

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Escuela de Salud Pública de México

Proyecto Terminal Profesional

**PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE EL TRATO DIGNO DE
ENFERMERAS DEL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO, OAXACA**

Para obtener el diploma de:

Especialización de Enfermería en Salud Pública

Presenta:

Gladys Teresita López Fabián

Comité de tesis:

Director: Dr. Juan Francisco Molina Rodríguez

Asesor: M.S.P. Erick Azamar Cruz

Asesora: M. C. E. Criseida Pineda Robles

Oaxaca, Oax., Mayo 2012.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la oportunidad,

A MIS PADRES

por su invaluable apoyo, por su confianza,

A MIS HERMANOS

Por ser parte de mis logros,

A MI ESPOSO

Por su amor, apoyo y comprensión.

DEDICATORIA

A mis hijas Gladys Janeth y Alejandra Belem

Ustedes son mi motivación día a día, el esfuerzo que compartimos no ha sido en vano, espero sea ejemplo y aliciente para que sean fieles a sus propósitos a pesar de las adversidades, que su visión sea mejor que la mía y que Dios me permita compartir con ustedes sus triunfos personales y profesionales.

Las amo.

ÍNDICE

CAPÍTULOS	Pág.
I. Introducción.....	5
II. Antecedentes.....	7
III. Justificación.....	12
IV. Planteamiento del problema.....	13
V. Objetivos.....	14
VI. Marco teórico.....	15
VII. Marco de referencia	25
VII. 1 Ubicación geográfica.....	25
VII. 2 División política y sanitaria.....	25
VII. 3 Factores condicionantes.....	25
VII. 4 Datos socio-demográficos.....	28
VII. 5 Datos económicos.....	30
VII. 6 Morbilidad y mortalidad.....	30
VII. 7 Respuesta social organizada.....	31
VIII. Metodología.....	32
VIII. 1 Diseño de estudio.....	32
VIII. 2 Universo.....	32
VIII. 3 Muestreo.....	32
VIII. 4 Fuentes de información.....	33
VIII. 5 Variables.....	33
VIII. 6 Operacionalización de variables.....	33
VIII. 7 Instrumentos de recolección y procesamiento de la Información.....	36
VIII. 8 Plan de análisis.....	36
VIII. 9 Limitaciones.....	37
VIII. 10 Aspectos éticos.....	37
IX. Resultados y discusión.....	38
X. Conclusiones.....	54
XI. Recomendaciones.....	55
XII. Bibliografía.....	56
Anexos.....	59

I. INTRODUCCIÓN

La percepción es un proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno y de uno mismo; es una de las tres habilidades mentales de los seres humanos. La percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los 5 sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo, gusto, los cuales dan una realidad física del medio ambiente. Proveen la única realidad conocida del tacto, las suposiciones deberán estar basadas en observaciones, u otro sensor, de tal forma de llegar a conclusiones igualmente válidas, extrapolando así los alcances de la realidad sensorial.

La calidad percibida o percepción de la calidad, en cambio, se manifiesta con la sensación de satisfacción que experimentan los usuarios después de hacer uso del servicio. Es subjetiva y debe ser explicada por ellos.

La calidad de atención en Salud es una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud y una necesidad de quienes requieren de estos servicios. Es un hecho que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención.

Los esfuerzos organizacionales y gremiales emprendidos por enfermería no han atendido con satisfacción la demanda de los usuarios y prestadores. Persisten algunos factores que interfieren para que la prestación de los servicios de salud y, en específico, los servicios de enfermería, se otorguen con niveles de calidad y homogeneidad en todo el Sistema Nacional de Salud, por lo que la percepción en la población es todavía un motivo de desafío para las instituciones.

En México, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), uno de los objetivos centrales de la política pública en salud es brindar servicios de

salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente. Derivado de ello, el PND establece la necesidad de desarrollar una estrategia dirigida a implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica.¹

Esta estrategia se describe en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) y está dirigida a corregir la principal causa de deficiencia en la calidad de los servicios de salud señalada por la OPS: falta de posicionamiento de los temas de calidad en las prioridades y agenda del sector salud.²

Como instrumento operativo se establece el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), encargado de elevar la calidad de los servicios de salud con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud³

El presente estudio titulado “Percepción de los usuarios sobre el trato digno de enfermeras del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Oaxaca” contiene tres partes, la primera considera el marco teórico conceptual, la segunda el diseño metodológico y la tercera los resultados y conclusiones; tiene el objetivo de identificar la calidad de la atención que se recibe de personal de enfermería desde la percepción de los usuarios, como medio de valoración del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Oaxaca y sea una valiosa herramienta para contribuir al logro de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012

II. ANTECEDENTES

Históricamente la calidad asistencial era la actuación técnica de los profesionales sanitarios, es decir, calidad asistencial sería prestar los mejores cuidados en función de los conocimientos y tecnologías disponibles.

Los primeros esfuerzos llevados a cabo en pro de la calidad en México datan de la década de 1950, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social emprendió una auditoría médica; más tarde, en el decenio de 1980, el Instituto Nacional de Perinatología creó los círculos de calidad y en los diez años siguientes se intensificaron acciones para mejorar la calidad en todo el Sistema de Salud.

En la Secretaría de Salud, a finales de la década de 1990, también se inició un programa nacional de mejora continua de la atención médica, el cual incluyó la primera evaluación en las unidades de primero y segundo nivel de atención, así como la capacitación de los directivos y del personal operativo de las unidades.

De manera simultánea se diseñaron estrategias de evaluación de instituciones de salud con fines de acreditación, tales como la certificación de hospitales del niño y de la madre y de las jurisdicciones sanitarias. En 1999 se implementó el programa de certificación de hospitales cuyos resultados cuantitativos y cualitativos propiciaron que el sistema emprendiera acciones para alcanzar la calidad de los servicios, primero mediante la identificación de los factores críticos de la calidad en las instituciones relacionados con la estructura, el proceso y los resultados de la atención.⁶

Estas estrategias se consolidaron en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el cual planteó cinco objetivos en el ámbito de la salud: 1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, 2. Abatir las desigualdades, 3. *Garantizar un trato digno en los servicios públicos y privados*, 4. Asegurar la justicia en el financiamiento de

estos servicios y 5. Fortalecer el sistema de salud, en particular, el de las instituciones públicas.⁷

Para hacer frente a esos retos se creó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que fue una estrategia que tuvo como objetivo elevar la calidad de los Servicios de Salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país y que fueran percibidos por la población al recibir las personas un trato digno que se reflejara en el respeto a los derechos humanos y características individuales de la persona, información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañaban y amabilidad por parte de los prestadores de servicio, así como una atención médica efectiva, eficiente, ética y segura que lograra alcanzar los resultados esperados por el usuario de los servicios de salud, que fomentara el uso óptimo de los recursos disponibles, que se apegara a los valores universales y que ofreciera un servicio que involucrara los menores riesgos posibles. Esta cruzada logró cimentar las bases para el desarrollo de una cultura por la calidad de la atención en salud, la identificación de elementos clave para su mejoramiento y el desarrollo de líneas de acción específicas, entre las que destacan: 1. Aval ciudadano: Carta de derechos y obligaciones de los pacientes; 2. Calidatel: Inicio de un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias de los usuarios de los servicios de salud, replicado hoy en los estados; 3. Capacitación: Se estableció el Plan Nacional de Capacitación en Calidad cuyo propósito fue impulsar el desarrollo de una cultura de calidad; 4. INDICA (Sistema Nacional de Indicadores en Calidad): Fomento de una cultura de la medición de indicadores de calidad; 5. Funcionamiento de Comités Estatales: Instancia a nivel estatal que representa con su conformación sectorial, el más alto órgano de decisión, coordinación y evaluación de acciones de calidad en salud; 6. Establecimiento del Premio Nacional como incentivo para la mejora; 7. Acreditación de unidades para garantizar la calidad de las unidades que prestan servicios al Seguro Popular: 1,213 unidades acreditadas en el periodo 2001-2005; 8. La puesta en marcha de los Acuerdos de Gestión que apoyaron financieramente la mejora de indicadores de calidad.⁸

Derivado de lo anterior, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios e identificó la oportunidad de iniciar el desarrollo de un proyecto de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, vinculado con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, órgano responsable de la cruzada para trabajar conjuntamente en la definición de estándares e indicadores de calidad en algunos procedimientos tomando como base la situación que en materia de calidad de enfermería existía en las unidades médicas tanto públicas como privadas de Sistema Nacional de Salud del Distrito Federal. Con aquellos resultados la Subsecretaría de Innovación y Calidad y Educación en Salud y de la Comisión Interinstitucional de Enfermería inició en junio de 2002 el desarrollo de un proyecto de calidad de los Servicios de Enfermería en coordinación con representantes de este gremio de instituciones tanto públicas como privadas para definir el concepto de calidad, tres indicadores y la metodología para su medición; definiendo como calidad “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares bien definidos para una práctica profesional competente responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios ”y en esta primera etapa se definieron tres indicadores; dentro de la Dimensión Técnica: Cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral y Vigilancia y control de las venoclisis instaladas; dentro de la Dimensión interpersonal: Trato digno.⁹

Existen en la literatura algunos estudios de investigación en donde se evalúa la calidad de la atención de los servicios de enfermería. Jamaica María y Morales María en Lima, en el 2006, realizaron un estudio para determinar la calidad de atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional Materno Perinatal; la atención de enfermería se valoró como muy buena, en un gran porcentaje; pero un pequeño porcentaje de usuarios criticó el actuar de la enfermera”.¹⁰

Torres Contreras, en el 2008, describe la relación entre la percepción de la calidad del cuidado y las variables socio-demográficas de los pacientes, así como realiza la validez facial y confiabilidad del instrumento, obteniendo un alfa Crobach de 0.90; como resultado de la validez facial todos los ítems alcanzaron los criterios de aceptabilidad en cuanto a claridad, precisión y comprensión, Se encontró relación entre la experiencia con los cuidados y el nivel educativo.¹¹

Torres Mora y cols., en el 2009, estudiaron la percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno del personal de enfermería del sexo femenino, en comparación con el de sexo masculino; la percepción del trato fue considerada como buena sin influir el sexo del personal de enfermería.¹²

Nava Galán y cols; realizaron un estudio sobre la percepción del trato digno de los familiares de enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, por cuatrimestres durante el año 2009, obteniendo más del 95% de cumplimiento de manera general en cada periodo evaluado, debido a que se realizaron acciones de mejora durante el estudio, sin embargo algunos criterios disminuyeron en comparación con el primer cuatrimestre demostrando que las acciones deben ser reforzadas y que no siempre se toman en cuenta todos los criterios al brindar la atención.¹³

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el 2009 evaluó la satisfacción de mujeres que se realizan la interrupción legal del embarazo, con base al indicador trato digno comparando al personal médico con el personal de enfermería, las mujeres consideraron que el trato que recibieron no fue bueno, siendo los médicos el personal peor calificado, los parámetros con menor puntaje fueron la información que proporciona el médico sobre el procedimiento a realizar, claridad del lenguaje para explicar sobre el procedimiento y efectos secundarios.¹⁴

Puebla Viera y cols., en el 2009 realizó un estudio para conocer la percepción de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana Baja

California sobre la atención recibida por el personal de enfermería; la atención fue considerada como mala ya que el trato fue inadecuado, sin respeto y sin profesionalismo.¹⁵

Cabe mencionar que la cultura de calidad resulta exitosa cuando todos los integrantes de la organización demuestran la capacidad para trabajar en equipo, la planeación, el control y la mejora de los procesos con los que laboran e interactúan, mediante el uso de metodologías *ad hoc*, hábitos, valores y actitud de servicio hacia los clientes internos y externos a quienes siempre se ha de satisfacer.⁶

III. JUSTIFICACIÓN

Es importante conocer la opinión de los usuarios acerca del trato que recibe, para poner en práctica todo concepto y teoría en acciones personales que se reflejen en un trato humano verdadero y auténtico, es decir que los profesionales de la salud tengan ese espíritu de ayuda y el gusto por el trabajo bien hecho el cual es un valor que se convierte en un elemento de motivación con una visión integral, multidisciplinaria y de mejora para la organización.

