

**CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS SOBRE COMPORTAMIENTOS DE
CUIDADO HUMANIZADO, SEGÚN INSTRUMENTO PCHE SEGUNDA VERSIÓN
EN LA CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, PEREIRA, RISARALDA 2018**

**LINA MARCELA DÍAZ MUÑOZ
CAROLINA LÓPEZ GÓMEZ
MARCELA PATRICIA ORREGO PARRA
JUAN SEBASTIÁN VALENCIA DUQUE**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA, RISARALDA
2018**

**CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS SOBRE COMPORTAMIENTOS DE
CUIDADO HUMANIZADO, SEGÚN INSTRUMENTO PCHE SEGUNDA VERSIÓN
EN LA CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, PEREIRA, RISARALDA 2018**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE AUDITOR EN SALUD

**LINA MARCELA DÍAZ MUÑOZ
CAROLINA LÓPEZ GÓMEZ
MARCELA PATRICIA ORREGO PARRA
JUAN SEBASTIÁN VALENCIA DUQUE**

**DOCENTES
CARMEN LUISA BETANCUR PULGARÍN
JHON BYRON EUSSE LONDOÑO**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA, RISARALDA
2018**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Pereira, marzo de 2018

AGRADECIMIENTOS

Un trabajo de investigación es siempre un fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos que corresponden a otras personas, y es así, como este equipo de investigadores, gracias a su dedicación, tiempo e ideas, logramos salir avante durante este proceso investigativo, el cual fue arduo e intenso, pasando por momentos de angustia y alegría.

Es importante destacar que este proyecto, es también el resultado del reconocimiento y apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

Agradecemos a nuestras familias, padres, hermanos, parejas e hijos, que siempre nos han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo de investigación. También agradecemos su comprensión y solidaridad, además del tiempo concedido, el cual se convirtió en un tiempo robado para la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también de ustedes.

Por último y no menos importante agradecemos a las directivas de la facultad de ciencias de la salud de la Fundación Universitaria del Área Andina y al Centro de Investigación de la Clínica Comfamiliar Risaralda, por su dedicación, compromiso y apoyo en el Desarrollo de este trabajo investigativo.

LISTA DE CONTENIDO

1. Problema	10
1.1. Planteamiento del problema.....	10
1.2. Formulación del problema	12
2. Justificación.....	13
3. Objetivos	16
3.1. Objetivo general	16
3.2. Objetivos específicos	16
4. Marco teórico.....	17
4.1. Marco de antecedentes.....	17
4.2. Marco institucional	25
4.2.1. Información general de la organización	25
4.2.2. Reseña histórica	25
4.2.3. Estructura organizacional	27
4.2.4. Direccionamiento estratégica.....	28
4.2.5. Portafolio de servicios	30
4.3. Marco referencial	37
4.3.1. Ética y humanización	37
4.3.2. Calidad.....	38
4.3.3. Entes reguladores y de vigilancia	41
4.3.4. Calidad y humanización	41
4.3.5. Plan nacional de mejoramiento de la calidad en salud (pnmcs).....	42
4.3.6. Atributos de calidad	42
4.3.7. Plan de mejoramiento	43
4.3.8. Componentes del plan de mejoramiento.....	44
4.3.9. Oportunidad en los servicios de salud	45
4.3.10. Seguridad del paciente	46
4.3.11. Importancia de trabajar en seguridad del paciente	46
4.3.12. Avances en seguridad del paciente en colombia	47

4.3.13. Los servicios y la humanización.....	48
4.4. Marco conceptual.....	49
4.4.1. Palabras clave	49
4.5. Marco jurídico, legal o normativo.....	50
4.5.1. Normograma.....	50
5. Diseño metodológico.....	54
5.1. Tipo de estudio.....	54
5.2. Población y muestra.....	54
5.3. Marco muestral	54
5.4. Unidad de análisis.....	54
5.5. Criterios de inclusión	55
5.6. Criterio de exclusión.....	55
5.7. Plan de análisis	55
5.7.1. Recolección de datos.....	55
5.7.2. Tabulación de la información	55
5.7.3. Análisis de los datos	55
5.7.4. Difusión de los resultados.....	55
5.8. Compromisos del investigador	56
5.8.1. Compromiso bioético	56
5.8.2. Compromiso medioambiental	56
5.9. Responsabilidad social.....	56
5.10. Aspectos administrativos.....	56
5.10.1. Cronograma de trabajo	56
5.10.2. Presupuesto.....	56
6. Análisis de los resultados	57
6.1. Caracterización demográfica de la población objeto de estudio.....	57
6.2. Conocimiento de comportamientos de cuidado humanizado en la población objeto.....	59
6.3. Plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.....	65
6.4. Discusión	67

7. Conclusiones.....	70
8. Recomendaciones.....	71
Anexos	73
10. Bibliografía	90

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Caracterización sociodemográfica	57
Cuadro 2. Conocimiento de comportamientos de cuidado humanizado en la población objeto	59
Cuadro 3. Variables de respuesta de conocimientos sobre comportamientos de cuidado humanizado	63
Cuadro 4. Calificación de las categorías por resultados obtenidos	63

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Arbol de Problemas	73
Anexo B. Arbol de Soluciones	73
Anexo C. Matriz de Objetivos, Conceptos, Variables e Indicadores	74
Anexo D. Instrumento	75
Anexo E. Guía Instrumento	79
Anexo F. Consentimiento Institucional	83
Anexo G. Consentimiento Informado.....	84
Anexo H. Cronograma De Trabajo	87
Anexo I. Presupuesto.....	89

1. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los servicios de salud, encaran múltiples componentes que abarcan a la persona como paciente, en un estado donde, como lo dice la OMS, salud no es sinónimo de ausencia de la enfermedad y donde dicha atención se desenvuelve en un entorno difícil y agobiante, por la incertidumbre originada en el desconocimiento de la afección que se padezca: un temor ante el padecimiento o pérdida de salud, temor a cualquier tipo de procedimiento, a objetos desconocidos y algunos no tan desconocidos, como por ejemplo una simple inyección, siendo ésta para la gran mayoría un sinónimo de dolor. Éstas, son sólo unas pocas situaciones que se podrían mencionar en el pensar y sentir de una persona que en algún momento llega a ser “paciente” o que requiere de una u otra manera, una atención en salud.

El no generar un acercamiento inicial indicado entre el personal de salud y el usuario, condiciona ambientes desfavorables para la prestación de un servicio de salud humanizado, generando un vínculo de desconfianza e inseguridad entre paciente y profesional de la salud, lo cual ocasiona una comunicación poco asertiva y todo esto a su vez, logra cambiar la percepción y actitud de los usuarios hacia el personal sanitario que lo atiende; un cambio de actitud no receptiva crea un vínculo que genera rechazos, insatisfacción y no proximidad, entre ambas partes logrando entre otras cosas; un sentimiento de inseguridad que hace al paciente poco receptivo hacia las sugerencias y recomendaciones que inciden negativamente en la evolución de la enfermedad.

La deshumanización significa un acto de no compenetrarse, de no percibir ni entender que los seres humanos ocupan un lugar en el espacio. Esta definición da a entender que el enfermo sería un objeto técnicamente tratable y modificable a voluntad, un instrumento para hacer algo y la única justificación para intervenir en él, es la de ayudarlo a crecer y florecer hacia su propio fin. Durante años se ha venido perdiendo la consciencia de lo que es en realidad un cuidado y la atención hacia una necesidad; partiendo desde la cantidad de atenciones que debe generar una revisión por medicina general en un tiempo límite, medicamentos y exámenes complementarios que el régimen no autoriza o restringe al profesional, y de allí en adelante las demás atenciones específicas.

No es un secreto que la salud en el medio se ha convertido en un negocio, donde el que tiene acceso con facilidad y mejor atención, es quien paga y hasta el cuerpo se ha convertido en instrumento de estudio y de práctica; a lo anterior se suma, que la tecnología aleja cada vez más la interacción del personal de salud con los pacientes. El ejercicio de la atención en salud, algunas veces se vuelve mecánico, olvidando que las personas son personas y no máquinas de operación. La

Organización Mundial de la Salud en su constitución afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes¹.

Hay un descontento social en relación a la atención médica que recibe el común de las personas en los sistemas sanitarios en muchas partes del mundo occidental. No es un fenómeno circunstancial ni local, sino global y estructural. Sin entrar en las causas de fondo, las quejas se centran sobre todo en la deshumanización del proceso asistencial, en la pérdida de la calidad humana de los profesionales de la medicina. El fenómeno de la deshumanización no se restringe a la Medicina, sino que compromete a la sociedad contemporánea occidental en casi todos sus rincones. En algunos es más evidente que en otros. En el caso de la medicina el fenómeno de la deshumanización destruye la misión de la profesión².

La pérdida del concepto de integralidad del paciente y su análisis e intervención desde un determinante únicamente biológico afectan el entendimiento y comprensión del mismo en sus aspectos humano y comportamental, y del aforismo usado en la medicina en la antigüedad (curar a veces, consolar siempre) se pasa a la máxima de "curar siempre" en detrimento de la percepción que tenga el paciente sobre su estado de salud y calidad de vida, máxime en condiciones que implican la atención de pacientes con enfermedades crónicas, incapacitantes o presentes en el ciclo vital del adulto mayor³.

En el transcurso del tiempo se ha demostrado cómo la tensión y el estrés que se maneja en una institución prestadora de salud por parte de los pacientes y profesionales de la salud es alto, teniendo en cuenta los diferentes servicios que se manejan entre ellos: urgencias, cirugía, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, que se catalogan por ser los de mayor número de ocupación y complejidad, en donde cada paciente necesita una atención inmediata, oportuna y de alta calidad para que su estadía en el servicio donde se encuentre, sea oportuna y confortable, pero dicha tensión afecta la atención directamente, dando como resultado una resolución deficiente y poco segura al problema que lo está afectando. Es así como, en el desarrollo de la atención en salud, se ha observado que los pacientes no logran tolerar la espera de un turno y terminan manifestando que la atención que reciben es deficiente. Sumado a esto, la alta demanda de personas en los servicios de urgencias, de los cuales una gran parte desconocen lo que es una

¹ Estrategias del informe de la OMS " nuevos conocimientos y nuevas esperanzas". Rev. Panam Salud Publica [online]. 2002. [citado 2017 Agt 23]; ISSN 1020 - 4989. Disponible en:

² Díaz Berenguer Álvaro. Qué significa una medicina más humana en tiempos de la industria de la salud-enfermedad. Arch Med Int [Internet]. 2015 Jul [citado 2017 Oct 29]; 37(2): 83-86. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000200007&lng=es.

³ Ávila-Morales, JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia [Internet]. 2017;30(2):216-229 [citado 2017 agt 24] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180550477011>

verdadera urgencia, hace que la tensión sea mayor, tanto para el personal de salud que atiende la urgencia, sin nombrar los servicios de hospitalización, consulta externa y cirugía como para los usuarios que hacen uso de estos servicios. Algunos pacientes pueden cambiar de opinión respecto al cuidado de enfermería al entrar en contacto con estos; y la percepción puede ser favorable o no favorable de acuerdo a muchos factores.

Al revisar la literatura que habla sobre la humanización en los Servicios de Salud se concluye, que se necesita encaminar un mejoramiento en la calidad de la atención brindada por parte de los profesionales de la salud; no solo en el Diagnóstico y tratamiento, sino también en la comodidad, comprensión, y dignidad del paciente. Es por esto que el presente estudio es pertinente para investigar e indagar la percepción del cuidado que tienen los usuarios sobre el personal de la salud que lo atiende, para de este modo mejorar la prestación del servicio médico y lograr una adecuada atención en salud, buscando el bienestar tanto para los pacientes, personal de salud y para la misma Institución.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento sobre los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería, según instrumento PCHE segunda versión, en los usuarios de los servicios de hospitalización de la Clínica Comfamiliar Risaralda, en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, durante el mes de febrero de 2018?

2. JUSTIFICACIÓN

La humanización en los servicios de salud hace referencia a todas las actividades encaminadas a promover la salud, curar las enfermedades y de un trato digno de las personas, es hablar de garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa tanto a nivel físico, emocional, como social y espiritual, teniendo en cuenta a la persona antes que al paciente, y desde sus cualidades que lo hacen único y distinguido como ser humano, ser considerados capaces de sentir algo más que dolor, o enfermedad, de experimentar emociones humanas complejas, de compartir creencias, pensamientos o de actuar según los valores, las normas sociales y morales que desde su niñez fueron aprendidas según haya sido su cultura⁴.

Uno de los propósitos de las instituciones que prestan servicios de salud es, optimizar la prestación de sus servicios y así mismo fortalecer los procesos de atención y calidad hacia los usuarios, lo anterior entendido como el conjunto de herramientas aplicables, como los recursos físicos, humanos, de infraestructura y económicos, hasta los procesos de atención psicológicos y asistenciales, dando como finalidad a la atención en salud, una adecuada percepción, aceptación y seguimiento de orientaciones brindadas por el personal de la salud, hacia los pacientes. Es por esto que muchas de las instituciones prestadoras de salud a nivel mundial, valoran y evalúan la percepción de los usuarios en cada uno de sus servicios; puesto que el tema es de difícil manejo, pero de gran importancia.

En Colombia y en el resto del mundo la salud es un derecho fundamental del hombre, es por esto que además de la atención en salud cuando una persona o paciente lo necesita es de gran importancia el cuidado integral que proporcione bienestar y satisfacción de las necesidades en salud. Dentro de este contexto se maneja el término de calidad, el cual hace referencia a los aspectos técnicos, científicos y metodológicos, así como las relaciones y las percepciones que existen entre el personal administrativo y asistencial de salud y los pacientes⁵. En Colombia los inicios de la evaluación de calidad en Salud se dieron en entidades hospitalarias principalmente en instituciones privadas y luego en algunas del sector oficial.

⁴ Ariza Olarte Claudia. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2017 Jul 25]; 9(1): 41-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es

⁵ Daza de Caballero, Rosita; Ariza Claudia. Trabajo de investigación Calidad del cuidado en enfermería al paciente Hospitalizado Actual. *Enferm* 005; 8(3): 8-14. [citado 6 Ago. de 2017]. Disponible desde: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-83/enfermeria8305-calidad/>

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado con la ley 100 de 1993, en el artículo 152, establece la calidad, como uno de los fundamentos en la presentación de los servicios de salud, en la cual el control de los servicios de salud se orienta a garantizar unas condiciones de oportunidad, de atención personalizada, humanizada, integral y continua, según los estándares nacionales y los procedimientos de la práctica profesional⁶. El objetivo del SGSSS es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención. También este sistema brindará atención integral en sus fases de educación, información, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, calidad y eficiencia.

Existen estudios destacados y enfocados en la satisfacción del paciente, en donde dan a conocer que la evaluación de la satisfacción de los pacientes permite por un lado identificar aquellas áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y por otra parte sirve para evaluar los resultados de los cuidados, ya que las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales, es así como el usuario se convierte en un indicador de calidad, permitiendo unificar criterios y asegurar la calidad de la atención. Todo esto muestra cómo la percepción de los servicios de salud ha adquirido gran relevancia en años recientes, en algunos de estos, la percepción, más allá de ser considerada como un simple atributo de atención se toma como una variable, en tanto indique lo que piensa el usuario sobre los procesos, organización y resultados de la atención.

La percepción del usuario en el cuidado humanizado implica un trabajo interdisciplinario, el cual debe ser sometido a una evaluación continua y perdurable que busque lograr la prestación del servicio competente y completo, para así resolver de una u otra forma la situación de cada paciente; es por esto que la percepción del cuidado cuenta con varias dimensiones, entre las que están: la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional, donde la dimensión técnica es la más importante, ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento científico, idoneidad profesional y la tecnología, el nivel de los tratamientos, procedimientos y equipos disponibles a favor del paciente, refiriéndose a la calidad técnica.

⁶ Congreso de la República de Colombia. Sistema de Seguridad Social Integral. Nuevo Régimen de Seguridad Social Ley 100 de 1993. [internet] [citado 9 de Agt. de 2017]. Disponible desde: https://www.libertycolombia.com.co/Empresas/ProdyServ/Biblioteca-de-Documentos/ARP/LEGISLACION%20Y%20ASPECTOS%20JURIDICOS/ORGANIZACION%20DEL%20SISTEMA/Ley_100_de_1993.pdf

La valoración de la percepción tiene como propósito mejorar el bienestar de cada paciente, disminuyendo costos y riesgos para lograr el objetivo principal de la atención: prestar un servicio eficiente al paciente, dentro del cual esté integrado el brindar la atención oportuna, que sea accesible y continua, además de ser humanizada, para brindar seguridad a cada paciente⁷.

Uno de los indicadores que permite medir la calidad de la atención de los usuarios que se encuentran en los servicios de hospitalización, de la clínica Comfamiliar Risaralda, es preguntándoles cómo perciben el cuidado recibido durante su estancia hospitalaria en este lugar. La percepción del paciente implica conocer su opinión, con el fin de reorientar los cuidados, apoyados en los objetivos y metas institucionales.

Este estudio es de gran importancia tanto para la institución hospitalaria como para los pacientes y personal de la salud, toda vez que la institución por medio del resultado de esta investigación puede mantener o modificar su misión y valores, de igual forma puede saber cómo se está brindando el cuidado y si es percibido o no por los pacientes; al finalizar la investigación se verán beneficiados puesto que la institución al conocer los resultados del estudio generará cambios para la mejora de la atención brindada, para que así esta atención sea percibida de una buena forma por los usuarios de los servicios.

El propósito de esta investigación es identificar cual es el conocimiento sobre comportamientos del cuidado humanizado de enfermería, según instrumento PCHE segunda versión, en los usuarios de los servicios de hospitalización de la Clínica Comfamiliar Risaralda, en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, durante el mes de febrero de 2018.

⁷ Rubio Silva, Z, Parra Navarro, CI, Daza de Caballero, R, Ariza Olarte, C. Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención. Bogotá, 2003. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2004;3(6):107-115. [citado 25 Jul. de 2017] Disponible desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54500607>.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el conocimiento sobre comportamientos del cuidado humanizado de enfermería, según instrumento PCHE segunda versión, en los usuarios de los servicios de hospitalización de la Clínica Comfamiliar Risaralda, en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, durante el mes de febrero de 2018, para proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar demográficamente la población objeto de estudio.
- Identificar el conocimiento comportamientos de cuidado humanizado en la población objeto.
- Diseñar un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. EL MARCO DE ANTECEDENTES

La humanización no es algo espontáneo, debe ser fomentada, aprendida y practicada. El profesional de la salud debe tener compromiso, ética y valores en la atención de todo ser humano y este tipo de atención debe involucrar a todas las esferas que se envuelven en el actuar médico. Sin embargo, hoy en día, es allí donde el acto de cuidar es deficiente, convirtiéndolo así en deshumanización; Debido a que los diferentes profesionales de la salud no realizan acciones de cuidados centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos o en la técnica aprendidos en su formación académica, ya que el sistema exige llenar varios formatos digitales, que obligan al profesional a prestarle más atención a esto que al paciente, logrando así crear una barrera entre los profesionales de salud y los pacientes⁸.

