

**ADHERENCIA DEL PERSONAL ASISTENCIAL AL PROGRAMA DE
HUMANIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD EN PEREIRA RISARALDA 2018.**

**DANIELA BEDOYA QUINTERO
VALENTINA CORTÉS LÓPEZ
ANGIE VIVIANA SALAZAR ALZATE
ÁNGELA VIVIANA VÉLEZ BEDOYA**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
PEREIRA
2018**

**ADHERENCIA DEL PERSONAL ASISTENCIAL AL PROGRAMA DE
HUMANIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD EN PEREIRA RISARALDA 2018.**

**DANIELA BEDOYA QUINTERO
VALENTINA CORTÉS LÓPEZ
ANGIE VIVIANA SALAZAR ALZATE
ÁNGELA VIVIANA VELEZ BEDOYA**

**ASESORES
CARLOS HOLMES HERNÁNDEZ CHÁVEZ
ALEJANDRO PÉREZ Y SOTO DOMÍNGUEZ**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
PEREIRA
2018**

Nota de aceptación.

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Pereira, 24 de agosto 2018

AGRADECIMIENTOS

Infinitas gracias a nuestras familias que son el pilar fundamental de nuestras vidas, gracias a su apoyo incondicional hemos podido llegar al punto donde nos encontramos el día de hoy, y con una sonrisa que ilumina nuestro rostro podemos decir... familia: estoy a un paso de ser Enfermera, Especialista en Auditoria en Salud.

Gracias a Dios que nos premia, haciéndonos privilegiadas y afortunadas al poder crecer como personas y como profesionales, cumpliendo metas establecidas y acercándonos cada vez más a los sueños por cumplir.

Gracias a la Fundación Universitaria del Área Andina Seccional Pereira, que ha sido nuestra escuela de formación de pregrado y post grado, dándonos las bases de conocimientos que nos convierten en profesionales competentes e íntegros, capaces de enfrentarnos al mundo laboral que cada día se hace más exigente.

Muchas gracias a aquellos docentes que con sus saberes y actos se convirtieron en fuente de inspiración para nuestras vidas.

Gracias al equipo interdisciplinario, directivos, usuarios y familiares de la Clínica Los Rosales, como también al Centro de Posgrados de la Universidad del Área Andina.

Y por último gracias a nuestros amigos y compañeros de carrera y de trabajo que nos han ayudado y comprendido; porque trabajar y estudiar al mismo tiempo es un gran reto que nos desafía en muchos momentos, llevándonos a cuestionarnos en algunas ocasiones de si íbamos a poder lograr este sueño, esta meta.

CONTENIDO

	pág.
1. PROBLEMA	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. OBJETIVOS	11
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4. MARCO REFERENCIAL	12
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	12
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	14
4.2.1 Información general de la organización.....	14
4.2.2 Reseña histórica.....	15
4.2.3 Organigrama.....	17
Portafolio de servicios.....	19
4.3 MARCO TEÓRICO	20
4.4 MARCO CONCEPTUAL.....	24
4.4.1 PALABRAS CLAVES.....	24
4.5 MARCO JURÍDICO	24
5. DISEÑO METODOLÓGICO	27
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	27
5.2 POBLACIÓN.....	27
5.3 MARCO MUESTRAL	27
5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	28
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	28
5.7 VARIABLES.....	28
5.8 PLAN DE ANÁLISIS	29
5.8.1 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	29
5.8.2 TABULACIÓN DE DATOS.....	29
5.8.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	29
5.8.4 RESULTADOS ESPERADOS.....	29
5.9 POBLACIÓN BENEFICIADA	29
5.10 COMPROMISO BIOÉTICO	29
5.11 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL.....	30
5.12 RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	30
5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	30

5.13.1 Cronograma.....	31
5.13.2 Presupuesto.....	32
6. RESULTADOS	33
6.1 ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO.....	33
6.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	39
6.3 PLAN DE MEJORA.....	40
6.4 DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS.....	51

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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 macroproyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes.”¹

Para la OMS la opinión del usuario está relacionada con el principio de participación del consumidor, donde conocer su opinión y el grado de satisfacción para ajustar el servicio ofertado a las necesidades reales y expectativas es el objetivo principal. La satisfacción del beneficiario en relación con la atención recibida ha sido conceptualizada de diferentes maneras que han ido evolucionando a lo largo del tiempo. En este sentido, algunos autores afirman que tradicionalmente los profesionales en salud han asumido que lograban satisfacer las necesidades de los enfermos sobre una base de estándares y valoraciones profesionales que podían o no coincidir con las prioridades del paciente. De esta manera, la opinión del enfermo sobre lo que realmente compensaba su condición clínica y emocional fue desconocida y poco considerada durante muchos años.²

Hoy en día, el concepto de humanización se refiere al abordaje integral de cada paciente donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Desde esta perspectiva se debe otorgar igual importancia a la patología que al compromiso psicológico generado en el paciente, con el fin de promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.³ Según la Real Academia española, humanizar significa: “Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo.”⁴

Tal como lo plantea el grupo paradigma en la revista metas de enfermería (2014) “La humanización en los servicios de salud hace referencia a que todas las actividades encaminadas a promover la salud y curar las enfermedades se basen en 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.”⁵

La necesidad de humanización surge hoy en día en múltiples ámbitos, tanto de la vida profesional como de las relaciones personales, y no solo en el campo de la salud, sino en muchas otras profesiones. No obstante, es en sanidad donde cobra mayor relevancia su aplicación, lo cual ha generado numerosos debates

relacionados con la humanización en la atención de la persona enferma y sus familiares, puesto que, su definición y aplicación, a pesar de considerarse intrínseca en las profesiones relacionadas a la salud, suele ser relegada a últimas instancias, lo cual configura una importante controversia médica.⁶

Los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos se encuentran en un ambiente extraño, hostil, privado del contacto con sus familiares (en un momento que suelen ser tan necesarios). No tienen recursos ni conocimientos suficientes para hacer frente a la incertidumbre que supone la posibilidad de muerte. Además, tienen que abandonar los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo) y adoptar un papel pasivo y dependiente de los profesionales y los dispositivos médicos que les rodean (recordándoles todo el tiempo la gravedad de su condición). Todo ello supone un gran impacto emocional para el enfermo que le lleva a experimentar múltiples sensaciones de miedo, ansiedad, incertidumbre, impotencia, frustración, estrés, soledad, pérdida de dignidad y dependencia, entre otras. Esto conlleva a reflejar las principales dificultades de la medicina moderna: deshumanización, tecnificación, pérdida de la relación médico-paciente, entre otras. Por esta razón, no debemos olvidar que los enfermos críticos necesitan, además de su manejo médico, un enfoque holístico de su condición donde se busque la satisfacción de sus diferentes necesidades, e incluso, las de sus familiares. Conocer estas necesidades y entender sus experiencias facilita su cumplimiento, genera una estancia menos traumática y agiliza su recuperación, proceso establecido desde el 2001 como “Medicina Centrada en el Paciente (MCP)”^{7, 8}

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la adherencia del personal asistencial al programa de humanización en una unidad de Cuidados Intensivos de una institución de salud en Pereira Risaralda 2018?

2. JUSTIFICACIÓN

El advenimiento de los grandes avances tecnológicos en el cuidado crítico ha servido para mejorar la supervivencia (>90%), sin embargo, se ha generado un fenómeno multifactorial de deshumanización de la práctica sanitaria, asociado al desarrollo tecnológico y al distanciamiento de los aspectos que nos caracterizan como seres humanos.^{3,7}

La humanización en sanidad no es una ideología, es una alianza con la persona y su forma de vivir, la cual constituye un compromiso ético donde se enmarca al individuo en su globalidad. Para humanizar en salud, hay que respetar que cada persona es única e irrepetible, y responde de manera diferente a las crisis vitales. Por tanto, es necesario englobar numerosos ámbitos: asistencial (cuidado y cuidador), ético, cultural, el ámbito de las competencias profesionales (comunicación, habilidades), el ambiente (espacios, bienestar, calidez), y, cómo no, el de los recursos humanos; Por el contrario, la deshumanización significa despersonalización, y pone al proceso patológico como único objetivo de actuación sanitaria.^{6,9,10}

Por las características especiales de los enfermos críticos (frecuentemente sedados y sin capacidad para comunicarse), cobra vital importancia la participación activa de sus familiares, quienes son considerados como “representantes” o “interlocutores válidos” ante los profesionales sanitarios para la recepción de noticias sobre la evolución del enfermo, pues son quienes en muchos casos, tienen la responsabilidad de tomar decisiones con respecto a la salud del paciente.^{7,8} Igualmente, los familiares se enfrentan a una compleja situación, pues súbitamente, un ser querido se encuentra gravemente enfermo, lo que les lleva a la incertidumbre de su supervivencia o el desarrollo de secuelas de su enfermedad. Esta situación suele desestructurar el entorno que les rodea, obligándoles a adaptarse a una nueva realidad, anteponiendo ante todo el tratamiento intensivo, y relegando sus propias necesidades.⁸

Cada vez son más los pacientes que sobreviven a su estancia en UCI, sin embargo, un importante porcentaje se convertirán en consultadores frecuentes. El síndrome post-cuidados intensivos (PICS-P) descrito recientemente afecta a un número importante de pacientes (30-50%). Este síndrome engloba secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático) posterior a su egreso hospitalario, las cuales impactan de forma negativa en su calidad de vida. Este síndrome afecta también a los familiares (PICS-F), convirtiéndolos en una población vulnerable, en muchas ocasiones olvidada, que sufre consecuencias negativas a nivel físico, psicológico y social.¹¹

La realización de este proyecto, permitirá proponer acciones de mejora y brindar recomendaciones, por medio de los resultados obtenidos en la identificación de la adherencia al programa de humanización por parte del personal asistencial con el fin de evidenciar el funcionamiento de éste, dar cumplimiento al objetivo del programa de humanización, y mantener los estándares de calidad, como también trabajar bajo los lineamientos de la política de seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos, teniendo en cuenta que esto favorecerá los actores fundamentales en la atención asistencial.

