salmon V., 2015). Sin embargo cabe señalar que a pesar de tener inconvenientes en el trato digno por los paciente y/o familiares en algunos indicadores de medición todos se sientes satisfechos en general sobre el trato digno, por lo que valdría la pena realizar una investigación posterior para ahondar un poco más en sus necesidades sentidas.

Lo anterior en razón de que pueden existir sesgos en la respuestas dicotómicas, de los pacientes y/o sus familiares puesto que no se deja más alternativas que afirmar o negar, así como en la probable no entendimiento de pregunta de la encuesta, en razón con su redacción. Lo cual es conexo a los procesos del cuidado, lo cual nos lleva a pensar que ésta información sugiere, que la percepción del paciente o su familiar está determinada por múltiples factores inherentes al proceso de atención, así como a los rasgos particulares del paciente, quien tiende a percibir un trato de enfermería adecuado cuando ocurre una mejora en su estado de salud.

Debido a esto se insiste, que la percepción es subjetiva y en ella interviene el estado de ánimo, vulnerabilidad, sexo, edad, entre otros factores socio culturales y espirituales que influyen en la forma de percibir el trato recibido, frente al que se espera recibir. El trato digno de enfermería, cierto, es “la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria”; (CIEnfria, 2003) atención basada en el respeto, información, interés amabilidad, empatía entre otras. Creyendo que la empatía es clave para lograr dar el trato que espera el paciente.

Donde la empatía debe ser vista más allá de la participación afectiva de la enfermera en una realidad ajena, de su capacidad científico – técnica de percibir lo que el paciente siente físicamente, de comprender y compartir ese sentir, en razón de que la enfermera (o) es un profesional del cuidado, por tanto, la empatía, debe ser vista, practicada, como un valor ético, sí, pero también como un valor agregado, como la actitud espiritual que impulsa cuidar a otra persona como a sí misma, al requerir ayuda en el estado de pérdida de independencia (V. Henderson) o de su capacidad de auto cuidarse (D. Orem) y necesita apoyo para restablecer su salud y autonomía.

4.3.- CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo, indican que no hubo cumplimiento del indicador de trato digno de enfermería durante el periodo Mayo – agosto de 2018, toda vez que el estándar que logra el servicio de Hemodiálisis, es de 73.17%; por turnos: matutino 76.47%, mientras que el vespertino alcanza 70.83%. Lo cual muestra que el Servicio de Hemodiálisis del HGR Vicente Guerrero logró un estándar < 90%, ubicándose, en rojo, dentro de la semaforización establecida por la DGCES; el análisis estadístico de las variables del presente trabajo nos permitieron observar factores que inciden en el incumplimiento de algunos de los criterios que miden el trato digno.

De donde, cuatro criterios son los que presentan una mayor área de oportunidad, estos son: 1) porcentaje de pacientes a los cuales la enfermera (o) saluda en forma amable, 2) porcentaje de pacientes a los que la enfermera (o) se presenta, 5) La enfermera(o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable y 6) La enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor. Los criterios 1 y 2, probablemente están relacionados con el ambiente laboral donde se desempeña el profesional de enfermería, así como a sus rasgos individuales, profesionales, motivacionales y a su actitud empática y asertiva.

Es trascendente al observar los criterios 5 y 6, donde están estrictamente relacionados el principio de respeto a la individualidad del paciente, con el aspecto ético de la profesión. Por lo que este criterio, invita a la reflexión puesto que los pacientes son, ante todo, personas en una situación vulnerable y por tanto no pueden ser vistos ni citados como números, camas o aparatos, son seres humanos, por esto es que la actitud de la enfermera debe producir satisfacción en el paciente, como consecuencia de acciones tenidas por el usuario como interés, respeto, empatía y motivación para acudir a su sesión; y una fortaleza que anima a continuar en su lucha cotidiana con la enfermedad.

Sin duda el estándar de trato digno de enfermería no se logra alcanzar en la medida de lo esperado, y la razón es multifactorial e involucra no solo a los actores de la relación interpersonal del cuidado, sino también al entorno de esta relación, la infraestructura, a la propia organización prestadora del servicio de salud y de alguna manera a la institución educativa formadora del recurso humano de enfermería. Por lo cual es indispensable que se vinculen la escuela de enfermería y su mercado laboral, alineando la formación de las enfermeras a los requerimientos de los Hospitales y Centros de Salud a fin de que los intereses de sus egresados se ajusten a los intereses de estos.

