

**PERCEPCIÓN DE HUMANIZACIÓN EN CIRUJANOS PLÁSTICOS ESTÉTICOS  
QUE EJERCEN EN LA CIUDAD DE PEREIRA**

**CORTÉS SANTA CAROLINA  
FERNÁNDEZ MORENO EDNA MARGARITA  
VANEGAS GÓMEZ DANIELA**

**BECERRA GONZÁLEZ NINI JOHANNA**

**DOCENTE**

**CARMONA CARMONA DIEGO**

**ASESOR TEMÁTICO**

**RED ILUMNO  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CENTRO DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD  
PROYECTO DE GRADO  
JUNIO 2018, PEREIRA**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. PROBLEMA</b> .....	<b>1</b>
1.1 PLANTEAMIENTO.....	1
<b>1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	<b>2</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>5</b>
3.1 Objetivo general.....	5
3.2 Objetivos específicos.....	5
3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS .....	5
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	7
4.2 MARCO EPISTEMOLÓGICO .....	10
4.3 MARCO REFERENCIAL.....	12
4.4 MARCO CONCEPTUAL.....	17
4.5 MARCO NORMATIVO.....	17
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	<b>19</b>
5.1 DISEÑO .....	19
5.2 POBLACIÓN .....	19
5.3 MUESTRA .....	19
5.4 MARCO MUESTRAL.....	19
5.5 UNIDAD MUESTRAL .....	19
5.6 UNIDAD DE ANÁLISIS .....	19
5.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	19
5.8 MATRIZ DE CATEGORÍAS INICIALES.....	20
5.9 SECUENCIA INVESTIGATIVA .....	21
5.10 COMPROMISOS.....	21
5.10.1 COMPROMISO BIOÉTNICO.....	21
5.10.2 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL.....	21
5.10.3 COMPROMISO SOCIAL .....	22
5.11 DIFUSIÓN DE RESULTADOS .....	22
5.12 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	22

5.12.2 PRESUPUESTO .....	22
<b>5.13 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS .....</b>	<b>23</b>
FIGURA 1: Población estudio .....	24
FIGURA 2: Humanización.....	25
FIGURA 3: Seguridad del paciente.....	26
FIGURA 4: Cantidad de citas en relación con las categorías .....	27
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>29</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>

# 1. PROBLEMA

## 1.1 PLANTEAMIENTO

Los estándares de belleza se han convertido en una de las principales influencias culturales dentro de la sociedad actual, donde las expectativas por alcanzar una imagen física que “encaje” son cada vez mayores. De ahí la tendencia en la realización de cirugías plásticas estéticas a nivel mundial. Estados Unidos continúa siendo el líder en este tipo de procedimientos con 4'217.862 cirugías realizadas en el año 2016 (1), por estereotipos que tal vez ellos mismos han impuesto en el transcurso del tiempo.

Colombia a pesar, de ser un país tercermundista no se ha quedado atrás, pues la realización de cirugías estéticas cada vez aumenta más, incluso hasta convertirse en un punto de referencia para otros países de América Latina y Europa; esta gran demanda conlleva a que cada vez se realicen más procedimientos sin las precauciones necesarias para garantizar su seguridad (2), todo esto derivado de la percepción de esta profesión como un negocio muy rentable para quien la ejerce, generando además rivalidades entre quienes pertenecen al gremio por conflictos de intereses.

Quienes acceden a este tipo de procedimientos, piensan principalmente en cumplir sus expectativas muchas veces ligadas a trastornos psicológicos (3), buscando obtener resultados inmediatos y pagando lo menos posible; esto sumado al desconocimiento y falta de educación e información por parte del cirujano, conlleva a que se le dé prioridad a satisfacer las solicitudes y no al deber ser. Situación preocupante que se presenta cada vez con más regularidad por la falta de vigilancia, control y reglamentación por parte de las autoridades territoriales encargadas de la habilitación de las instituciones prestadoras de salud donde se realizan estas intervenciones y de los profesionales independientes que las llevan a cabo.

En consecuencia, Según el director del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Carlos Valdés, en Colombia se han incrementado en un 130 por ciento las muertes por cirugías estéticas, pasando de 13 casos en el 2015 a 30 en el 2016 (4). La principal causa de esta mortalidad es la enfermedad trombo embólica, seguida de otro tipo de complicaciones como infecciones del sitio operatorio, reacción a medicamentos por inadecuada administración de ellos o incluso por su mal almacenamiento y control; todo lo anterior también puede desencadenar hospitalizaciones prolongadas que generan gastos adicionales y hasta alteraciones en la dinámica profesional, familiar y laboral del paciente afectado; lo que finalmente puede terminar en conflictos ético legales entre cirujano, paciente y comunidad (5).

Por otra parte, el proceso de deshumanización se ve ligado al desarrollo del ejercicio médico y a su transición por diferentes modelos y paradigmas en los que se van sustituyendo los preceptos de carácter humano por otros dados por un carácter económico que propugna la eficiencia en la administración de los servicios de salud (6). En ese orden de ideas, la falta de conocimiento fisiológico y técnico, de criterio y valores ético morales en el profesional de cirugía plástica estética puede conllevar a que en su ejercer se realicen procedimientos inseguros, sin respaldo científico y en condiciones inadecuadas, que, en últimas, aumentan la presencia de riesgos y complicaciones, o inclusive que no garantizan la satisfacción del paciente, creando el desprestigio de esta rama tan valiosa de la cirugía.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la percepción de los cirujanos plásticos estéticos que ejercen en la ciudad de Pereira acerca de humanización como elemento fundamental de la calidad en la atención dentro de su actuar profesional?

## 2. JUSTIFICACIÓN

La cirugía plástica estética por su enfoque, trabaja con sujetos sanos, que de manera electiva se exponen a ser intervenidos quirúrgicamente con el fin de satisfacer la necesidad de verse y sentirse conforme con su apariencia física, lo que representa una mayor complejidad y responsabilidad a la hora de tomar decisiones por parte de un profesional para brindar una atención que cumpla las expectativas del paciente y que a la vez garantice la conservación de su integridad (7). De ahí la importancia de enfatizar en una atención con calidad, direccionando todos los esfuerzos hacia un mejoramiento continuo en la prestación del servicio.

Parte de este mejoramiento continuo son las acciones orientadas a la seguridad del paciente, sin olvidar que en cualquier escenario clínico se pueden presentar eventos adversos (8), los cuales por lo general son causados por fallas en la ejecución de los procesos y procedimientos en el entorno asistencial, no siempre por desconocimiento si no por falta de compromiso y responsabilidad con la labor; por lo tanto las prácticas seguras por parte de todos los profesionales involucrados en la atención son las que contribuyen a aumentar los entornos y momentos de seguridad para el sujeto de cuidado. Lo que muestra la necesidad latente de conocer las razones por las cuales es evidente la falta de cultura de seguridad en el personal prestador de servicios de salud, partiendo de la percepción que tienen estos sobre ella.

Otra característica importante de la calidad en salud es la Humanización; cuando se habla de humanizar la atención en salud, se hace referencia en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre, concepto que puede resultar ilógico, puesto que no debería ser necesario “humanizar a un ser humano”, esto debería ser intrínseco, 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 familia (9); específicamente de los cirujanos, y con ello poder construir estrategias que ayuden a brindar una atención en salud más humanizada, respondiendo a las aspiraciones del usuario y a su condición como persona, lo cual podría lograrse si como seres humanos somos capaz de situarnos desde su perspectiva.

Lo anterior, hace parte de las actitudes con las que se debe afrontar el aumento en las estadísticas de realización de cirugías plásticas estéticas en Colombia y el mundo, y que constituyen una gran responsabilidad para el personal médico e incluso para la sociedad, pues al ser un paciente autónomo, esta autonomía no puede ser un factor diferenciador de quién acude a un servicio de salud por causa de una patología, pues ambos tienen una necesidad, independientemente de cuál sea su origen, y por ella han puesto su confianza en las habilidades del profesional y la buena fe de su actuar, por tal razón, se debe buscar siempre disminuir las condiciones de riesgo, y el trato tecnificado y despersonalizado en la atención en salud (10).

En conclusión, la atención en salud es un tema en el que cada vez se busca profundizar y la cual además debe adoptar este enfoque humano que preserve la esencia de la medicina como la vocación que forma expertos en interactuar con las personas. La cirugía plástica estética es una rama de la medicina en la que la interacción del profesional con su paciente debe ser aún más estrecha, la cual no debe limitarse sólo a aspectos administrativos, económicos y de resultados, por ello la presente investigación pretende profundizar y aclarar cuál es la percepción que tienen los cirujanos plásticos estéticos acerca de aspectos de la calidad en la atención en salud como la seguridad y la humanización.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo general

Determinar la percepción de humanización en cirujanos plásticos estéticos que ejercen en la ciudad de Pereira – Risaralda en el segundo semestre del año 2018.

#### 3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar la percepción sobre humanización de los involucrados en el estudio.

