

## **El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención?**

**Gutiérrez-Meléndez Liliana**

Licenciada en Enfermería. Especialista en Administración de Salud. Consultora en Calidad de los Servicios de Salud, México D.F. México

¿Cómo humanizar la relación entre aquellas personas que poseen conocimientos técnicos-científicos y el ser humano, frágil y angustiado, que vive la dificultad de una enfermedad que afecta emocional y profundamente su ser personal y todo su entorno?

Esta situación que viven diariamente los pacientes, se debe a una deficiente atención personalizada y a la deshumanización de quienes prestamos los servicios de salud. La atención en los servicios de salud suele ser relativamente despersonalizada debido al personal que está en contacto directo e indirecto con el paciente y su familia, pero al mismo tiempo poco humanizada, ya que no existe cercanía ni trato digno para el paciente. Este es un problema que día a día afecta al paciente y preocupa tanto a los trabajadores como al personal directivo, precisamente por la imagen y la percepción que se tiene del personal de salud respecto a que el paciente se convierte en objeto una vez que ingresa a una unidad hospitalaria a recibir servicios.

Dentro de la unidad médica, el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, sus sentimientos y valores no se toman en cuenta, y pasa a ser un número de habitación o expediente clínico o una patología o diagnóstico, quedando en el olvido su dimensión emocional y personal única en cada paciente o individuo.

Es verdad que no se pueden crear vínculos afectivos con los pacientes, pero esto no debe impedir, ni dejar que se produzca la ausencia de calidez en las relaciones humanas. Hay que recordar que el hecho de estar el paciente fuera de su entorno y en un ambiente extraño le origina estrés, pérdida de autonomía y se restringe su libertad, su individualidad y naturalidad. Esto se observa comúnmente en los pacientes con largos días de estancia hospitalaria y con un diagnóstico no definitivo o terminal. Por ello se hace preciso buscar un equilibrio que permita un compromiso emocional genuino con los pacientes, pero al mismo tiempo, condicionado.

Correspondencia:

Nicolás San Juan 1755 Depto. 101 Col. Del Valle C.P. 03100, Delg. Benito Juárez.

Teléfono 5534 1787. México D.F. México

Dirección electrónica: ligume10@hotmail.com

Del mismo modo, la vulnerabilidad y dependencia del paciente puede incrementar el poder de los profesionales de la salud. Por ello es necesario acentuar la conciencia de que los profesionales de la salud servimos a la humanidad y que estamos obligados a respetar los derechos de los enfermos y de su familia, y que siempre deben recibir información conveniente, completa e inteligible de su diagnóstico y pronóstico.

Cuidar a otro ser humano en su cotidianidad es ante todo un acto de vida donde se debe respetar y tener en cuenta la persona y sus costumbres. Por esto el desarrollo de la medicina y sus avances, no puede dejar aparte, el componente humanista de la relación entre las partes, una que pone su saber para ayudar, aliviar y curar, y la otra que demanda y necesita saber de su condición o estado, pero con un componente indispensable de calidez y confianza.

El principio de beneficencia obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente con ética y profesionalismo y hacer cuanto pueda para mejorar su salud.

¿Cuál es el papel del profesional de la salud, especialmente de enfermería, en esta nueva visión o replanteamiento del trato humano?

El profesional de la salud constituye un recurso básico para liderar los cambios esenciales de las instituciones; el papel del profesional de enfermería en la transformación de los sistemas de salud y la profesión misma es fundamental, ya que requiere de una visión más allá de su práctica y un proceso de gestión consecuente con esta realidad, así como el replantear "qué es hoy" y lo que "debería ser" la profesión de enfermería.

Justamente, la concepción humanística y social en el personal de enfermería es fundamento del ejercicio de su práctica y esto orienta al desempeño con honestidad, ética y búsqueda

permanente en el mejoramiento continuo. El respeto a la intimidad y pudor del paciente y el establecimiento de una verdadera relación comunicativa permitirá la expresión libre de pensamientos de ambas partes, basado en respeto y comprensión.

Con estas bases y principios lo que se pretende es que los servicios de enfermería sean brindados por un grupo técnico científico con alto grado de responsabilidad y calidad humana, que participen de manera activa y comprometida en todo el proceso de atención al paciente. Es así como éstos deben unificar criterios sobre la naturaleza del ser humano como un ser holístico, defender los derechos de los pacientes, los derechos a la salud, la naturaleza del cuidado de enfermería y su gestión. También deben estar orientadas a consolidar su liderazgo y potencializar la motivación de su personal, la transmisión de los valores que giran entorno al cuidado, fomentar la creatividad y la autonomía en el proceso de toma de decisiones.