Para realizar la evaluación, se aplicará un instrumento con los ítems establecidos en el programa de humanización de la institución los cuales tendrán puntos enfocados a la socialización de dicho programa, lo cual se llevara a un análisis de dichos resultados y finalmente se brindaran estrategias y las recomendaciones que van a contribuir a un plan de mejora al programa de humanización en la institución para el fortalecimiento de sus sistema de calidad, destacando la prestación de servicios y de atención con calidad y pertinencia, además de que se disminuirán la aparición de eventos adversos durante la estadía en la institución.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la adherencia del personal asistencial al programa de humanización en una unidad de Cuidados intensivos en una institución en Pereira Risaralda 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los ítems con mayor falencia en la adherencia al programa de humanización.
- Proponer acciones de mejora frente al programa de humanización.
- Brindar recomendaciones para un plan de mejora al programa de humanización

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

La evolución científica y técnica de la atención al paciente crítico ha mejorado de forma espectacular la práctica clínica y la supervivencia, pero este progreso no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos más humanos. En muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) hacen que se conviertan en ambientes hostiles para los pacientes y sus familias e incluso para los propios profesionales.¹²

La creciente figura participativa de la persona enferma como agente, y no tanto “paciente” pasivo ante su enfermedad, obliga a los profesionales a un replanteamiento de las formas de interacción y comunicación. Además de todo ello, los estándares de bioética y seguridad forman un pilar importante de lo que denominamos calidad asistencial. Todos estos factores, propulsan el avance que los procesos de humanización de la sanidad están teniendo en la actualidad, así como la incorporación de sus principios en políticas de organizaciones sanitarias e institucionales.¹³

En este sentido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida. En este proceso se busca generar un enlace entre la enfermera, el paciente y su familia con el fin de crear soluciones oportunas, rápidas y de calidad.¹⁴ De esta forma el tratamiento desde el personal de salud con el paciente y sus familiares es un tema argüido, y que en la medida de lo posible se dificulta generar un estándar en la atención dado que se trata de personas.

Desde una mirada histórica, ya desde los tiempos del juramento hipocrático, se planteaban aspectos relacionados con la importancia de conservar el concepto de humanidad; tal es el caso de principios como: el respeto al paciente, la confidencialidad, la accesibilidad y la competencia profesional. Con el código Hammuirabbi en 1683, se instauraban las primeras sanciones a las que se harían acreedores los galenos por aquellas prácticas que produjeran lesión, destrucción de un órgano o la muerte. En este mismo sentido, hablar de humanización en la atención clínica en salud, bajo el marco de los derechos del paciente, implicaría analizar más de cerca el concepto mismo de humanismo. Según Hamburger F. Álvaro, fue “F.I. Niethammer, quien lo utilizó por primera vez para indicar el área cultural a la que se dedican los estudios clásicos y el espíritu que les es propio, en contraposición con el área cultural que cubren las disciplinas científicas”¹⁵.

Por otro lado, en una revisión sobre estudios e instrumentos de evaluación en el campo de la salud desde el enfoque de atención centrada en el paciente, se señala que éstos se han centrado en dos tipos de cuestiones. En primer lugar, se han dirigido a establecer los principios que deben orientar la práctica sanitaria desde esta perspectiva; entre ellos figuran la elección del paciente, la compasión, la dignidad, la empatía, la visión holística, la independencia, la integración, la privacidad, el respeto, la individualidad, los derechos y la confianza. En segundo lugar, se analizan las prácticas profesionales que pueden considerarse afines a esta filosofía de atención y que, en consecuencia, hacen efectiva la atención centrada en la persona; entre otras cabe citar la escucha activa, la participación, la toma de decisiones compartidas, el apoyo y fomento del autocuidado, y la atención individualizada por parte de los profesionales. Todo un reto para los profesionales sanitarios.

Siendo la palabra humanizar la salud, un constituyente del compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global e integral, necesita de una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito de la inteligencia del corazón, de las habilidades para entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar, identificar y movilizar en ella no solo los problemas y necesidades, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el mayor protagonista del proceso. Promover la dignidad intrínseca de todo ser humano constituye el fundamento último de toda acción humanizadora¹⁶. Esta acción en el contexto sanitario no puede dejar de lado a los propios agentes humanizadores: los médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, personal técnico todos aquellos profesionales que van a interactuar con el paciente y sus familiares y entre sí; haciendo de la actividad asistencial una dinámica de relaciones interpersonales en busca de la salud y el bienestar.

Dicha acción no se refleja en algunos casos y no algo ajeno para nadie por lo tanto, varios investigadores han estudiado dicho fenómenos con el fin de evidenciarlo e interpretar que las instituciones de salud no favorecen el cuidado humanizado porque se limitan a su sostenibilidad a partir del lucro, dejando de lado el servicio como tal; estableciendo topes en el consumo de recursos y estrechando la calidad o el tiempo de atención, muchas veces con un recurso humano limitado, de esta forma los prestadores también se convierten en responsables de la deshumanización en la atención y contribuyen a la poca calidad en la prestación de sus servicios ya sea de manera voluntaria por la corrupción interna, o involuntaria cuando deben sopesar las mismas condiciones a nivel jerárquico además del poco apoyo recibido por entes de vigilancia y control.¹⁷

Paralelamente otras instituciones se han visto en la tarea de generar mecanismos que representen la percepción de los usuarios frente a la humanización recibida dentro de la prestación de un servicio de salud, encontrándose instrumentos

validados y adecuados por expertos los cuales pueden ser adaptados para las diferentes instituciones y la población objeto de estudio, lo que además recobra gran importancia ya que abarca temas cómo la amabilidad en la atención, el tiempo dedicado, el confort y la tranquilidad, la claridad y calidad de la información brindada, la oportunidad en la atención y respuesta, el respeto por su intimidad, valores y creencias, ítems que la convierten en el instrumento ideal para identificar la percepción ya que va más allá de encuestas comunes orientadas únicamente a recursos materiales y utilización de los recursos.¹⁸

Es de ahí donde nace la necesidad de conocer mediante diferentes instrumentos, la percepción de calidad y humanización desde el usuario hasta el mayor nivel jerárquico institucional, lo cual requiere de referentes cómo el análisis, el conocimiento y adherencia en cada uno de los servicios de salud, de esta manera se pueden potencializar los puntos que son considerados buenos o de calidad y, generar estrategias en torno a los puntos que no tienen una percepción favorable en términos de calidad,¹⁹ pero que a nivel del desarrollo se convierten en oportunidades de mejora para variables a nivel de información, organización, estructura, ética, y mucho más frente a la satisfacción, ya que un usuario satisfecho y se constituye por siempre en un buen referente para cualquier institución.²⁰

Cuando se conocen las falencias en las instituciones, se replantean nuevas estrategias para el mejoramiento de estas, es así cómo se crea la necesidad de formar profesionales líderes que adopten actitudes tendientes a la consecución de objetivos,²¹ así como con factores humanos mediante proyectos pedagógicos que les aporte valores y mecanismos para enfrentar de manera óptima su medio laboral.²²

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

4.2.1 Información general de la organización.

Ilustración 1. Ubicación y logo de la Clínica los Rosales



Fuente: Clínica Los Rosales

Razón Social: Clínica Los Rosales S.A
Dirección: Cr 9 25-25, Pereira, Risaralda, Colombia.
Pbx: 3357454
Sito web: www.clirosales.com.

4.2.2 Reseña histórica. Un sueño que nació de un grupo de amigos, que se reunía casi clandestinamente, para ir socializando lo que cada uno de ellos tenía en mente para un futuro laboral y proyecto de vida.

Era el año de 1980 y solamente hasta el 10 de septiembre del mismo, reunieron lo necesario para abrir la primera sede, ubicada en la carrera 8 entre calles 15 y 16 en los pisos 2do y 3ro.

El grupo pionero, conformado por los doctores: Carlos Castillo, Ramón Augusto Rincón, Libardo Agudelo, Rafael Alarcón, Julián Vélez y Joaquín Montoya, dieron inicio al servicio de esta institución una tarde.

Eran tiempos difíciles para iniciar cualquier empresa, mucho más si era de salud. El estado tenía el monopolio de estas con hospitales generales, mal llamados de caridad y el Instituto del Seguro Social (ISS), además eran los dificultosos años ochenta, la llamada década perdida económica para Latinoamérica, había depresión en el país y el clima de seguridad comenzaba a ser turbulento, el panorama no era el mejor, pero el impulso y las ganas los obligaron y motivaron a continuar.

Cuatro etapas.