El servicio de salud se convirtió en algo despersonalizado cuyo eje central está en eficiencia, pero no en la integralidad; los individuos son despojados de las características humanas y de su valoración ética, y pensados únicamente como números o estadísticas. La relación que establece un médico con un paciente es un vínculo, que ha tenido distintas opiniones sobre cómo sería el ideal, pero más allá de esto, esta relación es la base para que exista y se forme ese vínculo entre una persona que requiere la ayuda de otra. La atención actual que se ha apoyado en la tecnología, ha dejado de lado el valor de la comunicación, del escuchar a la persona que se tiene en frente, ha hecho que los mismos pacientes sientan menos confianza de su médico, y ha contribuido a deshumanizar los servicios de salud.

Es posible que se haya olvidado el centro de lo que significa ejercer la medicina por parte de los profesionales de la salud en todas sus categorías; ciertamente una atención con calidad es un elemento impactante pero además es importante pensar a quién va dirigida. La atención en salud ya sea de carácter pública o privada tienen el mismo objetivo, el cual radica en mejorar el bienestar completo de la persona, pero actualmente esto no está sucediendo; es conocimiento de todos que el deseo de un profesional de la salud está en encontrar una cura del paciente en su estado de debilidad o enfermedad. Sin embargo, se ha perdido la forma, puesto que, para llegar a ella, son vitales los pasos previos que se deben dar para alcanzarla, y estos pasos, van en busca de volver a entregarle su valor humano al paciente.

⁸ González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHÉ 3a versión". Aquichan 2015; [citado 2017 Jul 25]; 09; 15(3):381-392. Disponible en: <https://search-proquest.com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/1721983324?accountid=50441>

Es innegable que los tiempos cambian y que las relaciones personales, como la que se teje dentro de la atención médico-paciente, al ser dinámicas conlleva modificaciones de acuerdo a la cultura en la cual nos situemos. Lo único que no se altera es la dignidad intrínseca que existe en el ser humano, donde muchas veces un saludo, una sonrisa, una mirada por parte del médico tratante puede generar una atención placentera en el tiempo que dura la consulta. Desgraciadamente el tipo de sociedad en el que vivimos el gran culpable de la deshumanización de la medicina. Estamos dando importancia a adquirir sólo habilidades intelectuales para ser extremadamente competentes en un área de la medicina, pero han quedado atrás las habilidades para saber tratar a quien se le va a prestar un servicio. Aspectos tan básicos como los señalados anteriormente desde solo saludar a la persona que ingresa a la consulta puede transformar la forma en que el paciente comunica su malestar al profesional de la salud, incidiendo esto en la capacidad del médico para diagnosticar solo con la historia que el paciente relata.

La tecnología mal utilizada origina pérdida de seguridad en las capacidades y conocimientos que se tienen como médicos. Esto ha causado el requerimiento de excesivos exámenes, que el médico tratante se concentre más en llenar un formulario electrónico que observar al paciente, que se mida el tiempo rigurosamente para no retrasar la cantidad de pacientes que se debe atender por día y que como consecuencia se quiebre la relación médico-paciente. Hoy en día la persona no va a su médico, va “al médico”, del cual como mucho sabe su nombre, y quizás sea la única vez que este lo atienda; sin que se pueda esperar algo distinto, teniendo en cuenta que para el caso colombiano se tiene un sistema de salud colapsado, donde frecuentemente se tiene como respuesta “no hay citas”; sin importar si se trata de un régimen público o privado.

No es lo mismo atender en un contexto de una consulta médica, que atender a una persona en el servicio de urgencias; la segunda requiere del máximo y más rápido esfuerzo por descubrir lo que padece, sin que esto signifique que el paciente en su enfermedad deja de ser persona. A veces solo recordando esto que parece muy simple, se logra una diferencia entre servicio humanizado y deshumanizado, pero la visión y las prioridades en el campo de la atención médica hospitalaria cambian el concepto, no permitiendo esta transición.

Es necesario que los profesionales en salud crean en las capacidades propias adquiridas como seres humanos, desde la comunicación, la empatía, la preocupación por el otro, y también en sus conocimientos. La tecnificación de la medicina busca facilitar la búsqueda del diagnóstico, y ciertamente ha ayudado demasiado, pero no podemos pretender que reemplace al ser humano. Una máquina no puede ver el real impacto que una enfermedad tiene en una persona, la podrá localizar, está bien, e incluso tratarla; pero son solo los ojos del médico los que pueden dar una cura integral y tranquilizante.

La humanización de la salud busca una atención accesible, pertinente, segura, oportuna y continua, donde un profesional de la salud debe transmitir confianza, apoyo e información, involucrando al paciente en todo el proceso de diagnóstico y tratamiento, logrando con esto que el paciente salga de su consulta con los conocimientos necesarios de su plan de manejo, los profesionales de la salud deben hablar con la verdad, sin crear falsas expectativas a los usuarios y familiares, respetando la decisión del paciente; el pronóstico debe decirse por más duro que sea, desde el primer momento que se confirme la patología, inicialmente al paciente y si esta quiere compartirlo si o no a su familia; entender el stress psicológico, miedo a lo desconocido, al sufrimiento, a la muerte que pueda manifestar y manejar la situación⁹.

Varias teorías aportan conceptos sobre la humanización, entre ellas tenemos a la primera enfermera investigadora Florence Nightingale, quien dijo que su profesión es “una ciencia y un arte”, Madeleine Leininger con su Teoría de la Diversidad y universalidad del cuidado cultural, la cual va más allá de los cuidados tradicionales y declara que habrá un nuevo tipo de práctica que mostrará los enfoques de enfermería ejercidos en la cotidianidad. Dorothea Orem con la teoría del autocuidado, Jean Watson con la teoría del cuidado humanizado, Hildegart Peplau con la teoría de las relaciones interpersonales, Callista Roy con la teoría de la adaptación, todas ellas contribuyeron con los cimientos de la enfermería, en todas las épocas existe algo en común “cuidar es ayudar a vivir e intentar ayudar aliviar el sufrimiento, y también ayudar a morir”¹⁰.

El cuidado humanizado colabora en la recuperación del paciente enfermo significativamente, maximizando sus oportunidades de vivir y con una mejor calidad de vida, se obtiene pronta mejoría, reduce costos y gastos, individualizar a cada persona, mejora la satisfacción del cliente, prestigio Institucional, se logra un ambiente de trabajo con sentido de pertenencia, trabajo en equipo, disminuyendo el ausentismo y logrando un buen clima laboral. Al paciente hay que tratarlo con respeto y dignidad, como persona, que tiene derechos como el de ser escuchado, dar a conocer información acerca del tratamiento y procedimientos que se le vayan a realizar, como también mantener la confidencialidad, respetar sus creencias y costumbres, así como las opiniones de la enfermedad que padece. Hay que tener en cuenta que el proceso de comunicación a emplear con los pacientes, cuando se conoce que padece una enfermedad grave, esto es asociado inmediatamente con dolor y muerte, provocando que el enfermo tenga que enfrentarse a una situación dramática y angustiosa, supone un shock para esa persona y para su familia, la

⁹ Gutiérrez LM, de Castro EK, Fernández-Conde MG. EL PROCESO DE COMUNICACIÓN EN ONCOLOGÍA: RELATO DE UNA EXPERIENCIA. *Psicooncología* [Internet]. 2014; 11 [citado 2017 Jul 25]; (2):403-418. Disponible en: <https://search-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/1640675987/fulltextPDF/3D2DED71CE74FD5PQ/1?accountid=50441>.

¹⁰ Álvarez Yañez Débora Milena. Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. *av.enferm.* [Internet]. 2015 de mayo [citado 2017 Jul 25]; 33 (2): 295-305. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.37032>.

enfermedad implica cambios físicos, psíquicos y sociales, la información que se le aporta sobre el diagnóstico y las posibilidades de tratamiento debe ser clara, precisa y en un lenguaje claro. Las consecuencias que se derivan de un proceso de comunicación inadecuado afectan a la adaptación a la enfermedad y a la calidad de vida; ansiedad, depresión, desesperanza, sufrimiento, rechazo de las medidas terapéutica y uso de medidas alternativas¹¹.

La comunicación no sólo debe servir para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención. Una de las mayores preocupaciones que afrontan los profesionales, gestores y usuarios de los sistemas de salud, es la humanización de los servicios de salud; Cuando se habla de humanizar la atención en salud, se hace referencia en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre, por ello es necesario definir el concepto de humanización que tienen los diferentes actores que participan en el proceso de atención en salud: profesionales, paciente y familia¹².

La implementación en las universidades desde el aula el sensibilizar a sus estudiantes frente a la complejidad de la atención, abordar al ser humano durante el proceso de salud y enfermedad, en entender que la incapacidad del individuo de satisfacer sus necesidades básicas requiere de la suplencia en la realización del auto-cuidado, y de las relaciones interpersonales con sus cuidadores, esto repercute sin duda alguna en la calidad de vida de las personas y en su entorno y recuperación, teniendo en cuenta desde el aula que vamos a trabajar en seres humanos, hay que fortalecer la humanización, valorar la vida, comprender que la comunicación verbal, así como un gesto, una sonrisa, el llamar al paciente por su nombre, preguntarle cómo se siente, hace la diferencia¹³.

El conocimiento profesional se adquiere desde las instituciones de enseñanza, pero cabe resaltar la importancia que tiene educar no solo en teoría y práctica, sino

¹¹ Gutiérrez, L. M., de Castro, E. K., & Fernández-Conde, M. G. (2014). EL PROCESO DE COMUNICACIÓN EN ONCOLOGÍA: RELATO DE UNA EXPERIENCIA. *Psicooncología*, [Internet]. 11(2); [citado 2017 Jul 25]; 403-418. Retrieved from <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search.proquest.com/docview/1640675987?accountid=50441>

¹² Correa Zambrano Martha Liliana. LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2016 Jan [citado 2017 Jul 25]; 7(1): 1210-1218. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>.

¹³ Álvarez Yañez Débora Milena. Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. *Avances en enfermería*. [Internet]. 2015 May [citado 2017 Jul 20]; 33(2): 295-305. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.37032>

también en el de orientar hacia el desarrollo del contacto con el otro, como una herramienta fundamental; el enfocar los conocimientos científicos desde un trato humanizado, permite transmitir hacia los demás esa sensación de bienestar y confort y no solo de las personas que reciben la atención, incluyendo de esta manera a las familias. Si las acciones y actividades van encaminadas hacia este enfoque se lograría cambiar la forma de pensar y la forma de actuar a la hora de cumplir y no con la rutina de trabajo, si no con una labor que brinde satisfacción propia, crecimiento profesional, amor y entrega hacia los demás¹⁴.

El proceso de humanización de las instituciones es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta; para que la atención brindada por dichas instituciones de salud, sea de calidad, el grupo de profesionales que presta la atención, es importante tener en cuenta la preparación de los mismos, conocimiento y experiencia; y no solamente desde el punto de vista científico, sino también desde todas las dimensiones del hombre: costumbres, cultura, creencias religiosas entre otras; es por esta razón, que las características de los prestadores de servicios de salud deben adquirir las herramientas necesarias que conlleven a un conocimiento científico, moral y humano imponderables para ofrecer una atención dirigida no solo desde el aspecto biológico del ser humano, sino también en sus otras extensas dimensiones, las cuales tratadas en conjunto conducen a brindar un cuidado integral, donde se incluye también a la familia y la comunidad¹⁵.

Un trabajador que haga sus tareas motivado, por tener garantías laborales, participación en equipo, adecuado clima laboral, y sobre todo y siendo un sentimiento propio: vocación de servicio, amor por lo que se hace, entrega hacia el otro, aumenta el confort laboral y se expresaría a través de la atención y prestación del servicio con los usuarios. El respeto a la vida, a la dignidad de las personas y a sus derechos, sin distinguir edad, religión, sexo, raza, nacionalidad, idioma, cultura, si tiene o no solvencia económica, y preferencia política, son principios y valores esenciales que direccionan el ejercicio de la enfermería y demás carreras, permitiendo ser aplicados desde lo más profesional posible para que sea un trato humano. Las dinámicas utilizadas encaminadas hacia la humanización, van siempre enfocadas en la satisfacción de quienes están involucrados de forma directa o indirecta, hablando de esta manera de pacientes, acompañantes, personal administrativo y asistencial; bajo estas premisas cabe resaltar que en cada proceso debe existir un líder, aquel que contenga las habilidades necesarias para comunicarse, resolver conflictos y asumir la humanización en salud.

¹⁴ Soares, María Cidney da Silva; Goncalves Chirlaine, Cristine; Junior Hudson, Pires de Oliveira; Silveira, María Fátima. Humanization through touch: a qualitative research. Online Brazilian Journal of Nursing [internet]. 2009 [citado 2017 jun 25]. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2165>

¹⁵ Ariza Olarte Claudia. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2018 Ene 13]; 9(1): 41-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-0632012000100006&lng=es.

Estudio realizado en profesionales de enfermería; dice que estos colaboradores deben de tener, ética, conocimientos, interacción, comunicación constante con el paciente y sus familiares, valores y humanismo para el cuidado de la persona; No solo es abordada la humanización en el cuidado del paciente, sino también en el grupo familiar. El profesional de la salud debe identificar las necesidades de la persona enferma y su familia, ayudándolos a tener un bienestar integral. La vivencia de la enfermedad es un proceso que afecta también a la familia, siendo este el principal punto de apoyo le paciente; la familia debe ser educada ya que también hace parte de los cuidados la persona; Es importante brindar adaptación psicológica y emocional sobre el estado de enfermedad que está presentando su familiar¹⁶.

La organización mundial de la salud plantea que los profesionales de la salud deben brindar atención al grupo familiar primario como parte del tratamiento del paciente. El humanismo se opone totalmente a la violencia; otro estudio hace referencia sobre la deshumanización en el trato o cuidado de la persona, de tal modo que se obtienen resultados negativos en una atención deshumanizada, como complicaciones, prácticas invasivas de la medicina, insatisfacción, baja autoestima de la persona, poca colaboración del paciente con el personal de salud, etc¹⁷.

Estudios revelan que el proceso de humanización debe identificarse a través de herramientas como los realizados en hospitales de oncología y pediatría de España, se analizaron variables que permitirían evaluar la calidad del servicio y el resultado de dichos análisis tendría como objetivo la prestación favorable de servicios médicos humanizados para los pacientes y sus acompañantes o familiares, reflejándose en el mejoramiento continuo de los sistemas de salud. En el primer caso se da uso a la técnica IPA (Importance Performance Analysis), donde metodológicamente se identificaron una serie de ítems referentes a: información, escucha, apoyo emocional, compañía, humanización, catering, entrenamiento, que son producto de la revisión de literatura en Marketing Sanitario; cada ítem fue puntuado con una escala Likert de 5 puntos¹⁸.

Mediante este estudio se examina la importancia y valoración percibidas por los pacientes oncológicos y sus acompañantes de un programa de humanización realizado por voluntarios en un servicio de Radioterapia. Los resultados se obtuvieron de las respuestas a 148 entrevistas. El gráfico IPA tuvo que ser ajustado

¹⁶ Moreno-Fergusson M. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería/Humanizing Care: A Goal Rooted in the Essence of Nursing/Humanização do cuidado: uma meta enraizada na essência da enfermagem. Aquichan [Internet]. 2013 08 [citado 2017 Jul 20]; 13(2):146-147. Disponible en: <https://search-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/1460848207/fulltextPDF/9EF8BCA6D2A2415CPQ/1?accountid=50441>

¹⁷ Campiglia, M. (2015). Violentar el nacimiento. El Cotidiano México City, [Internet]. (May/Jun 2015) [citado] 2017 Jul 20]; 30(191), 80-86. Disponible en: <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search.proquest.com/docview/1684297331?accountid=50441>

¹⁸ Calzada LG, Estévez AC, Garzón V, Manuel Mu. Evaluación de la calidad de un servicio de voluntariado en oncología: un análisis importancia-valoración (IPA). Psicooncología [internet]. 2016; [citado el 21 Sept. del 2017]. 13(1):71-83. , disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/52488/48294>.

con las recomendaciones sugeridas en la literatura y en el caso de los pacientes, muestra tres factores que caen en el cuadrante de “Mantener el buen trabajo”, cuatro atributos caen dentro del cuadrante de “Baja Prioridad” y ningún atributo se observa en los cuadrantes de “Posible dilapidación de recursos” y “Concentrarse aquí”. Se encuentran diferencias entre medias de la muestra de pacientes y de familiares acompañantes, en los atributos de catering y en el de información. Este estudio deja que los resultados parecen útiles para identificar áreas de interés para los gestores de los servicios de salud para desarrollar programas de humanización de servicios basados en el trabajo de voluntariado y dirigidos a diferentes tipos de usuarios.

Para el segundo caso el objetivo estaba en vivir una experiencia de humanización de un espacio salud, que está enfocado en atender niños, a través de recursos artísticos para hacer el servicio de salud más amigable para éstos últimos¹⁹. Esta propuesta ha tenido acogida en algunas instituciones de salud, cuyo fin está en tratar de forma integral la salud de un paciente, cuando nos referimos a integral no solo hablamos de malestar físico, sino también a su tratamiento, esto busca también influir de manera positiva la Psiquis del individuo para lograr avances rápidos y efectivos en la evolución de la enfermedad primaria del paciente.

El arte ha surgido como una nueva forma de enfrentar y combatir efectivamente los problemas de salud y la mejor manera de abarcar esta situación es modificando positivamente el entorno. En algunas ocasiones se ha encontrado que las figuras y los colores tienen un predominio favorable, no solo en el estado de ánimo del ser humano, sino que también causa ciertas reacciones químicas que promueven el bienestar de la persona. Es por esta razón que la humanización cuenta con factores relevantes en la mejora del paciente. Y esto inicia desde el tratamiento de la enfermedad, puesto que la anatomía humana responde afirmativamente a los estímulos externos.

Actualmente se tocan temas que indiscutiblemente requieren de la interdisciplinariedad, es decir, de diferentes puntos de vista profesionales para dar respuesta a sensibles interrogantes y es la ciencia médica y el arte un complemento atípico en el tratamiento de enfermedades. La población objeto en esta investigación fueron menores de edad. Los cuales fueron sometidos a la influencia de una narrativa impresa en imágenes, que fueran familiares a la mente y percepción del infante, esto les producirá un ambiente de confianza y relajación, puesto que por el simple hecho de evidenciar símbolos médicos podría producir una sensación de inseguridad, desconfianza y temor. Con esto se pretendía adaptar el entorno para un óptimo resultado.

¹⁹ Ullán AM, Manzanera P. Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico / Walls Matter: Art to humanize a health children's area. Arte, Individuo y Sociedad [internet]; 2009; [citado 21 Sept. del 17]; 21:123-141. disponible desde: <https://search.proquest.com/openview/a71d9c38ee14de63d2c94910ce5ad2ba/1?pq-origsite=gscholar&cbl=85341>

El arte es un instrumento que transmite significado social, en él se narran hechos y se evidencian circunstancias que permiten no solo conocer el interior de la mente humana en rasgos y escenarios definidos de la vida, también evidencia el temor, la esperanza, los sueños, proyectos y los más importante, la felicidad. La simbología manifiesta las intenciones solo con la imagen, la monocromía y policromía refleja la variedad y monotonía, para comprender los pasos de este concepto nos acercamos a una metodología investigativa, la cual se compone de un diseño y preparación de la idea donde se presentan propuesta enmarcadas en los entornos hospitalarios, teniendo en cuenta el proceso desde el ingreso hasta la culminación del servicio, donde cada una de las áreas está acondicionada con el único fin de estimular la mente infantil, y desde luego mejorar los índices de percepción.