#### 3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS

OBJETIVOS	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
Establecer la percepción sobre humanización de los involucrados en el estudio.	Percepción	Percepción como proceso	El planteamiento ecologista de Gibson defiende la teoría de que la <b>percepción</b> es un proceso simple de sentir como sucede algo.
		Percepción como condición activa constructiva	Según la psicología clásica de Neisser, la <b>percepción</b> es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, cambia la actualidad, originalidad, relación con productos, situaciones, condiciones que suceden a su alrededor.
	Seguridad del paciente	Acciones inseguras	Son acciones u omisiones por parte del personal de salud que pueden generar un daño o evento adverso en el paciente.
		Barreras protectoras	Estas son las que disminuyen el riesgo y evitan la ocurrencia de un evento o incidente adverso ocasionado por los errores humanos en la práctica asistencial.
			Comportamientos individuales y organizacionales estandarizados,



		Cultura de seguridad	basados en valores éticos, y conocimiento científico que pretenden disminuir el daño que podría sufrir un paciente como resultado de los procesos de atención.
	<b>Población estudio</b>	Cirujanos plásticos	Un cirujano plástico es un profesional titulado en medicina y cirugía con formación teórico - práctico, que realiza intervenciones de cirugía plástica, enfocadas principalmente a la estética.
		Acciones inseguras	Son acciones u omisiones por parte del personal de salud que pueden generar un daño o evento adverso en el paciente
		Conocimiento	Todo saber objetivo y justificable, adquirido a través de la recolección de información.
		Ética profesional	Es el deber del profesional de ser honesto y franco en su relación con los pacientes; siguiendo además las directrices legales de su profesión.
Establecer la percepción sobre humanización de los involucrados en el estudio.	<b>Percepción</b>	Percepción social	Se refiere a cómo percibimos a los demás y cómo interpretamos su comportamiento.
	<b>Humanización</b>	Humanización en la atención en salud	La humanización de la institución y del personal de salud implica, una atención "más humana", la cual requiere de un alto compromiso, logrando relaciones interpersonales constructivas y respetuosas con los diferentes sectores participantes en el proceso de atención, entendiendo además la naturaleza humana y el contexto social al que se pertenece.
		Humanización desde la hermenéutica	Significa la necesaria relación entre los avances técnico científico y la importancia de los valores humanos en los procesos en salud. Buscando la personalización y respetando las diferencias culturales para brindar un cuidado más subjetivo pero fundamentado en la evidencia científica.
	<b>Estudio</b>	Cualitativo	Es el que pretende generar una visión holística de un asunto en específico, haciendo un análisis exhaustivo y al detalle.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

La cirugía plástica estética es una especialidad encargada de corregir alteraciones físicas, descrita también como el arte de dar forma y armonía sobre el lienzo más complejo del ser humano, su cuerpo; este tipo de cirugías ayudan a cambiar, aumentar, reducir, mejorar, o resaltar aquellas áreas con las que no se está satisfecho. En el siglo XXI las intervenciones estéticas han tenido un gran auge tanto a nivel internacional y nacional, ya que las personas no tienen los prejuicios del pasado, no ocultan las operaciones practicadas en ellas; por el contrario, las divulgan y se sienten orgullosas de estas. Ahora no es un sueño lejano al que anteriormente solo se podían realizar si se era parte de una sociedad élite, hoy en día todas las personas pueden acceder a la posibilidad de cambiar aquella parte de su contorno corporal y facial que no los hace feliz.

Los pacientes que acceden voluntariamente a este tipo de cirugías lo hacen por diversos motivos, ya sea por cumplir con un estándar de belleza impuesto por la sociedad, problemas de autoestima o por necesidad de complacer los intereses de otros. Por lo tanto, el cirujano plástico es quien se compromete a cumplir dichas expectativas basándose en una valoración física rápida sin tener en cuenta el estado emocional del paciente. La elección del paciente candidato para realizar procedimientos estéticos debe ser lenta y basada en criterios de inclusión que contemplen tanto las características físicas, psicológicas, como los antecedentes; lo que implica valorar cada paciente como individuo social, sin estandarizar la atención. (11)

Se recomienda que previamente a la realización de una cirugía plástica siempre haya una valoración por parte de un psicólogo, con el fin de detectar trastornos de personalidad como ansiedad, bipolaridad, depresión o incluso la presencia del trastorno dismórfico corporal (12). La presencia de alguno de estos antecedentes psicológicos debería ser considerada como criterio de exclusión; no obstante eso representaría para los cirujanos decir “no” a la mayoría de sus clientes, pues en muchas ocasiones ellos son conscientes del estado psicológico de sus pacientes, sea porque ellos mismos lo refieren o porque sea evidente, pero prima siempre la posibilidad de tener un cliente potencial que le genere una buena utilidad, asumiendo el riesgo de los conflictos que esto le pueda generar (13).

Por otra parte, esta especialidad debe estar a la vanguardia de la nueva tecnología, con el fin de hacer dichas intervenciones menos invasivas y acortar su tiempo de recuperación. Por esto, se requiere de un compromiso por parte del profesional para actualizarse constantemente, sobre las novedosas técnicas estéticas que se realizan a nivel internacional y nacional, ya sea a través de especializaciones, seminarios, conferencias, congresos, entre otros. Sin embargo, el avance tecno

científico ha llevado al desinterés por parte del especialista hacia el paciente, es decir, a la deshumanización en su ejercicio profesional. (14) Se olvidan un poco de esa parte humana que los debe caracterizar pasando a ser personas más mecánicas.

Por ende, establecer una adecuada relación médico paciente ayuda a que la comunicación sea clara y sincera entre ambos (15). En cuanto al médico cirujano; puede tener mayor control del tiempo que va a disponer para atender al paciente, logrando así una interacción y empatía con el usuario, la cual es relevante para conocer lo que quiere versus el criterio profesional, adquiriendo una responsabilidad moral, reconociendo que la persona que podría intervenir es un ser holístico que merece respeto, honestidad y confiabilidad. Los estudiantes de medicina reciben clases sobre humanización, que enfatiza en una comunicación y relación satisfactoria entre médicos y pacientes, utilizando todos los recursos necesarios para brindar una atención en salud completa (16). En síntesis; cuando hay un trato digno y humanizado en la atención, es cuando hablamos de calidad en la atención en salud.

Igualmente; en la rama de cirugía plástica es de suma importancia la seguridad del paciente para disminuir los riesgos y complicaciones que se puedan presentar, puesto que el error va ligado a una condición humana. Por eso se debe contar con el talento humano adecuado, con los conocimientos suficientes, hábiles, expertos, certificados en el campo, con vocación de servicio, pero sobre todo con criterio ético, que les permita tomar decisiones buscando siempre el beneficio del paciente y su seguridad (17). Fomentar una cultura de seguridad en las instituciones de salud es el reto de la nueva era, los estándares cambian constantemente para hacer más segura la atención, el diagnóstico y los procedimientos. También es importante que los profesionales de salud tengan responsabilidad y conciencia ante un acto inseguro.

Al mismo tiempo, la enfermería juega un papel importante en el boom de las cirugías estéticas, sobre todo en el postoperatorio, puesto que está a cargo de la vigilancia y cuidado del paciente durante su recuperación, esto hace que el perfil profesional tenga conocimientos actualizados sobre los procedimientos realizados para así poder detectar o suplir la necesidad del paciente en su proceso post quirúrgico. Saber cómo manejar el dolor, o síntomas desagradables derivados del procedimiento, ayuda a disminuir el estrés del usuario. La aplicación del P.A.E en el proceso de atención de enfermería demuestra que la recuperación del paciente se realiza satisfactoriamente sin mayores complicaciones (18).

Ahora bien, en la actualidad la cirugía plástica estética ha estado en el ojo del huracán por no cumplir plenamente con lo mencionado anteriormente. Se debe contar con especialistas y personal asistencial comprometidos con su deber ser, proporcionando un servicio seguro tanto en la atención, práctica y recuperación. También es importante contar con una correcta infraestructura, dotación de equipos, insumos y medicamentos de calidad que cumplan con toda la reglamentación;

además, asegurar que cada actividad realizada tenga un protocolo establecido para que cualquier profesional pueda ejecutarla. Esto forma parte de la calidad en salud, donde se controla y vela por una atención con todas las garantías necesarias para el paciente (19).

Una vez que la paciente sale de su proceso de recuperación, enfrenta un proceso de aceptación y conformidad con su cirugía, donde su calidad de vida cambiará significativamente de manera positiva o negativa, todo depende de la manera como lo asuma. Este, debe entender que el proceso post quirúrgico es complejo y los resultados no son inmediatos, que pueden variar dependiendo de cuánto se demore la disminución de la inflamación, desaparición de equimosis y cicatrización del área operada. A pesar de esto, muchos de los pacientes refieren que el resultado es proporcional a sus expectativas, mejorando su autoestima, relaciones interpersonales e incluso han incorporado estilos de vida saludables para mantener los resultados a largo plazo (20).

Por otro lado; hay opositores frente a la realización de estas cirugías, argumentando que en la mayoría de casos la decisión no es racional, más bien; es influenciada por la sociedad, la cual se ha encargado de estandarizar la belleza generando así una percepción errónea de lo que realmente es la perfección física, y que la cirugía plástica se debe realizar de manera funcional, con fines reconstructivos corrigiendo malformaciones físicas y no como fin estético (21). Los informes de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética, muestran preocupación por la práctica excesiva que se realiza de esta, van en aumento los casos donde las intervenciones quirúrgicas no son realizadas por especialistas estéticos, cautivan a los pacientes con cumplir sus expectativas de manera fácil, rápida y económica, comprometiendo gravemente la salud del usuario, quien ingenuamente no ve la importancia en indagar sobre el supuesto cirujano que la intervendrá (22).

Por consiguiente; es difícil controlar las instituciones o lugares donde no se realizan dichos procedimientos de manera correcta y como lo dicta la ley, la cantidad de personal de salud sin la especialidad o competencia para realizar procedimientos invasivos es considerable. Un médico no calificado para la práctica del ejercicio estético expone a los pacientes a unas complicaciones irreversibles al no utilizar el instrumental adecuado, por falta de seguridad ambiental, situaciones que demuestran que la ausencia de seguridad es alarmante. Los individuos que realizan dichas cirugías sin ser aptos, van en contra de principios éticos, y no se acogen a los esquemas de calidad de su profesión (23). Cabe aclarar que no hay que estigmatizar a todo el gremio, hay especialistas comprometidos, aptos y con principios.