Es así como La Clínica Los Rosales entra en cuatro etapas vividas, las cuales han sido de una constante lucha y esfuerzo, estas son:

***Primera:** “el sueño” la más emocionante.

***Segunda:** ubicada cronológicamente entre los años 1980 y 1989; lapso en el cual pasan de 6 camas, una pequeña sala de urgencias y un laboratorio a tener su primer quirófano y elevar su número de camas a 11; la primera cirugía oficial realizada por el Dr. Álvaro Ossa como cirujano y el Dr. Gonzalo Moreno como anestesiólogo (hoy fallecidos), en compañía del Dr. Julián Vélez, (momento recordado por el Dr. Joaquín Montoya).

Estando allí compraron el lote de la carrera 9 con calle 25, donde actualmente se encuentra ubicada la clínica, e ingresaron como nuevos socios los doctores; Blas Cárdenas y Jorge Iván Ospina de Radiólogos Asociados S.A., los ortopedistas Germán Botero y Rafael Amaya, el Dr. James Mustafá y el Dr. Carlos Augusto Durango, con ellos se inicia el segundo periodo y se trasladan a la Avenida 30 de

agosto con calle 51, más conocido como Turín donde permanecieron por siete años (1989 a 1996).

Durante este lapso se realizó el concurso arquitectónico para generar el proyecto de la Clínica Los Rosales, y como jueces del concurso todos los socios, ganando la firma del arquitecto Juan Carlos de León y colaboradores, (la construcción se retardo por más de tres años ya que el inquilino del lote cada vez se le ofrecía una conciliación respondía de manera hostil, a tal punto que el Dr. Ospina propuso en algún momento esperar otros seis meses más)

Para ese entonces se retiraron del grupo el Dr. Germán Botero, Dr. James Mustafa y Dr. Carlos Castillo, e ingresaron el Dr. Edgar Ochoa Brito a la vez las sociedades Heba Ltda y Codimer Ltda.

***Tercera:** Para 1994 se dio inicio al tercer período con la construcción de la actual sede, con tan solo \$ 10 millones de capital y la gran ilusión de conseguir los créditos necesarios para continuar la obra, teniendo que realizar lobby en las diferentes instituciones financieras del país, siendo por último el Banco Central Hipotecario quien lo considero una obra social de gran importancia para la región, a la vez que esta época se contaba con una dirigencia respetada en la capital ya que el Presidente de la República era Pereirano.

Se conformaron grupos de inspección para conocer nuevas tecnologías, siendo invitados 6 o 7 a realizar recorridos por varios hospitales y clínicas en el país y en los Estados Unidos, de allí regresaron los doctores Álvaro Ardila, Olmedo Ocampo y Joaquín Montoya como los más entusiasmados, cargados con nuevas ideas, las cuales incentivaron a invertir en equipos modernos de gran tecnología.

Al darse cuenta de que la empresa creció en la mente de todos, se conformó INVERMEDICOS, cuyo objetivo era la construcción de la segunda torre. Para ese tiempo la naturaleza con un terremoto, la aprobación de la Ley100 y el inicio de una de las crisis más grandes que ha tenido Colombia, hicieron más dura su construcción.

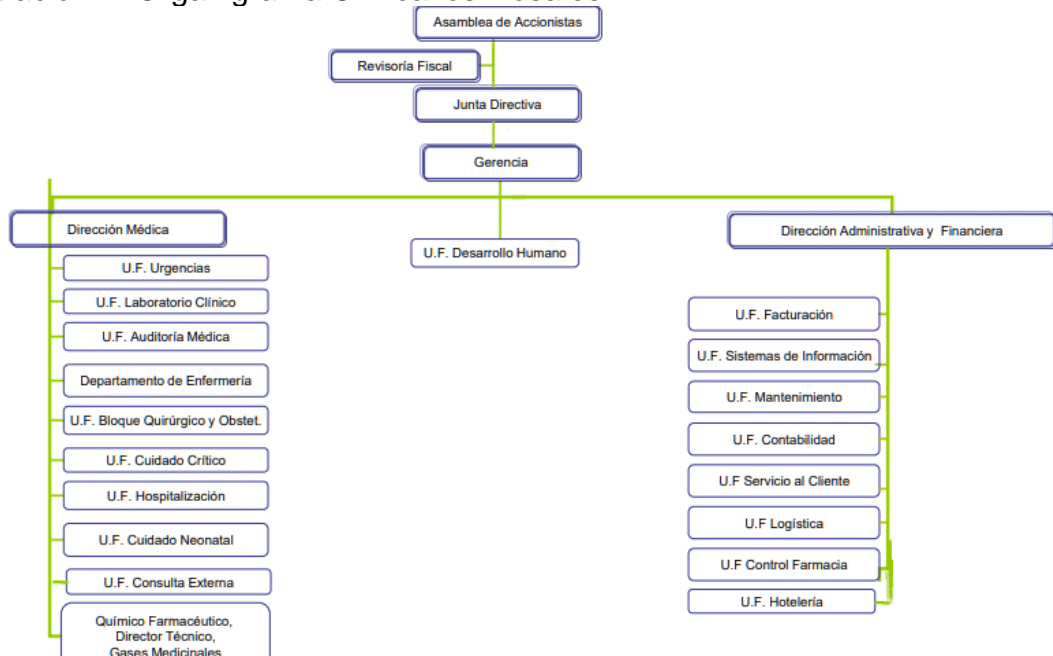
*** Cuarta:** Para finalizar; el cuarto período en agosto de 1996, se trasladaron a la sede actual en contra de todos los obstáculos, tanto naturales como económicos.

Fueron los tiempos más duros de la empresa, llevándolos a los límites de estar a punto de cerrar. En el año 2000 se ingresa a la Ley 550, siendo la primera empresa de salud del país en hacerlo. Desde entonces se inicia una etapa de desarrollo y crecimiento acelerado, convirtiéndose en sociedad anónima e ingresando nuevos y estratégicos socios, como: Coomeva, Salud Total, Audifarma y un grupo de profesionales médicos y empresarios que consideraron su aporte de gran importancia para sacar adelante una institución que hoy es orgullo de la ciudad, fruto de la perseverancia de todos los socios y empleados.

Ahora comienza una nueva etapa, los sueños de quienes iniciaron tan ardua labor se han cumplido, la Clínica Los Rosales, continuará entregándole ya no a una ciudad, sino a una región, nuevos y mejores servicios, contribuyendo con la generación de empleo, el progreso y desarrollo.

4.2.3 Organigrama.

Ilustración 2. Organigrama Clínica los Rosales



Fuente: Clínica los Rosales

4.2.4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Tabla 1. Direccionamiento estratégico Clínica los Rosales

MISIÓN	VISIÓN
<p>La Clínica Los Rosales S.A. es una institución de carácter privado, prestadora de servicios integrales de salud orientada a la atención del usuario y su familia, a través de un equipo humano idóneo, cálido y comprometido; con tecnología avanzada, tendiente a mejorar de manera continua el desarrollo del recurso humano a través de la educación continuada, impactando los niveles de vida de la comunidad, cumpliendo la normatividad, y garantizando su viabilidad financiera y el logro de sus metas organizacionales.</p>	<p>Seremos en el 2018 la institución prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, líder en el eje cafetero con estándares superiores de calidad.</p>
PRINCIPIOS	
<p>SEGURIDAD</p>	<p>Son los mecanismos establecidos para minimizar los riesgos a los usuarios internos externos.</p>
<p>ÉTICA</p>	<p>Vigilancia de la conducta humana. Normas de convivencia tácitas, respeto a la propiedad del otro. Comportamiento para no atentar en la convivencia del otro, actuar con unos principios básicos que nos permite no dañar a otro.</p>
<p>RESPECTO</p>	<p>Valorar a los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad. Exige aceptación, trato amable y cortés, como base para las relaciones humanas.</p>
VALORES	
<p>COMPROMISO</p>	<p>Capacidad de demostrar el interés por los cambios y necesidades de la empresa con responsabilidad, sentido de pertenencia, alineando los intereses</p>

	personales con los objetivos de la organización.
RESPONSABILIDAD	Capacidad de cumplir con las obligaciones, asumir las consecuencias de nuestros actos buscando realizarlos de acuerdo a la noción de justicia y del cumplimiento del deber en todos sus sentidos.
EQUIDAD	Considerar a las personas por iguales desde su individualidad sin distingo de raza, sexo, edad, condición económica, religión, educación y creencias.
CALIDEZ	Capacidad de transmitir a los demás afectividad y cordialidad en todas las situaciones cotidianas, sin tener discriminaciones de ningún tipo.
EMPODERAMIENTO	Es la aplicación de las herramientas necesarias para asumir las responsabilidades dentro de la institución, para el mejoramiento del desempeño de sus actividades, propendiendo por la seguridad y satisfacción de los usuarios.

Fuente Clínica los Rosales

Portafolio de servicios. HOSPITALIZACIÓN: Un excelente servicio de internación, soportada por una amplia red de especialistas y un equipo asistencial altamente calificado, brinda a los usuarios una atención personalizada.

LABORATORIO: Dotado con equipos de alta precisión y de tecnología avanzada, para la realización de pruebas de mediana complejidad.

URGENCIAS: Una amplia red de especialistas y un recurso humano calificado, garantizan la oportunidad de la atención, la más completa infraestructura disponible las 24 horas.

CIRUGÍA: La clínica dispone de cinco modernas y confortables salas de cirugía donde se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana y alta complejidad en la mayoría de las especialidades médicas.

UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO: Equipos biomédicos con tecnología avanzada y un selecto grupo de profesionales, soportan la atención de pacientes en estado crítico, ofreciendo una excelente calidad en el servicio.

