

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**DISEÑO DE UN MODELO DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE
PACIENTES EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL DE RTS AGENCIA SANTA
CLARA**

LUZ ANDREA CHAVES POVEDA

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
INSTITUTO DE POSGRADOS – FORUM-
GERENCIA DEL SERVICIO
BOGOTÁ
2012**

**DISEÑO DE UN MODELO DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE
PACIENTES EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL DE RTS AGENCIA SANTA
CLARA**

LUZ ANDREA CHAVES POVEDA

Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Gerencia del Servicio

Directora de tesis: Ps. María Cristina González

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
INSTITUTO DE POSGRADOS – FORUM-
GERENCIA DEL SERVICIO**

BOGOTÁ

2012

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

Bogotá, Agosto 3 de 2012

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su gran bondad y amor.

A Nicolás mi amado esposo por toda su entrega incondicional

A María Cristina, por su pasión y apoyo en la orientación de este trabajo

Al Equipo de RTS Santa Clara

CONTENIDO

	PÁG
RESUMEN	3
JUSTIFICACIÓN	5
1. INTRODUCCIÓN	7
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
2.2.1 Subpreguntas del problema	10
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. MARCO DE REFERENCIA	13
4.1 MARCO FILOSOFICO-ANTROPOLOGICO	14
4.2 MARCO LEGAL	15

5.	MARCO TEÓRICO	18
5.1	HUMANIZACIÓN EN SALUD	18
5.1.1	Definiciones de la calidad en salud	24
5.1.2	Los usuarios	25
5.1.3	Los profesionales y empleados que prestan el servicio.	28
5.1.4	Momentos de Verdad	28
5.1.5	Ciclo del Servicio	29
5.1.6	La Relación con los Clientes	30
5.2	INTELIGENCIA EMOCIONAL	31
5.2.1	Aportes del líder emocionalmente inteligente al desarrollo organizacional	34
5.3	COACHING	36
5.3.1	LA ENTREVISTA DE COACHING	39
5.3.1.1	Inicio de la entrevista	40
5.3.1.1.1	Preparación inicial	40
5.3.1.1.2	Estableciendo las bases	42
5.3.1.2	DESARROLLO DE LA ENTREVISTA	44

5.3.1.2.1	Definición, encuadre del objetivo	45
5.3.1.2.2	Desarrollo, Acompañamiento ó Estrategia	47
5.3.1.2.3	Cierre; Impulso a la acción	48
5.3.1.2.4	Seguimiento; Valoración de resultados	50
5.3.1.3	Técnica “TO GROW”	51
5.4	HERRAMIENTAS DE CAPACITACIÓN	55
5.4.1	Métodos y opciones de entrenamiento	55
5.4.2	Seguimiento al entrenamiento	56
5.5	VALIDACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE UN SERVICIO HUMANIZADO	57
5.6	IMPACTO ESPERADO	58
6.	MARCO CONCEPTUAL	61
7.	DELIMITACIONES	64
7.1	ANTECEDENTES	64
7.2	DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD RENAL	65
7.2.1	Ubicación	65
7.2.2	Oferta de servicios	66

7.3	HORARIOS DE ATENCIÓN	67
8.	DISEÑO METODOLÓGICO Y ESTRETEGIA DE ANÁLISIS	69
8.1	CLASE DE INVESTIGACIÓN	69
8.2	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	70
8.2.1	Población	70
8.2.2	Criterios de Inclusión	72
8.2.3	Criterios de exclusión	72
8.2.4	Fuentes y técnicas para la obtención de la información	72
8.3	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	73
8.3.1	Cuestionario y ejercicio reflexivo	73
8.3.2	Entrevista coaching	75
8.4	PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN	75
8.4.1	Técnica de recolección	77
8.4.2	Metodología de análisis de datos	77
9.	RESULTADO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	78
9.1	LO RELACIONADO CON LOS DEBERES Y DERECHOS	78

9.2	CICLO DE ATENCIÓN	84
9.3	POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN	94
9.4	PROCESOS DEL ÁREA	98
9.5	MANEJO DE ACTITUDES	99
10.	PLAN DE ACCIÓN	101
11.	CONCLUSIONES	102
12.	RECOMENDACIONES	104
	BIBLIOGRAFIA	105

LISTAS DE GRÁFICOS

	PÁG
GRÁFICA 1. ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN DEBERES Y DERECHOS	78
GRÁFICA 2. COMPRENSIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE DEBERES Y DERECHOS POR PARTE DE LOS PACIENTES DE RTS SANTA CLARA	79
GRÁFICA 3. DIVULGACIÓN DE DEBERES Y DERECHOS A FAMILIARES DE LOS PACIENTES DE RTS SANTA CLARA	80
GRÁFICA 4. EL CÓDIGO DE ÉTICA CONTEMPLA EL RESPETO DE DEBERES Y DERECHOS	81
GRÁFICA 5. RTS SANTA CLARA EVALUA SITUACIONES ESPECIALES DE LOS PACIENTES DENTRO DEL COMITÉ DE ÉTICA	81
GRÁFICA 6. RTS SANTA CLARA CONTEMPLA LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE PACIENTES	82
GRÁFICA 7. RTS SANTA CLARA INCENTIVA EL REPORTE VOLUNTARIO DE EVENTOS ADVERSOS	82
GRÁFICA 8. RTS SANTA CLARA TIENE IDENTIFICADOS LOS RIESGOS ASISTENCIALES	83
GRÁFICA 9. RTS SANTA CLARA MONITORIZA LOS EVENTOS ADVERSOS	83
GRÁFICA 10. EL PERSONAL DE RTS SANTA CLARA CONOCE EL CICLO DE SERVICIO DE ATENCIÓN DEL USUARIO	84