Este estudio gira en dos dimensiones. Una va desde los aspectos sociales a los más individuales. La otra desde los aspectos centrados a los servicios de salud hasta los centrados en el arte. Así se comprueba que la intención no radica en un solo aspecto, por lo contrario busca ser integral y multidireccional conservando la individualidad con conexión a la pluralidad (ser social) los elementos simbólicos no solo tranquilizan, distraen y desenfocan al paciente del “problema”, llevándolo a un estado de confort mental, al igual que físico, sin el rigor de los procedimientos y tratamientos convencionales. Aquí se da valor real al ser humano, se tratan las dolencias y falencias, pero también se prioriza en el estado emotivo del ser humano.

Estudios demuestran que la aplicación de herramientas, técnicas o teorías que apunten al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud desde el aspecto de la humanización, pueden tener resultados favorables y mejorar la relación médico-paciente. Para concluir la humanización de la salud busca una atención oportuna e integral, con calidez humana, que permita transmitir confianza y apoyo, donde al paciente se le involucre en plan de manejo, logrando que salga de su consulta con los conocimientos necesarios para mejorarse. Con este tipo de actividades se revela la importancia de la humanización aplicada en cada una de las actividades desarrolladas dentro la prestación del servicio bien sea con los usuarios u entre el mismo personal, para así crear un ambiente de armonía, colaboración, respeto y tolerancia. Todo ello nos conlleva a evolucionar como personas y profesionales de la salud que cada día se deben caracterizar por brindar cuidado con calidad y trato humanizado.

4.2. MARCO INSTITUCIONAL

4.2.1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN



Ilustración <http://www.eldiario.com.co>

**Razón Social**

Clínica Comfamiliar Risaralda

Naturaleza Jurídica

Persona Jurídica

Pbx.

3135600

Nit.

891480000 – 1

Dirección

Avenida Circunvalar No. 3 – 01

Sito web

www.comfamiliar.com

4.2.2. RESEÑA HISTÓRICA

El proyecto de crear la Clínica Comfamiliar nació en 1992, inicialmente se enfocó hacia la población materno – infantil, la cual representaba un alto porcentaje de los afiliados. Para el 31 de julio de 1997 se inauguró y posteriormente, se amplió la cobertura a la población general, convirtiéndose de esta manera, en un centro de referencia regional con servicios de alta complejidad.

Debido al desarrollo de la ciudad y el crecimiento de la demanda de sus servicios, se realizó una ampliación de infraestructura con el propósito de mejorar la eficiencia y tener mayor capacidad de atención.

En el año 2002, la Clínica Comfamiliar creó la Unidad Renal, en alianza estratégica con la multinacional Fresenius Medical Care, dando inicio a un proceso dirigido a hacer de los avances de la ciencia una posibilidad real para mejorar las condiciones de vida de la población.

El año de 2004 trajo para Comfamiliar Risaralda procesos que la consolidaron como pionera en el área del servicio médico regional, entre éstos la importante decisión

de dar vía libre al proyecto de Cardiología Invasiva. Este novedoso servicio empezó a operar el 9 de diciembre del 2004 mediante alianza estratégica con Angiografía de Occidente, tanto en recursos tecnológicos, financieros y científicos como humanos. Con una inversión de 4.500 millones de pesos la Clínica Comfamiliar amplió su infraestructura, incorporó nueva tecnología, capacitó a su personal y vinculó a profesionales para el desarrollo de nuevos programas. De esta forma se situaba a la altura de las mejores de Colombia en tecnología para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, y se convertía en una clínica de Cuarto Nivel, pionera en el desarrollo científico de la región, así como en centro hospitalario de referencia. Esas circunstancias la convierten en un centro de primera elección para los aseguradores en el sector salud.

Para el 2006 se dio la ampliación locativa de la Clínica, permitiendo la apertura de servicios en materia de perinatología, neumología, cirugía de tórax, urología oncológica y laparoscópica, cirugía oncológica, cirugía pediátrica, laparoscopia y ginecología oncológica. Esa ampliación permitió dotar la Unidad de Cuidado Intensivo con dos nuevos cubículos, posibilitando la atención integral del paciente en estado crítico que demande el servicio de diálisis.

En el año 2007 la Clínica Comfamiliar realizó una alianza estratégica con Radiólogos Asociados S.A., con el fin de ofrecer mejores servicios a través del Tac Multicorte de 64 cortes (volumétrico), así como otros servicios especializados en materia de mamografía, ecografía obstétrica y convencional, radiología intervencionista y ecografía con doppler, entre otros.

Considerando el ritmo de crecimiento de la ciudad y la alta demanda de los servicios, el amplio edificio de 4 pisos con 12.105 metros cuadrados, se quedó pequeño para brindar atención adecuada a los usuarios, por tanto se construyó la Torre B con más de 3.295 metros cuadrados donde se amplió la prestación de los servicios de las subespecialidades médicas de neumología, clínica de dolor pélvico, infectología, cardiología no invasiva adulto y pediátrica, sala de quimioterapia para adulto y niños y ampliación en camas.

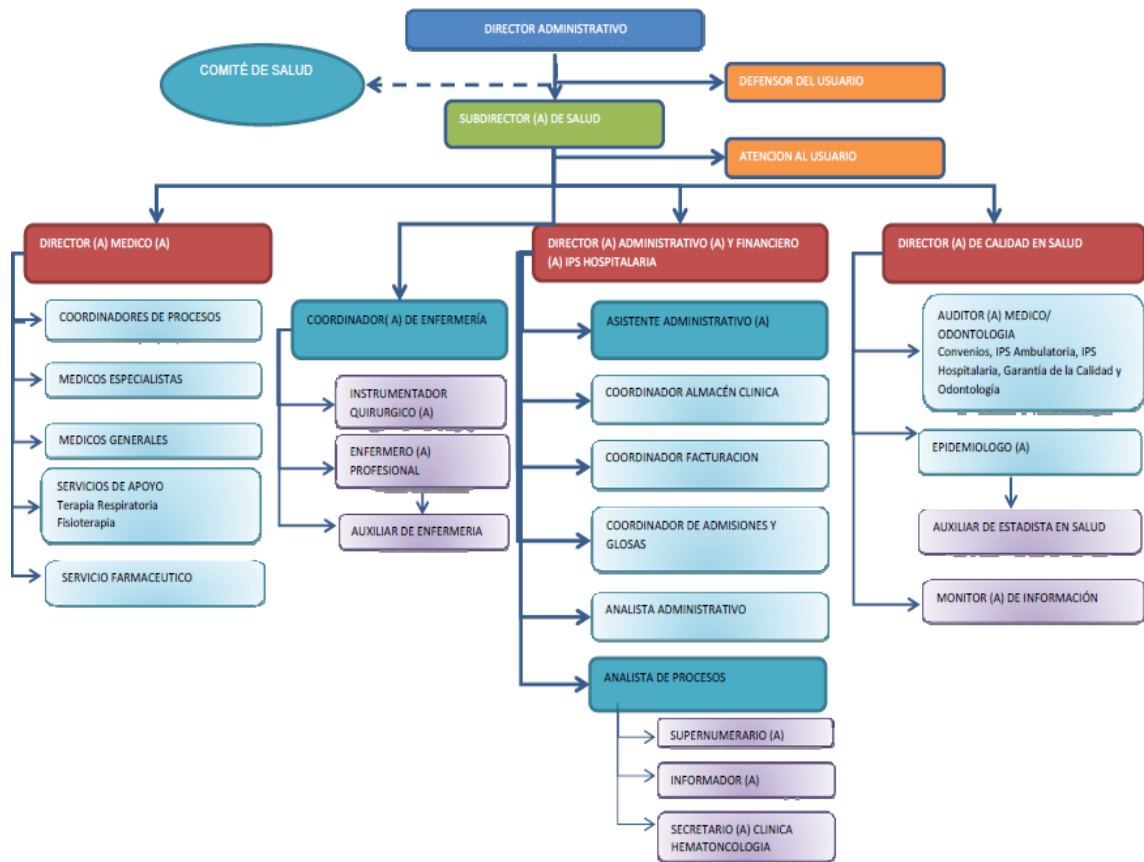
Además, se generaron nuevos espacios para ofrecer un mejor servicio en oncología, cuidado intensivo, laboratorio clínico y la creación de un área de urgencias para atención a convenios especiales. Estas mejoras se pensaron para brindar una atención más oportuna de acuerdo a la comunidad y por ese camino contribuir al mejoramiento de sus condiciones de vida, generando así los componentes de equidad, inclusión y valor público enunciados en la misión institucional.

Para finales del 2016 la Clínica Comfamiliar tomó la operación de la Unidad de Cardiología Invasiva con la adquisición del nuevo Angiógrafo Philips Allura (alura)

Xper FD20 multipropósito, equipo de última generación, con las más actualizadas aplicaciones tecnológicas para Electrofisiología, Cardiología, Neuroradiología e Intervencionismo.

Actualmente la Clínica Comfamiliar tiene certificación NTC ISO 9001 versión 2008 en sus procesos, evidenciándose mejoramiento continuo en el servicio para cumplir de esta manera con la responsabilidad de brindar bienestar a la comunidad²⁰.

4.2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



²⁰ Clínica Comfamiliar 2017, [internet] [citado 2 Agt. del 2017], Disponible desde: <http://www.saludcomfamiliar.com/clinica/resena-historica-clinica.html> Filosofía

²¹ Sistemas de Gestión de la Calidad Clínica Comfamiliar. Código: 3 – OD – 080, plataforma de direccionamiento estratégico institucional, [citado el 2 Agt. del 2017].

4.2.4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICA

Visión	Misión
Actuar en el campo de la Seguridad y Protección Social, desarrollo y bienestar de la población beneficiaria y la comunidad más vulnerable, con liderazgo y proyección Institucional.	Somos una Entidad de servicios dentro del campo de la Seguridad y Protección Social, que, con fundamento en la subsidiaridad, la sostenibilidad, la equidad y la inclusión, permite el desarrollo integral de la población beneficiaria y la comunidad más vulnerable, generando valor público.

Políticas Corporativas
<ul style="list-style-type: none">➤ Generación de impacto social.➤ Fortalecimiento de la estructura y la solidez financiera.➤ Mejoramiento continuo con enfoque al cliente.

Objetivos Estratégicos Corporativos
<ul style="list-style-type: none">➤ Contribuir con el bienestar de la comunidad➤ Disminuir los impactos y riesgos ambientales➤ Incrementar la rentabilidad social➤ Optimizar el nivel del subsidio➤ Incrementar los ingresos➤ Optimizar los recursos financieros➤ Mantener el equilibrio financiero➤ Mejorar la productividad de los recursos➤ Incrementar el nivel de satisfacción del cliente➤ Optimizar la demanda de la población objeto y la vinculada➤ Fortalecer y promocionar el Portafolio de Servicios➤ Fortalecer la innovación en los procesos y servicios➤ Garantizar la calidad en la prestación del servicio➤ Lograr mayor eficiencia operacional➤ Garantizar el control interno de los procesos y el control del riesgo derivado de la gestión➤ Fortalecer la infraestructura tecnológica de los procesos➤ Fortalecer el capital humano organizacional

Principios y Valores Institucionales

Servicio
Atender a nuestros clientes con amabilidad, respeto, calidez, humanización y transparencia, resolviendo sus necesidades.

Respeto
Reconocemos con aprecio el valor de la persona, sus creencias, sus motivaciones y su singularidad.

Comunicación
Propiciamos un ambiente de confianza, escucha activa y retroalimentación respetuosa, oportuna, fundamentada en hechos y datos, utilizando los canales apropiados.

Integridad
Pensamos, actuamos y nos expresamos con coherencia.

Responsabilidad
Asumimos el compromiso con nuestros deberes, atendiendo los principios morales, éticos y normativos, en forma consecuente con sus implicaciones.

Pertenencia
Nos sentimos parte vital de la organización, la respetamos, contribuimos y perseveramos en su sostenibilidad.

Responsabilidad Social
Nos comprometemos a lograr un desempeño superior, con el desarrollo humano sostenible, generando valor social, económico y ambiental.

22

²² Comfamiliar Risaralda 2017, [internet] [citado 2 Agt. del 2017], Disponible desde: <https://www.comfamiliar.com/nuestra-entidad/direccionamiento-estrategico.html>

4.2.5. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

MEDICINA FAMILIAR

La Medicina Familiar, por definición la especialidad médica efectora de la APS (Atención Primaria de Salud), tiene como propósito y unidad funcional los cuidados primarios de la familia y no del individuo. Esta especialidad clínica se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en las familias o comunidades independientemente de la edad, sexo o el sistema social afectado. Es también la que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.

El médico de familia, es el profesional responsable de proveer atención integral y continúa no solamente al paciente y a su afección, sino también debe brindar atención médica a todo el núcleo familiar, por tanto, su práctica no está limitada por el tipo de problema de salud.

UNIDAD DE CARDIOLOGÍA INVASIVA E INTERVENCIONISMO

La Clínica Comfamiliar Risaralda ha tomado la operación de la Unidad de Cardiología Invasiva e Intervencionismo con la adquisición del nuevo Angiógrafo Philips Allura (alura) Xper FD20 multipropósito, equipo de última generación, con las más actualizadas aplicaciones tecnológicas para Electrofisiología, Cardiología, Neuroradiología e Intervencionismo.

Permite en el área de electrofisiología una baja radiación ya que se utiliza una dosis menor en cualquier procedimiento realizado en los pacientes, protegiéndolos de efectos secundarios. Adicionalmente se incorpora procedimientos con baja cantidad de medio de contraste y en algunos omitiendo el mismo, reduciendo los problemas renales y brindando a los pacientes una rápida recuperación post-proceso.

Esta Unidad cuenta con cómodas y renovadas instalaciones desde la sala de admisiones, área de procedimientos y sala de recuperación dotada con tecnología de última generación.

UNIDAD DE URGENCIAS

La Unidad de Urgencias de la Clínica Comfamiliar, está preparada para afrontar con calidad y eficiencia los casos críticos de las diferentes patologías médicas y quirúrgicas, cuenta con especialistas en Pediatría, Ginecología, Anestesia, Cardiología Invasiva y Subespecializada, Cuidado Crítico, entre otras, las 24 horas del día de los 365 días del año, igualmente esta Unidad es atendida por personal idóneo en el área de enfermería para brindarle el mejor servicio a los pacientes en:

1. Urgencias adultos
2. Urgencias pediátricas
3. Urgencias Gineco-Obstétrica
4. Unidad de cuidados intensivos de tránsito
5. Sala de observación
6. Sala de procedimientos
7. Procedimientos, diagnósticos y terapéuticos

HOSPITALIZACIÓN

1. Hospitalización Adultos

La Clínica Comfamiliar cuenta con un completo servicio de habitaciones individuales y compartidas, dotadas para la atención y recuperación adecuada de los pacientes.

Se ofrecen servicios en:

- ✓ Medicina Interna
- ✓ Infectología
- ✓ Neumología
- ✓ Cardiología
- ✓ Hemato-Oncología
- ✓ Nefrología
- ✓ Endocrinología
- ✓ Neurología
- ✓ Cirugía general y especializada
- ✓ Grupo de soporte nutricional
- ✓ Apoyo familiar

2. Hospitalización Pediátrica

Lo médicos pediatras, las enfermeras y el personal de apoyo, están capacitados para la prestación de servicios a niños, con alta calidad humana y científica, en:

- ✓ Pediatría las 24 horas

- ✓ Soporte nutricional
- ✓ Programas de promoción y prevención
- ✓ Educación para la familia en patología frecuente
- ✓ Subespecialidades pediátricas en neumología, hemato-oncología, neurología, cardiología y cirugía
- ✓ Manejo interdisciplinario con nutrición, psicología y trabajo social

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

1. Cuidados Intensivos Recién Nacidos

La Unidad presta sus servicios a los niños menores de 30 días, con un grupo de médicos y enfermeras de amplia experiencia, coordinados por un pediatra neonatólogo, apoyados con equipo de alta tecnología para prestar servicios en:

- ✓ Fototerapia
- ✓ Subespecialidades
- ✓ Grupo de apoyo familiar
- ✓ Adaptación neonatal inmediata
- ✓ Transporte especializado para recién nacidos
- ✓ Atención de urgencias neonatales
- ✓ Adaptación neonatal inmediata
- ✓ Cirugía de malformaciones congénitas mayores
- ✓ Manejo de prematuros extremos (menor de, 1000 grs.)
- ✓ Ventilación mecánica convencional y de alta frecuencia
- ✓ Atención del recién nacido en sala de parto o quirófano
- ✓ Asesoría de la embarazada en casos de alto riesgo obstétrico

2. Cuidados Intensivos Pediátricos - Unikids

Comfamiliar Risaralda y Unikids conformaron un equipo multidisciplinario para el cuidado intensivo pediátrico, con especialistas de amplio reconocimiento en el área de neumología pediátrica, Oncohematología, neurología pediátrica, cirugía pediátrica, cardiología pediátrica, neurocirugía y ortopedia.

UNIKIDS cuenta con los mejores recursos humanos y técnicos, al servicio del paciente menor de 18 años y mayor de un mes y su familia, ofreciendo una atención con calor humano y la máxima calidad.

Las instalaciones cuentan con:

- ✓ Áreas de apoyo adecuado
- ✓ Sistema de ventilación de aire fresco filtrado, con control de humedad y temperatura.
- ✓ Estación de enfermería central con visualización a todas las unidades, con monitoreo central.
- ✓ Cubículos independientes que tienen columnas especiales diseñadas para facilitar el manejo del paciente crítico, cada uno dotado con equipos de monitoreo invasivo y no invasivo.
- ✓ 2 Cubículos especialmente organizados para la atención del paciente pre y postquirúrgico cardiovascular, con monitor de gasto cardiaco y capnografía.
- ✓ 5 equipos de soporte ventilatorio invasivo y no invasivo de última tecnología, para la atención de niños de diferentes edades reduciendo complicaciones y morbilidad de los pacientes.

Además:

- ✓ Pediatras 24 horas
- ✓ Especialistas y Subespecialistas
- ✓ Grupo de Apoyo Nutricional
- ✓ Grupo de apoyo familiar
- ✓ Personal paramédico de apoyo

3. Cuidados Intensivos Adultos

La UCI cuenta con cubículos dotados para el monitoreo, el cuidado y la asistencia de los pacientes en estado crítico.