Los profesionales de enfermería por lo regular están conscientes de que es necesario alcanzar altos niveles en el trabajo asistencial e implementar una cultura de calidad basada en experiencias documentadas, estandarizar y unificar criterios de medición con el propósito de guiar la supervisión operativa del cuidado y la evaluación sistematizada de los servicios, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud.⁹

En la unidad de salud de Pueblo Nuevo Oaxaca los resultados del indicador trato digno que evalúa los servicios de consulta externa en unidades de salud de primer nivel de atención emitidos por el sistema INDICA durante el 2010, reflejan más del 95% de cumplimiento del estándar, (Anexo No. 1) sin embargo, considerando que en la asistencia sanitaria la calidad se determina en gran medida por los servicios que proporciona el personal de enfermería, ya que éste mantiene un vínculo más estrecho con los pacientes y por ello adquiere gran importancia su integración a la cultura de la calidad, resulta fundamental conocer la percepción de los usuarios sobre el actuar específicamente del personal de enfermería para generar cambios en la práctica del cuidado enfocados no solo a lo que la enfermera considera importante, sino además, advertir lo que el paciente considera más significativo en la atención que recibe.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer la percepción de los usuarios acerca de trato que reciben del personal de enfermería nos permite identificar el conocimiento que poseen acerca de los indicadores de calidad, modificar de manera positiva la actitud que muestran al recibir la atención, mantener la demanda de atención de los usuarios cautivos y el aumento de la cobertura de atención con la incorporación de nuevos usuarios.

Por el contrario, el no tener este conocimiento hace más difícil encaminar acciones dirigidas a mejorar la calidad técnica y la calidad percibida de la atención, las cuales impactan de manera desfavorable a la institución, al personal de enfermería y a los usuarios con la subutilización de los servicios, el incumplimiento de la misión, mala imagen institucional, aumento de conflictos y/o enfrentamientos del personal de enfermería con los usuarios por ser generalmente el primer contacto y vínculo con la institución, poner en riesgo la salud de los usuarios ante la negativa de acudir a recibir la atención. Por lo anterior expuesto se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de los usuarios acerca del trato que reciben del personal de enfermería en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 “Valles Centrales” de los Servicios de Salud de Oaxaca?

V. OBJETIVOS

VI.1 GENERAL:

- Identificar la percepción de los usuarios acerca del trato que reciben del personal de enfermería en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 “Valles Centrales” de los Servicios de Salud de Oaxaca.

VI.2 ESPECÍFICOS:

- Describir las características socio-demográficas del usuario que recibe atención del personal de enfermería.
- Caracterizar la percepción general del usuario del trato que recibe del personal de enfermería.
- Determinar la asociación que existe entre la percepción del usuario con la atención recibida del personal de enfermería respecto al servicio y el turno donde recibió la atención
- Identificar el cumplimiento de los criterios que evalúan el trato digno en el personal de enfermería
- Determinar la asociación que existe entre la percepción del usuario con el cumplimiento de los indicadores del sistema INDICAS II

VI. MARCO TEÓRICO

Para comprender cabalmente el significado de calidad es necesario definirla; para ello se ha de recurrir a diversos expertos que han intentado precisar con claridad el verdadero sentido de este término.

Edwards Deming en 1950 la define como el cumplimiento de las expectativas del usuario, al proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades y anticiparse a otras, adoptando una nueva filosofía en la que prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo¹⁶

Joseph M. Juran, eleva la calidad a la categoría de una filosofía administrativa y la describe como un proceso sistemático, el cual garantiza que las acciones que se lleven a cabo ocurran tal y como se planearon; es decir como un medio para asegurar que el proceso “salga bien a la primera” Así mismo afirma que es necesario establecer fases administrativas y las divide en planeación, control y mejora. Considera que deben evaluarse el desempeño del proceso y su correspondencia con el producto mediante el análisis estadístico. Finalmente postula que la calidad depende más de las personas que de las técnicas, y que el cambio de la cultura se lleva a cabo de arriba hacia abajo.

Kauro Ishikawa, señala que la calidad de la atención tiene que ser construida en cada diseño y en cada proceso, pues el control de la calidad constituye una disciplina, la cual combina el conocimiento con la acción. Utiliza siete herramientas estadísticas básicas para evaluarla: el diagrama de causa efecto, el histograma, el diagrama de Pareto, las hojas de comprobación o chequeo, las gráficas de control y los diagramas de dispersión y estratificación.¹⁶

Uno de los expertos más conocidos es Avedís Donabedian, quien considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual

puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica.

Al tratar específicamente el tema de la atención a la salud Donabedian (1966) introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado que han sido los paradigmas dominantes de la evaluación de la calidad de estos servicios; plantea además que la calidad en la atención comprende dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos; por lo tanto el grado de calidad percibida esta dado por el equilibrio entre riesgo y beneficio. La dimensión interpersonal incluye valores y normas socialmente definidos en la interacción general de los individuos y también en situaciones particulares, con base en los preceptos de éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios, esto implica que la calidad interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.¹⁷

En lo que respecta a los sistemas para evaluar la calidad de la atención, Donabedian adapta su teoría y utiliza los indicadores de estructura, proceso y resultado; así la evaluación de la primera se enfoca en el análisis de la configuración física y organizativa que se considera necesaria para proporcionar una asistencia de calidad, es decir incluye los recursos humanos, materiales y operaciones administrativas; el proceso se refiere a las actividades encaminadas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios, los cuales pueden estratificarse con el fin de identificar las que tienen mayor impacto; finalmente los indicadores de resultado miden los efectos de la atención en el estado de salud de los usuarios; es importante aclarar que dichos indicadores no distinguen entre la efectividad de una terapéutica y la efectividad de la provisión de los servicios asistenciales de calidad, por lo que se considera necesario utilizar indicadores de los tres tipos para realizar una evaluación global de la calidad.¹⁸

Concepto de calidad

El concepto etimológico de la palabra calidad proviene del vocablo griego *Kalos*, que significa bueno, hermoso, apto, favorable, y de la voz latina *qualita*, que significa propiedad.

La OMS define la calidad como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Calidad de la atención en enfermería

Si se admite que la calidad es una cultura, una filosofía y una forma de ser y hacer, lleva implícita la necesidad de perfeccionar la forma personal de trabajar. La motivación principal de la calidad total es crear un valor agregado en la labor de la enfermera para satisfacer a los clientes y usuarios. Con relación a los productos y servicios, el valor es la percepción que tiene el cliente acerca del grado en que la empresa o institución a la cual demanda un producto o servicio satisface sus necesidades.

La calidad de la atención de enfermería es tratar a los pacientes como ellos lo necesitan; esforzarse por complacerlos; intentar conocer lo que desean y anticiparse a ello; poner todos los conocimientos, experiencia y técnica que se tenga a su servicio. Así mismo, implica a todo el equipo de salud en este proceso, hacer las cosas de la mejor manera posible.

Calidad significa entender que quien define la calidad del servicio que la enfermera brinda es el usuario. Obsesionarse por complacer a los clientes y no contentarse solo con "librarlos de los problemas inmediatos". Es un proceso que incluye a todos los empleados.¹⁸

En enfermería, la calidad es una necesidad que se ha venido fortaleciendo y es cada vez más importante, quienes laboran en los campos hospitalarios o sanitarios y los receptores de la atención habrán sido testigos de lo que origina un servicio médico y de enfermería cuando no cumple con los indicadores de calidad, habrán percibido que el descuido, negligencia o cansancio, conlleva a múltiples errores en la prestación del servicio; algunos habrán experimentado el dolor de recibir una atención deficiente y se habrán sentido impotentes para evitar tales acciones.¹⁸

La Comisión Interinstitucional de Enfermería define la calidad de los Servicios de Enfermería como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar dichos objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente.⁹

En el nuevo milenio las instituciones de salud incorporan en sus esquemas administrativos la creación de una cultura de la calidad, lo que implica, tener espíritu de servicio o sentimiento de satisfacción por el trabajo que se desempeña; involucrar a toda la institución en la satisfacción de servir; conocer bien el trabajo que se realiza; cumplir con el trabajo que le corresponde a cada uno; ser honestos lo que significa no aprovecharse de la institución para fines particulares; participar activamente; si no existen los círculos de calidad, formarlos; Comunicar y difundir ampliamente los principios filosóficos de la calidad; propiciar la oportunidad para el ascenso como resultado del trabajo bien hecho y con características de calidad; medir los procesos y aplicar la mejora continua.¹⁸

En México, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), uno de los objetivos centrales de la política pública en salud es brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente. Derivado de ello, el PND establece la necesidad de desarrollar una estrategia dirigida a implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica. Esta estrategia se describe en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) y está dirigida a corregir la principal causa de deficiencia en la calidad de los servicios de salud señalada por la OPS: falta de posicionamiento de los temas de calidad en las prioridades y agenda del sector salud. Siendo conscientes de que existe un bajo nivel de desempeño en materia de calidad en muchos de los establecimientos de salud y de que la calidad es un compromiso permanente por la mejora continua en la atención a los problemas de salud de los ciudadanos, el PROSESA plantea que para prestar servicios de salud con calidad y seguridad es necesario situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. Como instrumento operativo se establece el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), encargado de elevar la calidad de los servicios de salud con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud.

Calidad Técnica

Es la parte de la calidad en la atención que se encarga de los aspectos relacionados con los servicios otorgados por los profesionales de la salud. De manera general incluye la mejora continua de los servicios de salud, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería.

Calidad Percibida

Valoración que realizan los usuarios y sus familias respecto al trato, tiempo de espera, información, confidencialidad, confort y redes de apoyo; atendiendo a sus expectativas y valores.³

Trato digno

El diccionario de la Real Academia Española define entre otros significados al término digno como: merecedor de algo, correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo. Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 1° establece en su párrafo tercero. “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

El decálogo de los derechos del paciente de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico basado en Artículo 51 y 83 de la Ley General de Salud y el Artículo 25 y 48 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en su apartado 2 menciona que el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

La Comisión interinstitucional de enfermería en el año 2002, definió el trato digno como la percepción que tiene el paciente o familiar, del trato y la atención proporcionada por el profesional de enfermería durante su estancia hospitalaria.⁹

Así como emitió los conceptos en materia de calidad para efectos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: Trato digno, elemento parte de la dimensión interpersonal, cuyas características son respeto, información, interés y amabilidad; y Atención médica efectiva que incluye la evaluación de aspectos de la dimensión técnica que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud.⁹

Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades médicas que permitan su seguimiento y la comparabilidad entre las unidades de atención médica; integra información proveniente de encuestas realizadas a los usuarios del servicio médico, de los expedientes clínicos y de los registros de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de conocer los niveles de la Calidad Percibida, Calidad Técnica y Calidad de la Gestión de los servicios de salud otorgados en los establecimientos de salud fijos o móviles, para monitorear la calidad e identificar las áreas de oportunidad y tomar decisiones, con el fin de contribuir a brindar servicios de salud con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Este ciclo integral de mejora continua, permite tanto a los profesionales de la salud (médicos, enfermeros o administrativos del establecimiento de salud) como a los usuarios del servicio (pacientes o familiares) dar seguimiento a los indicadores periodo a periodo y evaluar los resultados de las acciones de mejora implementadas para alcanzar los estándares establecidos; con la recolección de información a través de encuestas, el personal del establecimiento de salud conoce la percepción de los usuarios respecto al servicio brindado; al revisar expedientes clínicos e información basada en los registros de la unidad, se detectan áreas de oportunidad para la mejora en la calidad de los servicios, desde evaluar el servicio brindado por el médico y/o la enfermera, hasta lograr una estandarización en la práctica clínica.³

INDICAS incorpora en el indicador Trato digno que evalúa el primer nivel y segundo nivel de atención:

La calidad Percibida:

1. Satisfacción por la oportunidad en la atención.
2. Satisfacción por la información proporcionada por el médico.
3. Satisfacción por el surtimiento de medicamentos.
4. *Satisfacción por el trato recibido.*
5. Satisfacción general.

Tiempo de Espera

6. Tiempo de espera en consulta externa en medio urbano, rural y en área de urgencias.
7. Porcentaje de usuarios que espera tiempo estándar para recibir consulta.
8. Diferimiento quirúrgico.

Atención Médica Efectiva

9. Indicadores de calidad de la atención médica.

Indicadores de Calidad en Enfermería

10. Indicadores de calidad para los cuidados de enfermería.

Las características incluidas en el INDICAS que evalúan la calidad de los servicios de enfermería en su dimensión interpersonal: Trato digno en unidades hospitalarias son:

1. Respeto
2. Información
3. Interés
4. Amabilidad

Este indicador es definido como el porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para el trato digno que son:

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)?