Está comprobado que la cirugía plástica estética cambia no solo el cuerpo de las personas si no también su calidad de vida, contribuye positivamente si se hacen por las razones correctas y con las prácticas correctas, a través de un especialista que sea objetivo, con criterio médico para decidir si es viable o no la intervención, teniendo como prioridad el bienestar del paciente por encima del lucro económico.

Necesitamos cada vez más cirujanos con conocimiento, experticia, empatía, humanos y sobre todo con vocación de servicio (24). Además, los entes de salud hacen un gran esfuerzo por garantizar la seguridad en las cirugías plásticas, identificando las falencias y desarrollando planes de mejoramientos continuos.

La aplicación y el buen uso de la nueva tecnología en las instituciones perfeccionan la técnica quirúrgica en diferentes partes del cuerpo, su fin es hacer más seguras estas prácticas. Se está viviendo una revolución tecnológica histórica pero no puede opacar la importancia de la interacción y relación médico paciente (25). Es necesario que los médicos cirujanos plásticos tengan una misma impresión, de que es ofrecer una atención en salud adecuada, segura y digna hacia el paciente, despertando el interés de conocer qué modelos de seguridad implementan en su institución y si estos dan resultados.

## **4.2 MARCO EPISTEMOLÓGICO**

La investigación cualitativa nace en los siglos XVIII y XIX, en el transcurso de la consolidación del Capitalismo y de la Sociedad Burguesa Occidental, con el propósito de analizar los problemas sociales y económicos. Esta, persuadida por las ciencias naturales, sus pilares son el cientificismo y el racionalismo (26). El término cualitativo se refiere a cualidad, por ende, la investigación cualitativa es aquella que estudia las cualidades de un fenómeno a estudio. Este tipo de exploración es más profunda, tratando de obtener el mayor entendimiento posible a través de la objetividad, indagando e interactuando con los sujetos buscando la respuesta en las diversas perspectivas que pueden tener las personas involucradas en el tema a tratar (27).

Dependiendo del análisis que se quiera abordar, la investigación cualitativa puede tener dos categorías: estudios descriptivos y estudios interpretativos. En nuestra investigación utilizaremos el diseño fenomenológico que hace parte del estudio descriptivo. El filósofo Alemán Edmund Husserl, fue el creador de la fenomenología, describiendo un modelo que no parte de una teoría, sino que se encarga de estudiar los hechos conocidos dentro de nuestro mundo, dándole una interpretación lógica a través de las vivencias o experiencias. Aquellas imágenes, personas o situaciones que nos recuerdan algo, son la representación de una realidad; para cada persona será diferente lo que representa, pero el objetivo de este diseño es llegar a la verdad de una manera imparcial (28).

Por otra parte; uno de los fondos de análisis del proyecto es la humanización, se puede afirmar que su esencia es el amor al prójimo, ser solidario ante una necesidad de un ser humano vulnerable. Desde los inicios del hombre, en los tiempos primates se caracterizaba por sobrevivir dentro de un mundo rústico y amenazante donde

ganaba el más fuerte, sin embargo, con el paso de los años dejó de ser menos animal y acoge rasgos más humanos; es decir, se da hacia la humanización (29). Ahora bien, si se habla de humanización en salud, se refiere a ese vínculo que se establece entre el paciente y médico a través de una adecuada comunicación, trato digno y respeto, procurando siempre el bienestar del otro.

De manera que, a través de la fenomenología se obtendrán las diferentes percepciones de seguridad y humanización que tienen los cirujanos plásticos estéticos de la ciudad de Pereira a la hora de realizar las cirugías estéticas. Dando a conocer diversos puntos de vista, profundizando en la importancia y aplicación que le dan a este tema de investigación en su ejercicio como especialistas, de acuerdo a la realidad que vive cada profesional médico. También se tratará de entender cómo y porqué se generan las prácticas inseguras en esta rama de la especialidad médica, junto con la deshumanización, ya que paradójicamente deben ser los pilares de su deber ser.

Para obtener dicha información se utilizará la entrevista semi estructurada como herramienta, por consiguiente, será la técnica indicada en este caso para la recolección de datos, previamente se realizará un guion con preguntas abiertas para conocer ampliamente el concepto de cada uno de los involucrados, aclarando así todos los temas que surjan a través de la investigación. El entrevistado podrá expresar libremente sus respuestas e incluso dar aportes (30).

## 4.3 MARCO REFERENCIAL

**4.3.1 Percepción:** La percepción es la facultad individual que tienen los seres humanos para percibir o entender el medio que los rodea, ya sea a través de lo visual, auditivo, verbal o gustativo; esta puede ser interpretada de manera diferente en cada persona ya que las sensaciones y estímulos son variables. Cuando se selecciona, organiza y se comprende la información se genera la percepción (31). Es un razonamiento de los estímulos tanto externos como internos.

De acuerdo al movimiento Gestalt que en español significa “forma”, escritores de las primeras décadas del siglo XX en Alemania, consideran la percepción como el desarrollo principal de la actividad mental y procesos como la memoria, aprendizaje y pensamientos, dependían de una adecuada interpretación; en ese orden de ideas, la psicología de Gestalt se basa en seleccionar la información relevante, agruparla dentro de la mayor armonía posible y por último generar representaciones mentales. Así pues, es una teoría que puede ser efectiva en la resolución de problemas (32).

En el área de la salud la mayoría de conflictos bioéticos se generan por la variabilidad de percepciones en los profesionales, cada médico cirujano independientemente de la educación que haya recibido puede generar un concepto distinto de cualquier situación de acuerdo a la percepción que tenga de ella, esta, en ocasiones puede estar influenciada por argumentos técnico científicos o simplemente por unos valores ético morales que justifican la toma de decisiones y por ende su actuar.

**4.3.2 Seguridad del paciente:** la seguridad del paciente es considerada como un componente vital de la calidad asistencial en salud, en los últimos años se ha aumentado su importancia, pues los prestadores de servicios de salud, enfocan sus estrategias en garantizar la seguridad como derecho fundamental de los pacientes (33). Por consiguiente, se crea el programa de seguridad del paciente donde se vela por la protección del usuario, involucrando no solo al personal asistencial o administrativo sino también a la familia, de esta manera se garantiza aún más la seguridad y confianza en el cuidado del paciente, logrando así una atención eficiente y efectiva. De manera que, además de velar por el cuidado también se debe promover la participación activa del paciente, fomentar la investigación en el área asistencial, junto con el análisis los eventos adversos prevenibles (34).

La seguridad en la atención sanitaria está enfocada a prácticas en procesos como la administración de medicamentos, la correcta identificación de los pacientes, la prevención de caídas e infecciones, las medidas de seguridad en un proceso quirúrgico y demás medidas preventivas utilizadas diariamente en el actuar del profesional de salud (35). Igualmente, es importante conocer los factores organizacionales, emocionales y profesionales de las personas que interactúan con el paciente durante su atención para así evitar la generación de un daño.

Mundialmente se ha generado una alianza para la seguridad del paciente por medio de la cual se generan acuerdos, planes de acción, investigaciones, y estrategias de mejora que conlleven a avanzar en este tema y a obtener resultados evaluativos que muestren disminución en la ocurrencia de eventos adversos en salud (36). Logrando así un lenguaje global en la cultura de seguridad del paciente.

**4.3.3 Humanización:** Cuando se logra ver al ser humano de manera global como un ser completo, reconociendo sus derechos y autonomía, buscando siempre su bienestar, estamos hablando de humanización. Una adecuada comunicación es parte fundamental en el área de la salud, donde se debe tener muy claro cuál es la necesidad del otro para poderle ayudar. La medicina es una ciencia que se debe complementar con el conocimiento técnico-científico y la objetividad, se debe contar con empatía y procurar siempre brindar una atención humana centrada en el paciente, teniendo presente que es un sujeto con sentimientos, dolor, necesidades, inquietudes etc. Sin olvidar que las expectativas del paciente siempre están puestas en el profesional médico (37).

Un paciente, independientemente de la atención que requiera, siempre va a estar en un estado vulnerable y por lo tanto debe ser visto como un ser integral al cual hay que prestarle la atención más humana posible. En países como España los avances técnicos-científicos deben ir a la par con las humanidades, para ello incluso construyeron un plan de humanización, en el que aseguran que para tener calidad debe haber humanización, ambas se complementan; dentro de este plan se trata la humanización como más que ser solo amable, se trata de ver a las personas como seres holísticos que tienen necesidades diferentes por lo cual se les deben dar respuestas personalizadas (38).

Cada paciente o persona que recibe una atención en salud, es un ser con sentimientos, emociones, espiritualidad, con una historia y una realidad que afecta directamente su calidad de vida; de ahí la importancia de humanizar las ciencias médicas desde la empatía y amor por el otro (39).