TRABAJO DE PARTO: Contamos con un recurso médico especializado que nos permite brindar atención con la mejor calidad y seguridad.

SERVICIOS DE PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL: Nuestra planta de producción de aire medicinal cuenta con certificación Invima, garantizando excelente calidad en la producción.

UNIDAD DE CUIDADO NEONATAL: Somos la respuesta a la necesidad de la región, para asegurarle a los pacientes neonatales y a sus familias, el manejo adecuado de las patologías complejas congénitas o adquiridas, médicas o quirúrgicas con la mejor atención, centrada en el excelente trato humano y médico a las familias y sus recién nacidos.

4.3 MARCO TEÓRICO

Calidad y política de seguridad del paciente

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que

lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose. La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:

- Permitir que sea el experto quien haga las cosas
- Confiar cada vez menos en la memoria
- Gestionar el riesgo de cada actividad
- Alertar sin miedo sobre el error - Compartir el aprendizaje
- Ante la duda, pedir ayuda
- Adhesión a las guías de práctica clínica
- Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
- Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras.

La OMS considera que en el concepto de calidad en servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente lo que redundará en un impacto final de la salud ²³.

Bienestar del paciente

Son muchos los factores que causan sufrimiento y disconfort a los pacientes críticos. Los pacientes sufren dolor, sed, frío y calor, dificultad para descansar por exceso de ruido o iluminación y se ven limitados en la movilización, muchas veces por el uso de contenciones innecesarias, o en la comunicación.²⁴ La valoración y control del dolor, la sedación dinámica adecuada a la condición del paciente y la prevención y el manejo del delirium agudo son piezas imprescindibles para mejorar el confort de los pacientes.²⁵ Además de las causas físicas el sufrimiento psicológico y emocional puede ser muy elevado. Los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión, entre otras.²⁶ La evaluación y soporte a estas necesidades debe contemplarse como un elemento clave de la calidad asistencial.²⁷ Asegurar una adecuada formación de los profesionales y promover medidas encaminadas a tratar o mitigar estos síntomas asegurando el bienestar de los pacientes constituye un objetivo principal en la atención del enfermo crítico.

Flexibilización de los horarios de visita

Históricamente, la política de visitas de familiares a los pacientes ingresados en la UCI ha seguido un modelo restrictivo al considerar que este enfoque favorece el cuidado y facilita el trabajo de los profesionales. Pero su fundamento real, ha sido

más la costumbre y la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes.²⁸ Las familias reclaman más tiempo y la posibilidad de compaginar las visitas con sus obligaciones personales y laborales.²⁹ La experiencia de algunas unidades, como por ejemplo las UCI pediátricas y neonatales, donde la familia se considera fundamental en el cuidado integral del paciente, ha llevado a la necesidad de considerar otros modelos.³⁰ En la actualidad la flexibilización de horarios o la instauración de “puertas abiertas” en la UCI es posible y beneficioso para pacientes, familiares y profesionales.³¹ Conseguir extender el modelo, requiere aprender de las experiencias positivas de algunas unidades, participación de los profesionales, formación y cambios en las actitudes y hábitos que permitan una modificación aperturista de la política de visitas, adaptada a la idiosincrasia de cada Unidad. La figura de “cuidador principal” puede favorecer la presencia de los familiares adaptado a las necesidades individuales de cada paciente y de su entorno.

Presencia y participación familiar en los cuidados

Los miembros del entorno familiar presentan una alta prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Aunque en general los familiares desean participar en el cuidado, y muchos considerarían permanecer junto a sus seres queridos, especialmente en momentos de alta vulnerabilidad, la presencia y participación de los familiares en la UCI es muy limitada. Las barreras se han centrado en el posible trauma psicológico y ansiedad que puede generar a la familia, la interferencia en los procedimientos, la distracción y el posible impacto sobre el equipo sanitario.

Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias que lo desean, podrían colaborar en algunos cuidados básicos (el aseo personal, la administración de comidas o la rehabilitación), bajo el entrenamiento y la supervisión de los profesionales sanitarios. Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, ellos mismos y sobre el profesional, al reducir el estrés emocional y facilitar la cercanía y comunicación de las partes implicadas.

Aunque los estudios no son concluyentes la presencia de los familiares durante determinados procedimientos no se ha relacionado con consecuencias negativas, y se acompaña de cambios de actitud de los profesionales, como una mayor preocupación de los éstos en relación a la privacidad, dignidad y manejo del dolor durante los procedimientos presenciados así como una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación favoreciendo el proceso del duelo.

³²

Cuidados al profesional

El “síndrome de burnout” o “síndrome del desgaste profesional”, es una enfermedad profesional que se caracteriza por 3 síntomas clásicos: agotamiento emocional,

despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional.^{33, 34} Este síndrome impacta a nivel personal y profesional, pudiendo derivar a un síndrome de estrés postraumático y a otros trastornos psicológicos graves, e incluso al suicidio. Además influye en la calidad de los cuidados, los resultados sobre el paciente, y la satisfacción del paciente, y se relaciona con el recambio de profesionales en las organizaciones.

Entre los factores contribuyentes destacan las características personales individuales, los factores ambientales y organizacionales. Estos, de forma directa o a través de síndromes intermedios, como el “distrés moral”, la percepción de ofrecer cuidados inapropiados o la “fatiga por compasión” pueden derivar en un síndrome de desgaste profesional.³⁵

Recientemente diferentes sociedades científicas han buscado la difusión y visibilidad de este síndrome ofreciendo recomendaciones para reducir su aparición y mitigar sus consecuencias, estableciendo estrategias específicas que permitan dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales de intensivas derivadas de su dedicación y esfuerzo en el desempeño de su trabajo.³⁶

Comunicación

El trabajo en equipo en la UCI, imprescindible en cualquier ámbito sanitario, requiere, entre otros elementos, de una comunicación efectiva.³⁷ El traspaso de información (cambios de turno, cambios de guardia, traslado de pacientes a otras unidades o servicios, etc.), en los que no solo se intercambia información sino también responsabilidad, son frecuentes y exigen procedimientos estructurados que los hagan más efectivos y seguros. Dar relevancia a este proceso, un liderazgo adecuado y el uso de herramientas que faciliten la participación multidisciplinar son elementos clave en la mejora de la comunicación.³⁸

Los conflictos entre los profesionales que integran los equipos de UCI son frecuentes, causados en muchas ocasiones por fallos en la comunicación. Estos conflictos amenazan el concepto de equipo e influyen directamente en el bienestar del paciente y la familia, generan desgaste profesional e impactan de forma negativa en los resultados.³⁹ El entrenamiento en habilidades no técnicas y las estrategias de soporte pueden favorecer la cohesión de los equipos.

La información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI.⁴⁰ En el paciente crítico, muchas veces incompetente, el derecho a la información se transfiere con frecuencia a sus familiares. Informar de forma adecuada en situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas, para las que muchos profesionales no han recibido formación específica. Una correcta comunicación con pacientes y familiares favorece un clima de confianza y respeto, y facilita la toma conjunta de decisiones.

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.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: 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.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): Es un área especializada dentro de un Centro Médico, destinada y enfocada a tratar a pacientes cuyo estado de salud es de alta gravedad. Aquellos pacientes que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos.

4.4.1 PALABRAS CLAVES. Humanización de la atención, seguridad del paciente, unidades de cuidados intensivos (UCI).

4.5 MARCO JURÍDICO

Tabla 2. Marco jurídico

NORMA	AÑO	DEFINICIÓN	PERTINENCIA
Constitución Política de Colombia	1991	De los principios fundamentales	Carta magna y guía básica dentro de un estado social de derecho que dicta a la salud como un derecho fundamental
Resolución 13437	1991	Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. "Adoptar como postulados básicos para propender por la	Se rigiere como una guía dentro de la aplicación del programa de humanización y cuidado del paciente, haciendo

		humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas” se presentan los diez derechos de los pacientes.	énfasis en los derechos a que por ley tiene los pacientes que son internados en una institución de salud.
Ley 100	1993	lo cual se crea el sistema General de la seguridad social.	Se ubica como guía central en todo lo relacionado al cuidado del paciente y el trato ético que debe hacerse con este
Ley 911	2004	Por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el servicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.	La enfermería, dentro de su ejercicio, cuenta con responsabilidades definidas bajo la ética del paciente
Resolución 1446	2006	Donde el Ministerio de Protección Social 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.	Con este resolución, se busca medir la calidad del sistema de salud y mejorarlo constantemente, dentro de ellos esta la humanización del paciente
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.	Con este decreto, se garantiza bajo su obligatoriedad que los pacientes deben de ser atendidos con calidad, siendo un ítem de calidad, la

			humanización del paciente
Ley 1450	2011	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.	Con esta ley la humanización del paciente debe ser medida y tener estándares de calidad
Circular 23	2016	La cual a través del Ministerio de Salud fija los 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.	Con esta circular, se dictaminan los cuidados paliativos y se integra a la familia del paciente dentro de una de las variables de humanización de este.

Fuente: elaboración propia

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación tendrá un enfoque cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal, el cual tiene ciertas características principales las cuales son:

- a. Llevar a cabo observación y evaluación de fenómenos
- b. Se basa en unos objetivos planteados.
- c. Busca identificar fenómenos y describirlos
- d. Recolección de la información e interpretación de esta
- e. Presentación de los datos obtenidos.