Definición operacional

Es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.

Fórmula

Total de pacientes o familiares encuestados, que fueron atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno en el servicio y periodo a evaluar

$$\frac{\text{Total de pacientes encuestados en el mismo servicio y periodo}}{\text{Total de pacientes encuestados en el mismo servicio y periodo}} \times 100$$

Estándar: 95 %

Calificación mínima esperada por el cumplimiento de los criterios establecidos para el trato digno.

Sustentación

Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. SSA 2002 y la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México, SSA 2002.

Fuente de datos

Entrevista directa al paciente o familiar.

Instrumentos de recolección de datos

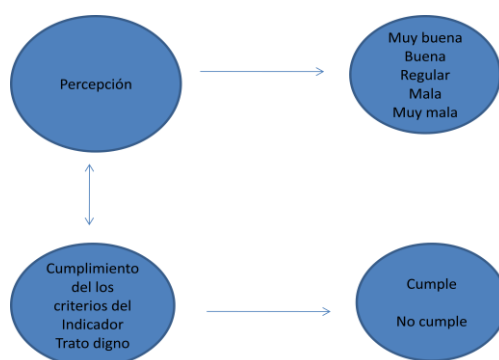
Formato No. 1 de recolección de datos Trato digno (F1-TDE/02), con sistema de preguntas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa. (Anexo); Formato No.2 de concentración de datos por criterio. (Anexo)

Aval Ciudadano

Consiste en la experiencia de participación de grupos organizados de la sociedad civil, Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), Centros Académicos y otras instituciones en la evaluación de los componentes de calidad percibida en la prestación de servicios de salud.³

Los avales ciudadanos realizan entrevistas y encuestas entre los usuarios de las unidades médicas y los profesionales de la salud, con el fin de establecer compromisos de mejora en la calidad de los servicios de salud entre la ciudadanía y las autoridades de las unidades médicas, en mutuo beneficio. Resulta importante señalar que el indicador de trato digno en el primer nivel de atención involucra de manera general a todo el personal que tuvo contacto el usuario sin categorizarlo por perfil académico o función que desempeña, por el contrario, el indicador de trato digno específicamente del personal de enfermería está diseñado para evaluar el segundo nivel de atención; por lo anterior, para este estudio se identificará la percepción del usuario con respecto al trato recibido del personal de enfermería en un primer nivel de atención de acuerdo al siguiente modelo de análisis.

Modelo de análisis



VII. MARCO DE REFERENCIA

VII.1 Ubicación Geográfica

La localidad de Pueblo Nuevo está ubicada al noreste del municipio de Oaxaca de Juárez en el Estado de Oaxaca, su distancia aproximada a la capital del estado es de 5 kilómetros, colinda al Norte con Trinidad de Viguera, al Sur con la Colonia del Maestro, al Este con San Felipe del Agua y al Oeste con San Jacinto Amilpas y una parte de San Lorenzo Cacaotepec perteneciente al Distrito de Etlá; tiene una extensión territorial de 14 km².

Se fundó en el año de 1934 por vecinos de San Jacinto Amilpas y debido a conflictos internos de la población, se dio paso a la separación de una parte de la comunidad. Su nombre inicial fue Pueblo Nuevo, San Jacinto, actualmente se denomina Pueblo Nuevo, Centro, Oaxaca.

VII.2 División política y sanitaria

Es una agencia del municipio de Oaxaca de Juárez la cual está dividida en 16 colonias que son: Constituyentes, Eucaliptos, Insurgentes, La Joya, Los Laureles, El Manantial, Manzana 48-A, Manzana 48-B, Pueblo Nuevo Parte Alta, Pueblo Nuevo Parte Baja, Patria Nueva, Presidentes de México, Pino Suárez, Reforestación, San Isidro y 9 de mayo.

VII.3 Factores condicionantes

Vacunación: Para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación se implementan acciones de vacunación permanente y semanas nacionales de salud, El Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), es el responsable de otorgar el servicio de vacunación en la localidad de acuerdo a la regionalización operativa del programa de vacunación universal, sin embargo, estas acciones son reforzadas por personal de la unidad de salud de Pueblo Nuevo perteneciente a los SSO, a

través de la instalación permanente de un puesto de vacunación que atiende la demanda de la población.

Planificación familiar: La cobertura de usuarias(os) activas (os) de métodos de planificación familiar es de 14.7%, en relación a las mujeres en edad fértil; el método más utilizado es hormonal mensual, seguido del hormonal bimestral; esta cobertura se ha ido incrementando a través de la concientización y difusión en la población sobre los beneficios de los métodos anticonceptivos y seguimiento de usuarias (os) en control.

Educación y escolaridad: Existen 5 escuelas de nivel preescolar, 4 escuelas de nivel primaria, 1 escuela de nivel secundaria, 1 telesecundaria y un 1 Colegio de Bachilleres (COBAO). La escolaridad predominante es el nivel primaria con un 39.24%, seguida del profesional con un 20.56%, y secundaria con 17.78%; en la población de 15 años y más, el índice de alfabetización es del 3.82%, y de analfabetismo del 5.67%. Existen alumnos inscritos en otras instituciones educativas como: Escuela Preparatoria siendo 242 alumnos, Facultad de Medicina y Cirugía, 126, Facultad de Derecho 243, Instituto Tecnológico 120 y Facultad de Contaduría y Administración 78.⁵

Embarazo: Las mujeres embarazadas frecuentemente inician su atención médica prenatal a partir del primer a segundo trimestre de edad gestacional, la edad promedio del primer embarazo son los 20 años de edad con 32%, del total de partos esperados para el año 2009 se atendieron el 82%, el promedio de hijos por mujer es de tres, con un mínimo de uno y un máximo de cinco.

Educación para la salud: La población capacitada en temas de salud son las madres de familia; en un 34% en el tema de enfermedades diarreicas, 28% infecciones respiratorias agudas, 26% en nutrición, 32% en vacunación; los jóvenes además reciben capacitación sobre infecciones de transmisión sexual y prevención de accidentes.

Hábitos higiénicos: El baño y cambio de ropa se realiza diariamente en un 85.5% de las familias, cada segundo día el 14.4%, en la limpieza de la vivienda los mayores porcentajes son diariamente con 81.6% y cada segundo día con el 18.3% lo que refleja buenos hábitos higiénicos en la mayoría de la población.

Toxicomanías: Dentro de las toxicomanías detectadas por familias la predominante fue el alcoholismo con el 67.3% con una frecuencia de consumo de una vez cada 15 días con el 17.8%, seguida de tabaquismo con 66.4%, predominando una frecuencia de una vez cada 15 días con el 8.13% de las familias.

Saneamiento del medio: El abastecimiento de agua de la población es a través del agua entubada, de estos el 66.5% es domiciliaria; el resto se abastece de otras fuentes como pozos, pipas etc.

En cuanto a la disposición de excretas el mayor porcentaje cuenta con drenaje (53.7%), seguido de letrina con el 34.7% y fosa séptica con el 11.5%, por lo que la mayoría de la población tiene una adecuada disposición de excretas que contribuye a la disminución de enfermedades diarreicas y parasitarias entre otras.⁵

La eliminación de basura se efectúa por medio de red municipal en un 62.5%, el 37.4% lo efectúa a través de incineración, enterramiento, cielo abierto, y otros métodos de eliminación.

Características de la vivienda: El material predominante en el techo de las viviendas es el concreto con 51.48%, en las paredes, es el ladrillo con el 37.5% y en el piso, el cemento con 63.8%. En cuanto a la composición de las viviendas el 17.2%, cuenta con un dormitorio, 82.75% con más de un dormitorio, 72% con cocina, 45.3% con estancia, 20.9% con comedor y solo el 5.22% son de una sola habitación. Respecto al tipo de alumbrado, la luz eléctrica ocupa el 96.2%.

Fauna nociva: Entre las principales especies de fauna nociva se encuentran moscas, mosquitos, ratones y cucarachas; de acuerdo a los registros de la unidad de salud existen 1852 perros, y 753 gatos, de los cuales el 80.9% y el 50.4% respectivamente han sido vacunados, esto por su importancia como agentes transmisores de la rabia.

Contaminación: La contaminación del aire se debe a la quema y tiraderos de basura, excretas de animales en las calles y el uso de leña como combustible; la contaminación del agua por desechos y drenajes de aguas negras que desembocan en los lechos de los ríos; en la vivienda por acumulación de basura en su interior.

Comunicaciones y transportes: La distancia entre la localidad y la capital del estado es de 5 kilómetros, con un tiempo promedio de 15 minutos de traslado a través de la carretera federal. Los principales medios de transporte son los autobuses, automóviles, bicicletas y motocicletas.

VII.4 Datos socio-demográficos

Tiene una densidad de población de 1,293 habitantes por km² en la localidad sede y áreas de influencia. Las localidades que integran el área de influencia son: Pueblo Nuevo Parte Alta, Manzana 48 A, Manzana 48 B, Pueblo Nuevo Parte Baja, 9 de mayo, San Rafael, El Manantial, Los Ángeles, Eucaliptos, Constituyentes, Pino Suárez, Los Laureles (la humedad) e Insurgentes (la humedad).

Cuenta con un total 11672 habitantes, de los cuales el 47.52% son hombres y el 52.47% son mujeres; el grupo de edad de 0 a 19 años ocupa el 43%, 20 a 39 años el 34.09%, 40 a 59 años el 15.76%, 60 y más años el 5.09% y el resto desconoce su edad; en la distribución por grupos específicos los menores de cinco años corresponden al 10.4% (1225), las mujeres en edad fértil al 33.87% (3,954), adolescentes al 18.3, adultos jóvenes al 49.8% (5820) y adultos mayores al 5.09% (595). En la pirámide de población la distribución es más amplia en su

base, lo que indica que la población es predominantemente joven; La tasa de natalidad para el año 2009 fue de 11.2 por cada mil nacidos vivos.

En la composición familiar predomina la familia nuclear con el 59.86%, seguida de la familia extensa compuesta con el 24.58% y la familia extensa con 15.55%.

El estado civil que prevalece en la población mayor de 12 años en orden de frecuencia son casados en 20.43%, seguido del soltero con el 14.41% y unión libre con el 12.54%; hablan el español en un 85.4%, existiendo lenguas como el zapoteco en un 14.1%; son monolingües 85.4% y bilingües 14.5%.

La religión predominante es católica con el 73%, existiendo otras religiones como los testigos de Jehová en un 13.5% y cristiana en un 13.5%.

Clima

El clima predominante es templado sub húmedo, con variaciones en los meses de diciembre y enero y una precipitación pluvial predominante en los meses de junio, julio y agosto.

Altura

La altura sobre el nivel del mar es de 1540 metros.

Orografía

El tipo de suelo es arcilloso.

Hidrografía

El río principal es el Atoyac y un arroyo seco. No hay lagunas ni presas en la población.

Flora y fauna

Se consideran los más importantes, matorrales y árboles grandes como laureles, jacarandas, entre otros. La fauna doméstica está conformada por ganado bovino, porcino, caprino, ovino, equino y aves de corral; mascotas como perros y gatos; La fauna silvestre está conformada por reptiles como culebras y pequeños lagartos; entre los mamíferos se encuentran los roedores, zorrillos, tlacuaches y tuzas.

VII.5 Datos económicos

Del total de la población el 66.31% es económicamente activo (7740), de estos, el 38.75% se dedica a las labores del hogar, 21.67% son estudiantes, 23.57% empleados, 6.67% comerciantes, 5.74% profesionistas, 2.60% son obreros y solo el 0.1% es artesano. La población desempleada son 775 habitantes que corresponden al 10% del total de la población. De las 3015 familias que pertenecen al área de responsabilidad 163, tienen un ingreso económico de menos de un salario mínimo por día, 1200 un salario mínimo y 1652 más de dos salarios mínimos por día.

VII.6 Morbilidad y mortalidad

Las principales causas de morbilidad de la población en el 2009, por orden de frecuencia y por tasas son las infecciones respiratorias agudas: 105.9 x 1000 habitantes, infección intestinal por otros microorganismos: 20.79 x 1000 habitantes, infección de vías urinarias 9.53 x 1000 habitantes, enfermedad ácido péptica: 3.68 x 1000 habitantes, parasitosis intestinal: 6.61 x 1000 habitantes.