Estamos en una sociedad donde se es indolente hacia la necesidad de los demás, al punto de volverse insensible. Esto se ve reflejado en nuestro comportamiento corporal y verbal al referirnos a la otra persona; de manera que, si queremos médicos más humanos debe haber un cambio de mentalidad desde su formación profesional. Pensamientos donde el médico es quien todo lo sabe y donde se



enseña que el paciente no tiene por qué saberlo todo, se debe modificar, para generar un cambio significativo en la relación médico paciente (40)

**4.3.4 Cirugía plástica:** La cirugía plástica y reconstructiva es una manera de armonizar, reparar y/o moldear el cuerpo humano de acuerdo a unos estándares definidos. El médico especialista en cirugía plástica, atiende a pacientes sanos que quieren mejorar una parte de su contorno corporal o facial, su arte es el poder trabajar con sus manos para obtener resultados armoniosos y para poder realizar este tipo de procedimientos invasivos debe reunir ciertas características esenciales en la práctica de su ejercicio tales como: creatividad, disciplina, inteligencia, honestidad, capacidad resolutiva y sobre todo practica la cual va mejorando con el tiempo. Es una especialidad que debe ir a la vanguardia de las nuevas técnicas, conocimiento anatómico, fisiológico y patológico (41).

Con la revolución tecnológica hay equipos que hacen la función que antes era realizada manualmente, pero en el caso de la cirugía plástica la destreza manual es esencial, hay equipos que ayudan a que el proceso sea menos invasivo o complejo, pero ninguno puede reemplazar la técnica quirúrgica realizada por este; por ejemplo, al realizar una sutura. Los médicos cirujanos tienen que conservar la estética del procedimiento de principio a fin para alcanzar el resultado con el cual se comprometió. Ante todo, debe ser autónomo en la toma de sus decisiones siempre procurando el bienestar del paciente (42).

A la hora de realizar estas intervenciones quirúrgicas, es importante tener en cuenta las ventajas y desventajas de dicha cirugía; ya que en muchas ocasiones las expectativas por parte del paciente son desproporcionadas a la realidad y los resultados pueden variar, ya sea por: Calidad de la piel, constitución corporal, proporciones etc. Por ende, el cirujano plástico en su valoración previa debe ser claro y objetivo, también deberá determinar si el paciente puede ser candidato o no al procedimiento.

Ahora bien, el impacto de estas operaciones no solo es físico sino también psicológico, por lo cual es importante una valoración psicológica previa y conocer las razones por las cuales quiere acceder a estos procedimientos quirúrgicos. Muchas personas lo hacen por temas de vanidad, puesto que tener una apariencia atractiva y un cuerpo armonioso es lo que se desea lograr desde muy jóvenes, como sucede actualmente; lo importante es descartar cualquier tipo de trastorno.

**4.3.5 Cultura de seguridad:** La manera como se realiza la seguridad en el área de trabajo y como se manifiesta en los trabajadores a través de sus valores, acciones, actitudes, creencias, etc., refleja la cultura de seguridad, donde se evidencia una adecuada comunicación entre el equipo para así evitar la presentación de incidentes, generando en cada individuo compromiso y eficacia (43).

Un trabajo en equipo práctico y seguro en el quirófano genera la no incidencia de eventos adversos y la recuperación satisfactoria del paciente. Todos deben tener una cultura de seguridad del paciente y contribuir a que se cumpla en su lugar de trabajo. Anteriormente si la cirugía se complicaba o salía mal, la culpa era del cirujano, sin tener en cuenta que no solo él es quien entra en contacto con el paciente sino también las enfermeras, anesthesiólogos, circulantes, etc. (44).

La responsabilidad no es individual sino colectiva, por ende, es importante la capacitación, brindando todo el conocimiento necesario ya sea a través de videos, simulacros, charlas entre otros, con el fin de que las intervenciones se realicen de manera efectiva y práctica. Está demostrado que un buen equipo da mejores resultados, el manejo adecuado del instrumental quirúrgico, la habilidad técnica, la adecuada toma de decisiones y una buena comunicación contribuyen significativamente a la disminución de la ocurrencia de errores.

Es vital aclarar que para generar una cultura de seguridad dentro las organizaciones, se deben conocer a la perfección todos los procesos y procedimientos asistenciales, además de adquirir la conciencia para reportar toda situación que se presente, por lo tanto, esta nunca deberá ser punitiva si no asumida como la oportunidad de reconocer las fallas y poder mejorarlas.

**4.3.6 Conocimiento:** El conocimiento es la facultad mental del ser humano para comprender el medio que lo rodea, donde él individuo se hace consciente de su realidad; se puede adquirir a través de la observación o experiencia (45). Todo actuar médico debe estar sustentado principalmente en el conocimiento técnico, científico, lógico, etc. Es el conocimiento científico el que amplifica las capacidades humanas, en el caso de la medicina, el que facilita la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuado en todo proceso asistencial. El conocimiento además es el que complementa la tecnicidad, la toma de decisiones y sobre todo la ejecución de cada acción de todos los profesionales involucrados en la prestación de un servicio de salud. Además, el conocimiento se adquiere progresivamente por medio de la academia, cuando se lleva a la practicidad y de cada experiencia presenciada a lo largo del tiempo.

**4.3.7 Experticia:** La experticia es el conocimiento que logra una persona con la experiencia o practica en determinada área (46). Debe ser uno de los componentes más importantes en los profesionales de cirugía plástica estética, siendo la que combina la experiencia con las habilidades y el conocimiento para llevar a cabo cualquier proceso y procedimiento.

Es allí es donde se presentan muchos vacíos, pues hay una gran cantidad de cirujanos plásticos estéticos en el país que o tienen experiencia o son hábiles y con conocimientos actualizados, no ambas. Por eso un médico cirujano idóneo es aquel

experto que puede realmente brindar un resultado acorde con las expectativas generadas desde un principio.

**4.3.8 Estudio cualitativo:** Se centra en el sujeto a investigar, es inductiva, busca respuestas al fenómeno a estudio, puede clasificarse en dos categorías: Estudios descriptivos y estudios interpretativos; pretende describir al detalle un tema o situación, ir hacia la especificidad, hacia la minucia de algo. El estudio cualitativo utiliza la encuesta o entrevista como herramienta para obtener datos informativos y llegar a conclusiones profundas acerca de lo que se quiere saber o investigar.

#### 4.4 MARCO CONCEPTUAL

**4.4.1 Humanización de la atención:** Brindar los servicios requeridos por el paciente de una manera cordial, escuchando, respetando y dando importancia a la parte humana del individuo, de igual manera entregando al personal de salud las herramientas y condiciones óptimas para su labor.

**4.4.2 Percepción:** La manera como es reconocida, entendida o vista una acción, una cosa por quien hace contacto con sus sentidos.

**4.4.3 Seguridad del paciente:** Brindar al paciente condiciones ideales protejan su integridad física, mental y moral, promoviendo y previniendo algún incidente o accidente que lo afecte.

**4.4.4 Cirugía Estética:** Restauración, reconstrucción o mejoramiento físico de un paciente.

**4.4.5 Ética profesional:** Conducta del profesional que se debe ajustar a unos principios enmarcados en unos derechos y obligaciones para con sus pacientes, consumidores o colegas.

**4.4.6 Palabras claves:** humanización, percepción, seguridad del paciente, cirugía estética, y ética profesional. Refrendado en: DeC.

#### 4.5 MARCO NORMATIVO

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN
Ley 1799	2016	Por medio de la cual se prohíben los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad y se dictan otras disposiciones. (47)
Ley 100	1993	por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (48)
Ley 14	1962	Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía. (49)

<b>Decreto 1011</b>	<b>2006</b>	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. (50)
<b>Resolución 5095</b>	<b>2018</b>	Por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”. (51)
<b>Resolución 256</b>	<b>2016</b>	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. (52)
<b>Resolución 2003</b>	<b>2014</b>	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. (53)
<b>Resolución 2263</b>	<b>2004</b>	Por la cual se establecen los requisitos para la apertura y funcionamiento de los centros de estética y similares y se dictan otras disposiciones. (54)
<b>Resolución 4445</b>	<b>1996</b>	Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. (55)

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 DISEÑO

CUALITATIVA

Fenomenológica

### 5.2 POBLACIÓN

Según la Secretaría de Salud Departamental del Municipio de Risaralda desde el año 2015 no se responsabilizan de la inscripción de cirujanos plásticos estéticos, sino que se hace a nivel nacional.

Por otra parte, la Sociedad Colombiana de Cirugía plástica Estética y Reconstructiva tampoco incluye a la totalidad de profesionales en esta área, por lo que no es posible obtener un número certero de cirujanos plásticos que ejerzan en la ciudad de Pereira.

### 5.3 MUESTRA

Se toma como muestra seis cirujanos plásticos estéticos que presten sus servicios en la ciudad de Pereira.

### 5.4 MARCO MUESTRAL

Dr. Jorge Mario Villa Borrero	Dr. Javier Locano Botero	Dr. Alejandro Mejía
Dr. José David Villafañe	Dr. Jairo José Pérez	Dr. Andrés Fernando Durán

### 5.5 UNIDAD MUESTRAL

Cada uno de los seis cirujanos plásticos estéticos.

### 5.6 UNIDAD DE ANÁLISIS

Percepción de Humanización de cada uno de los cirujanos plásticos estéticos.

### 5.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ La unidad muestral debe tener actitud colaborativa durante la investigación.

- ✓ Ser médicos cirujanos con especialización certificada en cirugía plástica estética.
- ✓ Firmar previamente el consentimiento informado para participar en la investigación.