GRAFICO 11. EL PERSONAL DE RTS SANTA CLARA CONOCE EL CICLO DE ATENCIÓN DEL USUARIO	85
GRÁFICA 12. RTS SANTA CLARA IMPLEMENTA ACCIONES FRENTE A LA DESVIACIÓN DEL CICLO DE ATENCIÓN	85
GRÁFICA 13. RTS SANTA CLARA FACILITA LA ELECCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD POR PARTE DE LOS PACIENTES	86
GRÁFICA 14. RTS SANTA CLARA INFORMA SOBRE LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS	87
GRÁFICA 15. RTS SANTA CLARA IDENTIFICA Y MANEJA DE MANERA CONGRUENTE LA EDUCACIÓN	90
GRÁFICA 16. RTS SANTA CLARA TIENE EN CUENTA LAS EXPECTATIVAS DE INFORMACIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD	91
GRÁFICA 17. ESTANDARIZACIÓN DE PUNTOS CRITICOS DE CUIDADO Y MANEJO	92
GRÁFICA 18 A. ESTANDARIZACIÓN DE PUNTOS CLAVE DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO CON RELACIÓN AL RESPETO, PRIVACIDAD Y DIGNIDAD	95
GRÁFICA 18 B. ESTANDARIZACIÓN DE PUNTOS CLAVE DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO CON RELACIÓN AL RESPETO, PRIVACIDAD Y DIGNIDAD	96
GRÁFICA 18 C. ESTANDARIZACIÓN DE PUNTOS CLAVE DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO CON RELACIÓN AL RESPETO, PRIVACIDAD Y DIGNIDAD	97
GRÁFICA 19. ACTITUD FRENTE AL TRATO	98

GRÁFICA 20. ACTITUD FRENTE A LA GENERACIÓN DE CONFIANZA	98
GRÁFICA 21. TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN DE MANERA CLARA SOBRE LA ENFERMEDAD	99
GRÁFICA 22. ¿RESPETO LOS DERECHOS EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS?	99
GRÁFICA 23. IMPORTANCIA DEL TRATO HUMANO Y DIGNO	100
GRÁFICA 24. ESFUERZO POR DAR UN TRATO HUMANO Y DIGNO	100
GRÁFICA 25. PERCEPCIÓN DEL SENTIMIENTO DE LOS PACIENTE FRENTE A LA ATENCIÓN	100

LISTA DE TABLAS

PÁG

TABLA 1. PATRONES DE CONDUCTA	33
TABLA 2. RELACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA CLÍNICA RENAL POR ÁREA	66
TABLA 3. RELACIÓN DE LOS COLABORADORES EN LA CLÍNICA RENAL	71
TABLA 4. PROGRAMACIÓN DE CONSULTA DE ACUERDO A LOS TIEMPOS DE PACIENTES Y PERSONAL MEDICO	86
TABLA 5. EVALUACIÓN PERIÓDICAMENTE LA PROGRAMACIÓN DE AGENDAS	87
TABLA 6. MANEJO DE GUÍAS Y PROTOCOLOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADOS EN LOS PACIENTES	89
TABLA 7. DESARROLLO DE COMPETENCIAS DE AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS	93
TABLA 8. MANEJO, MANIPULACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE SANGRE	93
TABLA 9. USO DE PLANES DE MANEJO Y ANALISIS DE RIESGO EN LOS PACIENTES RTS SANTA CLARA	94

LISTA DE FIGURAS

	PÁG
FIGURA 1. MOMENTOS DE LA ENTREVISTA COACHING	42
FIGURA 2. ESQUEMA “TO GROW”	51
FIGURA 3. MODELO DE HUMANIZACIÓN, MANEJO DE EMOCIONES Y EMPATIA EN LAS CLÍNICAS RENALES	76

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN CON HUMANIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA CLÍNICA RENAL	108
ANEXO B1. EJERCICIO DE REFLEXIÓN EQUIPO MÉDICO	115
ANEXO B2. EJERCICIO DE REFLEXIÓN EQUIPO DE ENFERMERIA TERAPIA DIALÍTICA	116
ANEXO B3. EJERCICIO DE REFLEXIÓN PSICOLOGÍA	117
ANEXO B4. EJERCICIO DE REFLEXIÓN TRABAJO SOCIAL	118
ANEXO B5. EJERCICIO DE REFLEXIÓN NUTRICIÓN	119