Las principales causas de mortalidad en el periodo que comprende de octubre a diciembre de 2009 son, diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática, cáncer, infarto al miocardio, accidente vascular cerebral, insuficiencia renal y traumatismo craneoencefálico.

VII.7 Respuesta social organizada

Existen un centro de salud urbano de 2 núcleos básicos de responsabilidad, el cual tiene distribuida el área geográfica asignada por colonias de la siguiente forma: Núcleo Básico No. 1: Los Ángeles, El Manantial, Manzanas 48 A y 48 B, Constituyentes y 9 de Mayo; Núcleo Básico No. 2: Pueblo Nuevo Parte Alta y Parte Baja, Eucaliptos, Buena Vista, Loma Bonita y San Rafael.⁵

Esta unidad de salud pertenece a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 “Valles Centrales” de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) y cuenta con dos consultorios para consulta general, uno para atención odontológica, una sala de expulsión, una sala de curaciones, un área de encamados (dos camas), una residencia médica para personal becario y una bodega; estos últimos habilitados como consultorios de psicología y medicina general debido a la sobredemanda de atención de la población. Ofrece los servicios de medicina general, odontología, psicología y promoción a la salud.

La plantilla del personal que labora en este centro de salud está conformada por 11 médicos generales, 6 enfermeras, 3 cirujanos dentistas, 2 licenciados en psicología, 6 administrativos y 2 promotores de la salud; de los cuales 5 son de base, 11 son regularizados y 13 son eventuales.

Del total del personal de enfermería 4 pertenecen al género femenino y 2 al masculino, de acuerdo a su perfil académico, 1 es personal becario 2 son auxiliares, 1 es enfermero general y 2 son licenciadas.

La mayoría de población acude a este centro de salud para su atención médica y en menor proporción acuden a instituciones privadas de medicina alópata, y/o medicina alternativa.

Para este estudio solo se considerará la percepción que tienen los usuarios del trato recibido por el personal de enfermería.

VIII. METODOLOGÍA

VIII.1 DISEÑO DE ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO:

- Se realizará un estudio de tipo descriptivo, transversal.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Usuarios de ambos sexos.
- Usuarios de 18 años y más ó acompañante/familiar de los menores de 18 años.
- Todos los usuarios que reciba atención médica en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo.
- Usuarios que acudan en cualquier turno de atención.
- Usuarios que acepten participar.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que por su diagnóstico se encuentren imposibilitados para contestar.
- Usuarios que no deseen participar en la investigación.

Criterios de eliminación:

- Usuarios que no concluyan la entrevista.

VIII.2 UNIVERSO

Usuarios que reciban atención médica durante el mes de noviembre de 2011.

VIII.3 MUESTREO

La muestra fue de 406 usuarios divididos proporcionalmente a la demanda en los diferentes turnos de atención a través del muestreo probabilístico. La fórmula para calcular la muestra fue: $n = \frac{Nz^2(pq)}{NEa^2 + z^2(pq)}$ con un 95% de confianza y un α de 0.05.

$$NEa^2 + z^2(pq)$$

VIII.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Primaria

Entrevista

Secundaria:

Diagnóstico de salud, Sistema de evaluación de los indicadores de calidad INDICAS II, Sistema de Información en Salud (SIS), Plantilla de personal que labora en la unidad de salud

VIII.5 VARIABLES

- **Variable independiente:** Trato
- **Variable dependiente:** Percepción de usuario

VIII.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
USUARIO	Persona o familiar que es destinataria del servicio y que responde la entrevista	Cualitativa Nominal	Paciente Familiar Otro
EDAD	Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo	Cualitativa Nominal	0 - 9 años 10 - 19 años 20 - 44 años 45 - 64 años 65 y más años
GÉNERO	Es el conjunto de características sociales y culturales asignadas a las personas en función de su sexo.	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino Otro
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por	Cualitativa Nominal	Soltero Casado

	sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.		Unión libre Otro
ESCOLARIDAD	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	Cualitativa Nominal	Primaria Secundaria Bachillerato Carrera Técnica Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado Otro
PROCEDENCIA	Lugar de donde proviene una persona con respecto al área de responsabilidad de la unidad de salud.	Cualitativa Nominal	Núcleo 1 Núcleo 2 Foráneo
AFILIACIÓN	Condición de estar o no inscrito a algún servicio de salud	Cualitativa Nominal	IMSS ISSSTE SEDENA PEMEX No asegurada • Con seguro popular • Sin seguro popular
SERVICIO DONDE RECIBÍO ATENCIÓN	Son los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la	Cualitativa Nominal	Signos vitales/Somatometría DOC Ca Cu y Mamario Aplicación de vacunas Toma de tamiz Glicemia capilar Administración de medicamentos Instalación de venoclisis

	enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.		Hidratación oral Curación Sutura Cuidados durante el Parto y Puerperio Otra
TURNO DE ATENCIÓN	Momento u ocasión en que a una persona le corresponde hacer, dar o recibir una cosa o servicio	Cualitativa Nominal	Matutino Vespertino Nocturno
DÍA DE ATENCIÓN	Lapso de una semana que tiene nombre diferente, consecutivo y cíclico: (lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado o domingo) y que a una persona le corresponde hacer, dar o recibir una cosa o servicio	Cualitativa Nominal	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
PERCEPCIÓN	Valoración que realizan los usuarios y sus familias respecto al trato, tiempo de espera, información, confidencialidad, confort y redes de apoyo; atendiendo a sus expectativas y valores	Cualitativa- Ordinal	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
TRATO DIGNO SEGÚN INDICAS	Percepción que tiene el paciente o familiar, del trato y la atención proporcionada por el profesional de enfermería durante su estancia en la unidad de salud	Cualitativa- Ordinal	95-100% "Cumple" Menos del 94% "No Cumple"

VIII.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos se realizará una entrevista estructurada, basada en el formato F1-TD/02 para la evaluación del trato digno de los servicios de consulta externa de primer nivel de atención del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), así como F1-TDE/02 de la Comisión Permanente de Enfermería que evalúa la Calidad de los servicios de enfermería en su dimensión interpersonal trato digno en unidades de segundo nivel la cual constará de 25 preguntas dirigidas al usuario mismo que será codificado al momento de la entrevista para facilitar su captura.. La primera pregunta contemplará la aceptación o negativa de participar en la investigación, las siguientes 10 preguntas de opción múltiple describirán las características socio demográficas, posteriormente se conocerá el tipo de atención recibida, el turno y el día de la semana en que se recibe la atención, posteriormente se conocerá la percepción del usuario acerca del trato que recibe del personal de enfermería, seguida de 10 preguntas que evaluarán el indicador trato digno y finalmente 2 preguntas para conocer la percepción del usuario acerca del trato recibido en forma general en la unidad de salud y el área donde recibió el mal trato si fuera el caso. (Anexo 2); Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados a través del programa computarizado SPSS en su versión 19.0 obteniendo frecuencias absolutas y relativas (proporciones y porcentajes) para el análisis e interpretación de la investigación.

VIII.8 PLAN DE ANÁLISIS

Se hizo un análisis uni-variado a través de la descripción de las frecuencias así como un análisis bi-variado correlacionando a través de tablas de contingencia y midiendo la asociación entre la percepción del usuario y el servicio y turno donde se recibió la atención, así como la percepción del usuario con el cumplimiento de los

criterios de trato digno en el personal de enfermería a través del coeficiente chi-cuadrado.

VIII.9 LIMITACIONES

Sin limitaciones

VIII.10 ASPECTOS ÉTICOS

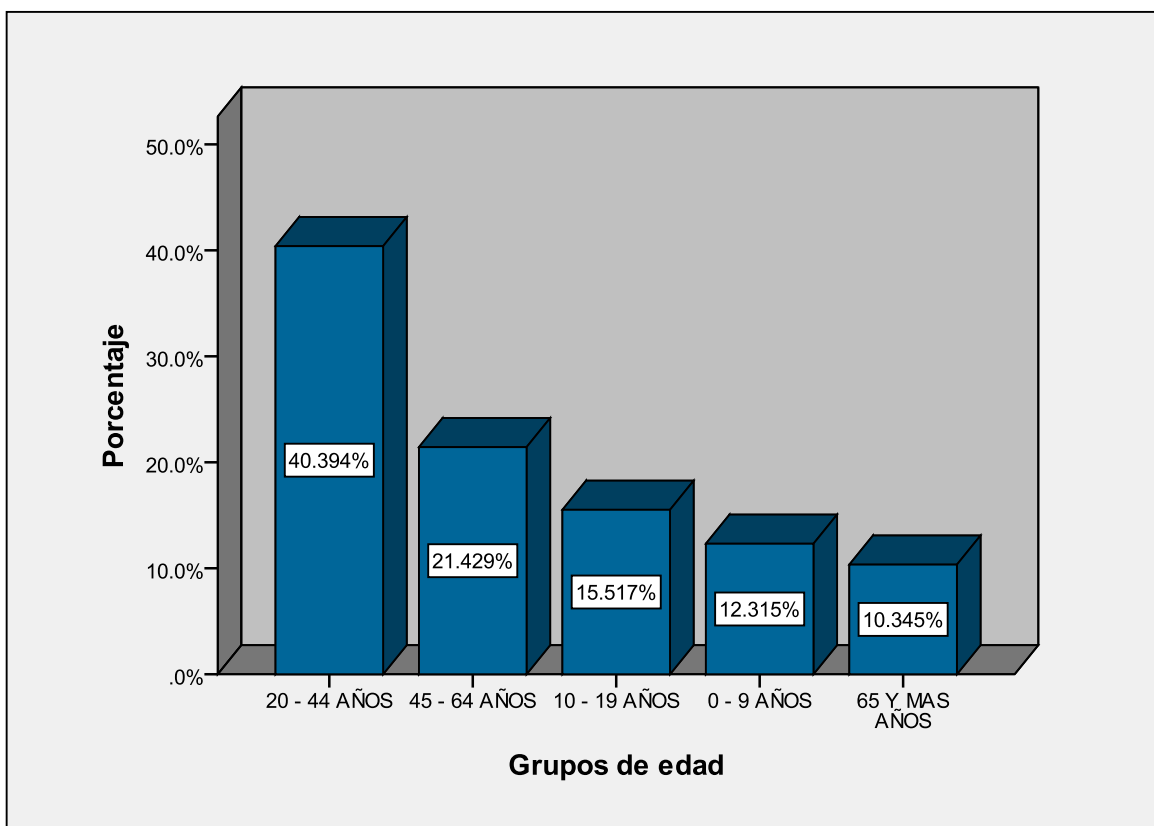
Se contemplaron los lineamientos plasmados en las normas técnicas de investigación de la ley general de salud, lo que garantiza la confidencialidad, el anonimato, y que los datos obtenidos no tengan repercusiones en el ámbito laboral, institucional y en el usuario que proporcionó la información. La información se manejó de manera agrupada lo que garantiza su manejo con propósitos estrictamente académicos; en el caso de los participantes entrevistados se contó con el consentimiento informado el cual se puede apreciar en el guión de la entrevista por lo tanto en este estudio no se puso jamás en riesgo biológico, psicológico o social a los participantes.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se estudiaron a 406 usuarios de los cuales por orden de frecuencia, 164 (40.4%), se encuentran entre los 20 a 44 años de edad, seguidos de 87 usuarios que pertenecen al grupo de 45 a 64 años (21.4%), 63 (15.5%) de 10 a 19 años, 50 (12.5%) de 0 a 9 años, y 42 (10.3%) al grupo de 65 y más años. (Gráfica No.1).