El presente proyecto es descriptivo dado que es un proceso reflexivo que vincula dinámicamente la investigación, la acción y la formación, donde se busca observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera, se caracteriza por diversos ciclos entre los que se encuentra: planificación y observación.

Para el desarrollo del proyecto se implementará un diseño no experimental, transversal, puesto que se intervendrán a los acompañantes mediante un instrumento de recolección de información, siendo únicamente analizadas ciertas variables sin intervenir directamente la humanidad del paciente, además siendo de corte transversal ya que la información recolectada será en un tiempo determinado, observándose y extrayendo lo más necesario y oportuno.

5.2 POBLACIÓN

La población para el presente proyecto, está conformada por 38 pacientes y sus acompañantes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos en una clínica de la ciudad de Pereira, donde se realizará un censo dada la accesibilidad a la población de estudio.

5.3 MARCO MUESTRAL

Listado de pacientes y sus acompañantes internados en el mes de agosto del año 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica de la ciudad de Pereira

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los acompañantes que hacen parte de la Unidad de Cuidados Intensivos en una clínica de la ciudad de Pereira

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Usuarios internados en la Unidad de Cuidados Intensivos en una clínica de la ciudad de Pereira en dos días del mes de agosto del año 2018

Pacientes o acompañantes en condición de responder al instrumento de recolección de información

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para el presente proyecto no se presentan criterios de exclusión

5.7 VARIABLES

Tabla 3. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Categorías o subvariables	Método de recolección	Preguntas	Indicador
Programa de Humanización	Escala de valoración del paciente	Categórica nominal	Siempre Casi siempre Nunca	Cuestionario	El médico utiliza un tono de voz adecuado, amable y cordial para informar sobre la situación del paciente.	Frecuencia

Fuente: elaboración propia

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

5.8.1 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN. La recolección de la información se realizará mediante el instrumento propuesto para ello en este caso se trata de una encuesta llamada programa de humanización clínica los rosales.

5.8.2 TABULACIÓN DE DATOS. Los datos se tabularán en una base de datos en el software Excel

5.8.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN. El análisis de la información se realizará por medio de estadística descriptiva, en el software Excel.

5.8.4 RESULTADOS ESPERADOS.

Se espera identificar las prácticas de humanización y la adhesión adecuada al programa establecido para ellos por parte del personal de la institución y reflejado en los pacientes y acompañantes.

5.9 POBLACIÓN BENEFICIADA

La población beneficiada con el presente proyecto será el personal y los directivos de la Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica de la ciudad de Pereira

5.10 COMPROMISO BIOÉTICO

Principios bioéticos: Principio de no maleficencia: Se refiere a la obligación de no hacer daño a otros. Incluye obligaciones de no matar, no causar dolor ni sufrimiento, no incapacitar, no privar a otros de bienes de la vida, no imponer riesgos de daños.

Principio de respeto a la autonomía: La autonomía se refiere a autogobierno libre de interferencias controladoras y de limitaciones personales que impidan decisiones racionales. Respetar a un agente autónomo es reconocer las capacidades y perspectivas de las personas y su derecho a tener opiniones, los cuales les permiten tomar decisiones y realizar acciones con base en los valores y creencias personales.

Principio de beneficencia: Se refiere en general a la obligación de realizar el bien (no solo de desearlo), que coincide con el principio cardinal de utilidad de las éticas teleológicas y consecuencialistas, destinada a prevenir y eliminar el daño y a promover el bien, así como lograr un balance positivo entre beneficios y daños.

Principio de Justicia: Con el principio de justicia se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados para satisfacer las necesidades y solicitudes. Las respuestas en términos de justicia distributiva recurren a criterios múltiples como edad, gravedad de la enfermedad, esperanza de vida, recursos económicos y oscilan entre tendencias liberales, utilitaristas y socialistas.

Los investigadores se comprometen a cumplir con lo establecido en el tratado de Helsinki, además de la normatividad nacional Resolución 008430 de 1993.

5.11 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.

5.12 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 Los Rosales de la ciudad de Pereira Risaralda.
- Lograr que los pacientes, acompañantes o familiares que acuden a la Clínica Los Rosales 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.

5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.13.1 Cronograma.

Tabla 4. Cronograma

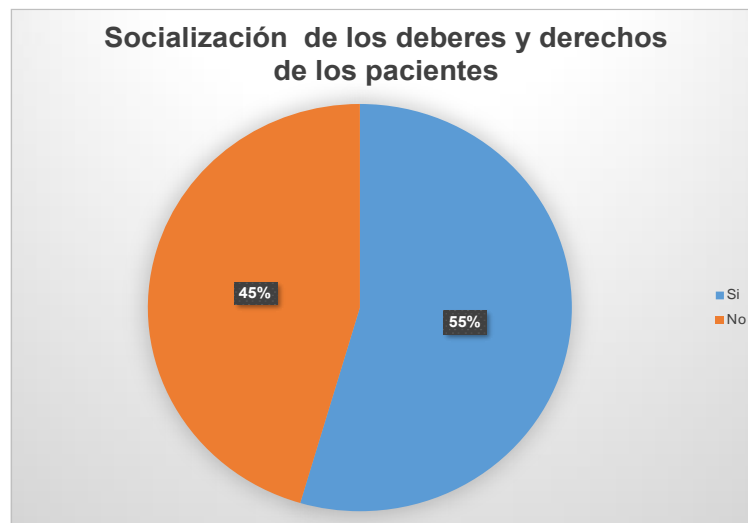
ACTIVIDAD	Abril		Mayo		Julio						Agosto						
	7	28	5	12	7	11	14	18	21	24	28	4	11	15	18	22	25
Organización del equipo investigador																	
Búsqueda de temas.																	
Selección y definición del tema de investigación.																	
Ajuste al documento borrador																	
Detección de pacientes con criterio de inclusión																	
Selección de pacientes																	
Realizar la ejecución del instrumento																	
Análisis de la información recolectada																	
Resultados y discusión																	
Conclusiones y recomendaciones																	
Socialización del trabajo de investigación																	
ajuste y aprobación del trabajo de investigación																	

6. RESULTADOS

La presente investigación se desarrolló en la Clínica los Rosales de la ciudad de Pereira en el área de cuidados intensivos, donde se logró identificar el nivel de adherencia del personal asistencial del área de cuidados intensivos, según el Instrumento Programa de Humanización Clínica los Rosales, durante el mes de agosto de 2018, con el cual se busca proponer un plan de mejoramiento de acuerdo con los hallazgos.

6.1 ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO

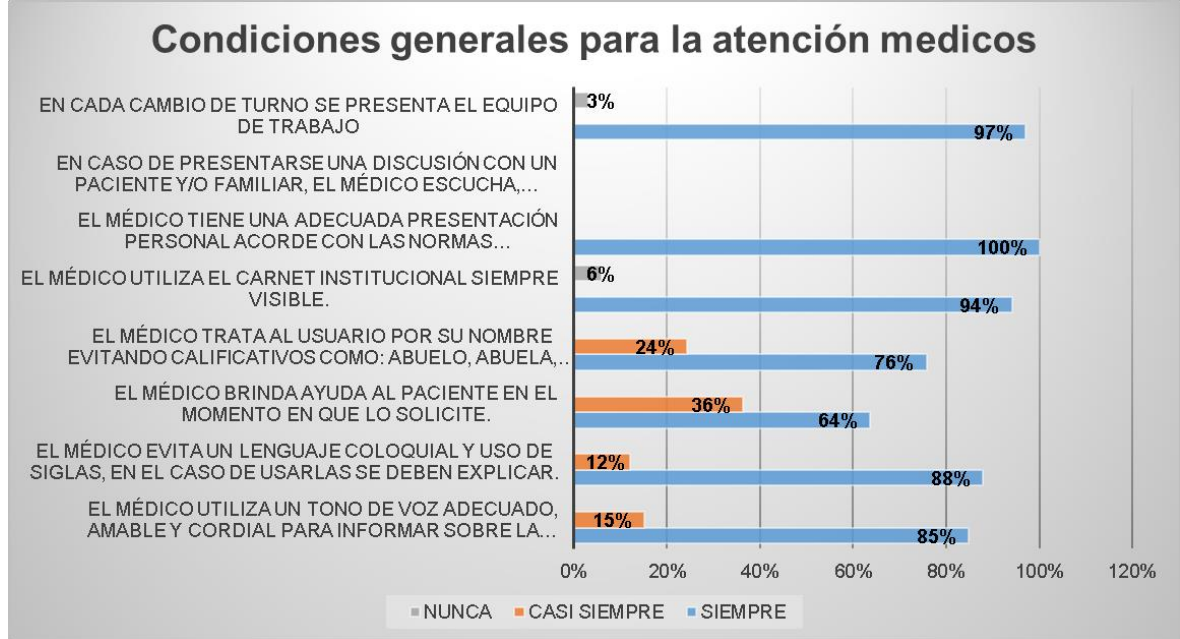
Gráfica 1.



Fuente: elaboración propia

En la presente gráfica, se observa como la socialización de los deberes y derechos de los pacientes por parte del personal asistencial, evidencia falencias, las cuales se traducen en quejas, demoras en la atención y malestar por parte de los usuarios, ya que estos al no conocer tanto sus derechos como deberes, son ignorantes de sus obligaciones como pacientes de la IPS en cuestión y en el área específica de cuidados intensivos, la cual forma parte de un área crítica de la clínica, dado que mantiene a una capacidad máxima en algunos periodos y el tratamiento de los pacientes, se debe enfocar desde la ética profesional, el buen trato y la seguridad del paciente como un conjunto, en aras de una mejor prestación del servicio.