ANEXO B6. EJERCICIO DE REFLEXIÓN AUXILIAR DE ADMISIONES	120
ANEXO B7. EJERCICIO DE REFLEXIÓN REGENTE DE FARMACIA	121
ANEXO B8. EJERCICIO DE REFLEXIÓN ADMINISTRADOR	122
ANEXO B9. EJERCICIO DE REFLEXIÓN EQUIPO DE ENFERMERIA DE DIÁLISIS PERITONEAL	123
ANEXO C. ENTREVISTA COACHING	124

RESUMEN

El modelo de humanización en la atención de pacientes en terapia de reemplazo renal de RTS Santa Clara desarrollado surge del resultado de las encuestas de satisfacción, donde la prioridad de mejoramiento está asociado a los procesos que involucran el contacto directo con los usuarios-pacientes; además es el resultado de una investigación aplicada, apoyada en una serie de fuentes documentales y en la percepción del servicio por parte de los clientes internos.

Este trabajo propone construir una herramienta que permite integrar dos variables dentro del contexto de la salud como son la atención humanizada como política de respeto, dignidad y privacidad de los usuarios-pacientes y el desarrollo de herramientas para el manejo inteligente de las emociones del personal asistencial y administrativo para transmitir de manera positiva sus actitudes frente a los pacientes.

De acuerdo a lo anterior, proporciona las estrategias para la optimización de los índices actuales de lealtad y satisfacción de los usuarios-pacientes, por medio de la construcción de relaciones de aprendizaje con los clientes externos e internos, que permitan generar buen clima y cultura de servicio por parte de los clientes internos.

El modelo planteado fortalecerá la política de calidad y servicio de RTS - Baxter, a través de la prestación de un servicio integral del paciente para procurar su bienestar físico y emocional y promover su rehabilitación familiar y social.

PALABRAS CLAVES: Humanización en salud, liderazgo emocionalmente inteligente, modelo de atención en pacientes en terapia de reemplazo renal, calidad en atención en salud, satisfacción del usuario-paciente, cliente interno

ABSTRACT

The model of humanization in the care of patients on renal replacement therapy developed RTS Santa Clara arises from the results of satisfaction surveys, where the priority for improvement is associated with processes that involve direct contact with users and patients, plus is the result of applied research, supported by a series of documentary sources and the perception of service from internal customers.

This paper proposes to build a tool to integrate two variables within the context of health care such as humanized as a policy of respect, dignity and privacy of users/patients and the development of intelligent tools for managing the emotions of caregivers administrative and positively convey their attitudes toward patients.

According to the above, provides strategies for optimizing current rates of loyalty and user satisfaction-patients, by building learning relationships with external and internal customers that will generate good climate and culture service from internal customers.

The model proposed will strengthen the policy of quality and service RTS - Baxter, through the provision of a comprehensive service to ensure patient's physical and emotional well-being and promote family and social rehabilitation.

KEYWORDS: Humanization in health, emotionally intelligent leadership, model of care for patients in renal replacement therapy, health care quality, patient-user satisfaction, internal customer.

JUSTIFICACIÓN

Dentro de su política de Calidad y servicio Baxter - RTS está basada en un modelo de servicio integral del paciente para procurar su bienestar físico y emocional y promover su rehabilitación familiar y social. Adicionalmente, la calidad del servicio en las clínicas renales de RTS de Baxter, se concibe desde la dimensión interpersonal y técnica.

Para RTS Agencia Santa Clara, estas palabras no han sido desconocidas, más cuando se revisa año tras año las encuestas de satisfacción y donde se observa el impacto que significa el trato y el relacionamiento del personal de la clínica con los pacientes y sus familias.

Además, desde hace poco tiempo se ha venido escuchando en Colombia las palabras “Humanizar la salud”, cuando significa algo paradójico al pensar que la salud lleva implícito el sentido humanístico de contribuir al ser humano.

Cada vez cobra más fuerza el concepto “humanización de la salud”, toda una filosofía basada en la relación agente de salud-paciente, que tiene muchos aspectos por considerar¹.

Si bien es importante humanizar al personal, también es fundamental desarrollar habilidades para el manejo de las emociones, fomentando líderes emocionalmente inteligentes.

¹ Quintero, Diana Isabel. Propuesta para la humanización en salud: Cuestión de dignidad. El Pulso, periódico para el sector salud [On line], Diciembre de 2003, año 5 n° 63. [Citado: 10 de Octubre 2011]. Disponible en internet: <http://www.periodicoelpulso.com/html/dic03/general/general-15.htm>

Los líderes auténticamente eficaces son aquellos que emocionalmente conectan con sus colaboradores, fundamentan su credibilidad, modelando los valores propuestos, los inspiran y logran influenciarlos de manera positiva para ellos y para la organización.²

Teniendo en cuenta lo anterior, se define el desarrollo de una herramienta que permita implementar un modelo de humanización, empatía y sensibilización en los profesionales de salud de la clínica renal, con el fin de mejorar la satisfacción y percepción que tienen los pacientes y sus familias con respecto a su atención.