Siendo interés básico de las instituciones prestadoras de los servicios de salud no solo ser el lugar donde acude el paciente con la expectativa de que le sea restablecido su estado de salud – bienestar afectado, permitiéndole recuperar la independencia que ha perdido o su capacidad de auto cuidarse al recibir el apoyo que requiere para restablecer su salud y autonomía. Sino ser también el lugar en el cual se le atiende y cuida con calidez y calidad, con ese valor y principio de empatía y humanidad que genera su satisfacción por el trato recibido, la satisfacción de haber sido cuidado por quien tiene conocimientos y saber para servir, y que ha hecho sentir que es cuidado por personas que lo tratan como a sí mismos.

Se desea concluir el presente trabajo de investigación con tres reflexiones que nos inspiran y que habrán de impulsar nuestro quehacer profesional en los tiempos por venir: 1) En este tiempo de grandes cambios, el paso del saber a los conocimientos ofrece grandes oportunidades para el profesional de enfermería en su trayecto como trabajador del saber, lo que plantea numerosos retos que exigen que con sus conocimientos “asuman la responsabilidad de hacerse comprender por otras personas que carecen de la misma base de conocimientos... y aprendan, pronto, como integrar conocimientos especializados de otros campos y disciplinas” (Drucker, 1996) al cuidado.

Esto es especialmente importante porque “la innovación en cualquier campo del saber tiende a originarse fuera de ese campo; esto es cierto respecto a productos y procesos, donde, las innovaciones tienden a surgir fuera del procedimiento mismo. Y es verdad tanto en lo que hace a los conocimientos científicos como académicos”. (Drucker, 1996) Nuevas formas de enfocar el estudio del cuidado pueden provenir de la espiritualidad misma de la enfermera (o) originando una visión que, ha estado allí, vista como algo que se respeta y entiende propia del paciente, y no como actitud ética – empática enfermera.

2) “Se debe dejar de tratar de entender lo que hay que hacer mirando lo que hemos hecho. Tenemos que empezar a mirar hacia el interior de nuestro corazón y ver lo que realmente creemos que es posible. Esto es literalmente lo que significa tener una visión. La fuente de esa energía viene del profundo convencimiento de que es posible” Peter Senge. Citado por (Franklin F., 2007). Hemos, generalmente, hasta hoy, buscado mejorar la calidad del cuidado tratando de entender lo que hemos hecho bien o mal, sin ver lo que no hemos hecho: desde nuestro corazón, sin racionalizarlo todo, sin dejar de ver el entorno, y prestando más atención al usuario, como parte de nuestra visión.

3) Este trabajo muestra que el trato digno es un indicador de la calidad del servicio, que puede lograrse guiando las intervenciones enfermeras con una visión personal alineada a la visión institucional, uniendo el saber técnico – científico, a la espiritualidad de la enfermera, dentro de su relación interpersonal con el paciente. Espiritualidad que es guía de la empatía y asertividad como valor y principio ético de la persona que cuida a otro ser humano, como a sí mismo; creyendo, siempre, que: “No se pueden tomar decisiones para el futuro. Una decisión es un compromiso para actuar y se actúa siempre en el presente y sólo en el presente. Pero lo que se hace en el presente es también el único camino para construir el futuro”. (Drucker, 1996).

4.4.- SUGERENCIAS

Teniendo en cuenta que la finalidad del presente trabajo de investigación fue determinar el nivel de satisfacción sobre el trato digno que ofrecen las enfermeras a los pacientes del servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS, durante el periodo Mayo - Agosto de 2018, partiendo de medir la percepción que estos tienen sobre el trato recibido, a través del empleo de la cedula de evaluación de trato digno de enfermería, elaborada y validada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la SSA e ignorando si las enfermeras (os) cumplían con los criterios estandarizados.

Por los resultados obtenidos, se concluye que no hubo cumplimiento del indicador de trato digno de enfermería durante el periodo en estudio, toda vez que el estándar que corresponde al servicio de Hemodiálisis, siendo 73.17%; Lo que muestra que el estándar alcanzado es < 90%, ubicándose en rojo. El análisis estadístico de las variables del presente trabajo permitió observar factores que inciden en el incumplimiento de algunos de los criterios que miden el trato digno, de tal manera que dan pautas que permiten hacer algunas sugerencias generales que pudieran incidir, de a lograr un mayor porcentaje en el estándar de medición.

Es de recordar que el indicador de trato de digno de enfermería es normativo, y está diseñado considerando 11 criterios, los cuales tienen su sustento en las circunstancias señaladas en el Código de Ética de Enfermeras y Enfermeros en México, (García-Gutiérrez C, 2012) la Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes, (CONAMED, 2001) así como en el Artículo 51 de la Ley General de Salud, entre otros. Lo que hace sea un instrumento de medición confiable que considera lo fundamental del como deber ser tratado quien se encuentra bajo el cuidado enfermero permitiendo enfrentar el reto de medir la calidad en la atención y con ello contribuir a mejorar el entorno del cuidado.