### 5.8 MATRIZ DE CATEGORÍAS INICIALES

DIMENSIONES	CATEGORÍAS INICIALES	PREGUNTAS
<p>Establecer la percepción sobre humanización de los involucrados en el estudio.</p>	<p>SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>PERCEPCIÓN</p> <p>HUMANIZACIÓN</p>	<p>¿Cuáles cree que son los aspectos importantes para brindar un servicio de calidad a sus pacientes?</p> <p>¿Qué sabe usted acerca de seguridad del paciente y Cómo garantiza a sus pacientes un proceso seguro?</p> <p>¿Cuál considera usted que es la mayor barrera o dificultad en la prestación de un servicio seguro?</p> <p>¿Qué estrategias utiliza a usted para mejorar continuamente el servicio que presta?</p> <p>¿Qué tan importante es para usted hacer un adecuado manejo del dolor? y ¿cómo lo hace?</p> <p>¿Considera que es importante conocer lo que el paciente desea, necesita o qué expectativas tiene de los resultados finales de la cirugía?</p> <p>¿Considera usted importante generar una cultura de humanización en su equipo de trabajo (auxiliares, enfermera, administrativos)?</p> <p>¿Cómo puede usted hacer más humana y más cálida la relación con su paciente?</p>

## 5.9 SECUENCIA INVESTIGATIVA



## 5.10 COMPROMISOS

### 5.10.1 COMPROMISO BIOÉTICO

Una vez que se recolecte la información necesaria para el soporte científico, se analizará e interpretará para el desarrollo de la investigación. La participación de los individuos a estudio será voluntaria dándoles a conocer los métodos utilizados para cumplir con los objetivos establecidos, garantizando la integralidad y honestidad de la información. Además, el análisis de los resultados obtenidos será imparcial, protegiendo el buen nombre de cada una de las personas involucradas en la investigación, basándonos en la declaración de Singapur. (56)

Tampoco se violará ninguna ley que vaya en contra de la humanidad y ética de nuestra profesión, respetando siempre a voluntad de los participantes. (57)

### 5.10.2 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Los investigadores teniendo en cuenta la normatividad nacional e internacional no harán uso indebido de papel y utilizarán la información en medios magnéticos.



### 5.10.3 COMPROMISO SOCIAL

El compromiso social de este trabajo es enmarcar dentro de una proposición como se determina la percepción de seguridad y humanización de los cirujanos plásticos estéticos de la ciudad de Pereira, dando un enfoque que puede servir como base en la definición de herramientas para la buena gestión por parte de los cirujanos plásticos estéticos en cuanto actividades y actitudes responsables, éticas y humanas, que trascendencia de la labor que ejercen y el impacto que tienen en la vida de los pacientes, en la comunidad, en la sociedad, en la cultura y medioambiente, teniéndose en cuenta ISO 26000:2010. (58)

### 5.11 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación serán expuestos en la institución de la investigación antes que en cualquier otra comunidad y se socializará en una actividad de la Fundación Universitaria del Área Andina para culminar los estudios del postgrado.

### 5.12 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

#### 5.12.2 PRESUPUESTO

ITEMS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	APORTES	
				AREANDINA	ESTUDIANTES
<b>Personal y Talento Humano</b>					
Investigadores	360	\$ 20.000	\$ 7.200.000		X
Docente	32	\$ 30.000	\$ 960.000	X	
Asesores	20	\$ 35.000	\$ 700.000	X	
<b>SUBTOTAL</b>			<b>\$ 8.860.000</b>		
<b>Logísticos</b>					
Computador	200	\$ 800	\$ 160.000		X
Gastos de transporte	18	\$ 2.000	\$ 36.000		X
Plan minutos móviles	60	\$ 150	\$ 9.000		X
Papelería	15	\$ 60	\$ 900		X
CD de presentación	2	\$ 6.000	\$ 12.000		X
Refrigerios	9	\$ 15.000	\$ 135.000		X
<b>TOTAL</b>			<b>\$9.212.900</b>		

## 5.13 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS

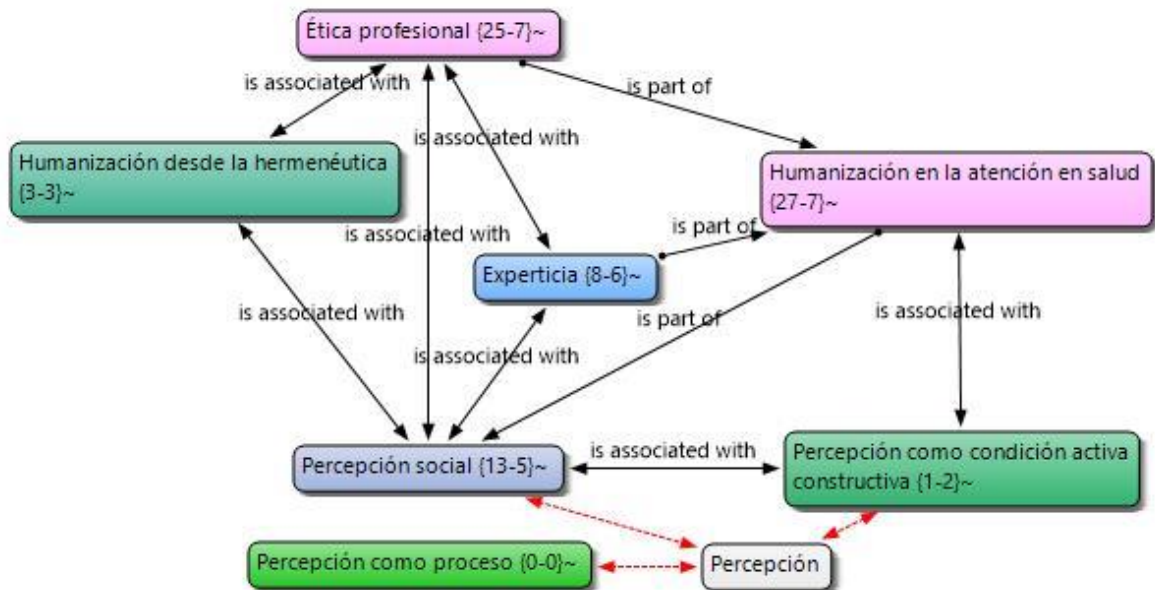
El análisis de la información se realizó a través de un software utilizado principalmente en investigación cualitativa llamado Atlas.ti, en su versión 7.5.18.

En dicho software se vincularon las seis entrevistas realizadas a la población estudio y las categorías previamente definidas en la matriz de objetivos; posterior a esto, se analizó cada una de las respuestas del total de las entrevistas, asignándole una o varias categorías según correspondiera. De esto, se generaron cuatro diagramas que agruparon las categorías por las respectivas dimensiones de la matriz. Además, se exportó a Microsoft Excel una tabla en la que se relaciona cada categoría con la cantidad de citas en que fueron mencionadas.

Con esta información se procede a realizar el análisis por cada dimensión y a definir las conclusiones finales de este.

### DIAGRAMAS

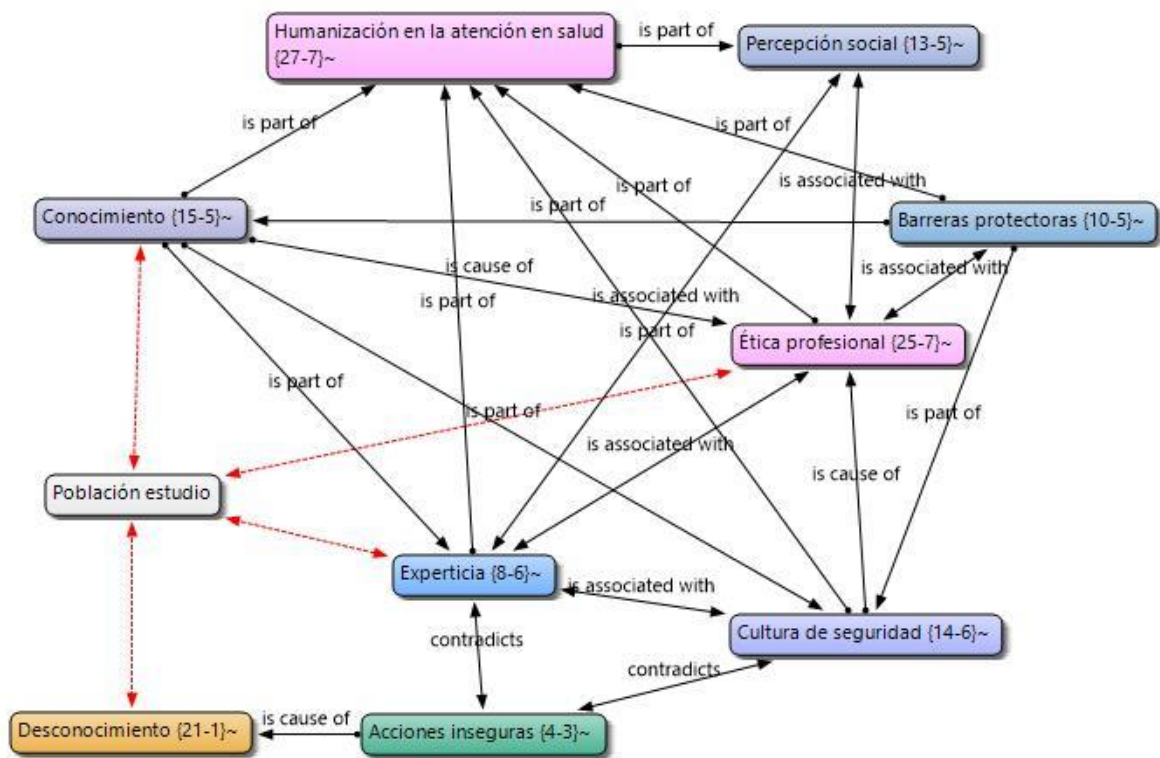
#### Percepción



En la dimensión percepción, se relacionan algunas categorías; en el diagrama, se identifica que para las tres categorías de percepción, no se vinculó la percepción como proceso, puesto que en ninguna de las respuestas dadas se hizo mención a un proceso simple de sentir como sucede algo, a diferencia de esta, la percepción social y la percepción como condición activa constructiva, se asociaron junto con la

humanización a la ética y la experticia; la percepción social conlleva a la humanización, ya que las respuestas analizadas indicaron que es importante tener en cuenta: las emociones, pensamientos y sensibilidad de los pacientes que atienden como parte fundamental de la ética profesional. Sin embargo, esto, sólo abarca la humanización desde la calidez, el sentir humano, desde el ponerse en los zapatos del otro y no se genera la debida relación entre los demás componentes de una atención humanizada.