² Salgado Camila. Liderazgo emocionalmente inteligente. Colombia. Bogotá. 2012

1. INTRODUCCIÓN

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social.³

Actualmente el servicio al cliente se ha convertido en el pilar para gestionar las relaciones internas y externas, teniendo en cuenta sus necesidades que permiten manejar las diferentes situaciones críticas en la entrega de los servicios al crear oportunidades como posibilidad de cerrar brechas en el servicio.

En este sentido y para dar una gestión orientada a la calidad este trabajo de grado se ha desarrollado con el fin de involucrar a los actores claves en la atención del servicio que se reflejen en la fidelidad y satisfacción de los pacientes que asisten a terapia de reemplazo renal en RTS Santa Clara, por medio del diseño de un modelo de humanización y manejo de las emociones de los clientes internos

Teniendo en cuenta a lo anterior, se parte de un ejercicio reflexivo que permita la autoevaluación de cada uno de los profesionales a través de la aplicación de instrumentos para medir la calidad del servicio en la clínica renal y a su vez la atención en el quehacer de sus áreas, de esta manera se plantea como objetivo general: Diseñar un modelo de humanización en los programa de terapia de reemplazo renal (diálisis) de RTS Agencia Santa Clara, a través de la construcción de un modelo participativo que produzca mejoras inmediatas. Además, se plantea el problema así: ¿Cómo mejorar la prestación de los servicios

³ ICONTEC INTERNACIONAL. SISTEMA UNICO DE ACRDITACIÓN EN SALUD. [En línea] <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>

de atención en diálisis de los pacientes que asisten a RTS Santa Clara, a partir de los componentes de la humanización del servicio?

En el desarrollo del proyecto, se analizaron los procesos que están involucrados en la atención de los usuarios-pacientes, a partir de la experiencia laboral dentro de la institución, de la observación de las actividades asistenciales y administrativas y los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción de los últimos años. De esta manera, se encontró que la clínica renal desarrolla actividades relacionadas entre sí, centrándose en sus necesidades como clínica y dejando a un lado las necesidades de los usuarios-pacientes.

Para determinar cómo los clientes internos están viviendo estas necesidades en los usuarios-pacientes se implementaron dos instrumentos, el primero busca evaluar de manera objetiva la calidad del servicio prestado a través de cada uno de los procesos de la clínica renal y su interacción con los usuarios-pacientes y el segundo instrumento permite realizar una auto-reflexión del comportamiento y las actitudes en la prestación del servicio. Luego de la aplicación de los dos instrumentos se busca un momento donde los coach o líderes regionales de los procesos realicen una retroalimentación del ejercicio reflexivo y cada colaborador logre generar su propio plan de acción.

La segunda parte de la implementación de este modelo está enfocada en una sesión de trabajo que permita a los colaboradores analizar cuáles son los puntos críticos observados para trabajar en grupo por medio de las herramientas: resonancia y fomento de la empatía, las cuales serán desarrolladas por un ente externo.

El modelo de humanización que se propone en este proyecto, si se lleva a cabo permitirá mejorar la respuesta en la atención que será reflejado en la satisfacción y fidelidad de los usuarios y que de manera indirecta mejorara la actitud frente a su patología y tratamiento, pero el alcance de este proyecto va hasta conocer la percepción del cliente interno.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como consecuencia de las transformaciones socioeconómicas y demográficas ocurridas en Colombia en las últimas décadas, especialmente las relacionadas a los procesos de industrialización, migraciones internas, cambios en los hábitos alimentarios, tabaquismo, aumento del consumo de bebidas alcohólicas, se han originado variaciones importantes en los estilos de vida conducentes a cambios en los perfiles epidemiológicos y demográficos del país.⁴ ((SILOS), 1992).

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada hoy en día un problema de salud pública en el ámbito mundial debido a su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal y porque representa un importante gasto en salud para el Sistema dado que requiere una alta complejidad técnica en su manejo.⁵

Baxter International Inc., a través de sus filiales, aplica su liderazgo en ciencia y tecnología para desarrollar productos que salvan y mantienen las vidas de personas con hemofilia, trastornos inmunológicos, enfermedades infecciosas, enfermedad renal, trauma y otras afecciones médicas, crónicas y agudas. Como una compañía diversificada y global de atención en salud, Baxter aplica una combinación exclusiva de experiencia en dispositivos médicos, productos farmacéuticos y biotecnología para desarrollar productos que mejoran la atención a pacientes de todo el mundo. Estos productos se emplean en hospitales, centros de diálisis, casas de reposo, centros de rehabilitación, consultorios de médicos, laboratorios de investigación médica y clínica; y en domicilios de pacientes, bajo supervisión médica