Gráfica No. 1

“DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR GRUPO DE EDAD”

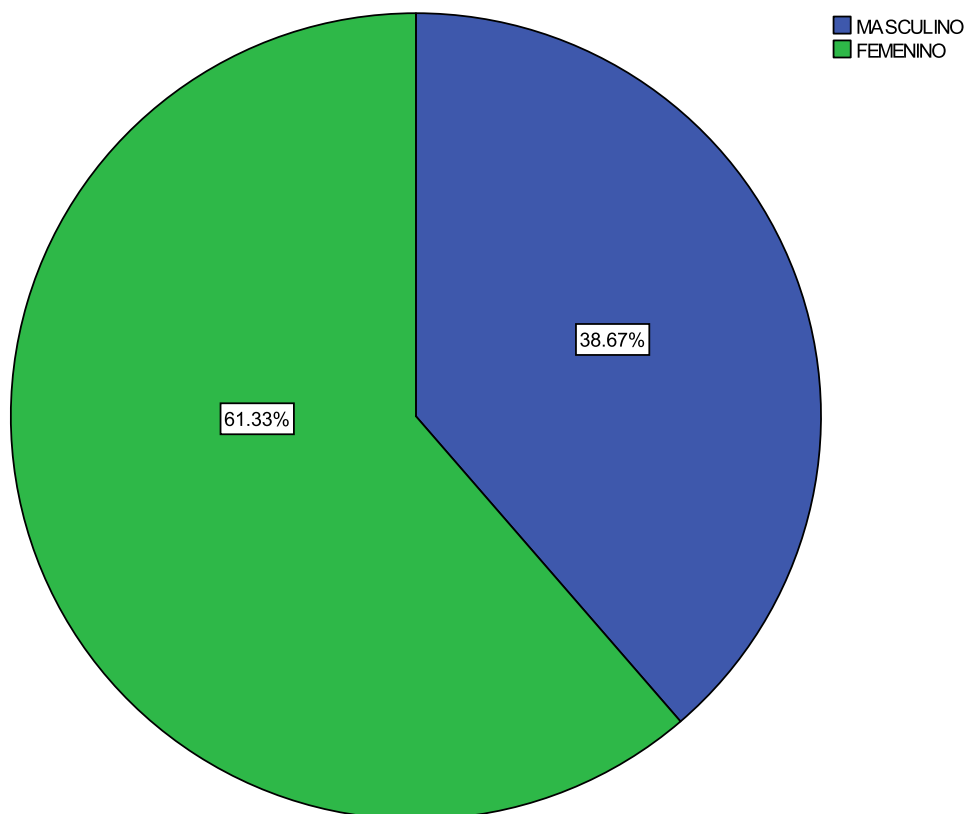


Fuente: Instrumento de recolección de datos

El mayor porcentaje pertenece al género femenino (61.3%) en comparación con el masculino (38.7%). (Gráfica No. 2);

Gráfica No. 2

“DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR GÉNERO”

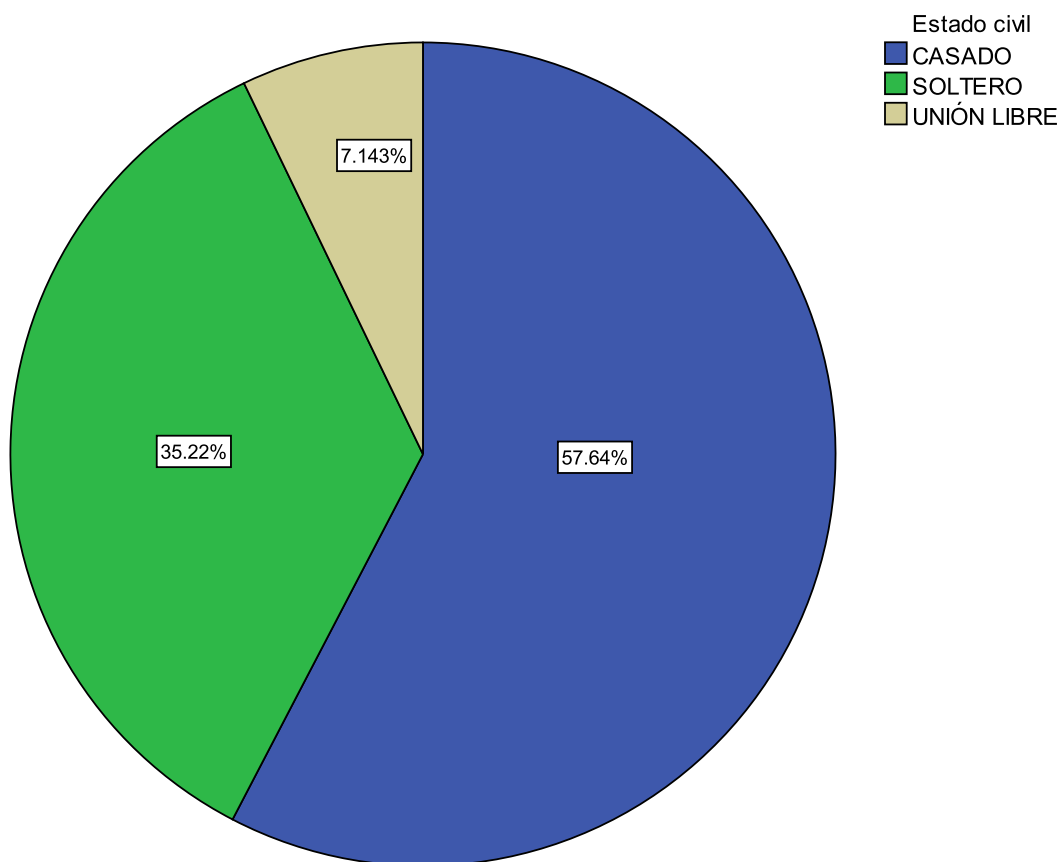


Fuente: Instrumento de recolección de datos

Predomina el estado civil casado con 57.6%, seguido de los solteros con 35.2% y en unión libre con 7.1%. (Gráfica No. 3);

Gráfica No. 3

“DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR ESTADO CIVIL”

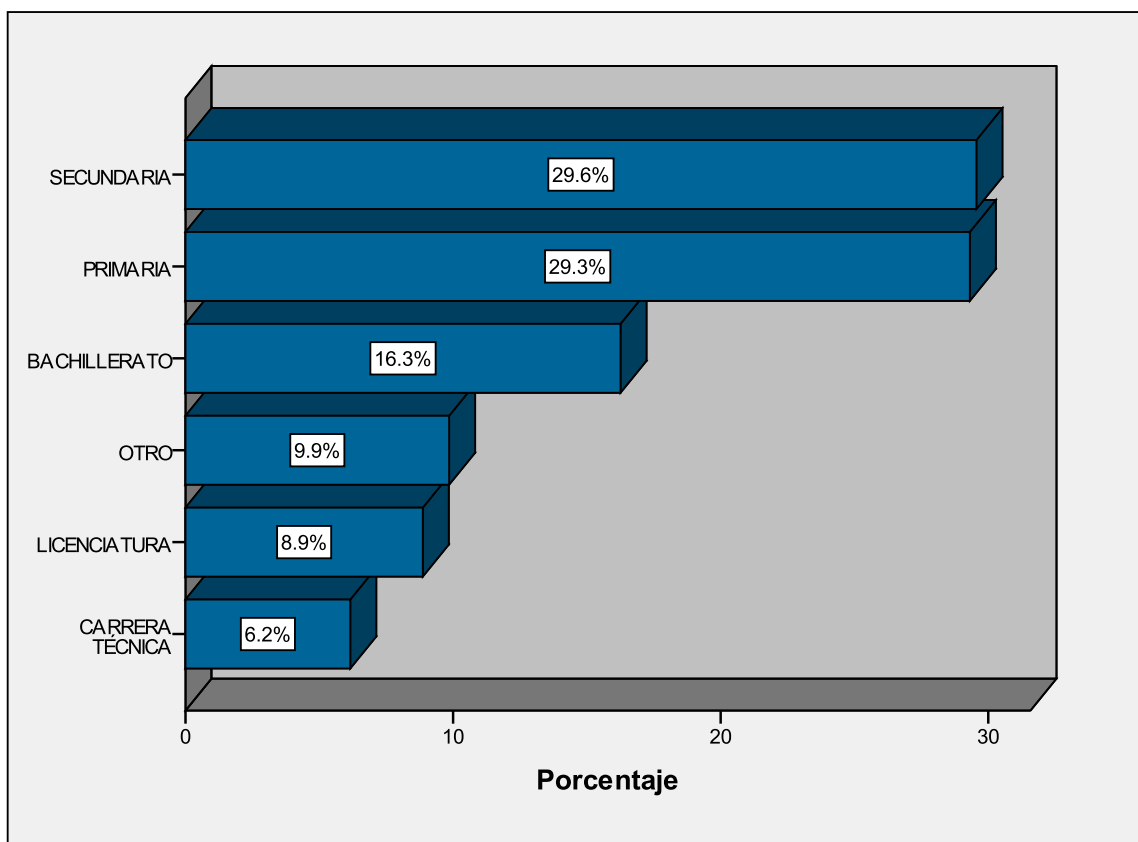


Fuente: Instrumento de recolección de datos

Las dos terceras partes de los usuarios cuentan con primaria o secundaria y solo una tercera parte con estudio de nivel superior (Gráfica No. 4)

Gráfica No. 4

“DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR ESCOLARIDAD”

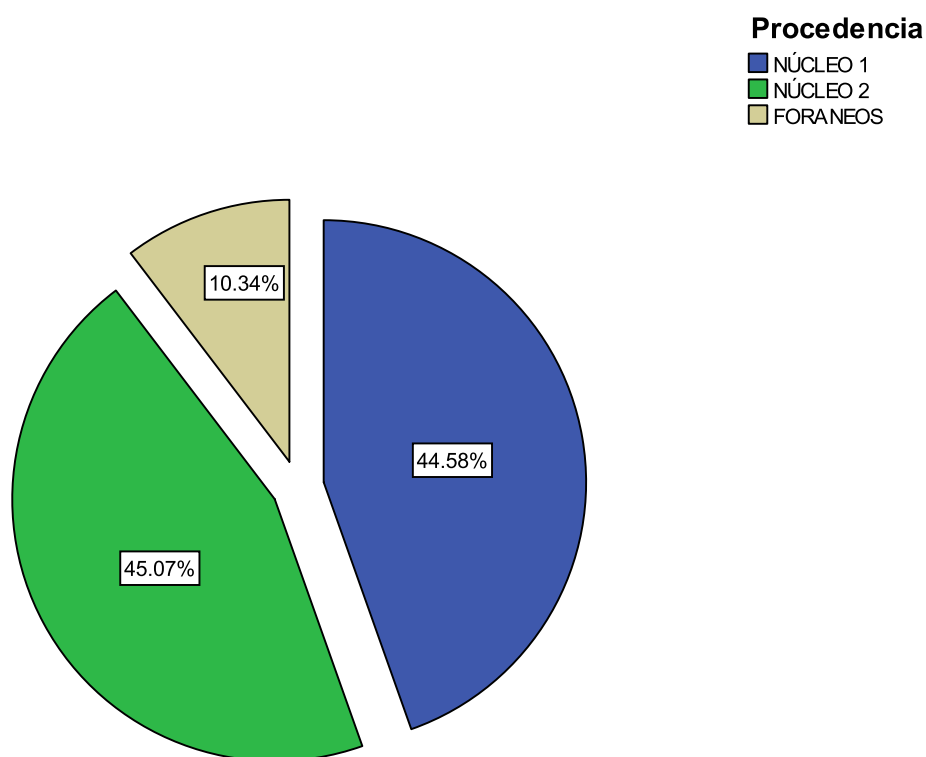


Fuente: Instrumento de recolección de datos

Con respecto a la procedencia de los usuarios, se obtuvieron porcentajes del 45.1 y 44.6% por núcleo básico de responsabilidad y solo un 10.3% en la población foránea; (Gráfica No. 5);

Gráfica No. 5

“DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR LUGAR DE PROCEDENCIA”



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Es notable la frecuencia de usuarios que no es asegurado, destacando la población que cuenta con el seguro popular. (Tabla No. 1)

Tabla No. 1

“DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR DERECHOHABIENTIA”