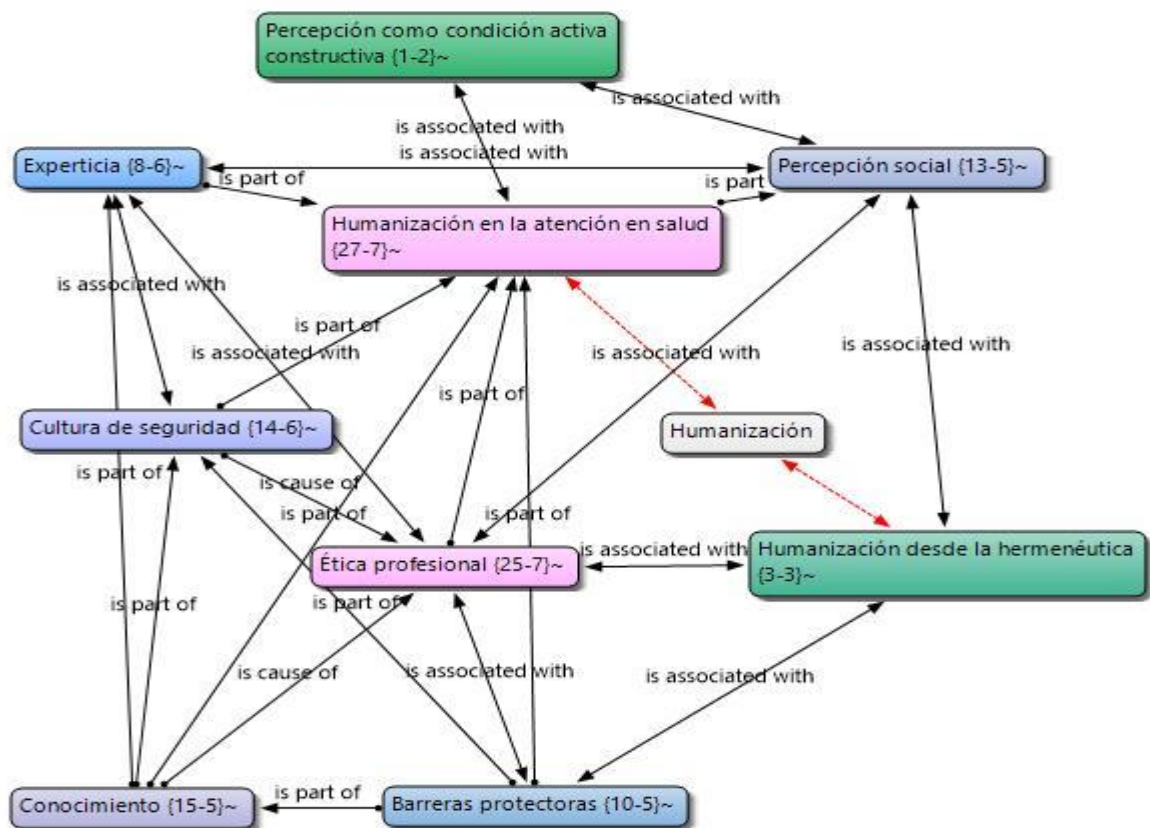
**FIGURA 1: Población estudio**



Un cirujano plástico estético debe demostrar su integralidad en el ejercicio de su profesión; en esta dimensión, claramente, el conocimiento es un actor fundamental de la cultura de seguridad, es inherente a la experticia y es además un efecto de la ética profesional; esta última está directamente relacionada con cada una de las categorías, pues es la que define cómo se percibe al otro y por ende que acciones tomo para cuidar su dignidad como paciente. Por otro parte, el desconocimiento tanto clínico como del estado emocional del paciente, es el que genera la práctica de las acciones inseguras en la atención en salud, y que conllevan así, a la ocurrencia de incidentes o eventos adversos. Es entonces, la experticia, aquella

que crea ese vínculo entre el conocimiento y la habilidad, cohesión ineludible que garantiza resultados que satisfagan al paciente y que por ende fortalezcan la relación con su médico cirujano.

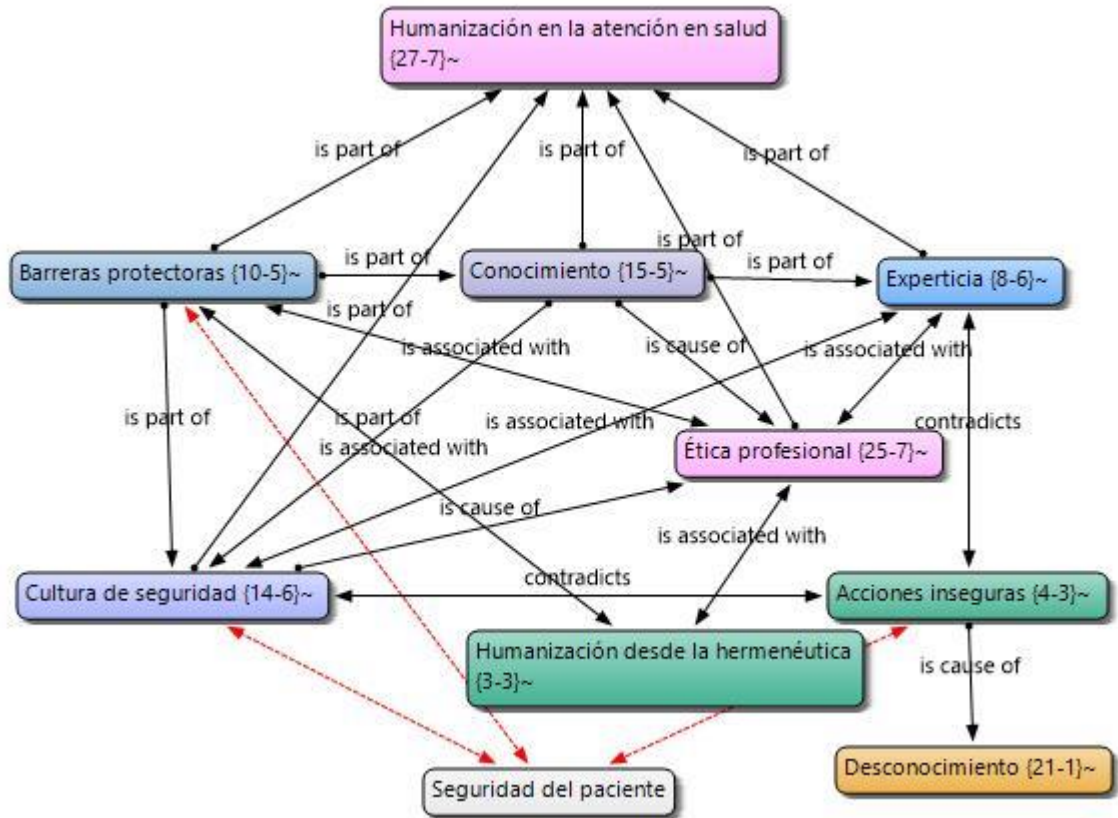
**FIGURA 2: Humanización**



La humanización en la atención en salud es entendida como la preocupación por los sentimientos del otro, la amabilidad, la calidez, sin embargo, es fundamental comprender que esta, está constituida por la ética profesional, la cultura de seguridad y sus barreras protectoras, el conocimiento, la experticia, etc.; entonces, si un cirujano plástico estético se preocupa por ponerse en los zapatos de su paciente, deberá también preocuparse por cómo mejorar continuamente sus procesos, cómo disminuir el dolor en un postoperatorio, cómo mitigar los riesgos inherentes al procedimiento, cómo comunicarse asertivamente con él y hasta cómo garantizar que ese paciente se fidelice con su atención. Al no tener clara esta

relación y lo que conlleva humanizar la atención, no se puede garantizar la prestación de un servicio con calidad.

**FIGURA 3: Seguridad del paciente**



La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención en salud, por eso, hoy en día las instituciones que prestan servicios de salud están haciendo un gran esfuerzo por crear y ejecutar políticas que protejan la seguridad y la vida de sus pacientes, para ello es primordial que los equipos de trabajo se desempeñen en un ambiente con cultura de seguridad, en el que efectúen barreras protectoras, mitigando o evitando las acciones inseguras en la atención sanitaria. La cultura de seguridad está directamente relacionada con el conocimiento, la experticia y la ética profesional, pues se necesita concordancia entre ellos para que esta cultura exista; no sólo saber lo que hay que hacer, sino, tener la voluntad para hacerlo desde el servicio al otro; es esto lo que hace humana la atención en salud. Es entonces, el

desconocimiento y la falta de ética profesional lo que conlleva a la presencia de acciones inseguras y por ende la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud.