⁴ SISTEMA LOCAL DE SALUD DE MANIZALES (SILOS). Evaluación de estrategias de promoción y prevención sobre dieta, nutrición y sedentarismo como factores de riesgo en las enfermedades crónicas no transmisibles en fábricas de Manizales. Manizales, Colombia 1992. Páginas 1-38

⁵ Cuenta de Alto Costo, Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Enfermedad Renal Crónica en Colombia 2009, Resolución 4700 de 2008. Bogotá, Diciembre de 2010

Baxter – RTS han buscado ofrecer la mejor atención en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en etapas de pre diálisis y diálisis, a través de ofrecer servicios integrados y garantizando el cumplimiento de su política de calidad. El equipo de Servicio al cliente de Baxter – RTS implementa la encuesta de satisfacción con una muestra de pacientes por terapia (hemodiálisis y diálisis peritoneal) de cada una de las clínicas renales, donde se analiza cada uno de los factores y actores que participan en la atención de los pacientes. Los tres últimos años de encuesta de satisfacción para RTS Agencia Santa Clara se observa una satisfacción de 4.62, 4.3 y 4.62 para los años 2008 a 2010 respectivamente y una lealtad de 32, 30 y 42 para estos mismos años.

El análisis entregado por el Centro Nacional de Consultoría a RTS Agencia Santa Clara de la encuesta de satisfacción del año 2010 se observa la necesidad de trabajar de forma prioritaria y urgente en tres factores que impactan de manera positiva en la atención de los pacientes y con bajo rendimiento en: atención de enfermería, contacto telefónico y atención de admisiones y secretaria clínica.

Es por esta razón que luego de implementar planes de mejoramiento enfocados en estas variables en los últimos años se identifica la necesidad de generar un modelo de servicio que permita garantizar la seguridad y humanización en la atención obteniendo como respuesta buscar una satisfacción y lealtad del paciente y su familia.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo mejorar la prestación de los servicios de atención en diálisis de los pacientes que asisten a RTS Santa Clara, a partir de los componentes de la humanización del servicio?

2.2.1. Subpreguntas del problema

- ¿Qué actores claves deben participar en la humanización del servicio para obtener una satisfacción del cliente-paciente?

- ¿Cuáles son las habilidades de las personas que tienen contacto directo con el cliente-paciente y su familia, en cada uno de los momentos de verdad dentro de la clínica renal?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo de humanización en los programa de terapia de reemplazo renal (diálisis) de RTS Agencia Santa Clara, a través de la construcción de un modelo participativo de los actores claves que produzca mejoras inmediatas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Involucrar los actores claves en la ejecución del modelo de humanización y sensibilización.
2. Fomentar habilidades de empatía y manejo de emociones, en los profesionales de salud que tienen contacto con los usuarios que asisten a la clínica renal.

4. MARCO DE REFERENCIA

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Es de gran importancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global.

Se necesita que este derecho de primera generación sea garantizado por el Estado como lo establece la Constitución para que los usuarios no sean los perjudicados, quienes tras haber logrado acceder al servicio después de cumplir requisitos múltiples y largas filas en algunos casos, se encuentren con servicios de regular calidad y atención. Se debe entonces contar con profesionales en continua preparación para la humanización de la atención, mediante cursos, capacitaciones, talleres, seminarios, conferencias, que brinden la oportunidad de instrucción al personal prestador de servicios de salud para mejorar la calidad de atención al usuario mediante la práctica de valores y principios humanísticos, todo encaminado a la transformación de la relación médico-paciente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, deben tener una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución. Debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los pacientes de acuerdo con su vulnerabilidad y preferencias, el

manejo de la información entregada, la administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo de los pacientes, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas, las condiciones biométricas (peso, talla) para el cuidado, la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, estrategias de cuidado con orientación lúdica especialmente en niños, el respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares, así como el desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo.

Es necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos y desde la gerencia del talento humano propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento.

Para definir como el cliente interno percibe la atención en el usuario/cliente, se aplicara una encuesta de percepción del servicio, seguido de un ejercicio de autoreflexión, estos instrumentos permitirán descubrir a cada uno de los profesionales y trabajadores como están ofreciendo el servicio, si sus actitudes son positivas o negativas y si este hace parte de una atención humanizada, posterior a la aplicación de los ejercicios se realizara una entrevista coaching con los líderes regionales de cada área y posteriormente se realizara una sesión de grupo donde se implementaran dos herramientas para el manejo de auto reconocimiento y desarrollo de la inteligencia emocional, cabe aclarar que la entrevista coaching y la sesión de grupo para manejo de la empatía no serán implementadas ni descritas en este estudio.

4.1 MARCO FILOSOFICO-ANTROPOLOGICO

El término “bioética” fue utilizado por primera vez por V. R. Potter hace poco más de treinta años (Potter, 1970). Con este término aludía Potter a los problemas que el inaudito desarrollo de la tecnología plantea a un mundo en plena crisis de valores. Urgía así a superar la actual ruptura entre la Ciencia y la Tecnología de una parte y las Humanidades de otra. Ésta fisura hunde sus raíces en la asimetría existente entre el **enorme desarrollo tecnológico** actual que otorga al hombre el poder de manipular la intimidad

del ser humano y alterar el medio, y la ausencia de un aumento correlativo en su **sentido de responsabilidad** por el que habría de obligarse a sí mismo a orientar este nuevo poder en beneficio del propio hombre y de su entorno natural.