En este contexto, Avedis-Donabedian expuso “como elementos fundamentales de la calidad en la atención el componente técnico y el componente interpersonal de salud. El componente técnico, es el empleo de la ciencia y tecnología en beneficio de la salud, mientras que el componente interpersonal es el aspecto humanitario de la relación entre el paciente y el personal de salud”, (Chávez Cruz Ana L., 2015) al que habría que agregar la fundamento espiritual de ambos. Sin embargo, la calidad de atención en salud requiere vinculación de los gobiernos, profesionales de salud y de la población en su conjunto, pues incluye recursos, políticas públicas, condiciones y voluntades.

Por lo anterior se sugiere: 1) En relación al instrumento de medición diseñado por la DGCES, modificar no los criterios que configuran el indicador de calidad Trato Digno proporcionado por el personal de enfermería sino su redacción, debido a que esta no está en un lenguaje claro, sencillo, entendible para los encuestados permitiendo la manipulación de las respuestas al momento de “traducir” para hacer entendibles estas, abriéndose la posibilidad de inducir la respuesta y por tanto sesgar la medición. Al respecto el INC “Ignacio Chávez” ha diseñado y empleado exitosamente su propio “Instrumento de auditoria indicador 13, Trato digno de enfermería”.

Mejorar de manera sostenida la calidad de los servicios de salud debe pasar, inevitablemente, por una política de Estado clara, articulada, viable, sin simulaciones, cimentada en la vinculación de todos los actores que intervienen en la prestación de los servicios de salud; una política pública que no escatime invertir dinero en salud. Una política de Estado que apueste por formar el talento humano necesario en la escuela y las instituciones de salud, que mejore sustancialmente las condiciones de trabajo y el entorno laboral de los profesionales y los docentes de la salud para promover y fortalecer una cultura de calidad acorde a las necesidades de salud del país.

ANEXOS

1. Cedula de Evaluación de Trato Digno, Ficha de Identificación

CEDULA DE EVALUACIÓN DE TRATO DIGNO Ficha de identificación		
Personal de Enfermería que atiende al paciente		
Edad: Sexo:	Años de servicio en la Institución:	Tiempo en el servicio:
Año de egreso de Escuela de Enfermería:	Escuela de Enfermería que cursó sus estudios	
Cuántas capacitaciones, le ha otorgado la Institución donde labora, durante el tiempo que lleva en el servicio de HD:	Nivel de estudios Técnico en Enfría. () Lic. en Enfría. () Especialidad ()	¿Qué especialidad?
Folio: TV/001	Genero del Paciente o Familiar encuestado	Mujer () Hombre ()

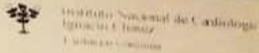
Nota: el Folio indica el turno encuestado

2 Cedula de Evaluación de Trato Digno por Enfermería (INDICAS)

Objetivo: Medir e Identificar el grado de satisfacción mediante la percepción que tiene el paciente o su familiar sobre la manera en que fue atendido por el personal de enfermería durante su estancia en el servicio de HD, a través de los criterios de trato digno establecidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA

No.	CRITERIOS INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD INDICADOR TRATO DIGNO POR ENFERMERÍA	No	si
1	¿La enfermera(o) lo saluda en forma amable?		
2	¿Se presenta la enfermera(o) con usted?		
3	¿Cuándo la enfermera(o) se dirige a usted lo hace por su nombre?		
4	¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?		
5	¿La enfermera(o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?		
6	¿La enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?		
7	¿La enfermera(o) le hace sentirse segura(o) al atenderle?		
8	¿La enfermera(o) lo trata con respeto?		
9	¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?		
10	¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?		
11	¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera(o)?		

2. Instrumento de Auditoria Indicador 13 Trato Digna de Enfermería, empleado por el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE MEJORA CONTINUA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE AUDITORÍA
INDICADOR 13
TRATO DIGNO DE ENFERMERÍA

Fecha:	Turno:	Servicio:
Nombre del observador:		
Nombre del observado:		Antigüedad en el servicio:
Género del paciente:		Número de registro del paciente:
Nivel académico: 01 02 03 04		Claves de nivel académico: 01 Licenciada en enfermería, 02 Enfermera especialista, 03 Enfermera técnica, 04 Auxiliar de enfermería