Se brinda servicios de:

- ✓ Diálisis peritoneal
- ✓ Paramédicos
- ✓ Grupo de Apoyo Familiar

- ✓ Grupo de Soporte Nutricional
- ✓ Especialidades y Subespecialidades
- ✓ Unidad de cuidado coronario (intermedio)
- ✓ Médicos especialistas en cuidado crítico las 24 horas
- ✓ Terapias de reemplazo renal (hemofiltración arteriovenosa continua)
- ✓ Soporte ventilatorio invasivo no invasivo Monitoría invasiva no invasiva (cardioscopio, pulso oximetría, capnografía y presión arterial no invasiva)

GINECO-OBSTETRICIA

La Unidad de Gineco-Obstetricia de la Clínica Comfamiliar, es atendida las 24 horas del día por un grupo de médico generales, especialistas y subespecialistas, expertos en el cuidado de la salud de los órganos reproductores femeninos, ofreciendo una atención integral a la mujer en:

- ✓ Urgencias obstétricas y ginecológicas las 24 horas
- ✓ Vigilancia y Atención de Partos
- ✓ Analgesia peridural obstétrica
- ✓ Atención a embarazos de alto riesgo
- ✓ Monitoría fetal
- ✓ Ecografía
- ✓ Valoración post-natal inmediata del recién nacido
- ✓ Puericultura
- ✓ Unidad de medicina materno fetal
- ✓ Hospitalización
- ✓ Cirugía ginecológica
- ✓ Oncología
- ✓ Cirugía laparoscópica

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

La Clínica Comfamiliar, cuenta con una sala de quirófanos dotados con la tecnología suficiente para la realización de cirugías de alta y mediana complejidad, allí se presta atención en las siguientes especialidades:

- ✓ Cirugía General
- ✓ Cirugía Plástica
- ✓ Cirugía Cardiovascular
- ✓ Cirugía Vascul ar Periférica
- ✓ Cirugía Urológica, Cirugía Oncológica General, Urológica y Ginecológica
- ✓ Cirugía de Otorrinolaringología
- ✓ Cirugía y Urología Pediátrica
- ✓ Cirugía de Ortopedia
- ✓ Cirugía Laparoscópica
- ✓ Cirugía de Tórax
- ✓ Cirugía Oftalmológica
- ✓ Neurocirugía
- ✓ Cirugía Ginecológica y Obstétrica
- ✓ Endoscopia Digestiva, Diagnóstica
- ✓ CPRE
- ✓ Broncoscopia Diagnóstica e Intervencionista

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO

Laboratorio Clínico:

- ✓ Laboratorio básico y especializado
- ✓ Unidad de transfusiones y depósito de sangre
- ✓ Inmunohematología
- ✓ Microbiología especializada

Laboratorio Patológico:

- ✓ Patología convencional
- ✓ Coloraciones especiales
- ✓ Estudios de inmunopatología
- ✓ Biopsia por congelación
- ✓ Citologías

SERVICIO DE GENÉTICA MÉDICA

La Genética Médica, es una especialidad encargada del estudio de los factores hereditarios de las enfermedades y el manejo integral de las anomalías congénitas en el período perinatal, en la infancia y en la edad adulta.

Los servicios que se prestan son:

- ✓ Asesoría preconcepcional.
- ✓ Asesoría prenatal de riesgo de aneuploidías.
- ✓ Diagnóstico y seguimiento en caso de malformaciones y síndromes genéticos.
- ✓ Asesoría genética en cáncer familiar.
- ✓ Participación en grupos de atención integral a patología genética (labio paladar hendido, microtia, discapacidad cognitiva, errores congénitos del metabolismo).
- ✓ Capacitaciones en epidemiología genética.
- ✓ Pruebas moleculares.
- ✓ Investigación en epidemiología genética.

INFECTOLOGÍA

La Clínica Comfamiliar Risaralda presta el servicio de Infectología, esta es una especialidad de la medicina interna que se encarga del estudio, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades producidas por agentes infecciosos. En la Clínica Comfamiliar se encuentra uno de los infectólogos más destacados de la región.

QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA

La Clínica Comfamiliar ofrece a los pacientes que requieren tratamiento contra el cáncer, el servicio de Quimioterapia Ambulatoria, a través de:

- ✓ Consulta oncológica
- ✓ Consulta externa hemato-oncológica
- ✓ Personal de enfermería especializado
- ✓ Manejo integral del paciente hemofílico
- ✓ Aplicación de quimioterapia intratumoral en tumores del SNC (Sistema Nervioso Central)

✓ Quimioterapia ambulatoria y hospitalaria²³

4.3. MARCO REFERENCIAL

4.3.1. ÉTICA Y HUMANIZACIÓN

Aristóteles propone que todo lo que conduce al hombre a su propio bien y al logro de sus verdaderos fines es una acción buena y todo lo que lo desvía de ese objetivo es una acción mala; La ética tiene un fin que se resume en la búsqueda de la felicidad; el hombre sabio la busca en el ejercicio de la actividad que le es propia al hombre, es decir, en la vida intelectual²⁴. Aristóteles sostenía que la ética está edificada sobre la ciencia del hombre, y la Medicina, al fin de cuentas es la ciencia del hombre. Pero el médico, no debe ser apenas un científico positivista, un experto del cuerpo humano, su reparador, su mecánico; Si así fuera, sería suplantado por un cerebro electrónico, para hacer diagnósticos y extender fórmulas.

El médico, debe estar dispuesto y capacitado para trascender lo simplemente corporal y anatómico, del objeto de su profesión, que es el enfermo, o paciente. La Ética Médica actual está sustentada en tres pilares o principios de bases sólidas: el de beneficencia, el de autonomía y el de justicia. En el principio de beneficio, es de discusión si se tuviera en cuenta apenas al hombre aislado, al individuo egoísta, mediando su bienestar físico, sin nada que lo trascienda. Pero la Medicina y el cuidado, trasciende más allá de la persona, posible mesurar dicha discusión. El papel de la Medicina ha sufrido cambios sustanciales en lo que va corrido del presente siglo, pues, sin desentenderse del individuo aislado, ha contemplado también lo mucho que puede aportar al bienestar social comunitario.

Algunas escuelas formadoras de personal de la salud han venido propiciando, con indudable acierto, que el profesional, está capacitado para manejar al paciente como componente del núcleo social primario, la familia, y como parte importante de sociedad entera. El bien que la Medicina pueda generar va a beneficiar a todas las partes.

De otra parte, si la promoción, recuperación y conservación de la salud es la razón ética de la Medicina, cualquier acción contraria contiene con ella, choca con el principio de beneficencia. Teniendo en cuenta, asimismo, que lo que derive en beneficio de la salud del individuo es un derecho suyo, negárselo será antiético. No sólo los médicos y las enfermeras son quienes deben responder por la salud de las personas y de la comunidad. En ese proceso se halla también involucrada mucha

²³ Comfamiliar Risaralda, [internet], [citado 2 Agt. del 2017]. Disponible desde: <http://www.saludcomfamiliar.com/medicina.html>

²⁴ Filosofía, La Guía 24 de abril de 2008, [internet], [citado 6 Agt del 2017], Disponible desde: <http://filosofia.laguia2000.com/filosofia-griega/aristoteles-y-la-etica>.

más gente, con particular énfasis en el Estado, con todos los funcionarios y con todas las agencias responsables de dar cumplimiento a esos compromisos. No basta, para consentir con lo ético, que se tenga la intención de hacerlo, sino que es ineludible que se haga.

Haciendo referencia al ensayo, El fenómeno humano por Jesuita Pierre Teilhard de Chardin, uno de los más grandes pensadores de nuestro siglo: “El hombre no es sólo centro de perspectiva del Universo sino también centro de construcción. Por conveniencia, tanto como por necesidad, es hacia él donde hay que orientar finalmente toda ciencia. Si realmente ver es ser más, miremos al hombre y viviremos más intensamente “. Esta magistral recomendación no tiene, otra finalidad distinta que persuadir a que se profundice más en el conocimiento de la naturaleza del hombre, ya que, sin este, no es posible entenderlo, como tampoco al universo en el que está sumergido. El hombre, como lo señalaba Teilhard, dispone un valor implícito admirable, independientemente de su condición racial, social, religiosa, política o económica. Cada nuevo ser humano que aparece en el escenario terrenal se constituye en un personaje digno de consideración y respeto. Observarlo, entenderlo y tratarlo, es el verdadero sentido de la palabra “humanismo”.

4.3.2. CALIDAD

Pero no se puede hablar de humanismo sin hablar de un enfoque primordial como lo es la Calidad, entendiendo de este modo que sin la una no existe la otra, a continuación, algunas referencias de grandes maestros creadores de las diferentes filosofías y herramientas relacionadas, así como el entorno en el que se desarrollaron, los cuales se dieron a conocer después de la segunda guerra mundial.

El Padre de la Calidad, (Edward Deming) con algunas de sus ideas de la administración surgieron de su experiencia en Hawthorne, donde los trabajadores eran remunerados de acuerdo a lo que producían. Para Deming la calidad está definida como: “Un producto o un servicio tienen calidad si sirven de ayuda a alguien y disfrutan de un mercado bueno y sostenido”. Uno de sus aportes fundamentales, es de la Mejora Continua, y su ciclo P-H-V-A (Planear, Hacer, Verificar y Actuar)²⁵.

La calidad es gratis, indica Philip Crosby, definiéndola como:

✓ Hacerlo bien a la primera vez.

²⁵ La Calidad como filosofía de gestión (Internet). citado el 09 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.pablogiugni.com.ar/william-edwards-deming/>.

- ✓ Conformidad con los requerimientos e indicando que el 100% de la conformidad es igual a cero defectos.
- ✓ Hacer que la gente haga mejor todas las cosas importantes que de cualquier forma tiene que hacer.
- ✓ Promover un constante y consciente deseo de hacer el trabajo bien a la primera vez. Su filosofía: Cero defectos, se enfoca a elevar las expectativas de la administración y motivar y concientizar a los trabajadores por la calidad.

Para dicho autor las empresas despilfarran recursos realizando incorrectamente procesos y repitiéndolos²⁶. Enfatizando en la responsabilidad de la administración para mejorar el cumplimiento de las necesidades de los clientes. Joseph Moses Juran y su filosofía: Los administradores superiores deben involucrarse para dirigir el sistema de calidad. Los objetivos de la calidad deben ser parte del plan de negocio²⁷.

Desempeñando un papel relevante en el movimiento por la calidad en Japón debido a sus actividades de promoción, y su aporte en ideas innovadoras para la calidad. Kaoru Ishikawa Se le reconoce como uno de los creadores de los círculos de calidad en Japón (grupos de personas de una misma área de trabajo que se dedican a generar mejoras). El diagrama de causa y efecto también se denomina diagrama de Ishikawa, debido a que fue él quien lo empezó a usar de forma sistemática. La calidad para Ishikawa: Controlar la calidad es hacer lo que se tiene que hacer, El control de calidad empieza y termina con la capacitación a todos los niveles, Siempre se deben tomar las acciones, correctivas apropiadas. El control de calidad no acompañado de acción es simple diversión²⁸.

El Autor de Zero Quality Control: Source Inspection and the Poka –Yoke System, Shigeo Shingo, un libro que se centra en la mejora y la prevención de errores de calidad. Está muy orientado hacia la idea de que la calidad puede obtenerse sólo si el proceso de manufactura se diseña y opera con estándares ideales. Shingo no aporta mucho a la parte administrativa de la calidad total, pero sus ideas ayudan a no perderse en conceptos abstractos y a recordar que la productividad y la calidad provienen del perfeccionamiento de la operación básica del negocio. Shingo está muy orientado hacia la idea de que la calidad puede obtenerse sólo si el proceso de manufactura está diseñado y operado con estándares ideales²⁹.

²⁶ La Calidad como filosofía de gestión (internet). citado el 09 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.pablogiugni.com.ar/httpwwwpablogiugnicomarp106/>

²⁷ Ídem p95/

²⁸ Ídem p93/

²⁹ Maestros de la calidad (internet). citado el 09 de enero de 2018. disponible en: <http://maestrosdelacalidadzj100112.blogspot.com.co/2012/09/shigeo-shingo-1909-1990-biografia.html>

Cada vez que se diseña un producto, se hace pensando en que va a cumplir con las necesidades de los clientes, pero siempre dentro de un cierto estándar; a esto se le llama “calidad aceptable”. Indica el autor Genichi Taguchi, Diseño Robusto; (Control de Calidad). El tipo de diseño que Taguchi propone es que se haga mayor énfasis en las necesidades que le interesan al consumidor y que a su vez, se ahorre dinero en las que no le interesen. La contribución más importante del Dr. Taguchi, ha sido la aplicación de la estadística y la ingeniería para la reducción de costos y mejora de la calidad en el diseño de productos y los procesos de fabricación. En sus métodos se emplea la experimentación a pequeña escala con la finalidad de reducir la variación y descubrir diseños robustos y baratos para la fabricación en serie³⁰.

El creador de “Control total de calidad”, Armand V. Feigenbaum y su idea de la calidad: un modelo de vida corporativa, un modo de administrar una organización. Control total de calidad es un concepto que abarca toda organización e involucra la puesta en práctica de actividades orientadas hacia el cliente. Su filosofía de resumen en sus tres pasos hacia la calidad: *Liderazgo de calidad*: la administración debe basarse en una buena planeación, manteniendo un esfuerzo constante hacia la calidad. *Tecnología de calidad moderna*: los problemas de calidad no pueden ser atendidos sólo por el departamento de calidad³¹.

No se requiere fomentar una integración de todos los que participan en el proceso para que evalúen e implementen nuevas técnicas para satisfacer a los clientes. *Compromiso organizacional*: debe de llevarse a cabo una capacitación y de una motivación constante para toda la fuerza laboral que participan en la organización dentro del proceso. Esto acompañado de una integración de la calidad en la planeación de la empresa.

Una organización aprende si de manera continua y sistemática busca obtener el máximo provecho de sus experiencias aprendiendo de ellas, filosofía de Peter M. Senge³², esta manera se podrá detectar y corregir los errores y trampas más graves, por lo que estas organizaciones serán capaces de sobreponerse a las dificultades, reconocer amenazas y enfrentar nuevas oportunidades.³³

³⁰ [17:53, 9/1/2018] +57 315 4060823: La Calidad como filosofía de gestión (internet). citado el 09 de enero de 2018. disponible en: <http://www.pablogiugni.com.ar/httpwwwpablogiugnicomarp101/>

[17:54, 9/1/2018] +57 315 4060823:

³¹ La Calidad como filosofía de gestión (internet). citado el 09 de enero de 2018. disponible en: <http://www.pablogiugni.com.ar/httpwwwpablogiugnicomarp91/>

³² Maestros de la Calidad (internet). citado el 09 de enero de 2018. disponible en: <http://maestrosdelacalidadac103611.blogspot.com.co/p/peter-m-senge.html>

³³ Los grandes maestros de la calidad, blogger [internet]. 2012 Sept, [citado 2 Agt. del 2017]. Disponible desde: <http://maestrosdelacalidadmc105611.blogspot.com.co/p/maestros-y-sus-aportes.html>

4.3.3. ENTES REGULADORES Y DE VIGILANCIA

El Ministerio De Salud Y Protección Social define la calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respeto y enfrentar el final de la vida con dignidad.³⁴

En la actualidad y a través de entes reguladores y de vigilancia, han venido avanzando en el tema de prestar un servicio con calidad, de generar seguridad al paciente en su atención y todas aquellas acciones encaminadas a garantizar un cuidado adecuado al paciente; iniciando desde lo que plantea el ministerio de Salud y protección social, acerca de la humanización en los servicios de salud vista desde diferentes vertientes de pensamiento y enfoques:

- Los derechos humanos
- La filosofía
- La ética
- La bioética
- La antropología
- Los valores
- Los requisitos de acreditación.

Los cuales tienen un propósito: generar e impulsar un proceso de transformación de la cultura del sistema de salud a partir del cambio de comportamiento de las personas en las instituciones en todos los niveles del sistema de salud, (nacional, intermedio y local) reconociendo los valores, la historia y logros alcanzados. La humanización puede transformar la manera de pensar, dirigir y actuar del Sistema de salud.³⁵

4.3.4. CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

Imperativo ético de la atención integral en salud; hace referencia a la obligación que tienen los actores que intervienen en dicha atención de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención en salud, respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio

³⁴ Calidad y humanización de la atención, Minsalud, [internet] [citado 31 Jul. del 2017]. Disponible desde: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>

³⁵ Humanización de la atención en salud, Minsalud, [internet], [citado 31 Jul. del 2017]. Disponible desde: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EAPB/Humanizaci%C3%B3n.aspx>

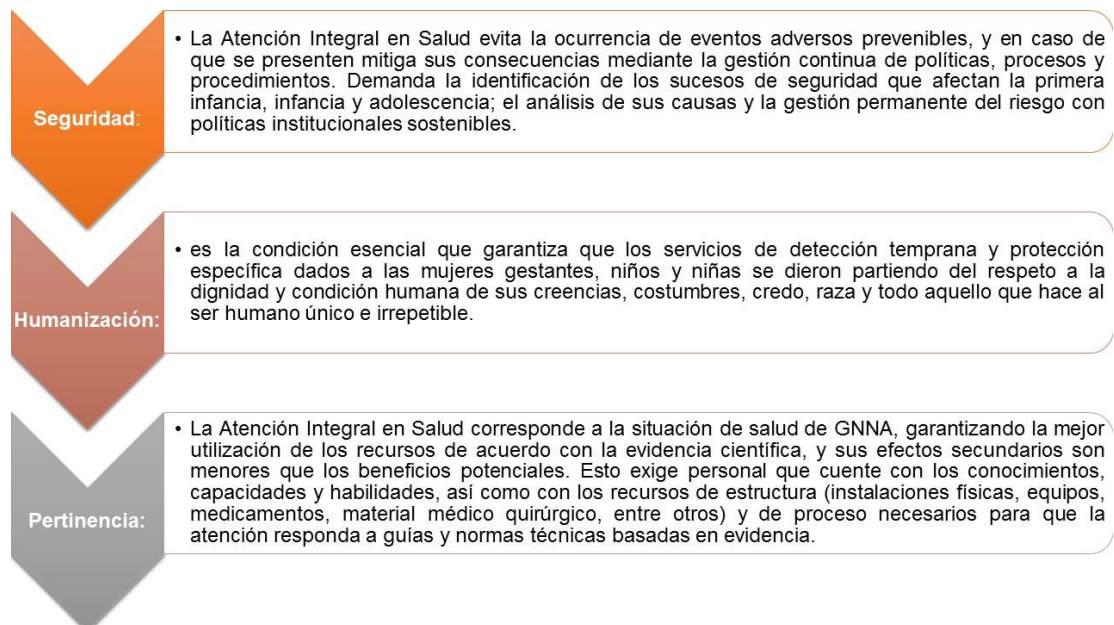
cultural y la diversidad poblacional y territorial que se expresa en la particularidad de su desarrollo.