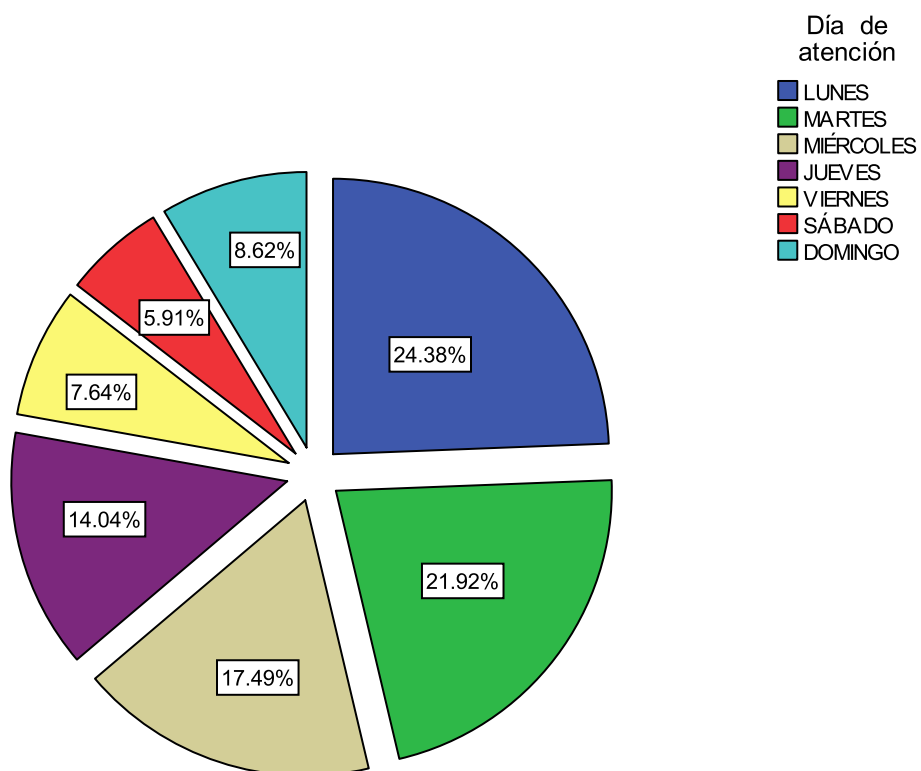
AFILIACIÓN		FRECUENCIA	%
IMSS		9	2.22
ISSSTE		16	3.94
SEDENA		0	0.00
PEMEX		0	0.00
NO ASEGURADA	CON SEGURO POPULAR	310	76.35
	SIN SEGURO POPULAR	71	17.49
TOTAL		406	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Predominan los usuarios que acudieron a recibir atención de enfermería los días lunes, martes y miércoles (Gráfica No. 6)

Gráfica No. 6

**DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR DIA DE LA SEMANA EN QUE
RECIBIERON ATENCIÓN**

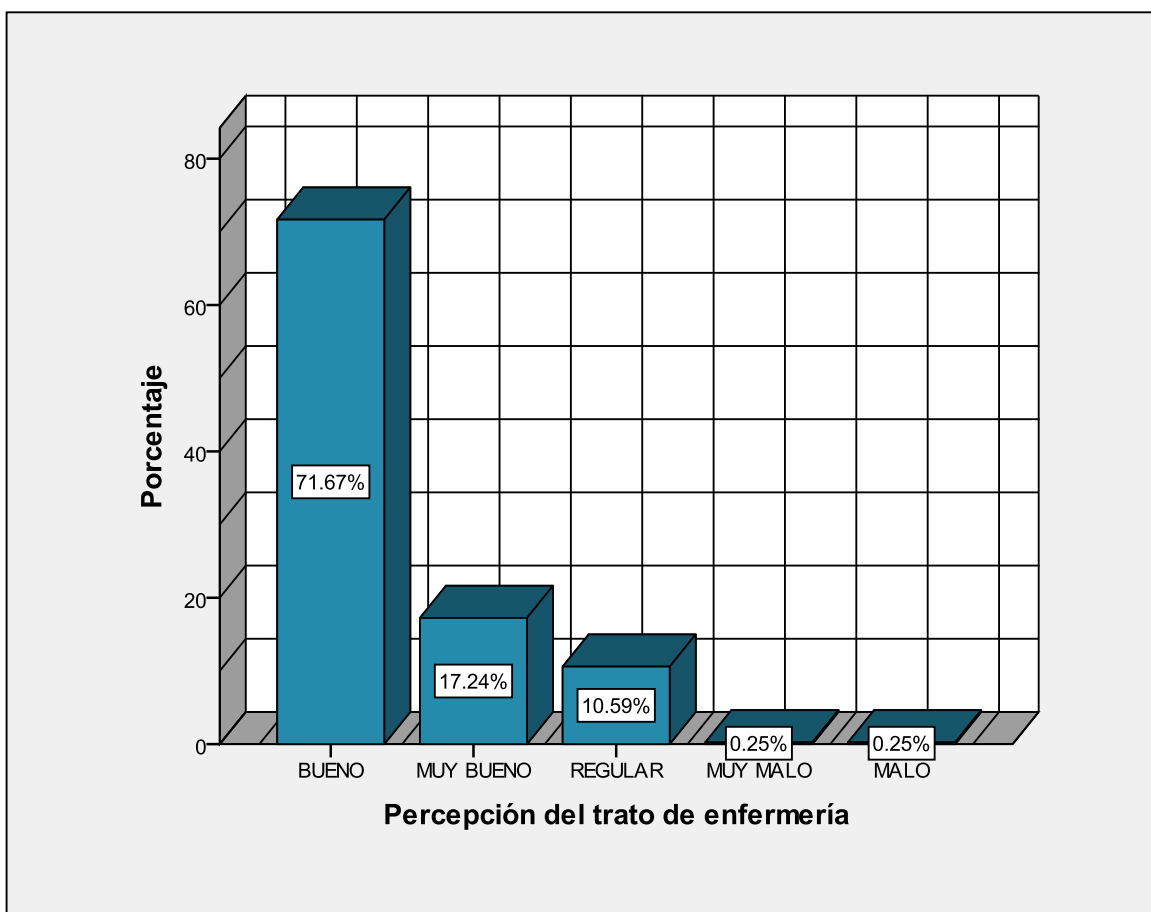


Fuente: Instrumento de captación de datos

Con respecto a la percepción de los usuarios acerca del trato que reciben del personal de enfermería, la mayoría (88.91%) perciben un buen trato, siendo solo el 11.09% que percibe lo contrario. (Gráfica No. 7)

Gráfica No. 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR PERCEPCIÓN DEL TRATO RECIBIDO

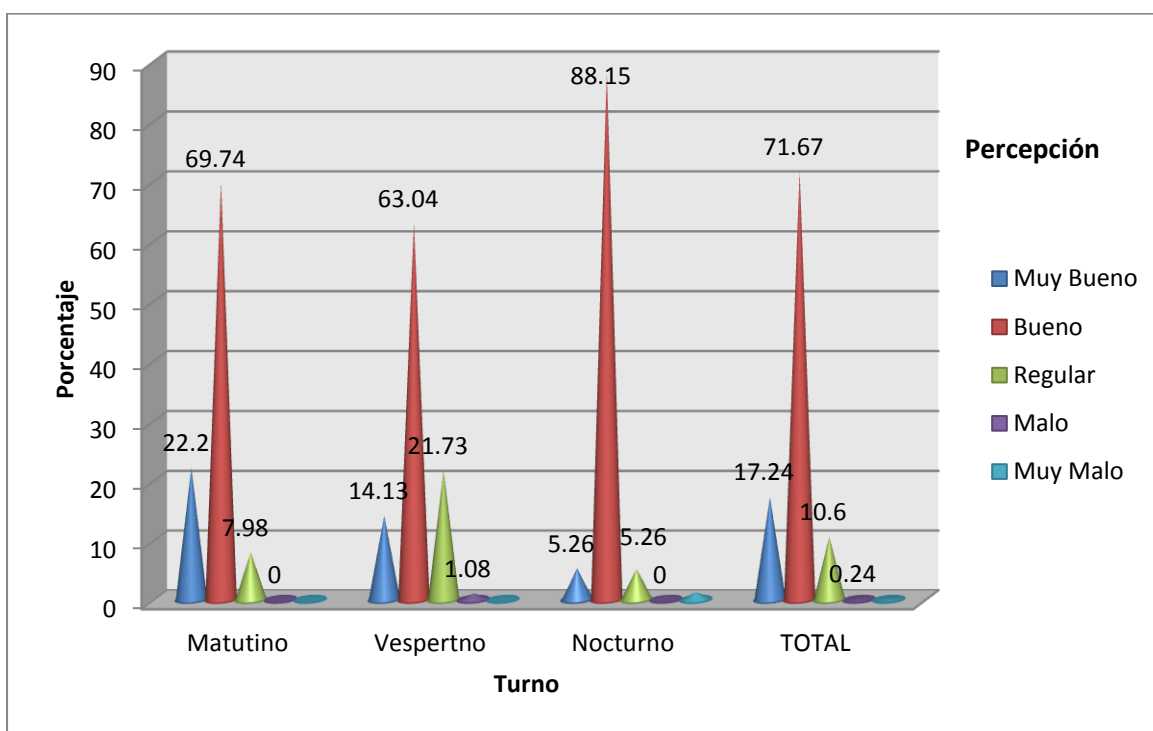


Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los resultados obtenidos relacionados a la percepción del usuario acerca del trato que recibe del personal de enfermería por turno de atención, demuestran que de los 238 usuarios atendidos durante el turno matutino, el 69.74% lo considero como “BUENO”, el 22.2% MUY BUENO y el 7.98% REGULAR. De 92 usuarios atendidos en el turno vespertino, la mayor frecuencia (63.04%) lo consideró BUENO, seguido de 21.73% que lo consideró REGULAR. De 76 usuarios atendidos durante el turno nocturno el 88.15% consideró el trato como BUENO, el 5.26% MUY BUENO, el 5.26% como REGULAR, y solo el 1.31% como MUY MALO. (Gráfica No. 8)

Gráfica No. 8

“PERCEPCIÓN DEL TRATO RECIBIDO POR TURNO DE ATENCIÓN”



Fuente: Instrumento de recolección de datos

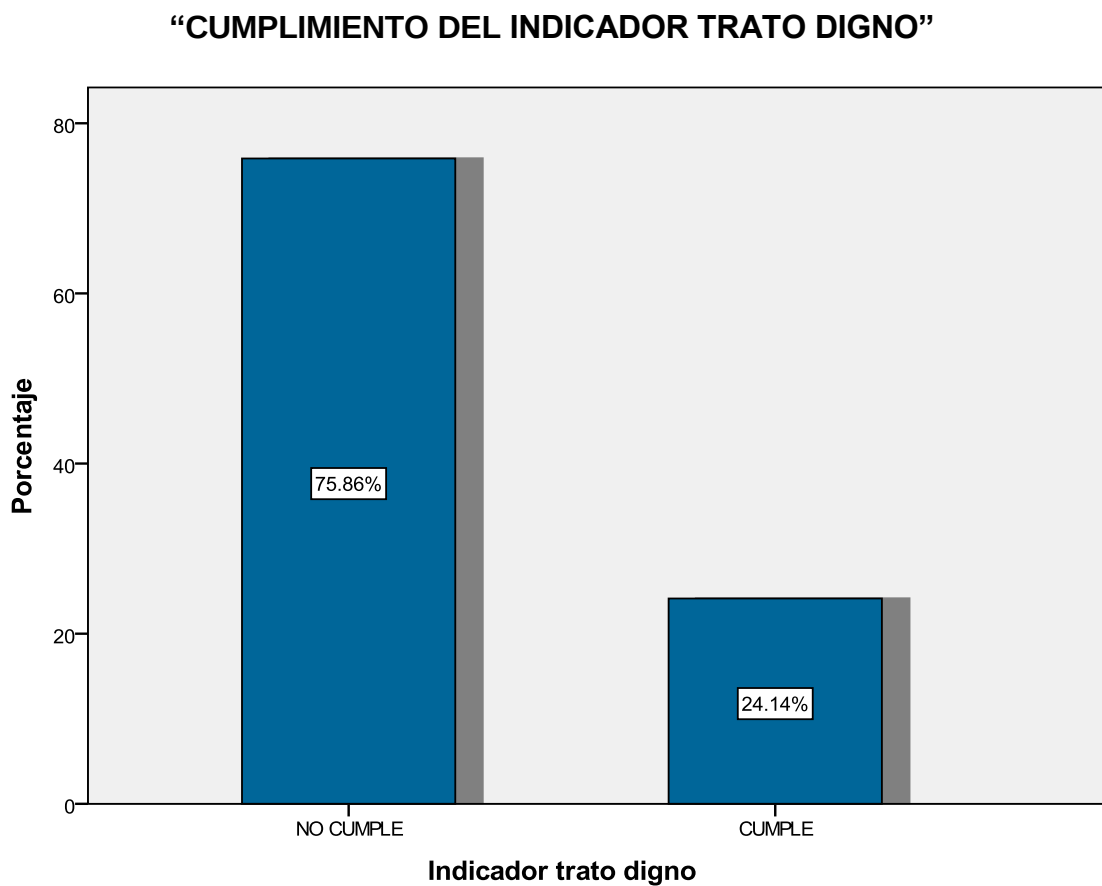
Con respecto a la percepción de los usuarios por servicio donde recibieron la atención, destacan los servicios de vacunación (100%), detección oportuna de cáncer cérvico-uterino (90%) y toma de signos vitales (89%), en donde consideraron la atención “muy buena” y “buena”, por el contrario en los servicios de administración de medicamentos, hidratación oral, tamiz neonatal y glicemia capilar, aproximadamente la cuarta parte percibió el trato como regular y en ocasiones malo. (Tabla No. 2).