No	PROCEDIMIENTO	VALOR 100%	SI	NO	TOTAL
1.	Saluda al paciente de manera amable al llegar a su unidad, dirigiéndose con respeto y por su nombre, además informa el nombre y el periodo de tiempo de quien lo va a atender. (1, 2, 3, 8)	1			
2.	Explica al enfermo de manera clara y sencilla las intervenciones que se le van a realizar. (4)	1			
3.	Mantiene comunicación continua, veraz y oportuna con el paciente, proporcionando seguridad durante el desarrollo de las intervenciones. (5)	1			
4.	Mantiene en orden el entorno del paciente para que tenga una estancia agradable y preserve la intimidad pudor del paciente. (6)	1			
5.	Orienta y refuerza conocimientos sobre su padecimiento, medicamentos, prevención de caídas y cuidados específicos de manera clara, sencilla, ambiente de confianza y respeto. (7,9)	1			
6.	Acude oportunamente al llamado del paciente. (10)	1			
7.	Se siente satisfecho con el trato que le da su enfermera(o). (11)	1			
Total		7			
		puntos			

Fuente: Dirección de Enfermería, Departamento de Calidad, Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, CdMx, México, 2018

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chávez Cruz Ana L., M. R. (2015). *Evaluacion de la calidad de atencion en salud mediante el modelo de Avedis Donabedian*. San Salvador: Universidad del Salvador, Facultad de Medicina.
- CIEnfria. (2003). Tres indicadores de aplicacion hospitalaria. *Evaluacion de la calidad de los servicios de enfermeria*. Mexico, DF, Mexico: Secretaria de Salud.
- CONAMED. (2001). *Carta de los Derechos generales de los pacientes* . México: SSA.
- Crosby, P. B. (1988). *La organizacion permanece exitosa*. Mexico: McGraw-Hill.
- CSG. (2018). *Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM*. México: SiNaCEAM, CSG.
- Deming, W. E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad a la salida de la crisis*. Madrid: Diaz de Santos.
- DGCES. (2015). <http://dgces.salud.gob.mx>. Recuperado el junio de 2018
- DGE, I. (2018). *Manual de Organización de la Direccion General de Enfermeria, INCICH*. Mexico: INCICH, SSA.
- Donabedian, A. (2001). Reflexiones sobre calidad asistencial. *Calidad asistencial*, 16.
- Drucker, P. (1996). *La Gestion en un tiempo de grandes Cambios*. Barcelona: edhasa.
- Española, R. A. (2018). *Diccionario de la lengua Española*. México: Larrouse.
- Feigenbaum, A. V. (2009). Reseña de "Control total de la calidad" Armand V. Feigenbaum. *Inovacion Educativa*, vol. 9, num. 48, julio-sep IPN, Mexico, p. 91.
- Fernandes da Cruz Silva, L. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Enfermería Global*, 32:88-103.
- Fleitman, J. (2015). *Evaluacion Integral para implementar los modelos de calidad*. Mexico: Pax Mexico.
- Franklin F., E. B. (2007). *Auditoria Administrativa gestion Estrategica del Cambio*. Mexico: Pearson Educacion.

- García-Gutiérrez C, C.-E. I. (2012). Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. *CONAMED*, 17(1):18-23.
- Guía de Practica Clínica, CENETEC, SSA, (2014). Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. México
- INEGI. (2015). *Estadísticas sobre el numero de enfermeras 2015*. Aguascalientes, México.
- INSP, I. N. (2017). *Brechas en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el sistema nacional de salud*. Mexico: INSP.
- Ishikawa, K. (1986). *¿Que es control total de la calidad?* Colombia: Editorial normal.
- Juran, J. M. (1990). *Juran y la planificacion de la calidad*. Madrid: Diaz de Santos.
- Lara, R. (2002). *La gestion de Calidad en los Servicios*. Aguascalientes, Mexico: Instituto Tecnologico de Aguascalientes.
- Nieto-González. (2011). Percepcion del trato digno por la mujer embarazada en la atencion obstétrica en enfermería. *CONAMED*, 16(1):5-1.
- OCDE. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: Mexico*. Mexico: OCDEpublishing/SSA.
- Ramirez, J. (agosto de 2018). *Lifeder.com*. Recuperado el agosto de 2018
- Salmon V., M. S. (2015). *Trato digno de enfermeria durante 2010 - 2015 en el SNICAS*. Hermosillo: Universidad de Sonora Sarus.
- SSA. (2014). GPC: TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL. En Varios, *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-727-14*. Mexico, D.F.: SSA- CSG.
- SSA, S. d. (2018). *Estado de la enfermeria en Mexico, 2018*. Mexico: SSA.
- Suñol, R. A. (1998). La Calidad de la atencion. *Fundacion Avedis Donabedian*.
- Tamayo y Orozco, J. A. (2014-2016) https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/enf-renal.pdf. Recuperado el agosto de 2018
- Tamayo-Orozco, J. A. (2008). https://www.anmm.org.mx55_vol_144_n6. Recuperado el septiembre de 2018

Torres Blanco, G. A. (2018). *Liderazgo y Procesos Organizacionales*. Acapulco:
UNIDER.

Wikipedia. (2018). *Wikipedia.com*. Recuperado el noviembre de 2018