4.3.5. PLAN NACIONAL DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PNMCS)

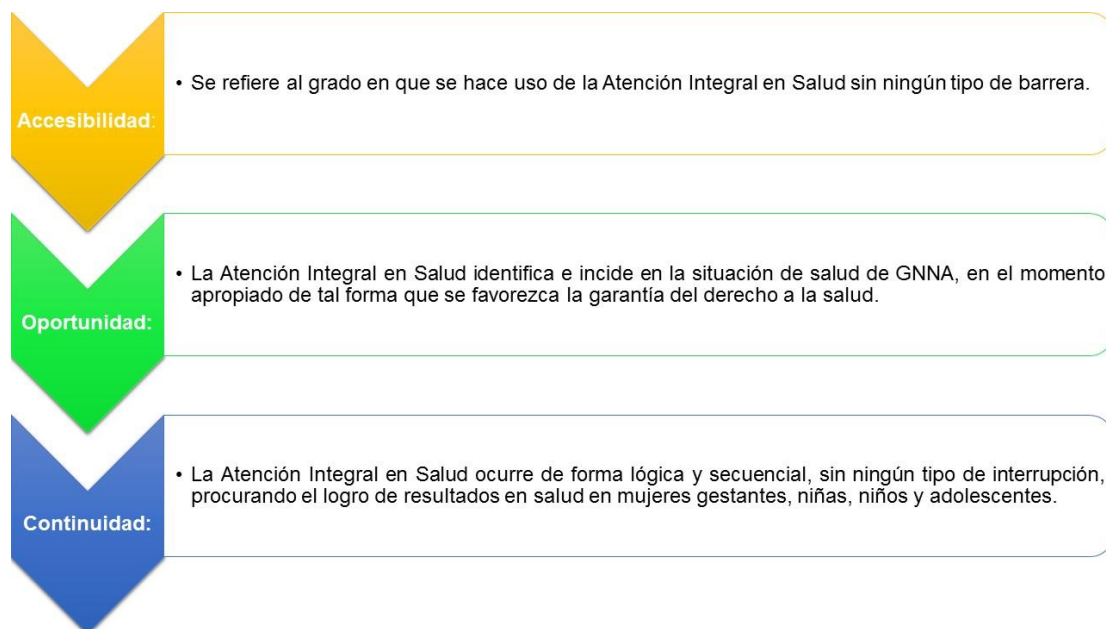
Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Brindar atención oportuna y de calidad a los usuarios del SGSSS y se plantea: definición e implementación de un plan nacional de mejoramiento de la calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados. El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud parte de un requerimiento normativo, artículo 107, Ley 1438 de 2011 en el que se pide incluir elementos que consoliden la habilitación de instituciones, incentivos para su acreditación y el fortalecimiento del sistema de información.³⁶

4.3.6. ATRIBUTOS DE CALIDAD

Son las características que deben garantizarse durante el proceso de atención en salud, según la normatividad nacional vigente. En el gráfico que a continuación se evidencia se describirán uno a uno los atributos.



³⁶ Heidi Amaya V. La humanización en los Lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), Minsalud [internet]; 08/2014, [citado 31 Jul. del 2017]. Disponible desde: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>



4.3.7. PLAN DE MEJORAMIENTO

El plan consiste en la descripción de una secuencia de pasos orientados a superar, en lo posible, las oportunidades de consolidación y de mejoramiento encontradas en el proceso de autoevaluación institucional, insumo importante para continuar luego con el proceso de planeación y elaboración del Plan de Desarrollo Institucional.

Con la elaboración del Plan de Mejoramiento se da respuesta a las necesidades, problemas y vacíos identificados durante el proceso de autoevaluación, de manera organizada, integral y planificada.

El Plan de Mejoramiento tiene como base los resultados de la autoevaluación realizada. Su objetivo es orientar las acciones requeridas para superar las debilidades determinadas y sus causas, sin alterar las fortalezas de la institución. Es decir, el plan de mejoramiento es un medio conceptual y una guía para actuar según lo que se requiere, con el fin de modificar el estado actual, por un futuro de mejor calidad, manteniendo las fortalezas.

Esta herramienta es una guía de ejecución que a través del cual se permite un adecuado seguimiento y control, pero es preciso que se elabore con objetividad, o sea, que se propongan las acciones por alcanzar, en términos de costos, calendarización, recursos y viabilidad. También integra la decisión estratégica sobre los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de las instituciones y

agentes del sistema, para que sean traducidos en servicios de calidad y percibidos por las pacientes, acompañantes o familiares como atributos de calidad y humanización. Debe servir como base para la detección de mejoras, debe permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas.

Así, el plan de mejoramiento debe considerar y describir claramente las causas de la oportunidad de mejora y plantear la (s) acción (es) que va (n) a permitir superarlas.

Para su elaboración es necesario establecer los objetivos que se proponen alcanzar y diseñar la planificación de las tareas para conseguirlos. El plan de mejora debe permitir:

- ✓ Identificar las causas que provocan las debilidades detectadas.
- ✓ Identificar las acciones de mejora a aplicar.
- ✓ Analizar su viabilidad.
- ✓ Establecer prioridades en las líneas de actuación.
- ✓ Disponer de un plan de las acciones a desarrollar y de un sistema de seguimiento y control de las mismas.
- ✓ Negociar la estrategia a seguir.
- ✓ Incrementar la eficacia y eficiencia de la gestión.
- ✓ Incrementar la efectividad clínica de los servicios que prestan las instituciones.
- ✓ Disminuir el riesgo del paciente.
- ✓ Incrementar la eficiencia clínica en lo relacionado con la adecuación y la utilización de los recursos.
- ✓ Incrementar la satisfacción de las mujeres gestantes, niños y niñas y la comunidad en general, en la percepción del cumplimiento de sus expectativas.
- ✓ Generar en las organizaciones y actores del sistema una disciplina de planeación y ejecución de autoevaluaciones.

4.3.8. COMPONENTES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Entidad: Razón Social completa de la entidad que suscribe el Plan de Mejoramiento

Fecha Día/Mes/Año: En el que se suscribe el Plan de Mejoramiento.

NIT: En estas casillas se debe diligenciar el Número de Identificación Tributaria con el Dígito de Verificación de la entidad que suscribe el Plan de Mejoramiento.

Componente: Relacionar el componente al que pertenece el hallazgo (Aseguramiento, Administrativo, Tecnológico, Financiero, Calidad, Salud Pública, entre otros)

Descripción del hallazgo: Se describe el/los hallazgos encontrados y la norma incumplida.

¿Qué?: Se debe diligenciar la o las acciones de mejora frente al hallazgo evidenciado

¿Cómo?: Descripción de las acciones de mejora

¿Cumplimiento?: Indicadores de la acción de mejora: Enunciar la estructura del indicador que sea coherente con la acción de mejora.

Meta de la Acción: Asociada al indicador propuesto establecer la meta en un tiempo no mayor a un año.

¿Quién?: El/los responsables de la corrección de la situación anómala detectada o puesta en evidencia. Diligenciar el nombre / cargo

¿Cuándo?: Fecha de Inicio: Se debe registrar la fecha en la cual se tiene programado el inicio del proceso de mejora de la acción, expresado éste en Día/Mes/Año.

Fecha de Terminación: Se debe registrar la fecha en la cual se tiene programada la finalización de la acción de mejora, expresado éste en Día/Mes/Año, sin que exceda un año de vigencia.

Firma Representante Legal: Nombre y Firma del Representante Legal de la entidad que suscribe el plan de desempeño.

4.3.9. OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La Resolución 1552 de 2013 reglamenta en su artículo 123 del Decreto – ley 019 de 2012 establece que “Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deberán garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general, sin necesidad de hacer la solicitud de forma presencial y sin exigir requisitos no previstos en la ley. La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud. De igual forma, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento a los tiempos de otorgamiento de citas que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación.

Que así mismo, el artículo 124, ibídem, señala que: La asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las Empresas Promotoras de Salud en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada

en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que inciden en la demanda de prestación del servicio de salud por parte de la población colombiana.

Que las precitadas disposiciones facultan a este Ministerio para reglamentar lo pertinente y, especialmente, el artículo 124 ya citado, se pronunció sobre la necesidad de que su reglamentación obedezca a criterios de gradualidad, así como a las condiciones y factores allí establecidos para la prestación del servicio de salud.

4.3.10. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4.3.11. LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el mundo entero el reporte “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy como el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones.

Cinco años después de publicado el reporte y de haberse iniciado las acciones tendientes a disminuir el problema, paradójicamente la percepción del consumidor de la salud en ese país parecía mostrar que en vez de mejorar, se había empeorado. Esto probablemente como un efecto del mismo, En el 2004 la encuesta nacional hecha por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (AHRQ), la misma que fue creada por el gobierno Clinton para que apoyara económicamente todo el trabajo relacionado, evidenció que el 55% de quienes respondieron se sentían insatisfechos con la calidad de atención en salud en su país (11% más que la encuesta 4 años atrás) y de hecho, 40% creían que la calidad de atención había empeorado. Cinco años más tarde (diez años después de la publicación) un nuevo reporte de la misma agencia continúa con la misma percepción y evidencia en el 2009 que uno de cada 7 pacientes hospitalizados del

Medicare experimenta 1 o más Eventos Adversos y que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACC).

4.3.12. AVANCES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA

Desde la publicación del reporte *Error es humano*, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación, en educación alrededor del tema de la seguridad de los pacientes, y en la implementación de múltiples prácticas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica.

Colombia no ha sido ajena a este esfuerzo. Como muestra de ello, en el 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevó voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente, así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. Hoy nuestro país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas, o más bien, de prácticas seguras, las cuales se recomiendan porque tienen suficiente evidencia o son recomendaciones de expertos, acerca de que incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente. Para un mejor entendimiento de estas prácticas, por parte quienes conformamos el sector salud, a cada una de ellas se le elaboró un paquete educativo que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto.

Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en nuestras instituciones, más recientemente en nuestras instituciones pasamos de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta nuestra reciente resolución 2003 de 2014.³⁷

³⁷ Alejandro Gaviria Uribe- Fernando Ruiz Gómez- Norman Julio Muñoz Muñoz- Gerardo Burgos Bernal- José Fernando Arias Duarte- Samuel García de Vargas, Seguridad del Paciente y la Atención Segura, Minsalud Versión 2.0 [internet] 2008, [citado 6 Ago. del 2017]. Disponible desde: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

4.3.13. LOS SERVICIOS Y LA HUMANIZACIÓN

Cuando se habla de humanizar la salud se escucha como algo contradictorio, teniendo en cuenta que para la sociedad en general la salud lleva implícito el sentido humanístico de contribuir al bienestar del ser humano. Sin embargo, el tema y sobre todo, su aplicación, conlleva la interacción de múltiples factores.

Los cambios en el contexto de la salud en los últimos años han generado fuertes cuestionamientos relacionados con la humanización en la atención de una persona enferma, fomentando así el interés por profundizar en este tema pues existen diversas perspectivas y formas de concebirlo. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estas aproximaciones, en su mayoría, han sido teóricas y se han enfocado en una definición conceptual de esta temática, sin abordar otras áreas relacionadas como la motivación, liderazgo, actitudes, formas de intervención. Por lo anterior se podría decir que no hay suficientes referentes empíricos sobre la humanización en salud. Se trata de comprender el verdadero significado de la atención en salud, sin tomarlo desde la perspectiva de la prestación de un servicio, sino como la cooperación en un proceso de acoplamiento a los cambios ocurridos a nivel físico o mental de una persona.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC – nos habla de la atención en salud con calidad, una atención centrada en el cliente, en la satisfacción del usuario y hasta nos habla indirectamente de la humanización de los servicios de salud. Pero para hacer cumplimiento de la norma, es necesario sensibilizar al personal de la salud, que en su mayoría trabaja en el área asistencial, puesto que son quienes tienen contacto directo con el usuario o “paciente” y sus acompañantes o familiares.

La literatura existente viene creciendo en los últimos años, toda vez que, ante el entorno hospitalario, la humanización no ha adquirido la importancia que amerita, puesto que el eje central radica en el sentir de las personas, cómo perciben los usuarios en general la atención y la percepción del personal de la salud que tenga sobre el paciente y su acompañante o familiar. Todo esto son los engranajes perfectos para crear el éxito en una atención en salud con calidad.

Aunque se han realizado múltiples esfuerzos por implementar programas que se dirijan a formar un contexto más humano en las instituciones de salud, los resultados han sido limitados en el tiempo, es decir, no se ha logrado de manera definitiva que el personal de salud se apropie verdaderamente del proceso de humanización, quizás por la carencia de líderes que dirijan sus esfuerzos en este sentido.

4.4. MARCO CONCEPTUAL

HUMANIZACIÓN:

Es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada en el individuo, a través de un vínculo.

OPORTUNIDAD:

Hace referencia a la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

SEGURIDAD:

Consiste en garantizar todos los mecanismos, medidas y acciones preventivas necesarias para la prestación del servicio, asegurando la disminución del riesgo y evitando los eventos adversos durante la atención, que pondrían en peligro las condiciones y vida de las gestantes, recién nacidos, niños y niñas menores de diez años que demandan los servicios de salud.

PLAN DE MEJORAMIENTO:

Es un instrumento para dirigir el rumbo de una institución, con base en el análisis y reconocimiento de su realidad, hacia el logro de unos objetivos establecidos de común acuerdo, con el fin de mejorar la gestión en lo laboral, administrativa, de las partes interesadas y directivos.

4.4.1. PALABRAS CLAVE

Humanización
Oportunidad
Seguridad
Plan de mejoramiento.

Cada una de los términos referidos en este numeral fueron refrenados en DeCS

4.5. MARCO JURÍDICO, LEGAL O NORMATIVO.

4.5.1. NORMOGRAMA

Norma	Año	Objeto de la norma
La Constitución Política	1991	Que ordena: Corresponde al Estado: organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, establecer políticas y ejercer su vigilancia y control y establecer las Competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares.
Ley 100	1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, define en el numeral 3 del artículo 173 como función del Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras, la de expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento por las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 1011	2006	“Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”
Resolución 1445	2006	“Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.”

Norma	Año	Objeto de la norma
Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Decreto 4107	2011	“Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social”, establece en el Numeral 13 del artículo 2º como función del Ministerio de Salud y Protección Social “Definir los requisitos que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para obtener la habilitación y acreditación.”
Ley 911	2004	“Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.”
Resolución 2003	2014	“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”.
Ley 1122	2007	“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”

Norma	Año	Objeto de la norma
Ley 1438	2011	"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".
Resolución 0123	2012	"Por el cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006 - Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones -."
Resolución 13437	1991	Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.
Circular Externa 30	2006	Superintendencia nacional de Salud: Instrucciones en materia de indicadores de la calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones.
Resolución 1446	2006	Ministerio de Protección Social: Por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
Circular 23	2016	Ministerio de Salud. Cuidados paliativos: Garantizando una atención integral, continua, con calidad e idoneidad, con eficiencia y respetando los derechos de los pacientes y familias al cuidado paliativo, a la información, a la segunda opinión, a suscribir el documento de voluntad anticipada, a consentir o rechazar procedimientos (paciente y familia) y los derechos de los niños y adolescentes. Conformar el grupo de profesional y el programa de cuidado paliativo

Norma	Año	Objeto de la norma
Resolución 1043 Anexos Técnicos 1 y 2	2006	Por el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad.
Resolución 1552	2013	Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo observacional descriptivo – transversal

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Se constituyó con los pacientes que ingresaron a las 212 camas disponibles en la Clínica Comfamiliar Risaralda, en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, durante el mes de febrero 2018.

MUESTRA

Como resultado del muestreo durante el periodo evaluado, se obtuvo un total de 137 pacientes que ingresaron a los servicios de hospitalización (Hemato – oncología, Medicina Interna y Quirúrgicas), aplicando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, dicha información es ingresada al aplicativo Epi Info 7.2. para calcular el tamaño de la muestra, como lo visualizamos a continuación:

Cuadro. Poblacional y Muestral

Total Camas	Nivel de Confianza	Margen de Error	Tamaño de la Muestra
212	95%	5%	137

5.3. MARCO MUESTRAL

Listado de usuarios de los servicios de hospitalización (Hemato-oncología, Medicina Interna y Quirúrgicas), obtenido por la Oficina de Epidemiología de la Clínica Comfamiliar Risaralda.

5.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los pacientes de la muestra de la Clínica de Comfamiliar Risaralda.

5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Contar con el consentimiento informado de los pacientes.
- Ser usuario de los servicios hospitalización (Hemato-oncología, Medicina Interna y Quirúrgicas) que oferta la Clínica de Comfamiliar Risaralda, durante el mes de febrero de 2018.
- Contar con el consentimiento institucional.
- Ser Mayor de 18 años

5.6. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Este trabajo no contempla criterios de exclusión por el tiempo de realización.

5.7. PLAN DE ANÁLISIS

5.7.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Este instrumento se desarrolló durante el cuarto trimestre de 2017 – en el Seminario de Investigación II.

5.7.2. TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El grupo investigador creó una base de datos en epi info 7.2 alimentando el instrumento elaborado por el equipo de investigación.

5.7.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se aplicó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión de prueba de valor de P y Chi².

5.7.4. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación se expondrán en una socialización en la institución investigada, un evento académico en la Fundación Universitaria del Área Andina al terminar la especialización y una publicación en revista indexada de circulación nacional.

5.8. COMPROMISOS DEL INVESTIGADOR

5.8.1. COMPROMISO BIOÉTICO

Los aspectos bioéticos del presente trabajo de investigación están regidos por las normas y parámetros éticos universales establecidos y referidos a través de la Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993, expedida por el entonces Ministerio de Salud de la República de Colombia para investigación en Ciencias de la Salud.

Consentimiento informado ver **anexo F**

Consentimiento institucional ver **anexo G**

5.8.2. COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Los investigadores se comprometen a salvaguardar las normas medio ambientales nacionales e internacionales, cuidando el entorno, haciendo mínimo uso de papel y utilizando medios magnéticos para la información.

5.9. RESPONSABILIDAD SOCIAL

- Brindar mediante los resultados de esta investigación una oportunidad de mejora de atención y servicio a los pacientes, acompañantes o familiares que recurren a la Clínica Comfamiliar Risaralda.
- Lograr que los pacientes, acompañantes o familiares que acuden a la Clínica Comfamiliar vivan una experiencia humanizada por parte del personal de salud.
- Contribuir a la línea de investigación del cuidado y generar elementos desde la perspectiva de los usuarios, acompañantes o familiares que reciben atención por parte de los profesionales de la salud, en pro de tomar correctivos que apunten al mejoramiento continuo del servicio prestado por la institución de salud objeto de estudio.

5.10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.10.1. CRONOGRAMA DE TRABAJO - Ver anexo H

5.10.2. PRESUPUESTO - Ver anexo I

6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se desarrolló un estudio en la Clínica Comfamiliar Risaralda para identificar el conocimiento de los usuarios sobre comportamientos del cuidado humanizado de enfermería, según instrumento PCHE segunda versión, durante el mes de febrero de 2018, para proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

6.1. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.

La caracterización demográfica de la población objeto de estudio, relaciona la distribución de los pacientes según rangos de edad, Empresa Administradora de Plan de Beneficios a la cual se encuentra afiliada, nivel de escolaridad o educativo, etnia, el tipo de afiliación, servicio de hospitalización, el género, el tipo de vinculación y la religión a la que pertenece.

Cuadro 1. Caracterización sociodemográfica de usuarios de los servicios de hospitalización de la Clínica Comfamiliar Risaralda, en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, durante el mes de febrero de 2018, según instrumento PCHE segunda versión, por medio del cual se mide el conocimiento sobre comportamientos del cuidado humanizado de enfermería.