**FIGURA 4: Cantidad de citas en relación con las categorías**

ENTREVISTADOS CATEGORIA	P 1: Entrevista 1 -Doctor Villa.docx	P 2: Entrevista 2 -Doctor Villa Fañe.docx	P 3: Entrevista 3 -Doctor Perez.docx	P 4: Entrevista 4 -Doctor Locano.docx	P 5: Entrevista 5 -Doctor Duran.docx	P 6: Entrevista 6 -Doctor Mejia.docx	TOTALES
Acciones inseguras	1	1	2	0	0	0	4
Barreras protectoras	2	4	0	1	1	2	10
Conocimiento	4	5	0	0	3	3	15
Cultura de seguridad	8	4	0	0	2	0	14
Desconocimiento	0	0	7	7	4	3	21
Experticia	5	1	0	0	2	0	8
Ética profesional	6	10	2	1	4	2	25
Humanización desde la hermenéutica	2	0	0	1	0	0	3
Humanización en la atención en salud	7	10	2	0	4	4	27
Percepción como condición activa	1	0	0	0	0	0	1
Percepción como proceso	0	0	0	0	0	0	0
Percepción social	4	4	3	0	2	0	13
<b>TOTALES</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>141</b>

Se puede evidenciar que las categorías mayormente visibles en las respuestas de los cirujanos son: la humanización en los servicios, la ética profesional y el desconocimiento, siendo este último más relacionado con la incapacidad para relacionar la humanización con la seguridad del paciente y demás atributos de la calidad en salud. Además, se evidencia la poca presencia de la humanización desde la hermenéutica, pues algunos cirujanos prefieren no ir a la vanguardia de la tecnología si no manejar los conceptos que traen desde sus inicios. Por otra parte, siendo la experticia la combinación entre conocimiento y habilidad, debe ser inherente al ejercicio de la cirugía plástica estética, sin embargo, no está presente en la mayoría de la población estudiada.

Más aún, hay cierto desconocimiento sobre los componentes de la seguridad del paciente, lo desconocen como un atributo de la calidad en la atención en salud, incluso algunos rechazan el concepto y reconocen que no ha sido fácil adaptarse y/o cumplir con los procesos y exigencias por parte de las autoridades de inspección, vigilancia y control en salud; asegurando que una atención de calidad es lograr que un paciente se sienta satisfecho con los resultados que obtuvo, y que

una atención humanizada, es conseguir que el paciente se sienta tratado con amabilidad, cariño, y respeto, construyendo una relación cordial entre médico-paciente; para la mayoría de la población estudiada, ese es el objetivo a conseguir, no dando mayor importancia al proceso y al practicar los lineamientos dados por el sistema obligatorio para la garantía de la calidad en salud, afirmando además que en la universidad les es enseñada ciencia y tecnología pero no principios y valores.

## 6. CONCLUSIONES

- ✓ Los cirujanos plásticos estéticos aseguran que, para ejercer su profesión, se debe tener vocación por la medicina, además de pasión por la estética, sin embargo, reconocen que la cirugía plástica estética es una de las profesiones más rentables de todas las especialidades médicas.
- ✓ Los cirujanos plásticos estéticos consideran que una atención de calidad está directamente relacionada con la satisfacción del paciente con los resultados y con el trato amable y cálido que reciba.
- ✓ La mayoría de cirujanos plásticos estéticos entrevistados definen la humanización como el ponerse en los zapatos del paciente, construir una relación respetuosa y amigable, fundamentada en valores y principios, percibiendo al paciente como un ser humano que sufre y no netamente como una oportunidad de obtener ganancias económicas.
- ✓ La mayoría de cirujanos plásticos estéticos no tienen claridad sobre los componentes de la seguridad del paciente, no mencionan la prevención de infecciones, la seguridad en la administración de medicamentos, la prevención de caídas o de lesiones por equipos biomédicos en el área perioperatoria, las listas de chequeo de cirugía segura y no dan la importancia debida a la educación que se debe brindar a la red de apoyo del paciente.
- ✓ La mayoría de cirujanos plásticos estéticos no identifican las principales barreras y dificultades a la hora de prestar un servicio seguro, sólo uno de ellos declara que las principales barreras son el paciente mismo, por su falta de sinceridad y autocuidado y el equipo de salud no entrenado en conocimiento y seguimiento de protocolos.
- ✓ La mayoría de cirujanos plásticos estéticos consideran que la mejor manera de mejorar continuamente el servicio, es escuchando los pacientes, identificando sus conformidades e inconformidades; otros aseguran que el conocimiento, la educación y actualización constante del equipo de salud y de ellos mismos, es lo más importante.
- ✓ Todos los cirujanos plásticos encuentran muy importante realizar un adecuado manejo del dolor, incluso la mayoría está a la vanguardia con los avances tecnológicos y el manejo interdisciplinar de este.



- ✓ La mayoría de los cirujanos plásticos estéticos garantizan una relación más cálida con sus pacientes, siendo amigables y respetuosos, reconociendo, además, que esto es fundamental para la satisfacción de estos con la atención.
- ✓ Los cirujanos plásticos estéticos tienen en promedio dos encuentros con el paciente antes de ingresar al quirófano, incluso menos. La mayoría no tienen un protocolo específico para el desarrollo de cada uno de estos encuentros, incluso no tienen claro el proceso de la firma del consentimiento informado, pues la mayoría asegura que el paciente lee el consentimiento en la casa, lo firma y lo lleva el día de la cirugía.
- ✓ Todos los cirujanos plásticos estéticos consideran que es fundamental conocer a profundidad lo que el paciente quiere, necesita y las expectativas que tiene de los resultados, pues deben ser claros al informar lo que se puede lograr de acuerdo a la situación específica de cada paciente.
- ✓ La mayoría de cirujanos plásticos estéticos no tienen definido un programa de educación al paciente y su familia, pocos dan educación por escrito, incluso hay unos que aseguran que gracias a la tecnología el paciente y su familia se pueden educar solos y adquirir mucha información de manera autónoma, asumiendo el riesgo de que adquieran información errada que ponga en riesgo su seguridad y hasta su vida.
- ✓ La mayoría de cirujanos plásticos estéticos aseguran que lograr la fidelización de los pacientes es la clave de su éxito, es uno de los objetivos principales, pues es la garantía de la continuidad de su trabajo, y lo hacen por medio de estrategias que hagan sentir al paciente que es importante.
- ✓ Todos los cirujanos plásticos estéticos consideran que es importante generar una cultura de humanización en sus equipos de trabajo tanto asistencial como administrativo, sin embargo, la mayoría no tiene claro la manera y/o estrategias para garantizar esa cultura humana en todo el personal.
- ✓ La mayoría de cirujanos plásticos estéticos refieren estar muy satisfechos con su profesión, califican la cirugía plástica como una de las especialidades más completas, que puede lograr cambios tanto físicos como emocionales, incluso hay quienes aseguran que volverían a elegir ser cirujanos plásticos las veces que fuera necesario.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International society of Aesthetic plastic surgery. Demand for cosmetic surgery procedures around the world continues to skyrocket – usa, Brazil, Japan, Italy and México ranked in the top five countries [Sede Web]. New York; International society of Aesthetic plastic surgery. 2017 [citado 01 de abril de 2018]. Disponible en : <https://www.isaps.org/wpcontent/uploads/2017/10/GlobalStatistics.PressRelease2016-1.pdf>
2. Bayter J-E. La seguridad en Cirugía Plástica, un bien supremo que no podemos dejar escapar. En Rev Cir. plást. Iberolatinoam. Febrero, 2017; vol 43(1):1-2. [citado en 6 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v43n1/editorial.pdf>
3. Ciscutti R, Gómez B, García V y colaboradores. Importancia de la detección del trastorno dismórfico corporal en la consulta de Cirugía estética. En: Rev Cir. plást. iberolatinoam. Julio 2014; Vol 40(3): 253-259. [citado en 6 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922014000300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000300003)
4. El Tiempo. Muertes por cirugías estéticas aumentaron en un 130 por ciento [Sede Web]. Colombia; El Tiempo 2017. [06 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/justicia/servicios/muertes-por-cirugias-esteticas-aumentaron-en-un-130-por-ciento-65328>
5. Nazar C. Cirugía plástica y sus complicaciones: ¿en qué debemos fijarnos? En: Revista chilena de cirugía. Diciembre 2014; Vol 66(6):1-3. [06 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3455/345532850016/index.html>
6. Ávila, J-C. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. En Revista: Latreia. Abril 2017; Vol 30(2):216-22. [citado en 6 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/26067>
7. Arriagada J. Buenas prácticas en cirugía estética: algunas consideraciones desde la bioética. En Rev Med Clin Condes. Junio 2016; vol 27(1):113-121. [citado 8 de marzo de 2018] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000158>

8. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. En Rev Med Clin Condes. Agosto 2017. vol2 8(5):785-795. [citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
9. Correa, M-L. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. En Rev Cuid 2016; vol 7(1):1-3. [citado 8 de marzo de 2018] Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/300>
10. Marques J, Saad W. La relación médico-paciente bajo la influencia de la referencia bioética de la autonomía. En Rev Bioét. Abril 2015; vol23 (2):15-8. [citado 10 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/es\\_1983-8034-bioet-23-2-0304.pdf](http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/es_1983-8034-bioet-23-2-0304.pdf)
11. Moretti, M-P, Casari L. Satisfacción y motivación de la cirugía estética en mujeres y su relación con los esquemas desadaptativos tempranos. En: Revista Psicogente. Junio 2016; Vol20:5-8. [citado 10 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-3800222.pdf>
12. Cázares F, Vinaccia S, Quiceno J y colaboradores. Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. En Revista Scielo. Julio 2016; Vol 10(2):76-78. [citado 10 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v10n2/v10n2a07.pdf>
13. Bagés C, Lleixà M-C, Imbernón G. Efectividad de la. Enfermería Global. En Revista Scielo. Julio 2015; Vol 14(39):1-3 78. [citado 15 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16956141201500300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16956141201500300002)
14. Romano F. La humanización del ejercicio de la vocación médica: un desafío fáctico. En Revista Vida y Ética. Diciembre 2013; Volumen14 (2):1-3 78. [citado 15 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgibin/library.cgi?a=d&c=R evistas&d=humanizacion-ejercicio-vocacion-medica>
15. García A. Humanización de la medicina. En sociedad ecuatoriana de bioética: 1-2. [citado 15 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo\\_humanizacion.htm](http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_humanizacion.htm)
16. Donabedian A. Calidad asistencial. En: Revista JHQR; vol16(1):568-569. [Citado 1 de marzo de 2018] Disponible en: <http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>