Tabla No. 2

“PERCEPCIÓN DEL TRATO POR TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA”												
TIPO DE ATENCIÓN	Percepción del trato de enfermería											
	MB	%	B	%	R	%	M	%	MM	%	T	%
SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA	32	12	209	77	28	10	1	0	1	0	271	67
DOC CACU Y/O MAMARIO	1	14	6	86	0	0	0	0	0	0	7	1.7
APLICACIÓN DE VACUNAS	13	48	14	52	0	0	0	0	0	0	27	6.7
TOMA DE TAMIZ NEONATAL	8	67	2	17	2	17	0	0	0	0	12	3
GLICEMIA CAPILAR	6	32	10	53	3	16	0	0	0	0	19	4.7
MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	0	0	20	77	6	23	0	0	0	0	26	6.4
INSTALACIÓN DE VENOCÁLISIS	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	2	0.5
HIDRATACIÓN ORAL	0	0	7	78	2	22	0	0	0	0	9	2.2
CURACIÓN	5	29	11	65	1	6	0	0	0	0	17	4.2
SUTURA	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	8	2
PARTO Y PUERPERIO	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	2	0.5
OTRA	4	67	1	17	1	17	0	0	0	0	6	1.5
TOTAL	70	17	291	72	43	11	1	0	1	0	406	100
Fuente: Instrumento de recolección de datos												

En cuanto al indicador de trato digno, en el 75.86% de las atenciones no se cumplió con el estándar, (Gráfica No. 9);

Gráfica No. 9



Fuente: Instrumento de recolección de datos

El mayor porcentaje de los usuarios manifestó que la enfermera no se presentó al otorgar la atención (86.95%), no se dirigió a él por su nombre (64.78%), excedió el tiempo de espera (24.38%) y en menor frecuencia (10.10%) no explicó al paciente los procedimientos que le iba a realizar.

De las atenciones que sí cumplieron con el estándar (24.14%) los criterios con mayor porcentaje de cumplimiento fueron: tratar al paciente con respeto (99.26%), ofrecer las condiciones necesarias que guardan la intimidad o pudor (97.78%), amabilidad (95.81%), así como seguridad (95.81%), y ambiente agradable (95.07%). (Tabla No. 3)

Tabla No. 3

“CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEL INDICADOR TRATO DIGNO”

CRITERIOS DEL INDICADOR TRATO DIGNO	CUMPLIÓ	%	NO CUMPLIÓ	%	TOTAL
TIEMPO DE ESPERA	307	75.62	99	24.38	406
AMABILIDAD	389	95.81	17	4.19	406
SE PRESENTÓ CON EL USUARIO	53	13.05	353	86.95	406
SE DIRIGIÓ POR SU NOMBRE	143	35.22	263	64.78	406
EXPLICÓ PROCEDIMIENTO	365	89.90	41	10.10	406
ESTANCIA AGRADABLE	386	95.07	20	4.93	406
CONDICIONES QUE GUARDAN LA INTIMIDAD O PUDOR	397	97.78	9	2.22	406
SEGURIDAD	389	95.81	17	4.19	406
RESPECTO	403	99.26	3	0.74	406
ENSEÑÓ CUIDADOS	357	87.93	49	12.07	406
INFORMACIÓN ADECUADA	325	80.05	81	19.95	406

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Finalmente, al analizar la percepción del usuario con respecto al cumplimiento de los criterios del indicador trato digno, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0.015$). (Tabla No. 4)

Tabla No. 4

“PERCEPCIÓN DEL TRATO DE ENFERMERIA CON RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEL INDICADOR TRATO DIGNO”

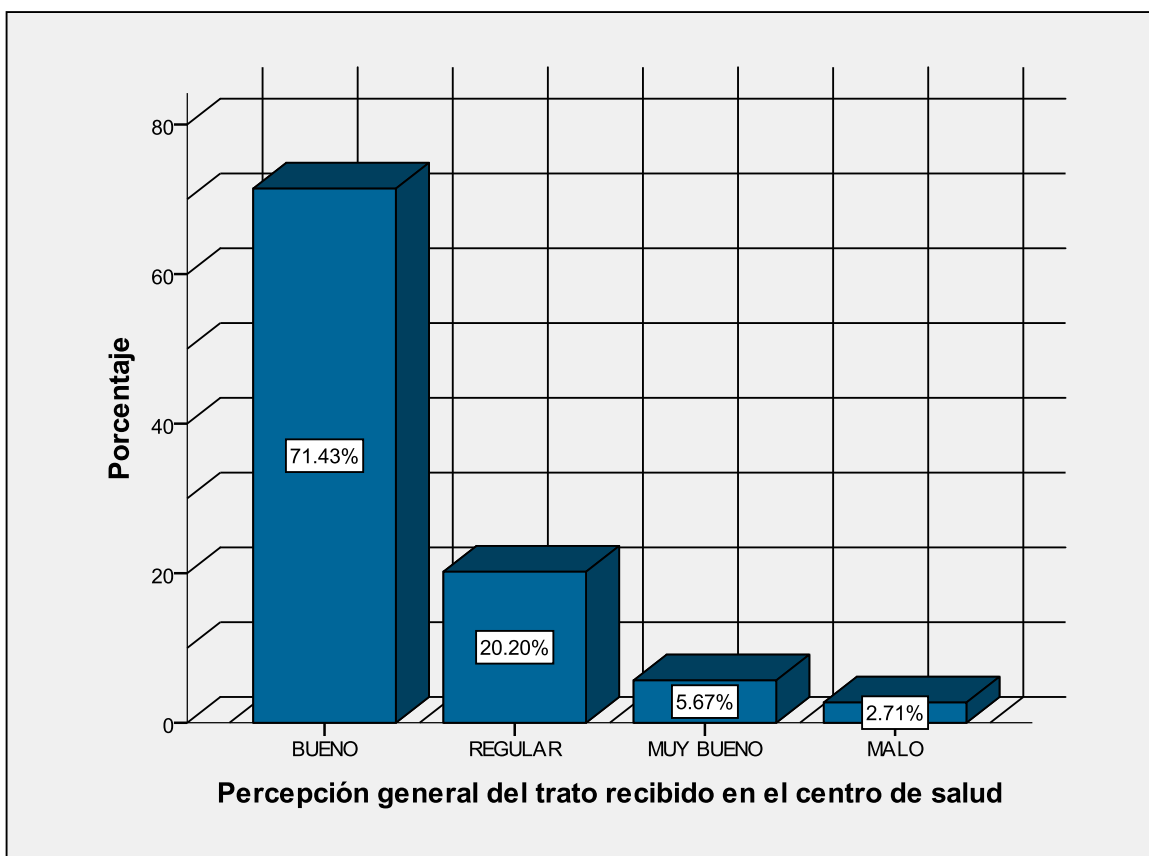
		INDICADOR TRATO DIGNO		TOTAL
		No cumple	Cumple	
PERCEPCIÓN DEL TRATO DE ENFERMERÍA	Muy bueno	44	26	70
	Bueno	223	68	291
	Regular	39	4	43
	Malo	1	0	1
	Muy malo	1	0	1
TOTAL		308	98	406

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Al analizar la percepción de los usuarios acerca del trato recibido por todo el personal que le brindó atención en el centro de salud, el 71.43%, manifestó que fue BUENO, seguido del 20.20% que lo calificó como REGULAR, el 5.67% MUY BUENO y el menor porcentaje 2.71%, manifestó que fue MALO. (Figura No. 8); siendo el área médica y odontológica, las señaladas como áreas de mal trato con un mínimo porcentaje. (Gráfica No. 10)

Gráfica No. 10

PERCEPCIÓN GENERAL DEL TRATO RECIBIDO EN EL CENTRO DE SALUD

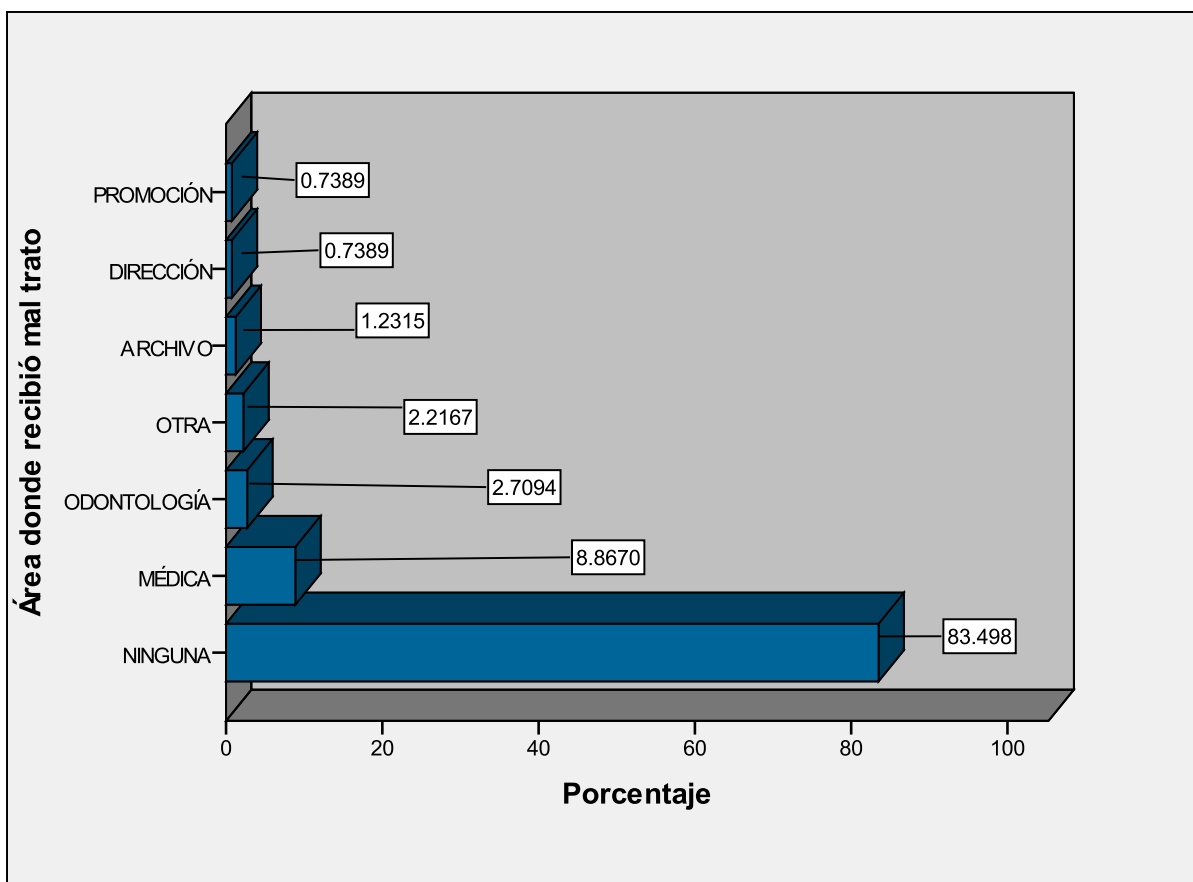


Fuente: Instrumento de recolección de datos

Las áreas con mayor frecuencia de mal trato al usuario son el área médica (8.86%), y odontológica (2.709) siendo porcentajes muy bajos. (Gráfica No. 11)

Gráfica No. 11

DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DONDE SE RECIBIÓ MAL TRATO



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Con los resultados obtenidos sabemos que el personal de enfermería, no cumple con el total de criterios que establece el indicador trato digno al proporcionar la atención, lo cual difiere de los resultados emitidos por el mismo sistema durante el año 2010 al evaluar el “Trato digno” en unidades de primer nivel el cual incluye al personal de enfermería y a todo el personal que otorgó atención al usuario sin importar su perfil académico o puesto.