Así mismo hay que reflexionar sobre la delegación de responsabilidades en todas las actividades. Estas aunque parezcan a veces habituales y sencillas, las dejamos en manos de personal con menos competencia profesional para que las realice. Así que, tanto los aspectos humanísticos como el conocimiento técnico científico, son igualmente importantes y relevantes en todo el proceso de atención y cuidado.

La carta de los derechos de los pacientes, el código de ética y el código de conducta para el personal de salud entre otros, son elementos esenciales para el desarrollo de la humanización de la atención, sin embargo estos deben ser bien comprendidos y asumidos por los directivos y por los trabajadores de las dependencias de las unidades de salud.

En el proceso de mejoramiento y humanización del profesional en salud es importante conocer la opinión o la

información de los pacientes y/o usuarios de los servicios de salud. El usuario debe ser escuchado y deben establecerse y facilitarse los canales permanentes de comunicación con él, a través de los formularios, buzones de quejas, encuestas entre otras. Es obligación del personal de salud recoger esta información, respetarla, considerarla y resolverla (donde proceda) ya que es imprescindible para acercarnos más al conocimiento real de las necesidades y expectativas de los usuarios y así en forma permanente mejorar la gestión en los servicios de salud con un verdadero enfoque hacia el cliente.

Es necesario 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 al paciente, 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.

En correspondencia con lo anterior, es preponderante y necesario reflexionar sobre las responsabilidades de la enfermera y los efectos que ésta tiene cuando se falla y se comenten actos de negligencia en el ejercicio de la profesión; los costos económicos, legales, institucionales, emocionales y sociales entre otros, que afectan a la institución, al profesional y también al paciente y su familia.

El profesional de enfermería como agente de cambio tiene que fomentar la excelencia en la educación, aplicar sus teorías a la práctica para desarrollar la mayor calidad posible de atención al cliente; del mismo modo, aprender a mostrar qué hacemos, cómo y por qué lo hacemos, y demostrar competencia, profesionalismo y humanización. No hay que perder la esencia de nuestra profesión.

Otro aspecto importante para reflexionar es ¿La mala calidad o la no calidad tiene costo?

La base fundamental en las instituciones de salud para tener liderazgo competitivo, es el hecho de que todos los empleados estén convencidos y tomen acciones, para que la calidad esté tomada de la mano de un buen costo.

Uno de los mitos es que la calidad exige un costo mayor, y que de alguna manera es difícil realizar un buen servicio. Los hechos han demostrado repetidamente el principio básico de que la calidad significa buena utilización de recursos —equipos, materiales, información, y recursos humanos sobre todo— y por consiguiente supone costos bajos y productividad elevada, minimiza o evita riesgos, hay fidelidad del usuario y satisfacción.

Todo tiene un costo y los costos por mala calidad se pueden dividir en costos directos e indirectos, estos últimos son los que considero más relevantes por su implicación directa en el trato humano y respeto hacia el paciente.

Los costos directos de mala calidad se representan en todo gasto en que incurren las empresas para prevenir que las personas cometan errores, y los costos relacionados con la capacitación de las personas para que puedan hacer su trabajo eficazmente. Estos costos directos a su vez se subdividen en costos de prevención que son aquellos gastos destinados a ayudar a que el empleado haga siempre bien su trabajo.

Los costos de evaluación controlan los procesos y miden la evaluación de los servicios de conformidad con los criterios y procedimientos establecidos y que a su vez determinan si una actividad se hizo siempre bien.

Los costos indirectos de la mala calidad son aquellos que no se contabilizan en la unidad, de los que nunca se hablan, a quien nadie le interesa porque se cree que no repercute en la utilidad de la institución pero que forman parte del ciclo de vida del servicio, del usuario y su familia a quienes afecta directamente, y aunque no se le da la importancia de una u otra manera también afecta

a la institución. Encontramos tres categorías:

1. Los costos para usuario/cliente/paciente representados en la pérdida de productividad cuando el usuario está fuera de su trabajo, donde incurre en gastos por desplazamiento y tiempo utilizado para regresar a un reinternamiento o a una nueva consulta, por dar seguimiento a su queja, por agravamiento de su estado de salud, por estar lejos de su entorno familiar y por los costos emocionales, entre otros.

2. Costos por la insatisfacción del usuario/cliente/paciente expresados en un servicio ineficiente e insuficiente que no satisface las expectativas del mismo ya que éstos no se traducen en salud.