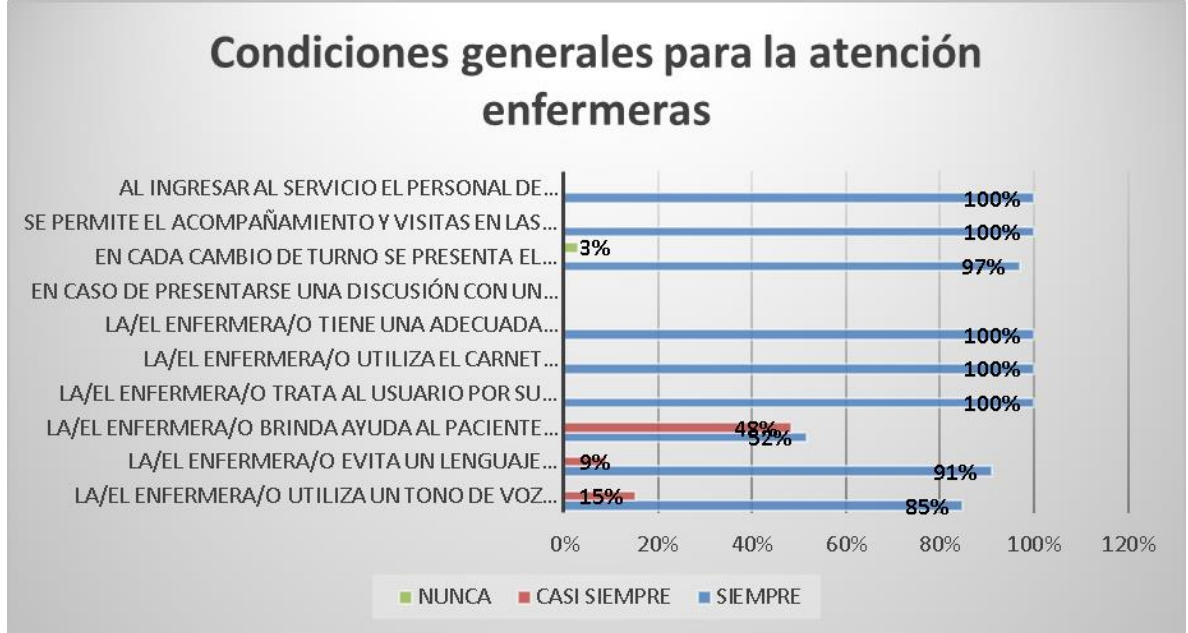
Gráfica 2.



Fuente: elaboración propia

En este punto, se evaluaron a los médicos del área de cuidados intensivos que interviene e interactúan directamente con los paciente en su día a día, evaluando las condiciones generales de atención hacia estos, donde se evidencia a grandes rasgos que en su totalidad la mayoría de los médicos llevan a cabo las prácticas de humanización correctamente, con un cumplimiento desde el 74%, 85%, 94% y 100% la presentación de su equipo de trabajo, en cuanto a su presentación personal, su identificación visible, el trato objetivo con el paciente, la ayuda que brinda cuando se le es solicitado, el lenguaje que usa teniendo en cuenta la jerga médica y su tono de voz para con el paciente, son el conjunto de requisitos que se buscaron identificar con esta lista de chequeo, y donde se logró observar que existen falencias en el suministro de ayuda cuando se le solicita al médico, el trato de este con los pacientes así como el uso del lenguaje y su tono de voz.

Gráfica 3.



Fuente: elaboración propia

En la anterior gráfica, se evaluaron las condiciones generales para la atención de enfermeras en el área de cuidados intensivos, donde se estudiaron ítems similares a la atención de los médicos, pero teniendo en cuenta que sus funciones varían, destacándose el cumplimiento con los horarios establecidos para las visitas, la ubicación del paciente al ingresar a la unidad, lográndose evidenciar que, en la mayoría de los puntos evaluados, el personal de enfermería obtuvo un mejor porcentaje pasando de un 85%, 91% hasta un 100%, pero evidenciándose como en el punto de la atención pertinente al paciente, tuvieron una percepción dividida la cual arrojó un 52% siempre y un casi siempre 48%.

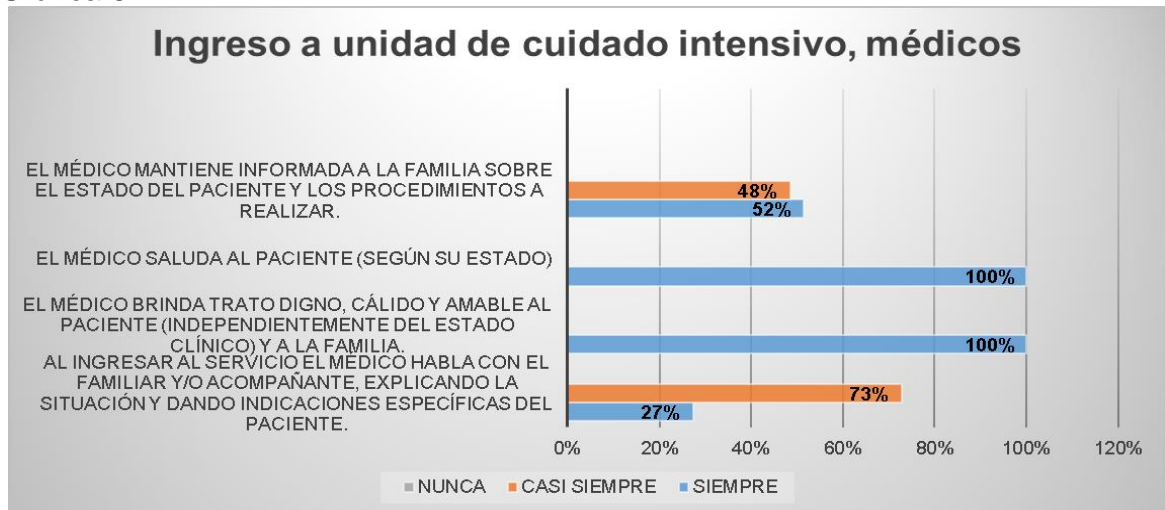
Gráfica 4.



Fuente: elaboración propia

En este punto se evaluó la atención de las auxiliares de enfermería, las cuales en general obtuvieron una percepción positiva por parte de los pacientes del área de cuidados intensivos, dado que obtuvieron porcentajes que ascendieron desde 73%, 79%, 91% y 97%, encontrándose que los puntos con falencias fueron los asistenciales y la forma en cómo se trata el paciente.

Gráfica 5.



Fuente: elaboración propia

Dentro del ingreso de los pacientes al área de cuidados intensivos, se observa como en dos ítems específicos, el médico presenta falencias como lo es la comunicación con los familiares del paciente con un 48% de casi siempre, lo cual es algo muy importante y hace parte de un punto crítico, además, se observa como con un 73% los médicos casi siempre dan indicaciones y las explicaciones necesarias para que tanto el paciente o el acompañante conozca la gravedad o esté al tanto de la situación.

Gráfica 6.



Fuente: elaboración propia

En cuanto al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, el trato por parte de las enfermeras evidenció una tendencia similar al de los médicos, presentando falencias tanto en la comunicación a la familia sobre los procedimientos a realizar con un 61%, como con un 64% casi siempre y un 9% nunca lo cual genera malestar con el acompañante y de igual forma el paciente al no conocer que preparación debe tener ante un procedimiento y el seguimiento de un conducto regular orientado por las enfermeras del área.

Gráfica 7.



Fuente: elaboración propia

Por parte de los auxiliares de enfermería, en su labor se evidencia que para los pacientes y acompañantes, estos realizan de forma adecuada su labor en cuanto al programa de humanización del paciente observándose que con un 100% siempre saluda al paciente y brinda el trato adecuado a este y a su acompañante o familiar.

Tabla 6. Tabla de frecuencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	35	92%
CASI SIEMPRE	15	39%
NUNCA	4	11%

Fuente: elaboración propia

De acuerdo a la anterior tabla, se evidencia que la mayoría de los participantes atendidos en el área de cuidado intensivo, perciben como “siempre” una relación de cuidado humanizado por el personal asistencial de la Clínica Los Rosales, destacándose dentro de ellos las condiciones de atención por parte de las enfermeras y auxiliares de enfermería, lo cual enmarca aspectos como: el cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza, explicación del cuidado y respeto con sus creencias y valores y la presentación personal de cada una de ellas.

6.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En general al analizar los resultados se destaca la buena percepción relacionada con la atención en salud del personal asistencial, existiendo poco porcentaje de personas insatisfechas, esto puede deberse a los esfuerzos realizados por la gerencia y el personal de salud encaminado a satisfacción del cliente enfatizando en su política de humanización.

Por otro lado, se evidencia una baja calificación relacionada con el nivel de conocimiento de los deberes y derechos de los pacientes, siendo este ítem el único con los porcentajes más bajos de calificación con 45% de las encuestas esto puede ser ocasionado por el alto índice de pacientes atendidos diariamente y la poca información brindada al usuario de carácter verbal o visual. Adicional a esto, se encontró que los médicos presentan ciertos porcentajes más bajos que los enfermeros y auxiliares de enfermería en cuanto a la ayuda que brindan estos al paciente, donde se evidencian porcentajes 52%, 48% y 72% respectivamente, traduciéndose en el afán por la cantidad de pacientes que se deben atender en la ronda, además en cuanto al lenguaje utilizado, dada las condiciones del paciente, no se utiliza el lenguaje apropiado para explicar y dar el diagnóstico a estos y sus familiares o acompañante, de esta forma se presentaron para los médicos un 88% para las enfermeras un 92% y para los auxiliares de enfermería un 91% de percepción demostrando así que en algunos casos es difícil explicar la jerga médica de manera correcta a las personas del común.