En investigaciones realizadas anteriormente, la CONAMED realizó un estudio publicado por Omaña Martínez, donde evalúa la satisfacción de las mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo con base al indicador trato digno, demostrando que el trato ofrecido por los médicos fue de 55.6 puntos de un máximo de 100, mientras que el personal de enfermería fue calificado con 71 puntos. Las usuarias se mostraron insatisfechas con el tiempo de espera para la consulta el cual debe ser de menos de 30 minutos, consideraron que el trato del hospital no fue bueno, siendo los médicos el personal peor calificado. Los parámetros con menor calificación fueron la información que el médico dio a las usuarias sobre los procedimientos que le iba a realizar y la claridad del lenguaje para explicar el procedimiento y efectos secundarios.¹⁴ Estos resultados son similares al presente estudio debido a que también los usuarios quedaron satisfechos en su mayoría con el trato del personal de enfermería, y también manifestaron insatisfacción con el tiempo de espera y la atención que le brindó el personal médico en algunos casos.

Con respecto al estudio que realizaron Carrillo Martínez M, et al, sobre el cumplimiento del indicador trato digno proporcionado por el personal de enfermería en el servicio de crónico degenerativo, también se describieron los datos socio-demográficos del paciente y a diferencia del presente estudio el trato se evaluó como excelente.¹⁹

Puebla Viera y cols., en el 2009, conocieron la percepción de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, B. C. sobre la atención recibida por el personal de enfermería; la atención fue considerada como mala ya que el trato fue inadecuado, sin respeto y sin profesionalismo.¹

X. CONCLUSIONES

Del total de los usuarios, predomina el grupo de edad de 20 a 44 años, el género femenino, el estado civil casado, la escolaridad de primaria y secundaria y la población no asegurada que cuenta con seguro popular.

La gran mayoría de los usuarios percibió que el trato proporcionado por el personal de enfermería fue bueno.

Destacan los servicios de vacunación y detección oportuna de cáncer como áreas donde se otorga buen trato al usuario, así como los turnos matutino y nocturno.

El personal de enfermería no cumple con todos los criterios que evalúan el indicador trato digno al proporcionar la atención, omitiendo en la mayoría de los casos presentarse con el paciente, llamarlo por su nombre y explicarle el procedimiento a realizar.

Los porcentajes más altos en cuanto al indicador trato digno fueron, el trato con respeto al usuario, procurar ofrecer las condiciones que guardan la intimidad o pudor, ofrecer seguridad, ambiente agradable y trato amable, por lo que se concluye que estos aspectos son de más valía para el usuario que el ser llamados por su nombre y/o que la enfermera se presente con ellos antes de proporcionar los cuidados.

Finalmente, y de acuerdo a los resultados obtenidos no existe relación entre el cumplimiento de los indicadores que evalúan el Trato digno al proporcionar la atención al usuario con respecto a la percepción que tiene este del trato recibido.

XI. RECOMENDACIONES

- Reforzar la información al personal de salud acerca de los indicadores de calidad y el sistema INDICAS II.
- Fomentar el cumplimiento de los criterios que evalúan el indicador trato digno en el personal de enfermería
- Sensibilizar al personal de salud a través de la capacitación continua.
- Implementar el indicador de calidad trato digno específicamente para el personal de enfermería en unidades de primer nivel de atención, ya que no existe.
- Hacer extensiva la información al usuario acerca de los criterios que evalúan el indicador trato digno para que los identifique y que su percepción este ligada estrechamente al cumplimiento de estos.
- Desarrollar un proceso de acreditación en unidades de primer nivel en base a la norma ISO 9001.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. <http://es.wikipedia.org/wiki/Percepci%C3%B3n>
2. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, 3a. ed. México; Talleres de Impresión de Estampillas y Valores. 2008.
3. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012, 1a. ed. México. 2007.
4. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012: Sistema Integral de Calidad en Salud SI CALIDAD.1a. ed. México D. F. Médica Panamericana. 2007.
5. Secretaria de Salud. Comisión Permanente de Enfermería. Programa de Acción Específico 2007-2012. 1ª. ed. México; 2006
6. Servicios de Salud de Oaxaca, Centro de Salud 2 NBSS Pueblo Nuevo. Diagnóstico de Salud. Oaxaca. 2010.
7. Ortega Vargas, Suárez Vásquez, Manual de la Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería. 1a. Ed. México. Médica Panamericana. 2006.
8. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. 1a. Ed. México. 2001.
9. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006: Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México. 2001

10. Secretaría de Salud. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería: Tres indicadores de Aplicación Hospitalaria. Mexico. 2003
11. Jamaica M, Rodríguez M. Calidad de la Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional Materno-Perinatal. Revistas de Ciencias de la Salud 2007; 2 (1): 14-18.
12. Torres Contreras CC, Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Revista Avances en Enfermería. 2010; XXVII (2): 98-110.
13. Torres Mora C, Percepción del paciente hospitalizado sobre el Trato Digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. Revista mexicana de Cardiología 2010; 18 (3): 60-64.
14. Nava Galván M.G, Zamora Ruíz P, Percepción del Trato Digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Revista de Enfermería neurológica (Mex) 2010, 9 (1): 32-38.
15. Omaña Martínez V, Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan la interrupción legal del embarazo, con base al indicador Trato Digno. Revista CONAMED (Méx) 2010; 15 (3)125-139.
16. Puebla Viera DC, Ramírez Gutiérrez A, Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Revista de Enfermería IMSS (Méx) 2009; 17 (2): 97-102.
17. [Http://www.iso9000plus.com.ar/curso/Gestion_de_Calidad_maestros1.pdf](http://www.iso9000plus.com.ar/curso/Gestion_de_Calidad_maestros1.pdf).

18. Frenk Mora J, Avedis Donavedian: In Memoriam, Revista de Salud Pública de México (Méx) 2000;42,(6)556-559.
19. Balderas Pedrero ML, Administración de los servicios de enfermería. 4ª ed. México. Mc Graw Hill. 2005.
20. Carrillo Martínez M, et al, Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. Revista de Enfermería IMSS (Méx) 2009; 17 (3): 139--142.

ANEXOS

ANEXO No. 1

Información del indicador trato digno de unidades de la Secretaría de Salud durante el 1er. cuatrimestre del año 2010

<u>Satisfacción por el trato recibido</u>			
C.S.U. 02 N.B., PUEBLO NUEVO			
VALOR	VALOR PROMEDIO	DELTA	AÑO ANTERIOR
99.6	99.6	-0.4	-

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Información del indicador trato digno de unidades de la Secretaría de Salud durante el 2º. cuatrimestre del año 2010

<u>Satisfacción por el trato recibido</u>			
C.S.U. 02 N.B., PUEBLO NUEVO			
VALOR	VALOR PROMEDIO	DELTA	AÑO ANTERIOR
99.3	99.6	-0.3	99.1

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Información del indicador trato digno de unidades de la Secretaría Salud durante el 3er. cuatrimestre del año 2010

<u>Satisfacción por el trato recibido</u>			
C.S.U. 02 N.B., PUEBLO NUEVO			
VALOR	VALOR PROMEDIO	DELTA	AÑO ANTERIOR
97.6	98.8	-1.6	100

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

· **PROCEDENCIA:**

- | | | |
|--------------------|----------------------|-----------------|
| 1.1 Los Ángeles | 1.5 9 de Mayo | 2.4 Buena Vista |
| 1.2 El Manantial | 2.1 P. N. Parte Alta | 2.5 Loma Bonita |
| 1.3 Manzana 48 | 2.2 P. N. Parte Baja | 2.6 San Rafael |
| 1.4 Constituyentes | 2.3 Eucaliptos | 3. Foráneos |

· **DERECHOHABIENTE**

- | | | |
|-----------|------------------|-----------------|
| 1. IMSS | 4. PEMEX | 7. POB. ABIERTA |
| 2. ISSSTE | 5. SEG. POPULAR | |
| 3. SEDENA | 6. OPORTUNIDADES | |

· **TIPO DE ATENCIÓN**

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|
| 1. Signos vitales/somatometría | 5. Glicemia Capilar | 9. Curación |
| 2. DOC Ca Cu y/o Mamario | 6. Ministración de medicamentos | 10. Sutura |
| 3. Aplicación de vacunas | 7. Instalación de venoclisis | 11. Cuidados durante el Parto y Puerperio |
| 4. Tamiz neonatal | 8. Hidratación Oral | 12. Otra |

· **TURNO EN QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN:**

- | | | |
|-------------|---------------|-------------|
| 1. Matutino | 2. Vespertino | 3. Nocturno |
|-------------|---------------|-------------|

· **DÍA EN QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN:**

- | | | |
|--------------|------------|------------|
| 1. Lunes | 4. Jueves | 7. Domingo |
| 2. Martes | 5. Viernes | |
| 3. Miércoles | 6. Sábado | |

II.PERCEPCIÓN

· **EL TRATO QUE RECIBIÓ DE LA ENFERMERA FUE...**

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1. Muy bueno | 3. Regular | 5. Muy malo |
| 2. Bueno | 4. Malo | |

· **CON EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA SER ATENDIDO POR LA ENFERMERA, ¿QUEDÓ USTED?**

- | | | |
|-------------------|---------------------------|---------------------|
| 1. Muy satisfecho | 3. Mas o menos satisfecho | 5. Muy insatisfecho |
| 2. Satisfecho | 4. Insatisfecho | |

· **¿LA ENFERMERA LO SALUDÓ EN FORMA AMABLE?**

- | | |
|-------|-------|
| 1. Si | 2. No |
|-------|-------|

· **¿SE PRESENTÓ LA ENFERMERA CON USTED?**

- | | |
|-------|-------|
| 1. Si | 2. No |
|-------|-------|

PROCE
DEREC
TIPO A
TURNO
DIA
TRENF
ESPER
AMABL
PRESE

· **CUANDO LA ENFERMERA SE DIRIGIÓ A USTED, ¿LO HIZO POR SU NOMBRE?**

1. Si 2. No

· **¿LA ENFERMERA LE EXPLICÓ SOBRE LOS CUIDADOS O ACTIVIDADES QUE LE IBA A REALIZAR?**

1. Si 2. No

· **¿LA ENFERMERA SE INTERESÓ DENTRO DE LO POSIBLE PORQUE SU ESTANCIA FUERA AGRADABLE?**

1. Si 2. No

· **¿LA ENFERMERA PROCURÓ OFRECERLE LAS CONDICIONES NECESARIAS QUE GUARDAN SU INTIMIDAD O PUDOR?**

1. Si 2. No

· **¿LA ENFERMERA LO HIZO SENTIRSE SEGURO AL ATENDERLE?**

1. Si 2. No

· **¿LA ENFERMERA LO TRATÓ CON RESPETO?**

1. Si 2. No

· **¿LA ENFERMERA LE ENSEÑÓ A USTED O SU FAMILIAR DE LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER RESPETO A SU PADECIMIENTO?**

1. Si 2. No 3. No aplica

· **LA INFORMACIÓN QUE LE PROPORCIONÓ LA ENFERMERA ¿CÓMO LA CONSIDERA USTED?**

1. Muy clara 3. Regular 5. No recibió información
2. Clara 4. Confusa

· **EN GENERAL, EL TRATO QUE RECIBIÓ EN ESTE CENTRO DE SALUD FUE...**

1. Muy bueno 4. Malo
2. Bueno 5. Muy malo
3. Regular

· **¿EN QUÉ ÁREA DEL CENTRO DE SALUD EL PERSONAL LE DIÓ MAL TRATO?**

1. Dirección 4. Psicología 7. Archivo
2. Médica 5. Promoción 8. Ninguna
3. Odontología 6. Caja 9. Otra _____

NOMBR

EXPLI

AGRAD

PUDOR

SEGUR

RESPE

CUIDA

INFOR

TRUOP

MALTR

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR: _____

PERMISO

Los autores conceden permiso para la reproducción total o parcialmente y por cualquier medio al trabajo final titulado “Percepción de los usuarios sobre el trato digno de enfermeras del centro de salud de Pueblo Nuevo Oaxaca” para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.

Candidata:

GLADYS TERESITA LÓPEZ FABIÁN

Comité de tesis

DR. JUAN FRANCISCO MOLINA RODRÍGUEZ

M.S.P. ERICK AZAMAR CRUZ

M. C. E. CRISEIDA PINEDA ROBLES