Variable	Categorías	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Límites de Confianza
Edad	18 – 43 años	42	30,65%	20,47% - 36,51%
	44 – 68 años	57	41,60%	27,46% - 43,97%
	69 – 99 años	38	27,75%	22,80% - 38,76%
Servicio	Hemato – oncología	45	32,84%	24,51% - 40,55%
	Medicina Interna	51	37,22%	28,47% - 44,98%
	Quirúrgicas	41	29,94%	23,85% - 39,81%
Género	Femenino	70	51,09%	41,44% - 58,56%
	Masculino	67	48,91%	38,44% - 55,56%
Vinculación	Cotizante	119	86,86%	82,42% - 95,48%
	Subsidiado	13	9,48%	1,77% - 12,10%
	Prepagada	0	0,00%	0,00% - 0,00%
	Población Especial	5	3,66%	1,18% - 10,65%

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB	Asmet – Salud	1	0,73%	0,02% - 4,00%
	EOC	6	4,38%	1,62% - 9,29%
	Nueva EPS	21	15,33%	9,75% - 22,47%
	Otro	11	8,03%	4,08% - 13,91%
	S.O.S	91	66,42%	57,86% - 74,26%
	SURA	7	5,11%	2,08% - 10,24%
Afiliación	Contributivo	32	23,35%	18,80% - 34,76%
	Beneficiario	98	75,53%	65,86% - 82,26%
	Particular	0	0,00%	0,00% - 0,00%
	SOAT	7	1,12%	0,91% - 8,29%
	EOC	0	0,00%	0,00% - 0,00%
Nivel Educativo	Especialista	1	0,72%	0,02% - 3,92%
	Primaria	44	32,11%	25,82% - 42,04%
	Secundaria	62	45,25%	35,90% - 52,92%
	Técnico	3	2,18%	0,44% - 6,13%
	Tecnólogo	11	8,02%	3,99% - 13,62%
	Universitario	16	12,44%	6,68% - 17,90%
Religión	Católico	121	88,32%	82,10% - 93,32%
	Cristiano	15	10,94%	6,12% - 17,06%
	Otro	1	0,74%	0,02% - 3,92%
Etnia	Afrocolombiano	3	2,18%	0,44% - 6,13%
	Blanco	2	1,45%	0,17% - 5,07%
	Indígena	1	0,72%	0,02% - 3,92%
	Mestizo	127	92,70%	87,26% - 96,52%
	Otro	4	2,95%	0,78% - 7,15%

En la caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio, se identificó que del total de pacientes atendidos en los servicios de hospitalización (Hemato – oncología, Medicina Interna, Quirúrgicas) de la Clínica Comfamiliar Risaralda, durante el mes de febrero de 2018, el predominio según edad, fue entre los 44 - 68 años. La frecuencia de acuerdo al servicio de hospitalización mostró mayor uso en Medicina Interna.

La población participante que accedió a los servicios de hospitalización en su mayoría se encuentra afiliada en primer lugar a la EPS. S.O.S. y en segundo lugar a la Nueva EPS, siendo estas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB con mayor número de usuarios de la Clínica, en el mes de febrero de 2018. Según esta tendencia se observa que la mayoría de usuarios están vinculados como cotizantes y de acuerdo a su afiliación son beneficiarios, de acuerdo al nivel de escolaridad de los participantes, se encontró que la mayoría realizaron estudios secundarios (bachillerato) y primarios. La concurrencia de pacientes según etnia y religión mostró que en su mayoría fueron mestizos y católicos.

6.2. CONOCIMIENTO DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO EN LA POBLACIÓN OBJETO.

De acuerdo al comportamiento de los ítems, se decidió adoptar la agrupación en tres (3) factores, porque se adecuaba mejor a las características del instrumento. Como se muestra en el cuadro N° 2, la agrupación se dio 17 ítems para el factor 1 (ítems 3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32), 8 ítems para el factor 2 (ítems 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14 y 19) y 7 ítems para el factor tres (ítems 1, 2, 6, 7, 8, 15 y 17). Luego se realizó una revisión de cada uno de los ítems por factores analizando su relación donde mantuvieran un mismo sentido y enfoque, posteriormente su relación teórica, y se construyeron sus definiciones.

Cuadro 2. Conocimiento de comportamientos de cuidado humanizado en la población objeto

Categoría	Descripción	N°	Pregunta
Factor N° 1 – Disposición para la atención	Es la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar, sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.	3	Muestran interés por brindarle comodidad física.
		13	Le dedican el tiempo necesario.
		16	No le llaman por el nombre.
		18	Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)
		20	El personal de enfermería está pendiente de usted.

<p align="center">Factor N° 1 – Disposición para la atención</p>	<p>Es la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar, sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.</p>	21	Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.
		22	Responden con lentitud al llamado.
		23	Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual.
		24	Le escuchan atentamente.
		25	Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.
		26	Su cuidado es cálido y delicado.
		27	Le ayudan a manejar su dolor físico.
		28	Su cuidado es responsable.
		29	Respetan sus decisiones.
		30	Le animan para que las(os) llame en caso de que necesite algo.
		31	Irrespetan su intimidad.
		32	Le administran el tratamiento prescrito a tiempo.
<p align="center">Factor N° 2 – Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente</p>	<p>Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera(o)) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.</p>	4	Cuando le hablan no lo miran a los ojos.
		5	Toman tiempo para aclararle las inquietudes.
		9	Facilitan el diálogo.
		10	Olvidan explicarle anticipadamente los procedimientos.
		11	Responden a sus preguntas con seguridad
		12	El personal de Enfermería no informa su nombre antes de realizarle los cuidados.
		14	Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna

		19	Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.
Factor N° 3 – Cualidades del hacer de enfermería	Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o) - paciente.	1	Le hacen sentir como ser humano.
		2	Son amables en el trato.
		6	Cuando se dirigen a usted, se siente cuidado (a).
		7	La presencia del personal de enfermería le hacen sentir tranquilo (a).
		8	El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza.
		15	El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados.
		17	Se muestran respetuosas (os) con sus creencias y valores.

Al revisar la distribución de los ítems y los factores anteriormente propuestos, se llegó a la definición de las categorías y su soporte teórico:

Factor N° 1 “Disposición para la atención”:

Se presentó la mayor agrupación de los ítems del instrumento donde se expresan las principales motivaciones de disposición por la atención del otro. Según Watson³⁸, el personal de enfermería debe asistir o ayudar en las necesidades básicas de manera reverencial y respetuosa, manteniendo una conciencia de cuidado intencional. Plantea que uno de los privilegios de enfermería y de su rol al interactuar con la humanidad es que las enfermeras tienen acceso a la totalidad del ser humano. Las enfermeras tienen el honor íntimo de ayudar a otros, a gratificar sus necesidades humanas más básicas, especialmente cuando se encuentran en estado de vulnerabilidad.

Factor N° 2 “Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente”:

³⁸ GÓMEZ RAMÍREZ, Olga Janneth. GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. [internet]. Óp. Cit. Página 158; citado el 10 de marzo de 2018; Disponible en: <https://www.casadellibro.com/ebook-la-situacion-de-enfermeria-fuente-y-contexto-del-conocimiento-de-enfermeria-la-narrativa-como-medio-para-comunicarla-ebook/9789587617986/2587906>.

Las preguntas que allí se agrupan expresan una apertura por parte del personal de enfermería a generar una interacción activa con el paciente, y se desarrollan unas habilidades de escucha activa, de diálogo, de proporcionar información, pero sin perder el vínculo entre ambos. Al respecto, teóricas en la profesión, han planteado que las enfermeras deben desarrollar capacidades o habilidades para lograr esa relación con el otro, a través de la comunicación. Wiedenbach, destaca estas habilidades de comunicación y las define como: “Las habilidades reflejan la capacidad de expresión de los pensamientos y los sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a las personas con él relacionadas. Para transmitir un mensaje u obtener una respuesta determinada, puede utilizar la comunicación verbal y no verbal, unidas o por separado”³⁹. Desde cualquier perspectiva que se aborde, resulta de indudable importancia la comunicación, la cual, es el medio a través del cual la persona establece relaciones; para los enfermeros, esta importancia cobra mayor interés como elemento básico de la relación terapéutica. Para Cherry⁴⁰ (King, 1984) la comunicación “es un proceso dinámico, fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones”.

El factor N°3 “Cualidades del hacer de enfermería”:

Los ítems que se agruparon a este factor, tienen una característica y es que se enfocan al ser; busca destacar esas cualidades del personal de enfermería que permiten que el paciente viva el cuidado y crezca en él, como plantea Boykin y Schoenhofer⁴¹. Según Rivera, Triana y Espitia⁴², en su artículo ¿Por qué hablamos de cuidado humanizado en enfermería?, el cuidado humanizado comienza cuando el profesional entra en el campo fenomenológico del paciente y es capaz de detectar, sentir e interactuar con él, es decir, es capaz de establecer una relación de empatía centrada en la atención del cliente y en un ambiente para percibir la expresión del otro y como él la vive.

Con relación a la aplicación del instrumento, se le realizó el test a 137 pacientes distribuidos en los servicios de hospitalizados (Hemato-oncología, Medicina Interna y Quirúrgicas) que ofertó la Clínica de Comfamiliar Risaralda, durante el mes de febrero de 2018.

Al respecto, de acuerdo a la aplicación del instrumento en los 137 pacientes hospitalizados en la Clínica Comfamiliar Risaralda, se obtuvo:

³⁹ MARRINER, Ann. RAILE, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª Edición. Editorial Elsevier Science / Mosby. Madrid, 2003. Pág. 87

⁴⁰ CARBELO, Begoña. ROMERO, Marta. CASAS, Francisca. RUÍZ, Teresa. RODRÍGUEZ, Sonsoles. Teoría Enfermera: El Cuidado desde una Perspectiva Psicosocial. En: Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades, Universidad de Alicante. Año I - No. 2. Madrid, 1997. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC_02_09.pdf>

⁴¹ RAILE ALLIGOOD, Martha. MARRINER TOMEY, Ann. Óp. Cit. Pág. 407

⁴² RIVERA, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. ESPITIA, Sonia. Óp. Cit.

Cuadro 3. Variables de respuesta de conocimientos sobre comportamientos del cuidado humanizado de enfermería, según instrumento PCHE segunda versión, en los usuarios de los servicios de hospitalización de la Clínica Comfamiliar Risaralda, en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, durante el mes de febrero de 2018.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Siempre	98	71,20%	71,20%
Casi Siempre	16	11,49%	82,69%
Algunas Veces	4	2,82%	85,51%
Nunca	20	14,49%	100,00%

De acuerdo a lo anterior se evidencia que la mayoría de los participantes atendidos en los diferentes servicios de hospitalización, perciben como “siempre” una relación de cuidado humanizado por el personal de enfermería de la Clínica Comfamiliar Risaralda, destacándose dentro de ellos la categoría “Cualidades del hacer de enfermería” (Cuadro N° 4), la cual enmarca aspectos como: lo hacen sentir como ser humano, amabilidad en el trato, se siente cuidado (a), se siente tranquilo (a), el cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza, explicación del cuidado y respeto con sus creencias y valores.

Cuadro 4. Calificación de las categorías por resultado obtenido.

Factor	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Nunca
Cualidades del hacer de enfermería	87,49%	9,49%	1,67%	1,36%
Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente	53,56%	11,68%	3,56%	31,20%
Disposición para la atención	72,56%	13,31%	3,22%	10,91%

De acuerdo a la “Disposición para la atención” se identificó que una minoría de los pacientes atendidos manifiesta que nunca fueron tratados por su nombre y que su intimidad fue irrespetada; igualmente indicaron que el profesional de la salud atendía a sus llamados tardíamente.

Una vez aplicado el instrumento sobre el factor N° 2 “Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente”, se identificó que la población objeto de estudio manifestó, que durante la atención por parte del profesional de la salud, no fueron mirados a los ojos, así como tampoco se presentaron antes de brindar los cuidados.

Teniendo en cuenta la evaluación sobre percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería, según instrumento PCHE segunda versión en los servicios de hospitalización de la Clínica Comfamiliar Risaralda, en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, durante el mes de febrero de 2018, es necesario proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los cinco (5) hallazgos generados por el instrumento.

6.3. PLAN DE MEJORAMIENTO DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS.

Fecha	DD	MM	AA
-------	----	----	----

Entidad	Clinica Comfamiliar Risaralda
---------	-------------------------------

Nit.	891480000 – 1
------	---------------

Descripción del hallazgo	¿Qué?	¿Cómo?	Cumplimiento	Meta de la Acción	¿Quién?	¿Cuándo?		Tiempo de Control
	Acciones de mejoramiento	Descripción de la acción de mejora	Indicadores de la Acción de Mejora		Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Fin	
Cuando le hablan al usuario algunas veces no lo miran a los ojos.	Tener contacto visual con el usuario.	La interacción visual, permite al usuario tener seguridad y confianza en el profesional de la salud, mejorando la comunicación y receptividad en la atención.	Índice de satisfacción de los servicios prestados	80%	Profesionales de la salud / Grupo de Enfermería / Oficina de Calidad.	Abril de 2018	Continuo	6 meses
El personal de Enfermería no informa su nombre antes de realizar un cuidado.	Presentarse ante el usuario, antes de la atención en salud.	Presentarse ante el usuario, al recibir turno e iniciar las labores propias de enfermería.	Índice de satisfacción de los servicios prestados	80%	Profesionales de la salud / Grupo de Enfermería / Departamento de Calidad.	Abril de 2018	Continuo	6 meses
No llaman por el nombre al usuario.	Referirse a los usuarios por el nombre propio.	Llamar a los usuarios por su nombre, genera comunicación asertiva entre ambas partes, logrando el objetivo del cuidado en salud.	Índice de satisfacción de los servicios prestados	80%	Profesionales de la salud / Grupo de Enfermería / Departamento de Calidad.	Abril de 2018	Continuo	6 meses
Responden al llamado con lentitud.	Atender al llamado del usuario oportunamente.	Priorizar las actividades diarias de enfermería, brindando atención oportuna al usuario.	Oportunidad en la atención.	15'	Profesionales de la salud / Grupo de Enfermería / Departamento de Calidad.	Abril de 2018	Continuo	6 meses
Irrespetan su intimidad.	Respetar la intimidad de los usuarios.	Tener una relación terapéutica con el usuario, tratando de satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y afectiva.	Índice de satisfacción de los servicios prestados	80%	Profesionales de la salud / Grupo de Enfermería / Departamento de Calidad.	Abril de 2018	Continuo	6 meses

Se propone un plan de mejoramiento teniendo en cuenta el componente de Calidad donde se identificaron cinco (5) hallazgos, de los cuales tres (3) fueron obtenidos con base a preguntas de refrendamiento que se realizan de forma negativa (4. ¿Cuándo le hablan no lo miran a los ojos?, 12. ¿El personal de Enfermería no informa su nombre antes de realizarle los cuidados?, y 16. ¿No le llaman por el nombre?)

Las metas de las acciones pueden ser variables bajo la condición que sea creciente con respecto a la línea base de acuerdo al tiempo de control, permitiendo identificar si se viene generando una cultura de calidad sobre los servicios de salud hospitalarios, logrando así mejoramiento continuo del servicio.

Se sugiere que para medir o evaluar el grado de ejecución o cumplimiento del plan de mejora, se cree una encuesta de satisfacción con los ítems definidos en dicho plan, el cual debe ser aplicado a pacientes reconsultantes de los servicios de hospitalización (Hemato – oncología, Medicina Interna, Quirúrgicas).

ENCUESTA				
PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) SEGUNDA VERSIÓN				
Apreciado Señor (a): A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería (incluye profesionales y auxiliares de enfermería). En cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponda, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.				
Fecha	DD	MM	AA	Encuesta N°
N° de identificación				Edad en años
Servicio	Hemato - oncología	Medicina Interna	Quirúrgicas	
Marque con la letra "X" la opción que usted considere				
Ítem	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1				
2				
3				
4				
5				
En este espacio señale aquellos comportamientos de la enfermera(o) que a su modo de ver son importantes para su cuidado y, que no se mostraron en la encuesta.				
Gracias				
Fuente: Instrumento elaborado y validado por Sonia Espitia, Alvaro Trana y Luz Nelly Rivera. Departamento de Enfermería, Clínica del Country. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia, 2010.				

6.4. DISCUSIÓN

La atención integral en salud; hace referencia a la obligación que tienen los actores que intervienen en dicha atención de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención al paciente, respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio cultural y la diversidad poblacional y territorial que se expresa en la particularidad de su desarrollo. Con respecto a esto diariamente el profesional de la salud se enfrenta a diferentes entornos del quehacer, centrado en la realidad del paciente a quien se le brinda cuidado, por diversas circunstancias, no existe la posibilidad de desarrollar espacios de retroalimentación entre paciente – profesional de la salud, que permita el crecimiento de un vínculo entre ambos, permitiendo así fortalecer el cuidado que se brinda. Teniendo en cuenta esto es importante que se generen instrumentos válidos y confiables de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de quienes se ven involucrados en él.

Para el año 2009 en la Clínica SaludCoop Veraguas en la ciudad de Bogotá se realizó un estudio sobre la percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresaron al servicio de Hospitalización de Ginecoobstetricia donde fue utilizado el Instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería”. De acuerdo a los resultados se evidenció que el 73% de las personas Hospitalizadas, percibieron como “Siempre” un comportamiento de cuidado humanizado por parte de las(os) enfermeras(os). De acuerdo a los atributos definidos en el instrumento, el 76% de los pacientes atendidos siempre percibieron un apoyo físico por parte de los profesionales de la salud y una minoría lo percibieron como “algunas veces” (11%), con respecto a la categoría proactividad: se evaluó la proactividad de la enfermera que, durante la experiencia de cuidado, el paciente reconoce y manifiesta en un 11% que “algunas veces” percibieron la proactividad del personal de enfermería. Según este estudio, la mayoría de los pacientes siempre percibieron el apoyo físico y la proactividad por parte del personal de enfermería en la Clínica SaludCoop de Veraguas, en donde se evidencio el esfuerzo por brindar siempre comodidad al paciente en su atención y una buena actitud frente a las necesidades, así como también, una respuesta oportuna a sus llamados, lo cual mostró que el personal de enfermería tiene la capacidad de elegir la mejor forma de brindar el Cuidado Humanizado a sus pacientes⁴³.

Otro estudio realizado en la ciudad de Bogotá, en el Centro Policlínico del Olaya, IPS de tercer nivel en el año 2014, el 87% consideraron que “Siempre” han percibido una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. A través

⁴³ González Burgos J.T, Quintero Martínez D.C. Percepción del Cuidado Humanizado en Pacientes que Ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una Institución de II y III Nivel de Atención. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería Bogotá D.C., [Internet]. (abril de 2009) [citado 2017 octubre 20]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9730/tesis053.pdf?sequence=1>

de este estudio, se aporta una 3ª versión del instrumento PCHE creado por Rivera y Triana en el año 2003 y adaptado por Rivera, Triana y Espitia en 2010, y sus pruebas psicométricas permiten afirmar que esta versión es válida y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios⁴⁴.

Teniendo como referencia ambos estudios, en la ciudad de Pereira, durante el mes de febrero de 2018, se aplicó un estudio de conocimiento para medir la percepción de los usuarios sobre comportamientos de cuidado humanizado, Según Instrumento PCHE Segunda versión en la Clínica Comfamiliar Risaralda en los servicios de hospitalización (Medicina Interna, Quirúrgicas, Hemato-oncología), según esta investigación la mayoría de los participantes atendidos en los diferentes servicios de hospitalización, perciben como “siempre” (71,20%) una relación de cuidado humanizado por el personal de enfermería, destacándose dentro de ellos la variable N° 1 “Cualidades del hacer de enfermería” (Cuadro N° 1), la cual enmarca aspectos como: lo hacen sentir como ser humano, amabilidad en el trato, se siente cuidado (a), se siente tranquilo (a), el cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza, explicación del cuidado y respeto con sus creencias y valores.