3. Los costos por la pérdida de reputación los cuales hacen referencia a la mala imagen y falta de credibilidad en la institución y su personal de salud.

Por lo anteriormente expuesto si bien es cierto no se puede hablar de la no-calidad, sin que implique un costo, lo que sí se puede decir con toda certeza es que al personal de enfermería y en general al personal del hospital no les genera ningún costo el saludar, ser amables, llamar al paciente por su nombre, darle la información y orientación necesaria a él y su familia sobre aspectos generales, administrativos y específicos de su estado de salud. Éstas entre otras son algunas de las cosas tan sencillas y cotidianas que se han perdido y son la base para el trato digno, humano, y respetuoso que debemos dar a los usuarios de los servicios. Todo esto contribuirá no sólo a disminuir los costos sino también a que el usuario tenga confianza en la institución y en el personal de salud que lo atiende.

### **Reflexión final**

En estos tiempos de cambios trascendentales, las instituciones de salud, deben enfrentar la transformación or-

ganizacional que les permita ser competitivas para responder al entorno, el cual se presenta dinámico y con alto nivel de incertidumbre. Es evidente el manejo y la aplicación de herramientas gerenciales y conceptos actuales de desarrollo organizacional, para ofrecer productos y servicios de salud de excelente calidad.

Por otra parte, la razón de ser de las organizaciones es ofrecer los productos y los servicios esperados por sus clientes, por lo que la mejora en la prestación de esos servicios o en la oferta de esos productos, sólo es posible si va precedida de un correcto diagnóstico de las necesidades y expectativas de los clientes o usuarios. Esta orientación al cliente es esencial porque, en última instancia, su propio que hacer y existencia sólo se justifica por la prestación de esos servicios a los ciudadanos.

Finalmente, considero que en estos tiempos de grandes cambios científicos y tecnológicos es oportuno que los profesionales de enfermería apliquemos en nuestra práctica cotidiana nuestros conocimientos conceptuales, filosóficos, tecnológicos y bioéticos desde un contexto de proceso de enfermería y las teorías que caracterizan a nuestra profesión, y que se vea reflejada en la aplicación de acciones, en la atención del paciente, familia y comunidad, permitiendo brindar atención de enfermería de alta calidad en forma oportuna y humanizada, con una base ética y moral que garantice el trato digno que mejore la calidad de la atención y la calidad de vida del paciente en la institución. Lo más importante y relevante es que la enfermera entienda su trabajo como una profesión, dedicada al más fundamental de los derechos humanos, como es, el derecho a la salud y al bienestar. Considerando como un valor fundamental la dignidad humana, donde el principio primordial es el respeto así mismo y absoluto e incondicionado a todo ser humano.

---

## Referencias

---

1. Consejo de Europa. Convenio de Asturias de Bioética. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. Oviedo, 4 de abril de 1997. [en línea] <http://www.filosofia.org/cod/c1997ast.htm> [Consultado 09/08/2007].
2. Gafo J, editor. Fundamentación de la bioética y manipulación genética, Madrid: UPCM, 1988.
3. Gracia D. Fundamentos de bioética. Eudema: Madrid, 1995.
4. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica, Madrid: Eudema, 1996.
5. Kieffer GH. Bioética, Alhambra, 1990.
6. Laín-Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Guadarrama, 1969.
7. López Azpitarte E. Ética y vida: desafíos actuales. Madrid: Ediciones Paulinas, 1990.
8. Secretaría de Salud (México). Código de conducta para el personal de salud 2002. [en línea]. <http://www.salud.gob.mx/dirgrss/codigo/ccps2002.html> [Consultado 14/08/2007].
9. Secretaría de Salud (México). Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. México, 2001.
10. Balderas Pedrero ML. Ética de Enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana. 1998.
11. Federación de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Venezuela. Código Deontológico de Enfermería. Caracas, Venezuela. 1999.
12. Gracia D. Bioética clínica. En: Gracia D. Estudios de Bioética 2. Santafé de Bogotá: El Búho, 1998.
13. Gracia D. Investigación clínica en profesión médica. Investigación y justicia sanitaria. En: Gracia D. Estudios de Bioética 4. Profesión médica, Investigación y justicia sanitaria. Santafé de Bogotá: El Búho, 1998.
14. Lolas Stepke F. Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida. 2a. ed. Santiago, Chile: Mediterráneo, 2001.
15. Cely Galindo G. Gen-Ética: donde la vida y la ética se articulan. Colección Bioética. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Bioética, 2001. 