También se encontraron falencias en cuanto al ingreso de los pacientes, donde por parte de los médicos y enfermeras, no se informaba a la familia del ingreso del paciente y el tratamiento que se realizaría, en este punto se obtuvieron un 52% y 39% respectivamente, demostrando así la falta de atención y de tiempo para atender también a los familiares, adicional a esto, los médicos y enfermeras tampoco explican los procedimientos a realizar obteniéndose 27% y 26% respectivamente, lo cual demuestra como la falta de atención hacia el paciente y los acompañantes se evidencia lo cual genera malestar entre el personal y el paciente, así como demoras y fallas en la atención por el desconocimiento los deberes del paciente y acompañante.

6.3 PLAN DE MEJORA

Tabla 7. estándares

ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN
Socialización de deberes y derechos	45%
Presentación personal	48%
Comunicación asertiva	73%

Fuente: elaboración propia

Según los resultados encontrados, se evidencia que el factor de comunicación es uno de los problemas críticos en la institución, por tal motivo se genero el plan teniendo en cuenta dicho factor y un nivel de adherencia del 45%.

Tabla 8. Plan de mejora

¿Qué?	¿Por qué?	¿Quién?	¿Dónde?	¿Cuándo?	¿Cómo?
Sensibilizar a los funcionarios en general sobre la importancia de los deberes y derechos de los usuarios.	Todos los colaboradores de la institución deben conocer los deberes y derechos de los usuarios.	Departamento de seguridad del paciente.	Auditoria de la institución.	Dos meses	-Convocando a los colaboradores a la capacitación continua. -Diseñando ayudas didácticas enfatizando en la importancia de los deberes y derechos.
Utilizar ayudas visuales sobre los deberes y derechos en los lugares más concurridos por los usuarios.	Es importante brindar información visual sobre los deberes y derechos	Departamento de seguridad del paciente.	*Salas de espera. *Pasillos comunes.	Seis meses.	Disponiendo información de carácter visual en las salas de espera, consultorios médicos, pasillos relacionando la importancia de los deberes y derechos de los usuarios.
Disponer al ingreso de los usuarios al servicio de cuidados intensivos material didáctico como	Es importante que los usuarios conozcan sus deberes y derechos como pacientes.	Departamento de seguridad del paciente.	*Puerta de entrada al servicio de Cuidados Intensivos. *Admisiones.	Dos meses	Folletos realizados con imágenes y temas como deberes y derechos del usuario, temas educativos

(folletos) donde se exalte la importancia de los deberes y derechos y otros temas de importación como la humanización.			*Estaciones de enfermería.		sobre salud, y humanización.
--	--	--	----------------------------	--	------------------------------

Fuente: elaboración propia

6.4 DISCUSIÓN

Según Oscar BS en la atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado que manifiesta la mala calidad que tenían los profesionales, el cual iba ligado a la mala administración, a cambios en la legislación que pocas veces son compartidos con los trabajadores, sistemas corruptos en donde los recursos se pierden todos los días y un sistema de justicia que no interfirió para recuperar y regular los recursos de la salud, finalmente comparando con nuestra investigación se busca reforzar en cualquier ámbito y a cualquier edad la importancia del amor y respeto por el otro, de ofrecer apoyo sin distinción alguna, de ser tolerante, de entender al otro como lo que es: un mundo diferente en su forma de actuar, pensar, de ver las cosas y sobre todo con necesidades distintas de los usuarios y del personal, también nos interesamos por medio de los talleres y capacitaciones proveer a su personal profesional, técnico y administrativo las herramientas con el fin de que puedan cumplir sus funciones, fortaleciendo las relaciones interpersonales y los parámetros para realizar una atención con calidad a los usuarios, motivándolos a que actúen con autonomía profesional, calidad y humanización.^{41,42,43}

En este sentido, la calidad del sistema de salud va ligada directamente a las leyes nacionales y a los requerimientos de las diferentes normas que cobijan la salud a nivel nacional, de igual forma las instituciones de salud conforman programas internos y reglamentos de calidad para darle cumplimiento a la legislación vigente, de esta forma en concordancia con la presente investigación, programas de humanización del paciente, forma parte de un pilar fundamental en la prestación del servicio e impacta directamente la calidad de todo el sistema de la Clínica lo Rosales de la ciudad de Pereira.

Según Watson⁴⁴, 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. En este sentido se concuerda con lo encontrado en la presente investigación realizada en la Clínica Los Rosales de la ciudad de Pereira, donde se evidencio que tanto el personal de enfermería como lo auxiliares de enfermería tratan de manera adecuada a los pacientes y sus acompañantes, brindándoles un trato digno y respetuoso.

Desde las teóricas en la profesión, han planteado que el personal en salud debe 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”⁴⁵. De esta forma concuerda con lo encontrado en la investigación realizada en la Clínica Los Rosales de la ciudad de Pereira, dado que el personal ha sido capacitado para cumplir sus funciones a cabalidad, cumpliendo con el programa de humanización del paciente.

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 Cherry⁴⁶ (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”. En este sentido se discrepa en lo encontrado en la Clínica Los Rosales de la ciudad de Pereira, dado que el personal asistencial fallaba en la comunicación de los procedimientos a realizar a los pacientes y a sus familiares.

Un 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 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 hospitalarios.⁴⁷

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

CONCLUSIONES

Se concluye, que en general las prácticas de humanización y la adherencia al programa por parte del personal asistencias de la Clínica los Rosales se cumple, teniendo en cuenta aspectos por mejorar como la comunicación con los familiares y los tiempos en el que se presta la atención cuando es requerida

Se evidencia que los auxiliares de enfermería presentan una adecuada adhesión a la mayoría del programa obteniendo una buena percepción por parte de los pacientes y acompañantes, dado que estos están en constante contacto e interacción con los implicados, todo esto gracias a la constante practica en el campo.

Se encontró que la atención tardía es uno de los principales problemas, seguido de la explicación de los procedimientos a realizar por parte del personal de salud, dicha interacción con la familia es muy poca, así como las posibles indicaciones que se deben de dar a los pacientes y acompañante, siendo un derecho de estos últimos.

La presente investigación evidencio que el nivel de conocimiento de los deberes y derechos de los pacientes son insuficientes y pocos usuarios conoce cuales son, llevando así a un nivel de conocimiento de estos a porcentajes elevados siendo el ítem con calificación más alta.

RECOMENDACIONES

Se recomienda, generar capacitaciones en cuanto a la comunicación con las familias y el paciente, para mejorar la prestación del servicio en cuanto a la atención de estos y la adhesión al programa de humanización de la clínica.

Se hace necesario publicar los deberes y derechos de los pacientes, dado que es un punto argüido y en el cual se ha fallado, dado que el personal asistencial, no cuenta con los recursos necesarios para generar una eficiente explicación de estos, por tal motivo se puede ayudar con material gráfico y entregable que haga constancia de que se les está brindando la información pertinente tanto al paciente como acompañante o familiar.

Implementar jornadas de capacitación para el personal asistencial y usuarios relacionada con los deberes y derechos de los usuarios y los diferentes programas de la institución y así empoderar a cada colaborador con información pertinente y actualizada del tema, para que al momento indicado puedan transmitir la información y así mejorar los niveles de conocimiento en los deberes y derechos de los usuarios.

Evaluar la adhesión al programa de humanización en otras áreas de la clínica, con el fin de generar un diagnóstico general del estado de adhesión dicho programa, para finalmente intervenir los temas más críticos en conjuntos con un plan de acción que reúna toda la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Estrategias del informe de la OMS "Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas". Rev. Panam Salud Pública. 2002.
2. Romero M, de la Cueva L, Jover C, Delgado P, Acosta B, Sola M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Enfermería intensiva. 2013; 24(2): 51-62
3. March J. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de Calidad Asistencial. 2017; 32(5): 245-7.
4. Diccionario de la Real Academia Española. Humanizar [Internet]. Madrid: Diccionario de la Real Academia Española. [Citado en 14 de julio de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=humanizar>
5. García M. Metas Enfermería. Revista enfermería 21. 2014; 17(1): 70-74.
6. De la fuente C, Rojas M, Gómez MR, Lara P, Morán E, Aguilar E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva. 2018; 42(2): 99-109.
7. Peña MH, Talledo NM, Ruiz EO, Gómez JL, Ruiz AR, Miguelez AG, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. Medicina Intensiva. 2017; 41(2): 78-85.
8. Alonso A, Álvarez J, Velayos C, García M, Luengo M. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. Revista de Calidad Asistencial. 2014; 29(6): 325-33.
9. La Calle GH, Lallemand CZ, del Cotillo M, Matarín JV, Sanz TV, de la Ventana AS, et al. HUCI se escribe con H de HUMANO. Enfermería Intensiva. 2014; 25(4): 123-72.
10. Rivera SA, Sánchez M. ¿Es necesario «humanizar» las Unidades de Cuidados Intensivos en España? Enfermería intensiva. 2017; 28(1): 1-3.
11. Delgado MCM, de Lorenzo AG. Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. Medicina intensiva. 2017; 41(8): 451-3.
12. Bautista L, Parra E, Arias K, Parada K, Ascanio K, Villamarin M, et al. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Rev. cienc. ciudad. 2015; 12(1): 105-118

13. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad de la comunidad de Madrid; 2016. [Citado en 21 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
14. Escudero D, Viña L, Calleja C. [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. *Med Intensiva*. 2014; 38(6):371-5.
15. Hamburger-Fernández AA. Humanización de la empresa. Colombia. Editorial Bonaventuriana, 2008: 46- 47.
16. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Desclée de Brower, 2014.
17. Beltrán-Salazar, Oscar A. Las instituciones de salud no favorecen el cuidado: Significado del cuidado humanizado para las personas que participan directamente en él. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2014; 32(2): 194-205.
18. Jiménez RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014; 30(1)
19. Gonzales Hernández O. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión". Aquichán [Internet]. Colombia: Scielo; 2015; 15(3): 381-392. [Citado 21 de julio de 2018] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000300006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.6>
20. Coralía MP, Rosa María OR, María del Carmen LIA, Madai PF, Idalmis IO. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008; 34(4)
21. Lizet VR, Tatiana PK. Coaching education as a strategy to enhance nursing leadership. *Cienc. enferm*. 2012; 18(2): 111-117.
22. Alexander PA. Profesionalismo y humanismo en el currículo de las profesiones relacionadas con la salud humana. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud*. 2014; 46(1): 5-6.
23. Social MDLP. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. Colombia: Ministerio de salud y protección social, 2010. [Citado en 21 de julio de 2018]. p. 101. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

24. Alonso Á, Heras G. ICU: a branch of hell? *Intensive Care Med.* 2016; 42(4): 591-2.
25. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *Am J Health Syst Pharm.* American College of Critical Care Medicine. 2013; 70(1): 53-8.
26. Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive Crit Care Nurs.* 2013; 29(3):147-57.
27. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med.* 2016; 42(6): 962-71.
28. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care.* 2014; 23(4): 316-24.
29. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units. *Rev Calid Asist.* 2015; 30(5): 243-50.
30. Meert KL, Clark J, Eggly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am.* 2013; 60(3): 761-72.
31. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs.* 2014; 33(4): 181-93.
32. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2013; 368(11): 1008-18.
33. Maslach C, Jackson SE. *MBI: Maslach burnout inventory; manual research edition.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
34. Silva JL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015; 27(2): 125-33.

35. Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015; 10(8)
36. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*. 2016; 150(1): 17-26.
37. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, et al. Intensive care unit quality improvement: a “how-to” guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*. 2006; 34(1): 211-8.
38. Abraham J, Kannampallil TG, Almoosa KF, Patel B, Patel VL. Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. *J Crit Care*. 2014; 29(2)
39. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 180(9): 853-60.
40. Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calidad Asistencial*. 2014; 29(6): 325-33.
41. Alvarez C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enferm. univ [Internet]*. 2012 [citado agosto 13 de 2018]; 9(1): 41-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es.
42. Martha LB, María GH, Martha M, Constanza FP. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería, [Internet]*. 2010 [citado 2016 Nov 22]; 28(1), 64-72. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100008&lng=en&tlng=es.
43. Esparza Isabel H. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enferm [Internet]*. 2013 Jun [citado 2016 Nov 12]; 22(1-2): 5-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-2962013001100001&lng=es.
44. Gómez O. Gutiérrez E. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería: la narrativa como medio para comunicarla. [internet] 2011. 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.

45, Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª Edición. Editorial Elsevier Science / Mosby. Madrid, 2003. Pág. 87

46. Carbelo B, Romero M, Casas F, Ruíz T, Rodríguez S. 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>

47. 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 2018 agosto 16]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

1. Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1297-1309. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
2. Heras G, Cruz M, Nin N, Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2017;29(1):9-13 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n1/0103-507X-rbti-29-01-0009.pdf>
3. Poblete M, Valenzuela S, Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 2007;20(4)499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
4. Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid.* 2016; 7(1): 1227-31. Disponible en <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
5. Ruby E. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención. *Ciencia y cuidado* 2007; 4(4).
6. Consejería De Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016; 1
7. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enferm* 2014; 17(1): 70-74.
8. Pérez E. Satisfacción Familiar Con El Cuidado, La Información Recibida Y El Proceso De Toma De Decisiones En La Unidad De Cuidados Intensivos Del Huncsc. 2015
9. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva* 2014;38:371-5. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
10. Beltrán O. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index Enferm.* 2015; 24(1-2): 49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>.

ANEXOS

ANEXO A. LISTA DE CHEQUEO

Instrumento Programa de Humanización Clínica los Rosales.

	Si	No
Se le ha socializado o informado sobre los derechos y deberes como paciente		

CONDICIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA	TOTAL
El médico utiliza un tono de voz adecuado, amable y cordial para informar sobre la situación del paciente.				
El médico evita un lenguaje coloquial y uso de siglas, en el caso de usarlas se deben explicar.				
El médico brinda ayuda al paciente en el momento en que lo solicite.				
El médico trata al usuario por su nombre evitando calificativos como: abuelo, abuela, amor, etc.				
El médico utiliza el carnet institucional siempre visible.				
El médico tiene una adecuada presentación personal acorde con las normas institucionales.				
En caso de presentarse una discusión con un paciente y/o familiar, el médico escucha, mantiene la calma y direcciona la queja si es el caso.				
En cada cambio de turno se presenta el equipo de trabajo				

CONDICIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA	TOTAL
La/El enfermera/o utiliza un tono de voz adecuado, amable y cordial para informar sobre la situación del paciente.				
La/El enfermera/o evita un lenguaje coloquial y uso de siglas, en el caso de usarlas se deben explicar.				
La/El enfermera/o brinda ayuda al paciente en el momento en que lo solicite.				
La/El enfermera/o trata al usuario por su nombre evitando calificativos como: abuelo, abuela, amor, etc.				
La/El enfermera/o utiliza el carnet institucional siempre visible.				
La/El enfermera/o tiene una adecuada presentación personal acorde con las normas institucionales.				
En caso de presentarse una discusión con un paciente y/o familiar, La/El enfermera/o escucha, mantiene la calma y direcciona la queja si es el caso.				
En cada cambio de turno se presenta el equipo de trabajo				
Se permite el acompañamiento y visitas en las horas establecidas.				
Al ingresar al servicio el personal de enfermería ubica al paciente en la Unidad.				

CONDICIONES GENERALES PARA LA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA	TOTAL
--------------------------------------	----------------	---------------------	--------------	--------------

ATENCIÓN				
El/La auxiliar de enfermería utiliza un tono de voz adecuado, amable y cordial para informar sobre la situación del paciente.				
El/La auxiliar de enfermería evita un lenguaje coloquial y uso de siglas, en el caso de usarlas se deben explicar.				
El/La auxiliar de enfermería brinda ayuda al paciente en el momento en que lo solicite.				
El/La auxiliar de enfermería trata al usuario por su nombre evitando calificativos como: abuelo, abuela, amor, etc.				
El/La auxiliar de enfermería utiliza el carnet institucional siempre visible.				
El/La auxiliar de enfermería tiene una adecuada presentación personal acorde con las normas institucionales.				
En caso de presentarse una discusión con un paciente y/o familiar, El/La auxiliar de enfermería escucha, mantiene la calma y direcciona la queja si es el caso.				
En cada cambio de turno se presenta el equipo de trabajo				
Al ingresar al servicio el personal de enfermería ubica al paciente en la Unidad.				

INGRESO A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA	TOTAL
Al ingresar al servicio el médico habla con el familiar y/o acompañante, explicando la situación y dando indicaciones específicas del paciente.				

El médico brinda trato digno, cálido y amable al paciente (Independientemente del estado clínico) y a la familia.				
El médico saluda al paciente (según su estado)				
El médico mantiene informada a la familia sobre el estado del paciente y los procedimientos a realizar.				

INGRESO A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA	TOTAL
Al ingresar al servicio La/El enfermera/o habla con el familiar y/o acompañante, explicando la situación y dando indicaciones específicas del paciente.				
La/El enfermera/o brinda trato digno, cálido y amable al paciente (Independientemente del estado clínico) y a la familia.				
La/El enfermera/o saluda al paciente (según su estado)				
La/El enfermera/o mantiene informada a la familia sobre el estado del paciente y los procedimientos a realizar.				

INGRESO A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA	TOTAL
El/La auxiliar de enfermería brinda trato digno, cálido y amable al paciente (Independientemente del estado clínico) y a la familia.				

El/La auxiliar de enfermería saluda al paciente (según su estado)				
---	--	--	--	--

ANEXO B. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los estudiantes del programa de especialización en auditoría en salud, de la Fundación Universitaria del Área Andina, Daniela Bedoya Quintero, Valentina Cortés López, Angie Viviana Salazar Alzate y Angela Viviana Velez Bedoya. El objetivo central de este estudio Identificar la adherencia al programa de humanización del personal asistencial en una unidad de Cuidados intensivos de una institución de salud en Pereira Risaralda 2018.

- ❖ Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder completar una encuesta, Esto tomará aproximadamente de 10 a 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.
- ❖ La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.
- ❖ Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación y afirmo que he sido informado (a) del objetivo de este estudio.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Valentina Cortés López al teléfono 3104724879.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante	Firma	del	Participante
Fecha			