Para la variable N° 2 “Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente” se generaron dos (2) hallazgos, donde un 10,22% manifiesta que el personal de enfermería cuando le habla “algunas veces” no lo miran a los ojos y el 18,98% consideran que el profesional de la salud no se presenta antes de brindar los cuidados, esto a pesar de ser cifras no muy significativas generan brechas en el trato humanizado y en la comunicación doble vía entre paciente y profesional de la salud; discrepando en este sentido con el estudio elaborado en la clínica SaludCoop de Veraguas, donde se evidencia una estrecha relación y un apoyo físico de la enfermera durante la experiencia de cuidado.

Para la variable N° 3 “Disposición para la atención” se detectó que el 13,87% de los pacientes atendidos manifestaron que “nunca” fueron tratados por su nombre; el 3,65% argumenta que su intimidad es irrespetada y el 40,88% manifiestan que el profesional de la salud “siempre” atiende de forma tardía sus llamados. Al comparar estas cifras con el estudio de la Clínica SaludCoop de Veraguas; en esta categoría, se pudo analizar y evaluar la prioridad brindada por el personal de enfermería al paciente durante la experiencia de cuidado.

Teniendo en cuenta el análisis antes descrito, podemos evidenciar la existencia de un comportamiento de cuidado humanizado por parte de los profesionales de la salud; sin embargo, hay que continuar trabajando de manera cíclica en el

⁴⁴ Oscar Javier González Hernández. Validez y Confiabilidad del Instrumento “Percepción de Comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE Clinicountry 3ª Versión” Universidad Nacional de Colombia, [Internet]. (2014) [citado 2017 Octubre 20]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

mejoramiento continuo⁴⁵ de la calidad en salud, mediante la generación de planes de mejoramiento producto de la aplicación del instrumento: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Segunda Versión, el cual es considerado válido y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios. Se considera que este instrumento ofrece a la sociedad, una alternativa para conocer en las instituciones de salud, la percepción de los pacientes frente al actuar del personal de enfermería, asociado al fenómeno de la humanización. Además, genera una significancia a la profesión porque posibilita el uso de una herramienta objetiva, válida y confiable, que permite abordar el fenómeno e identificar elementos para el mejoramiento continuo del cuidado que se ofrece diariamente.

La percepción de los comportamientos de cuidado por parte de los pacientes hospitalizados en la Clínica Comfamiliar, mostró en general una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería.

⁴⁵ Instituto Uruguayo de Normas Técnicas, "Herramientas para la Mejora de la Calidad" [Internet] (2009) [Citado 28 de marzo 2018] Disponible en: <https://qualitasbiblo.files.wordpress.com/2013/01/libro-herramientas-para-la-mejora-de-la-calidad-curso-unit.pdf>

7. CONCLUSIONES

- ✓ La población objeto de estudio asistente a los servicios de hospitalización se encuentra en un rango de edad entre 44 - 68 años.
- ✓ La población estudiada en su mayoría es del género femenino.
- ✓ La población participante que accedió a los servicios de hospitalización en su mayoría se encuentra afiliada a la EPS. S.O.S.
- ✓ La mayoría de usuarios de acuerdo a su vinculación son cotizante y según afiliación son beneficiarios.
- ✓ El nivel de escolaridad de los participantes, manifiesta haber estudiado solo hasta secundaria (bachillerato).
- ✓ La concurrencia de pacientes según etnia y religión mostró que en su mayoría fueron mestizos y católicos.
- ✓ Los pacientes investigados perciben una relación de cuidado humanizado por el personal de enfermería de la Clínica Comfamiliar Risaralda.
- ✓ El atributo con mayor percepción entre los participantes fue “Cualidades del hacer de enfermería”.
- ✓ Una escasa cantidad de encuestados opinan que el trato humanizado es deficiente.
- ✓ El personal de enfermería cuando habla algunas veces no mira a los ojos, ni se presentan antes de brindar los cuidados a los pacientes.
- ✓ Una minoría de usuarios considera que los profesionales de la salud no los tratan por su nombre.
- ✓ El profesional de la salud atiende de forma tardía los llamados de los pacientes.
- ✓ Algunos de los pacientes manifestaron que su intimidad es irrespetada.
- ✓ Se construye un plan de mejoramiento que se sugiere a la clínica ponga en práctica.

8. RECOMENDACIONES

- ✓ Se sugiere a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Fundación Universitaria del Área Andina incentivar la exploración de este tipo de investigaciones, para que los nuevos estudiantes desarrollen investigaciones metodológicas y ofrezcan a la comunidad en general instrumentos válidos y confiables que midan el conocimiento sobre comportamientos de cuidado humanizado.
- ✓ Se sugiere a la Clínica Comfamiliar Risaralda aplicar el instrumento en los diferentes servicios que la conforman para así tener una perspectiva global de la calidad de Cuidado Humanizado brindado por sus profesionales de la salud.
- ✓ Es necesario hacer uso de este tipo de instrumentos que permiten ofrecer un espacio para la reflexión sobre el actuar de los profesionales de la salud en el día a día, permitiendo generar retroalimentación por parte del paciente frente a la atención en salud. Este tipo de estudios, permite identificar dónde se están vulnerando los derechos de los pacientes y orienta frente a las acciones a tomar en el mejoramiento de la calidad de la atención por parte de los actores y responsables de las áreas administrativas de la institución en salud.
- ✓ Se recomienda a la Clínica Comfamiliar Risaralda, para que a través del departamento de Calidad implemente el Plan de Mejoramiento generado de acuerdo a los hallazgos identificados mediante la aplicación del instrumento.
- ✓ Se recomienda al personal de enfermería replantear su práctica para adaptarse a las necesidades de los pacientes. Para ello no solo es necesario el aprendizaje de conceptos técnicos, sino también de principios éticos y valores morales, que hagan de la práctica de la enfermera una profesión humanizada.
- ✓ Es importante proporcionar apoyo físico y emocional al paciente, brindándole un trato cordial, compañía y explicación en la realización de los procedimientos, permitiendo generar confianza, tranquilidad, comodidad.
- ✓ Se debe llamar al paciente por su nombre, respetar su intimidad y su libertad de decisión.
- ✓ El profesional de la salud debe ser una persona capaz de generar a través de la comunicación, una relación terapéutica con el paciente para conocer a la persona cuidada, con el propósito de entender sus necesidades, prestar ayuda cuando la requiera, aliviar su dolor aun cuando no lo pueda expresar.

- ✓ Se recomienda a la Clínica Comfamiliar, que considere aplicar herramientas de evaluación e identificación de trato humanizado, en el personal administrativo, y de apoyo tales como atención al usuario y seguridad privada; a razón que estos últimos son la entrada de los usuarios a la institución, y es el primer contacto con la atención en salud.

ANEXOS

ANEXO A. ÁRBOL DE PROBLEMAS



ANEXO B. ÁRBOL DE SOLUCIONES



ANEXO C. MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES

Objetivos	Conceptos	Definición	Variable	Definición	Indicador
Caracterizar demográficamente la población objeto de estudio.	Caracterización demográfica	Determinar atributos de una población a través de un estudio estadístico	Servicio	Servicio destinado a la permanencia de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento	Frecuencia según servicio
			Edad	Años de vida que tienen los pacientes oncológicos.	Frecuencia según edad
			Género	Género al que pertenecen los usuarios de la Clínica Comfamiliar en los servicios de Hemato-oncología, Medicina Interna y Quirúrgicas.	Distribución según frecuencia
			Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB	Usuarios de las Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Subsidiado que acude a la Clínica Comfamiliar.	Frecuencia según Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB
			Afiliación	Usuarios que requieren de los servicios de la Clínica Comfamiliar según Ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional.	Frecuencia según tipo de Afiliación
			Vinculación	Categoría en la que se encuentra vinculado el usuario para acceder a los servicios de salud según lo establece el Plan de Beneficios.	Frecuencia según tipo de Vinculación
			Nivel de Educación	Etapas de formación educativa de los individuos que requieren de los servicios en la Clínica Comfamiliar Risaralda.	Frecuencia según tipo de Nivel de Educación
			Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Frecuencia según religión
Identificar el conocimiento sobre comportamientos de cuidado humanizado en la población objeto.	Programa de Humanización	Es una herramienta que describe los lineamientos para garantizar la atención integral humanizada y con calidad a los pacientes.	Programa de Humanización	Es una herramienta que describe los lineamientos para garantizar la atención integral humanizada y con calidad a los pacientes.	Programa de Humanización
Diseñar un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.	Plan de Mejoramiento	Es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática desde las instituciones	Plan de Mejoramiento	Es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática desde las instituciones	Plan de Mejora

ANEXO D. VARIABLES

Conceptos	Definición	VARIABLES	Definición	Categorías o subvariables	Nivel de medición	Indicadores	Pregunta
Caracterización demográfica	Determinar atributos de una población a través de un estudio estadístico	Servicio	Servicio destinado a la permanencia de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento	Servicio	Nominal	Frecuencia según servicio	Hemato-Oncología – Medicina Interna – Quirúrgicas
		Edad	Años de vida que tienen los pacientes oncológicos.	Edad	Ordinal	Frecuencia según edad	Entre los 18 – 60 > 61
		Género	Género al que pertenecen los usuarios de la Clínica Comfamiliar en los servicios de Hemato-oncología, Medicina Interna y Quirúrgicas.	Sexo	Nominal	Distribución según frecuencia	Femenino – Masculino
		Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB	Usuarios de las Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Subsidiado que acude a la Clínica Comfamiliar.	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB	Nominal	Frecuencia según Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB	S.O.S – SURA – Nueva EPS – AsmetSalud – Entidades Obligadas a Compensar (EOC) – Particular – Otro
		Afiliación	Usuarios que requieren de los servicios de la Clínica Comfamiliar según Ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional.	Afiliación	Nominal	Frecuencia según tipo de Afiliación	Contributivo – Beneficiario – Particular – SOAT – Entidades Obligadas a Compensar (EOC)
		Vinculación	Categoría en la que se encuentra vinculado el usuario para acceder a los servicios de salud según lo establece el Plan de Beneficios.	Vinculación	Nominal	Frecuencia según tipo de Vinculación	Cotizante – Subsidiado – Prepagada – Población Especial
		Nivel de Educación	Etapas de formación educativa de los individuos que requieren de los servicios en la Clínica Comfamiliar Risaralda.	Nivel de Educación	Nominal	Frecuencia según tipo de Nivel de Educación	Sin Escolaridad – Primaria – Secundaria – Técnico – Tecnólogo – Universitario – Especialista – Magister – Doctorado
		Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Religión	Nominal	Frecuencia según religión	Católico – Cristiano - Otro

Conceptos	Definición	Variables	Definición	Categorías o subvariables	Nivel de medición	Indicadores	Pregunta
Caracterización demográfica	Determinar atributos de una población a través de un estudio estadístico.	Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural	Etnia	Nominal	Frecuencia según etnia	Afrocolombiano – Blanco – Indígena – Mestizo – Otro
Plan de Mejoramiento	Es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática desde las instituciones	Plan de Mejora	Plan de Mejoramiento	Plan de Mejora	No aplica	Plan de Mejora	No clasificada

ANEXO E. INSTRUMENTO

ENCUESTA					
PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) SEGUNDA VERSIÓN					
Esta encuesta tiene como objetivo determinar la percepción de los usuarios sobre la humanización, en los servicios de hospitalización, Hemato-oncología, Medicina Interna, Quirúrgicas) en la clínica Comfamiliar Risaralda, en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, durante el mes enero y febrero de 2018, para proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.					
Apreciado Señor (a): A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería (incluye profesionales y auxiliares de enfermería). En cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponda, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.					
Fecha	DD	MM	AA	Encuesta N°	
N° de Identificación				Edad en años	
Servicio	Hemato - oncología	Medicina Interna	Quirúrgicas		

1. Caracterización demográfica de la población objeto de estudio

Marque con la letra "X" la opción que usted considere

Género	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB	Afiliación	Vinculación	Nivel de Educación		Religión	Etnia
Masculino	S.O.S	Contributivo	Cotizante	Sin Escolaridad	Universitario	Católico	Afrocolombiano
Femenino	SURA	Beneficiario	Subsidiado	Primaria	Especialista	Cristiano	Blanco
	Nueva EPS	Particular	Prepagada	Secundaria	Magister	Otro	Indígena
	Asmet - Salud	SOAT	Población Especial	Técnico	Doctorado		Mestizo
	EOC	EOC		Tecnólogo			Otro
	Particular						
	Otro						
	Cúal:						

Marque con la letra "X" la opción que usted considere

Ítem	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ANEXO F. GUÍA INSTRUMENTO

1. DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA PCHE.

La encuesta PCHE – Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería segunda versión, está compuesta por cuatro (4) apartados: El primer apartado define los datos generales de los participantes (N° de Identificación, servicio donde se encuentra el paciente y edad), segundo apartado se establece la caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio, en el tercer apartado se identifica la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en los participantes y en la cuarta sección el participante podrá detallar aquellos comportamientos de la enfermera(o) que a su modo de ver son importantes para su cuidado y, que no se mostraron en la encuesta.

1.1. DATOS GENERALES

N° encuesta	Defina el número consecutivo de la entrevista.
Fecha	Escriba el día, mes y año, en que se le da respuesta a la entrevista.
N° de Identificación	Escriba el número de identificación o cédula de ciudadanía del paciente entrevistado.
Edad en años	Escriba la edad del paciente entrevistado.
Servicio	Señale con una “X” el servicio donde se encuentra el paciente, usted podrá elegir entre las opciones Hemato – oncología, Medicina Interna o Quirúrgicas.

1.2. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Género	Señale con una “X” el género del paciente participante, usted podrá elegir entre las opciones Masculino o Femenino.
---------------	---

<p align="center">Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB</p>	<p>Señale con una “X” el EAPB donde se encuentra afiliado(a) el paciente, usted podrá elegir entre las opciones: S.O.S., SURA, Nueva EPS, Asmet – Salud, EOC – Entidades Obligadas a Compensar, Particular u Otro.</p> <p>Nota: Cuando el usuario manifieste no estar incluido en alguna de las variables señaladas anteriormente, señale con una “X” el ítem “Otro” y seguidamente escriba la EAPB en la que se encuentra afiliado el paciente.</p>
<p align="center">Afiliación</p>	<p>Señale con una “X” el tipo de afiliación del paciente, usted podrá elegir entre las opciones: Contributivo, Beneficiario, Particular, SOAT o EOC – Entidades Obligadas a Compensar.</p>
<p align="center">Vinculación</p>	<p>Señale con una “X” el tipo de vinculación del paciente, usted podrá elegir entre las opciones: Cotizante, Subsidiado, Prepagada, Población Especial.</p>
<p align="center">Nivel Educativo</p>	<p>Señale con una “X” el nivel educativo del paciente, usted podrá elegir entre las opciones: Sin Escolaridad, Primaria, Secundaria, Técnico, Tecnólogo, Universitario, Especialista, Magister, Doctorado.</p>
<p align="center">Religión</p>	<p>Señale con una “X” la religión a la que pertenece el paciente, usted podrá elegir entre las opciones: católico, cristiano u otro.</p> <p>Nota: Cuando el usuario manifieste no estar incluido en alguna de las variables señaladas anteriormente, señale con una “X” el ítem “Otro” y seguidamente escriba la religión a la que pertenece el paciente.</p>

Etnia	<p>Señale con una “X” la etnia a la que pertenece el paciente, usted podrá elegir entre las opciones: Afrocolombiano, Blanco, Indígena, Mestizo, u Otro.</p> <p>Nota: Cuando el usuario manifieste no estar incluido en alguna de las variables señaladas anteriormente, señale con una “X” el ítem “Otro” y seguidamente escriba la etnia a la que pertenece el paciente.</p>
--------------	--

1.3. CONOCIMIENTO SOBRE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO EN LOS PARTICIPANTES

En este apartado evaluamos la percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería, a los usuarios de los servicios de hospitalización (Hemato-oncología, Quirúrgicas, Medicina Interna) de la Clínica Comfamiliar Risaralda, durante el mes de febrero de 2018.

Cada paciente responderá una a una las preguntas formuladas en este apartado marcando con una “X” la opción correspondiente según la escala de Likert definida en este instrumento (Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre o Siempre).

2. CONDICIONES DE APLICACIÓN

A continuación, se relacionan cuatro condiciones que deben ser contempladas al momento de utilizar el instrumento; ellas son:

- ✓ Contar con el consentimiento informado de los pacientes.
- ✓ Ser usuario de los servicios hospitalización (Hemato-oncología, Medicina Interna y Quirúrgicas) que oferta la Clínica de Comfamiliar Risaralda, durante el mes de febrero de 2018.
- ✓ Contar con el consentimiento institucional.
- ✓ Ser Mayor de 18 años

3. COMPROMISO BIOÉTICO

Los aspectos bioéticos del presente trabajo de investigación están regidos por las normas y parámetros éticos universales establecidos y referidos a través de la

Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993, expedida por el entonces Ministerio de Salud de la República de Colombia para investigación en Ciencias de la Salud.

4. COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Los investigadores se comprometen a salvaguardar las normas medio ambientales nacionales e internacionales, cuidando el entorno, haciendo mínimo uso de papel y utilizando medios magnéticos para la información.

5. RESPONSABILIDAD SOCIAL

- Brindar mediante los resultados oportunidades de mejora en cuanto atención y servicio a los pacientes, acompañantes o familiares que recurren a las instituciones de Salud.
- Lograr que los pacientes, acompañantes o familiares que acuden a las instituciones de salud vivan una experiencia humanizada por parte del personal de salud.
- Contribuir a la línea de investigación del cuidado, y generar elementos desde la perspectiva de los usuarios, acompañantes o familiares que reciben atención por parte de los profesionales de la salud, en pro de tomar correctivos que apunten al mejoramiento continuo del servicio prestado por la institución de salud objeto de estudio.

ANEXO G. CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL



Comfamiliar
CORPORACIÓN INSTITUCIONAL DE SALUD FAMILIAR RISARALDA

No. De acta
000034

3014

EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA CLÍNICA
COMFAMILIAR-RISARALDA

Certifica que:

Los jefes de enfermería Juan Sebastián Valencia Duque-Lina Marcela Díaz Muñoz-Carolina López Gómez-Marcela Patricia Orrego Parra, el día 16 de enero de 2018, presentaron el proyecto de investigación: "CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS SOBRE LA HUMANIZACIÓN, EN LA CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA"

El comité considera que la realización del proyecto tiene un riesgo mínimo de acuerdo a lo establecido por la resolución 8430 de 1993 y es aprobada su ejecución.

Lo anterior se firma el día 29 de enero de 2018

OSCAR EFREM GARCIA
Presidente

HECTOR ALEJANDRO SALAZAR
Secretario

Comfamiliar Risaralda Nit 891 480 000 - 1
Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3 - 01
PBX: 313 5600 FAX: 313 5670
Clínica Comfamiliar: PBX 313 87 00
Pereira - Risaralda

E - mail: comfard@comfamiliar.com - visítenos en www.comfamiliar.com

ANEXO H. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comfamiliar
RISARALDA

Acc

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA HUMANIZACIÓN, EN LA CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, PEREIRA 2018

Nombre del Investigador: Lina Marcela Díaz Muñoz
Carolina López Gómez
Marcela Patricia Orrego Parra
Juan Sebastián Valencia Duque

Institución: Comfamiliar Risaralda

Teléfonos: 3154060823- 3146763176- 3108253379 3104113719

Servicio o Departamento: Hemato-oncología Medicina Interna Quirúrgicas

Le estamos invitando a participar en investigación titulada PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA HUMANIZACIÓN, EN LA CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, PEREIRA, debido a que usted es usuario de la Clínica y se encuentra hospitalizado en los servicios de hemato-oncología, medicina interna o quirúrgica. Antes de tomar la decisión de participar lea atentamente este documento.