La bioética surge por tanto como un intento de **establecer un puente** entre ciencia experimental y humanidades (Potter, 1971). De ella se espera una formulación de principios que permita afrontar con responsabilidad –también a nivel global- las posibilidades enormes, impensables hace solo unos años, que hoy nos ofrece la tecnología.

La ética médica permanece como matriz rectora y a la vez parte principal de la bioética. Así se deduce de la definición de bioética de la *“Encyclopaedia of Bioethics”*: **estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales**” (Reich, 1978).

4.2 MARCO LEGAL

La ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud.

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de **accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad**, el Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002. Las siguientes características:

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

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

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.⁶

Los estándares que se aplicarán evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial, en las instituciones que prestan servicios de salud y que quieran participar en el proceso de acreditación. Estas disposiciones están reglamentadas en la Resolución 1474 y en su anexo técnico.

La calidad de la atención que debe brindar una institución de salud es percibida por las características del proceso de atención; la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, acciones clínicas de revisión y el diagnóstico; por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, con y por condiciones relativas a la accesibilidad. Los que lean este artículo podrían argumentar que el sistema de habilitación, base del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, está circunscrito a las condiciones mínimas que debe tener el prestador de salud, pero si vemos las variables objeto de control encontramos: 1. recurso humano, 2. infraestructura física, 3. dotación, 4. medicamentos y dispositivos médicos, 5. procesos prioritarios, en los que se referencia el manejo interno de los desechos hospitalarios, 6. manejo de la historia clínica, 7. interdependencia de servicios, 8. sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, 9. seguimiento a riesgos. Vemos entonces que la aplicación del sistema de habilitación, pilar básico del SOGC, no está generando

⁶ Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002

la garantía mínima de cumplir con el criterio primero de no dañar al usuario o a la comunidad.

Si el sistema de habilitación, proceso obligatorio, cuenta con tantas limitaciones, consideramos innecesario exponer nuestra percepción del proceso de acreditación, proceso voluntario y que lógicamente debe ser el paso superior en el sistema, luego del cumplimiento de las normas mínimas obligatorias.⁷

⁷ Llinás Delgado, Adalberto E. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (1): 143-154

5. MARCO TEÓRICO

Para la realización de este proyecto y dar respuesta a la pregunta planteada, se tienen en cuenta las teorías definidas por el profesor Avedis Donabedian sobre la calidad de los servicios de salud, la teoría de Karl Alberth donde expone los momentos de verdad y análisis de la prestación del servicio al cliente, la teoría de Parasuraman sobre las percepciones del consumidor, y Daniel Goleman quien relaciona patrones de conducta.

5.1 HUMANIZACIÓN EN SALUD

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Es de gran importancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global.

Se necesita que este derecho de primera generación sea garantizado por el Estado como lo establece la Constitución para que los usuarios no sean los perjudicados, quienes tras haber logrado acceder al servicio después de cumplir requisitos múltiples y largas filas en algunos casos, se encuentren con servicios de regular calidad y atención. Se debe entonces contar con profesionales en continua

preparación para la humanización de la atención, mediante cursos, capacitaciones, talleres, seminarios, conferencias, que brinden la oportunidad de instrucción al personal prestador de servicios de salud para mejorar la calidad de atención al usuario mediante la práctica de valores y principios humanísticos, todo encaminado a la transformación de la relación médico-paciente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, deben tener una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución. Debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los pacientes de acuerdo con su vulnerabilidad y preferencias, el manejo de la información entregada, la administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo de los pacientes, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas, las condiciones biométricas (peso, talla) para el cuidado, la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, estrategias de cuidado con orientación lúdica especialmente en niños, el respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares, así como el desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo.

En general el eje y enfoque de la humanización de los servicios, además de ser una política para la planeación de la atención, debe contemplar las estrategias a desarrollar, el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, la existencia de instancias de apoyo como los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional y atención al usuario, entre otros.

Es necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos y desde la gerencia del talento humano propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento⁸

«En el mundo sanitario, ‘humanizar’ significa hacer referencia al hombre en todo cuanto se hace para promover y proteger la salud, curar las enfermedades y

⁸ Ejes de la acreditación. Humanización de la atención. Tomado de:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>

garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los diversos planos: físico, emotivo, social y espiritual». ⁹ (Brusco – Pintor 2001.)