17. Portela M, Bugarin R, Rodríguez M. Error humano, seguridad del paciente y formación médica. En Revista Educación médica. Julio 2017; vol 18(0):1-6. [Citado 15 de mayo de 2018] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301651>
18. Laguado J, Yaruro E, Hernández K. El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos. En: Revista Enfermería global. Octubre 2015;(40):362-365. [citado 16 de mayo de 2018] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision3.pdf>
19. Bautista L-M. La calidad en salud un concepto histórico vigente. En: Revista ciencia y cuidado. Enero 2016; vol 13 (1):1-2. [Citado 1 de marzo de 2018] Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/731/710>
20. Troncoso E, Suijker J, Pizarro F y colaboradores. Resultados a largo plazo en calidad de vida en cirugía de contorno corporal. En Rev Chil Cir. octubre 2017; vol 69(3):.2-4 [citado 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316301478>
21. García V. Cirugía estética a favor o en contra. Mayo 2014; P.1-4[citado 15 de mayo 2018]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/vanessitagarcia/la-ciruga-esttica>
22. Crosara G. La moralidad de la cirugía con fines estéticos de acuerdo con la bioética principalista. En: Rev Bioét. Septiembre 2015; vol 23(3):2-4. [citado 1 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/es\\_1983-8034-bioet-23](http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/es_1983-8034-bioet-23)
23. Vítolo F. Aspectos médico-legales y manejo de riesgos en cirugía estética. [citado 1 de marzo de 2018]. Biblioteca virtual. Disponible en: [http://www.nobleseguros.com/articulos\\_noble/33.pdf](http://www.nobleseguros.com/articulos_noble/33.pdf)
24. Jiménez J, Arenas J, Ángeles U. Niveles de empatía y ética profesional en candidatos a sub-especialidad médica. En: Revista colombiana de ciencias sociales. Mayo 2016; vol 8(2):373-3744 [citado 16 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1970>
25. Góngora J-C, Marescaux J. La Cirugía del Siglo XXI Nuevas Tecnologías. En: Revista colombiana de cirugías. Mayo 2016; vol 16(4): 1-8. [citado 16 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-164/ciru16401pre-cirugia/>

26. Características Cualitativa-Cuantitativa.2014 [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en [:https://sites.google.com/site/51300008metodologia/caracteristicas-cualitativa-cuantitativa](https://sites.google.com/site/51300008metodologia/caracteristicas-cualitativa-cuantitativa)
27. Universidad de Jaén. Metodología Cualitativa.2014 [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.ujaen.es/investiga/tics\\_tfq/enfo\\_cuali.html](http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfq/enfo_cuali.html)
28. República bolivariana de Venezuela. Diplomado Metodología de la investigación cualitativa tipo fenomenológica. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. P2 [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://hilanasuskys.blogspot.com.co/2013/06/investigacion-cualitativa-tipo.html>
29. Definición que es humanización [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://definicionyque.es/humanizacion>
30. Peláez A, Rodríguez J, Ramírez S, Pérez L, Vázquez A-L. Trabajo. P15 [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presen taciones/Curso\\_10/Entrevista\\_trabajo.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presen taciones/Curso_10/Entrevista_trabajo.pdf)
31. Percepción. Psicología clásica de NEISSER. Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
32. Oviedo I. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. En Rev Scielo. Agosto 2004; (8):89-91. [ 16 de octubre de 2018]. disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>
33. Aibar C, Barrasa I, Moliner J y colaboradores. Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. En Rev Gac sanit. Septiembre 2017; vol 32(0):5-7. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111730314X>
34. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Programa de seguridad del paciente. [citado 16 de octubre de 2018]. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/>

35. Estepa M, Moyano M, Pérez C y colaboradores. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. En revista Enferm nefrol. Marzo 2017; vol 19(1): 2-8. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842016000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008)
36. Moreno E. Andalucía: la nueva estrategia de seguridad del paciente, para este año. Diario médico. Madrid. Septiembre 2017 ,1 sec.p.1. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/profesion/andalucia-la-nueva-estrategia-de-seguridad-del-paciente-para-este-ano.html>
37. Zarco J. "Estamos en un tiempo de revolución tecnológica y necesitamos una revolución en lo humano". Diario médico; Madrid.24 de octubre 2017,1 sec.p.1. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://searchproquestcom.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/1954113102/citation/3C6FC2351BEB4AE4PQ/1?accountid=50441>
38. Sistemas de Salud tienen aún reto de humanizar atención a los pacientes 20 minutos. México DF. Marzo 2018. 1 sec.p.1-2. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://searchproquestcom.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/2012893501/citation/1AA63BE05FE54C22PQ/1?accountid=50441>
39. Sánchez J. La humanización, clave para la sostenibilidad del Sistema Sanitario. ¿Somos todos corresponsables? OMC. Junio 2014.P1-2. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-sanchez-martos-la-humanizacion-clave-para-la-sostenibilidad-del-sistema-sanitario-somos>
40. Santacruz J-D. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la resolución 13437 de 1991. En Rev Scielo. Agosto 2006 vol 18 (2): 1-4. [ citado 16 de octubre de 2018]. disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072016000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
41. Pestana R, Moreno L-González A. Dominio motor y destreza, la verdadera Esencia del cirujano. En revista: Colombiana de Cirugía.2016; vol 19(4):1-3. [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-194/>
42. Patiño J. La tecnología afecta la relación médico-paciente. En revista: Cirugía y cirujanos. Mayo 2016; vol84 (1):80-83. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible

en: [http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-la-tecnologia-afecta-relacion-medico-paciente X0009741116539978](http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-la-tecnologia-afecta-relacion-medico-paciente-X0009741116539978)

43. Soto I. cultura de la seguridad. En Rev Prevencionar. Septiembre 2011: 1. [citado 16 de octubre de 2018]. disponible en: <http://prevencionar.com/2011/09/15/cultura-de-la-seguridad/>
44. Aibar C, Barrasa I, Moliner J y colaboradores. Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. En Rev Gac sanit. Septiembre 2017; vol 32(0):5-7. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111730314X>
45. Hull L. El trabajo en equipo y la seguridad en cirugía. En revista: Colomb Anestesiología. Marzo 2015. Vol.43, no 1, p.1-2 [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/es/el-trabajo-equipo-seguridad-cirugia/articulo/S0120334714001373/>
46. Ramírez S. Conocimiento y democracia: expertos y experticia en los procesos de socialización del conocimiento En Rev Scielo. Junio 2006; 1(1):95-108. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-57662006000100006&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662006000100006&lng=es&tlng=es)
47. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Ley numero 1799 (25, julio, 2016). Por medio de la cual se prohíben los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C, p.1-4 [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201799%20DEL%20025%20DE%20JULIO%20DE%202016.pdf>
48. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 100 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C, P1-5 [citado 27 de enero 2019]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
49. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 14 (28, abril, 1962). Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía. Bogotá, D.C, P1-5 [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles103807\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles103807_archivo_pdf.pdf)

50. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto numero 1011 (3, abril ,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. Bogotá, D.C, P.1-17[citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en :[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20ODE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20ODE%202006.pdf)
51. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Resolución numero 0005095 (19, noviembre, 2018). Por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”. Bogotá, D.C, P.1-81[citado 27 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>
52. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Resolución numero 00000256 (5, febrero, 2016). Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud Bogotá, D.C, P.1-28[citado 27 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>
53. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Resolución numero 00002003 (24, mayo, 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. Bogotá, D.C, P.1-225 [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%2002003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%2002003%20de%202014.pdf)
54. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Resolución numero 2263 (14, julio, 2004). Por la cual se establecen los requisitos para la apertura y funcionamiento de los centros de estética y similares y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C, P.1-5 [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202263%20DE%202004.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202263%20DE%202004.pdf)
55. República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución numero 04445 (2, diciembre, 1999). En lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas. Bogotá, D.C, P1-32 [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en:



**[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCION%2004445%20de%201996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%2004445%20de%201996.pdf)**

56. Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación. Julio, de 2010, pág. 1-2. [Citado en 19 de mayo de 2018]. Disponible en: **<http://www.conicyt.cl/fondap/files/2014/12/DECLARACION%20SINGAPUR.pdf>**
57. Declaración de Tokio sobre (Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas). Octubre, de 1995, pág. 1 [Citado en 27 de enero de 2019]. Disponible en: **<https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/tokio.pdf>**
58. ISO 26000:2010, guía de responsabilidad social [Citado en 19 de mayo de 2018]. Disponible en: **<https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:26000:ed-1:v1:es>**
59. Aldeco M-E. Humanización de los servicios de salud [Internet]. Colombia: Asmet salud;2014. [citado 20 de marzo de 2019]. Disponible en: **<https://www.asmet salud.org.co/news/show/title/humanizacion-de-los-servicios-de-salud>**
60. Software Atlas.ti, en su versión 7.5.18. [Programa]. [instalado el 24 de marzo de 2019]. Disponible en: **<https://atlasti.com/es/>**