Declaración de los investigadores:

Usted tiene la opción de participar en investigaciones sobre PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA HUMANIZACIÓN, EN LA CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, PEREIRA. Los objetivos de este formulario son darle información sobre lo que sucedería en el estudio si usted decide participar y ayudarlo a decidir si desea participar en el estudio.

Usted puede tomar notas, escribir preguntas o resaltar cualquier parte de este formulario.

Posibles participantes de 18 años y más: Este es un formulario de consentimiento. En él se presenta un resumen de la información que el equipo de investigación discutirá con usted. Si usted decide que le gustaría tomar parte en este estudio de investigación, usted firmaría este formulario para confirmar su decisión. Si firma este formulario, usted recibirá una copia firmada de este formulario para sus registros.

Lo que usted debe saber sobre este estudio:

- ✓ Descripción de la investigación en palabras sencillas.
- ✓ Por favor, léalo con cuidado. Tómese el tiempo que necesite.
- ✓ Por favor, pregunte al equipo de investigación sobre cualquier cosa que no esté clara.
- ✓ Usted puede hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento.
- ✓ Si usted decide no participar en el estudio, eso no afectará su atención médica en la Clínica Comfamiliar Risaralda.
- ✓ Si usted dice "Sí" ahora, todavía puede cambiar de opinión más tarde.
- ✓ Usted puede dejar el estudio en cualquier momento.
- ✓ Usted no perderá beneficio alguno ni será penalizado si decide no participar en el estudio o si decide salir del estudio posteriormente.

Objetivos:

Objetivo General de la Investigación

Determinar el conocimiento de los usuarios sobre la humanización, en los servicios de hospitalización, Hemato-oncología, Medicina Interna, Quirúrgicas) en la clínica Comfamiliar Risaralda, en la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda, durante el mes enero y febrero de 2018, para proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos

Comfamiliar Risaralda Nit 891 480 000 - 1
Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3 - 01
PBX: 313 5600 FAX: 313 5670
Clínica Comfamiliar PBX: 313 57 00



Comfamiliar
RISARALDA

Objetivos Específicos de la Investigación

- ✓ Caracterizar demográficamente la población objeto de estudio
- ✓ Identificar el conocimiento sobre humanización en la población objeto.
- ✓ Diseñar un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

Procedimientos: Los usuarios no estarán sometidos a ningún tipo de procedimiento en esta encuesta

Riesgos: La participación en esta encuesta no generará ningún riesgo para el usuario

Pérdida de privacidad: Los nombres de los participantes se guardarán en una base de datos protegida por contraseña y estarán vinculados sólo con el número del estudio. Eso significa que la información como su nombre, número de teléfono o dirección no se pondrá, o cualquier otra información que se envíe desde la Clínica Comfamiliar Risaralda.

Haremos nuestro mejor esfuerzo para proteger su información. Sin embargo, no podemos garantizar que usted nunca será identificado si comparte su información con nosotros. Creemos que es muy poco probable que alguna vez usted sea identificado, pero queremos asegurarnos de explicarle los riesgos.

Costos: La investigación no tendrá ningún costo para usted. Mi participación no me representa gastos adicionales.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento de futuros pacientes, su participación en este estudio le traerá los siguientes beneficios: brindarle a la Clínica un panorama más real de cómo se sienten los pacientes atendidos desde los diferentes aspectos humanos más su percepción de atención asistencial, lo que permitirá mejorar los procesos de interacción paciente/personal de salud.

Alternativas: Si Usted decide no participar en esta investigación igualmente recibirá el estudio y tratamiento que se aplica habitualmente.

Compensación: Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Información adicional: Usted o su médico tratante serán informados si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador y a su médico tratante, sin que ello signifique modificaciones en el estudio y tratamiento habituales de su enfermedad. De igual manera su médico tratante o el investigador podrán determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con: Carmen Luisa Betancur Pulgarín.

Declaración del participante sobre el uso de fotografías: Durante el proceso de investigación no será necesario el uso de registro fotográfico.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en la investigación titulada PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA HUMANIZACIÓN, EN LA CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, PEREIRA.

Su firma en este formulario significa que:

- ✓ El estudio de investigación fue explicado.
- ✓ Ha tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que pudiera tener en este momento. Todas sus preguntas han sido contestadas de una manera clara.
- ✓ Usted entiende que las personas que figuran en este formulario responderán a cualquier otra pregunta que usted pueda tener sobre el estudio o sobre sus derechos como participante del estudio de investigación.

Comfamiliar Risaralda Nit 891 480 000 - 1
Sede Administrativa: Avenida Circunvalar 3 - 01
PBX: 313 5600 FAX: 313 5670



Comfamiliar

RISARALDA

- ✓ Usted tiene derechos como participante de una investigación. Le informaremos sobre la nueva información o cambios en el estudio que puedan afectar su salud o su voluntad de permanecer en el estudio.
- ✓ Al firmar este formulario de consentimiento, usted no renuncia a ninguno de sus derechos legales. El investigador, los investigadores o el patrocinador, los patrocinadores no están exentos de cualquier responsabilidad que puedan tener.
- ✓ Usted se compromete a participar en el estudio de investigación.

Michael Jhon Ospina

Nombre del sujeto

[Handwritten Signature]

Firma

06-02-2018

Fecha

cc 1028007628

Número de identificación

cd = 310490 00337

Si se trata de un sujeto iletrado, no vidente etc., registrar nombre del sujeto y de su apoderado (Testigo)

Nombre del sujeto

Firma

Fecha

Número de identificación

Nombre del sujeto

Firma

Fecha

Número de identificación

Firma del investigador: He explicado completamente el estudio de investigación descrito en este formulario. He contestado a las preguntas que el participante y/o los padres/tutores hicieron y responderé a cualquier pregunta que surja en el futuro lo mejor que pueda. Le informaré a la familia y/o a la persona que toma parte en esta investigación acerca de cualquier cambio en los procedimientos o en los posibles daños/beneficios del estudio que pueda afectar su salud o su voluntad de permanecer en el estudio.

Patricia Ospina

Nombre del sujeto

[Handwritten Signature]

Firma

06-02-2018

Fecha

Número de identificación

Observaciones: _____

ANEXO I. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Periodo de Ejecución 2017								Periodo de Ejecución 2018															
	Jul.		Ag.		Oct.		Nov.	Ene.			Feb.				Mar.				Abr.					
	S29	S30	S31	S32	S40	S41	S42	S46	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17
1. Organización del equipo investigador.																								
2. Búsqueda de temas.																								
3. Temas posibles de la investigación.																								
4. Ponderación de ideas.																								
5. Selección y definición del tema de investigación.																								
6. Revisión de literatura.																								
7. Selección de los artículos.																								
8. Realización de lectura descriptiva.																								
9. Aplicación de herramientas.																								
10. Lectura interpretativa.																								
11. Elaboración de fichas bibliográficas.																								
12. Elaboración de microensayo.																								
13. Ensayo Científico global.																								
14. Levantamiento estado del arte.																								
15. Creación de nube en google drive.																								
16. Elaboración de carpetas en la nube.																								
17. Publicación en la nube de información.																								
18. Planteamiento del problema.																								
19. Formulación del problema.																								
20. Elaboración de árbol de problemas																								
21. Elaboración del propósito de la investigación.																								
22. Elaboración de árbol de soluciones																								
23. Construcción de objetivos general y específicos.																								
24. Elaboración de Matriz de objetivos.																								
25. Elaboración de marco teórico o referencia.																								
26. Creación de normograma.																								
27. Elaboración Diseño metodológico.																								
28. Elaboración de referencias bibliográficas.																								
29. Ajustes anteproyecto.																								
30. Presentación anteproyecto.																								

Actividades	Periodo de Ejecución 2017								Periodo de Ejecución 2018															
	Jul.		Ag.		Oct.			Nov.	Ene.			Feb.				Mar.				Abr.				
	S29	S30	S31	S32	S40	S41	S42	S46	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17
31. Entrega anteproyecto.																								
32. Ajustes Proyecto																								
33. Revisión Proyecto																								
34. Creación Instrumento																								
35. Revisión y Aprobación Instrumento																								
36. Revisión y ajuste Proyecto e Instrumento																								
37. Sustentación Proyecto Comité de ética																								
38. Prueba breve del método																								
39. Recolectar datos.																								
40. Publicar encuesta.																								
41. Entrevistas de ejecución.																								
42. Entrada de datos.																								
43. Transcripción de la entrevista.																								
44. Analizar datos y Validar datos.																								
45. Crear y Categorizar preguntas.																								
46. Crear historias de datos																								
47. Apoyar historias de datos con evidencia y gráficos.																								
48. Escribir el análisis de datos																								
49. Escribir las secciones restantes																								
50. Añadir contenido, abstrac, etc																								
51. Revisar y mejorar la escritura																								
52. Sustentación																								

ANEXO J. PRESUPUESTO

Gestión del Talento Humano				Valor Total
Ítem	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	
Asesor externo	Hora	10	\$ 150.000	\$ 1'500.000
Investigadores (4)	Hora	480	\$ 15.000	\$ 7'200.000
Costo del Talento Humano				\$ 8'700.000
Recursos Físicos				Valor Total
Ítem	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	
Viáticos (4)	Alimento	24	\$ 15.000	\$ 360.000
Peajes	Viaje	6	\$ 12.900	\$ 77.400
Parqueadero (4)	Hora	16	\$ 1.800	\$ 28.800
Internet portátil	Mes	1	\$ 60.000	\$ 60.000
Resma papel	Resma	1	\$ 10.000	\$ 10.000
Costo del Recurso Físico				\$ 536.200
Costo Total				\$ 9'236.200

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Op. cit. Taurus Ediciones, S.A., Madrid, p.45, 1974. (s.f.).

Alejandro Gaviria Uribe- Fernando Ruiz Gómez- Norman Julio Muñoz Muñoz- Gerardo Burgos Bernal- José Fernando Arias Duarte- Samuel García de Vargas, Seguridad del Paciente y la Atención Segura, Minsalud Versión 2.0 /2008, revisado en internet el día 06/08/2. (s.f.). Disponible es: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

ARDON CENTENO Nelson, ARIZA OLARTE Claudia, DAZA DE CABALLERO Rosa, Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención, Bogotá, 2003 – 2004. (s.f.).

Ariza Olarte Claudia. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2017 Jul 24] ; 9(1): 41-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012. (s.f.).

Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia* 2017; 30(2):216-229. (s.f.).

Calidad y humanización de la atención, Minsalud, revisado en internet el día 31/07/2017, <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>. (s.f.).

Calzada LG, Estévez AC, Garzón V, Manuel Mu. Evaluación de la calidad de un servicio de voluntariado en oncología: un análisis importancia-valoración (IPA). *Psicooncología* 2016; 13(1):71-83. (s.f.).

Calzada LG, Estévez AC, Garzón V, Manuel Mu. Evaluación de la calidad de un servicio de voluntariado en oncología: un análisis importancia-valoración (IPA). *Psicooncología* 2016; 13(1):71-83. (s.f.).

Campiglia, M. (2015). Violentar el nacimiento. *El Cotidiano*, 30(191), 80-86. Retrieved from <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search.proquest.com/docview/1684297331?accountid=50441>. (s.f.). (s.f.).

Catarina Aparecida Sales_Ana Cândida Martins Grossi_Carla Simone Leite de Almeida_Juliana Dalcin Donini e Silva_Sonia Silva Marcon, Cuidado de enfermería oncológico en la óptica del cuidador familiar en el contexto hospitalario. Acta paul. Enferm 2012:25(. (s.f.).

Catarina Aparecida Sales_Ana Cândida Martins Grossi_Carla Simone Leite de Almeida_Juliana Dalcin Donini e Silva_Sonia Silva Marcon, Cuidado de enfermería oncológico en la óptica del cuidador familiar en el contexto hospitalario. Acta paul. Enferm 2012:25(. (s.f.).

Clínica Comfamiliar 2017, revisada en internet el 02/08/2017, se localiza en la página web <http://www.saludcomfamiliar.com/clinica/resena-historica-clinica.html> Filosofía. (s.f.).

Comfamiliar Risaralda, revisado en internet el 02/08/2017, se encuentra en la página web <http://www.saludcomfamiliar.com/medicina.html>. (s.f.).

Comfamiliar Risaralda, revisado en internet el día 02/08/2017, se encuentra en la página web <https://www.comfamiliar.com/nuestra-entidad/direccionamiento-estrategico.html>. (s.f.).

Congreso de la República de Colombia. Sistema de Seguridad Social Integral. Nuevo Régimen de Seguridad Social Ley 100 de 1993. (s.f.).

Daza de Caballero, Rosita: Ariza Claudia. Trabajo de investigación Calidad del cuidado en enfermería. 2001. (s.f.).

De Farias F, Baluz Bezerra, Vidal LL, Farias RAR, de Jesús A, Cristina Pereira. humanized care in the icu: challenges from the viewpoint of health professionals/cuidado humanizado em uti: desafios na visão dos profissionais de saúde/cuidado humanizado en . (s.f.).

Dora I. Garzón de Laverde-María P. Rojas-Gil, Emergencia de bienestar en enfermedades crónicas: una aproximación conceptual. Rev. Salud Pública. 2016:18(6):996-1004. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v18n6/0124-0064-rsap-18-06-00996.pdf>. (s.f.). (s.f.).

Estrategias del informe de la OMS " nuevos conocimientos y nuevas esperanzas". Rev. Panam Salud Publica [online]. 2002. ISSN 1020 - 4989. (s.f.).

Filosofía, la guía 24 de abril/2008, revisada en internet el día 06 de agosto/2017, se localiza en la página web <http://filosofia.laguia2000.com/filosofia-griega/aristoteles-y-la-etica>. (s.f.).

- González-Hernández, O. J. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento "percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3a versión". *Aquichan*, 15(3), 381-392. Retrieved from [http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=h. .](http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=h.) (s.f.).
- Gutiérrez LM, de Castro EK, Fernández-Conde MG. el proceso de comunicación en oncología: relato de una experiencia. *Psicosociología* 2014; 11(2):403-418. (s.f.).
- Heidi Amaya V. La humanización en los Lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), Minsalud 08/2014, revisado en internet el día 31/07/2017, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20H.> (s.f.).
- Hoyos Hernández PA, Cardona Ramírez MA, Correa Sánchez D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 2008;26(2):218–215. (s.f.).
- Hoyos Hernández, Paula Andrea, et al. "Humanizar los contextos de salud, cuestion de liderazgo." *Investigación y Educación en Enfermería*, Sept. 2008, p. 218+. Nursing and Allied Health Collection, go.galegroup.com%2Fps%2Fi.do%3Fp%3DPPNU%26sw%3Dw%26u%3Df. (s.f.).
- Humanización de la atención en salud, Minsalud, revisado en internet el día 31/07/2017, [http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EAPB/Humanizaci%C3%B3n.aspx.](http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EAPB/Humanizaci%C3%B3n.aspx) (s.f.).
- Los grandes maestros de la calidad, blogger 2012, revisado en internet el día 02/08/2017, se localiza en la dirección <http://maestrosdelacalidadm105611.blogspot.com.co/p/maestros-y-sus-aportes.html>. (s.f.).
- Luz Viviana Grisales-Naranjo-María Mercedes Arias-Valencia, Cuidado humanizado. El caso de los pacientes sometidos a quimioterapia. *Invest. educ. enferm* 2013;31(3):0120-5307. (s.f.). (s.f.).
- Moreno-Fergusson, M. (2013). Humanización del cuidado: Una meta enraizada en la esencia de enfermería/Humanizing care: A goal rooted in the essence of Nursing/Humanização do cuidado: Uma meta enraizada na essência da enfermagem. *Aquichan*, 13(2), 146-147. . (s.f.).

- Quintero DI. Propuestas para humanización de la salud: Cuestión de dignidad. El Pulso. 63.a ed. Medellín, Colombia; 2003. (s.f.).
- Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva -Denize Cristina de Oliveira -Eliane Ramos Pereira, O. (2015). The discursive production of professionals about humanizing health: singularity, rights and ethics, Rev. Latino-Am. Enfermagem, 23(5), 1518-8345. (s.f.). (s.f.).
- Salazar OAB. The meaning of humanized nursing care for those participación in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions/El significado del cuidado de enfermería humanizado para quienes participan en él: importancia del esfuerzo de en. (s.f.).
- Schipperges,H. “La Medicina en el medioevo árabe“. En Historia universal de la Medicina, Salvat Editores, S.A., Barcelona, tomo iii, p.85, 1972. (s.f.).
- Sistemas de Gestión de la Calidad Clínica Comfamiliar. Código: 3 – OD – 080, plataforma de direccionamiento estratégico institucional, revisado el día 02/08/2017. (s.f.).
- Soares, M. C. d. S., Gonçalves, C. C., Junior,Hudson Pires de Oliveira Santos, & Silveira,Maria de Fatima de Araújo. (2009). Humanization through touch: A qualitative research. Online Brazilian Journal of Nursing, 8(1) doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4>. (s.f.).
- Teilhard de Chardin, P. El fenómeno humano, p. 100. Revisado en internet el día 31/08/2017, se encuentra en la página web <http://fundacionspeiro.org/verbo/1964/V-30-P-583-597.pdf>. (s.f.).
- Torres Contreras, Claudia consuelo. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Avances en Enfermería, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 98-110, July 2010. ISSN 2346-0261. (s.f.).
- Torres Contreras, Claudia consuelo. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Avances en Enfermería, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 98-110, July 2010. ISSN 2346-0261. . (s.f.).
- Ullán AM, Manzanera P. Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico / Walls Matter: Art to humanize a health children's area. Arte, Individuo y Sociedad 2009; 21:123-141. (s.f.).

- Ullán AM, Manzanera P. Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico / Walls Matter: Art to humanize a health children's area. *Arte, Individuo y Sociedad* 2009; 21:123-141. (s.f.).
- Yáñez Álvarez Débora Milena. Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. *Avances en Enfermería* 2015;33(2):295-305. (s.f.).
- Colombia», en *The World Factbook*. Estados Unidos: Agencia Central de Inteligencia. Consultado el 6 de junio de 2010.
- González Burgos J.T, Quintero Martínez D.C. Percepción del Cuidado Humanizado en Pacientes que Ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una Institución de II y III Nivel de Atención. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería Bogotá D.C., [Internet]. (abril de 2009) [citado 2017 octubre 20]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9730/tesis053.pdf?sequence=1>
- Oscar Javier González Hernández. Validez y Confiabilidad del Instrumento “Percepción de Comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE Clinicountry 3ª Versión” Universidad Nacional de Colombia, [Internet]. (2014) [citado 2017 Octubre 20]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>
- Instituto Uruguayo de Normas Técnicas, “Herramientas para la Mejora de la Calidad” [Internet] (2009) [Citado 28 de marzo 2018] Disponible en: <https://qualitasbiblo.files.wordpress.com/2013/01/libro-herramientas-para-la-mejora-de-la-calidad-curso-unit.pdf>