La humanización de la atención al enfermo encuentra en Jesucristo el modelo perfecto de buen samaritano. En una medicina realmente centrada en el hombre (en el paciente, en el enfermo) y no en la enfermedad, el fin de la actividad médica debe ser la realización del bien del paciente, mediante una acción adecuada no sólo en la salud, sino al interior de la realidad personal del paciente, que lo considere en el valor que le es propio: esta es una realidad que muchas veces viene olvidada por parte de los médicos y de los agentes sanitarios en el cuidado de la salud. El criterio ético fundamental de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud debe ser preocuparse más por la persona que por la enfermedad que padece. El reconocimiento de la perfección del ser humano y de su dignidad infinita pide que él sea tratado siempre como un fin y nunca como un medio.

La enfermedad hace parte de la existencia terrena del hombre; cuando es experimentada en carne propia o en la de un ser querido, se presenta como un momento de prueba que da origen a muchas preguntas. Además nos encontramos con unas realidades que tienen que ver con el cuidado de la salud y con las ciencias de la vida que nos son difíciles de entender y de aceptar, y que nos deben impulsar a la reflexión y a buscar soluciones, son ellas: la poca valoración que se tiene de la persona del enfermo; la deshumanización de la asistencia al enfermo; la medicina se centra en la enfermedad y no en el enfermo; cambios en la esencia misma del encuentro médico-paciente. ¹⁰

Cada vez cobra más fuerza el concepto “humanización de la salud”, toda una filosofía basada en la relación agente de salud-paciente, que tiene muchos aspectos por considerar. El doctor Carlos Bermejo afirma que “humanizar es una cuestión ética, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y cuidar las relaciones en sintonía con la dignidad de todo ser humano, entonces hablamos de humanización. Humanizar la salud no es otra cosa que considerar al ser humano en sentido global, holístico -como nos gusta decir hoy-, es decir, en su dimensión física, intelectual, emocional, relacional

⁹ Cfr. Ángelo BRUSCO – Sergio PINTOR, Tras las huellas de Cristo médico. Manual de teología pastoral sanitaria, Humanizar la salud 5, Editorial Sal Terrae, Santander 2001, 215

¹⁰ Amado Parra, Gerardo. Por la humanización de la asistencia al enfermo (I). Tomado de: http://arquicuencaec.org/POR_LA_HUMANIZACION__DE_LA_ASISTENCIA_AL_ENFERMO_-I-.pdf

o social y espiritual”.¹¹ Y agrega: “En realidad, para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hay que ir contracorriente en relación con la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la súper-especialización”.

En relación con Colombia, este panorama se ensombrece aún más con la puesta en marcha hace 10 años de la Ley 100, un sistema que convirtió la salud en un negocio. Como consecuencia, de un lado se desmejoraron las condiciones de vida y trabajo del recurso humano asistencial. De otra parte, a los pacientes que lograron clasificar para acceder a la salud, tras el laberíntico caudal de requisitos exigidos, los convirtió en clientes -por lo demás, insatisfechos- debido la precariedad de los servicios a los cuales tienen acceso.

Otro aspecto de obligada discusión es la situación de violencia que vive el país, que le suma a nuestro personal de salud un desafío más en el ejercicio humanizado de su labor, “Creo que un país como Colombia, al que llevo en el corazón por la colaboración que llevo prestando desde hace años en acciones formativas y de capacitación, requiere una particular atención a la humanización de la salud. La salud no es exclusivamente el buen funcionamiento de los órganos y la ausencia de conocidas patologías físicas o psíquicas. La salud es también una experiencia biográfica que tiene que ver con nuestro mundo emocional y de valores. Por eso, humanizar la salud implica también sanar los sentimientos de rencor y de violencia que habitan en algunas personas. Curar no significa sólo atender las heridas producidas por diferentes agentes”. (Bermeo, 2003)

En una época de vertiginosos avances científicos, se abren caminos de esperanza para el tratamiento e incluso la cura de muchas enfermedades, pero paralelamente, también hay preocupación por el mal uso que se le pueda dar a estas herramientas, si está movido por factores como ambición desmedida e intereses económicos desmesurados.

José Carlos Bermejo no duda en apuntar: “Querámoslo o no, estar en constante contacto con el mundo del sufrimiento y del dolor, desencadena reacciones que no son indiferentes para el profesional, que repercutirán en su estado de ánimo y en su misma salud. El influjo del sufrimiento que se deriva del ejercicio de la profesión

¹¹ Quintero, Diana Isabel. Propuesta para la humanización en salud: Cuestión de dignidad. El Pulso, periódico para el sector salud [On line], Diciembre de 2003, año 5 n° 63. [Citado: 25 de Noviembre 2011]. Disponible en internet: <http://www.periodicoelpulso.com/html/dic03/general/general-15.htm>

sanitaria puede llevarnos a enfermarnos y huir de nuestra actividad, que serían signos de lo que entendemos por burn-out”.

Este estudioso del tema explica que el término burn-out, tomado del atletismo, lo utiliza por primera vez aplicado al mundo socio-sanitario Fredenberger en 1974, sin definirlo exactamente, para referirse a cansancio, apatía, agotamiento, estar al límite de las propias energías. Carlos Yagüe, del Camillianum de Roma, lo presenta como "un tipo de defensa patológica frente al estrés, que se manifiesta fundamentalmente en un estado de intensa frustración, apatía, agotamiento, despersonalización y reducida realización personal, y en una pérdida de interés por el cliente, pérdida de consideración respecto a los compañeros y el servicio, y distancia emotiva del trabajador".

Y continúa su análisis afirmando que “es muy claro que los elementos que influyen en el burn-out son complejos. Las causas no son sólo personales e institucionales, sino un complejo relacional que se da cita en el ejercicio de la profesión, en su naturaleza y su organización. Para manejarse en este campo se requiere, entonces, no sólo una buena competencia profesional, sino también o como elemento integrante de ella, una competencia relacional y emocional que permitan hablar de competencia esencial, de madurez personal, puesto que nos vemos afectados en toda nuestra persona, por el contacto con la vulnerabilidad ajena.”

“Si es cierto que todos los trabajos pueden "quemar" a una persona, en el trabajo sanitario lo es más, si cabe, precisamente por la particularidad del efecto personal que tiene sobre uno el encuentro con la propia vulnerabilidad. Del modo como ésta se maneje depende, en buena medida, la satisfacción en el trabajo o el agotamiento emocional” (Quintero, 2003, año 5 n° 63.)

Donabedian, define la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. “La atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos: el primero, como la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo, como la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el

profesional de la salud y el paciente”. Este concepto deja de lado la percepción de calidad en la salud desde lo colectivo; el mismo está asociado a tradiciones socialmente aceptadas en un momento determinado.¹² (Donabedian, 1969. p. 2).

El autor, analiza las ventajas de la utilización de resultados como indicadores de calidad de los procesos, al aportar datos concretos, planteando el problema de la fiabilidad de los resultados. En cuanto a la estructura, considera que aunque puede abarcar procesos administrativos de distinta índole, la evaluación así entendida se basaría en la adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura y organización administrativa, etc. El autor procura aclarar que este análisis de proceso y resultados no significa una separación entre medios y fines, sino una "cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines."¹³

Adicionalmente, Donabedian refiere, “la satisfacción del paciente, además de ser en sí un objetivo y el resultado de la atención, puede verse también como una contribución a otros objetivos y resultados. Es más probable, por ejemplo, que un paciente satisfecho coopere eficazmente con el médico y acepte y siga sus recomendaciones”. La satisfacción también influye en la fidelidad de los usuarios con la institución; hay mayor probabilidad que un usuario satisfecho vuelva a buscar la atención médica, no sólo para él, sino para sus familiares, amigos y conocidos. (Donabedian, 1991)

En su teoría, Peplau describe cuatro fases de relación enfermera–paciente, proceso que aunque implique ejecución de técnicas, procedimientos y utilización de dispositivos, no puede considerarse sólo técnico, sino interpersonal (Peplau, 1990).

Estas etapas son: orientación, identificación, explotación y resolución. Es necesario recalcar que las diferentes fases no son estáticas ni se presentan y superan en estricto orden, más bien, se superponen unas con otras y pueden

¹² Llinás Delgado, Adalberto E. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (1): 143-154

¹³ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44: 166-203.

concurrir de manera simultánea (Peplau, 1990; Simpson, 1992; Werner y Rouslin, 1996; Marriner y Raile, 2003). En la relación interpersonal, la enfermera de forma flexible, se moviliza y asume distintas funciones y roles, además, utiliza al máximo sus habilidades, conocimientos y recursos para ayudar al enfermo.

El proceso de relación, aunque se presente por etapas, es continuo. Tiene lugar como un compromiso entre dos personas, cuyo lecho es el conocimiento enfermero y la necesidad de ayuda del paciente. Este modelo teórico, caracterizado por la atención centrada en el paciente, puede ser utilizado en la enfermería a todos los niveles (Kérouac et al, 1996).¹⁴

5.1.1 Definiciones de la calidad en salud

La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la calidad de la atención médica". En este aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir. Tal vez la definición más conocida sea la de Lee y Jones" en forma de ocho "artículos de fe", algunos enunciados como atributos o propiedades del proceso de la prestación de atención y otros, como metas u objetivos de ese proceso. Estos "artículos" transmiten claramente la impresión de que los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica. En ese sentido, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que ésta es una parte.

Pocos estudios empíricos analizan en profundidad cuáles son las dimensiones y los valores pertinentes en un momento y en un entorno determinado. Klein et al., encontraron que 24 "funcionarios administrativos" aplicaban, en conjunto, 80 criterios para evaluar la "atención del paciente". Los autores llegaron a la conclusión de que la atención del paciente, al igual que la moral, no se puede

¹⁴ Arredondo-González Claudia Patricia, Siles -González José. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Índex Enferm* v.18 n.1 Granada ene.-mar. 2009

considerar como un concepto unitario y al parecer es probable que nunca se llegue a un único criterio general para medir la calidad de la atención del paciente". Las dimensiones y los criterios que se elijan entre los muchísimos posibles para definir la calidad tendrán, por cierto, profunda influencia en los enfoques y métodos que se empleen para evaluar la atención médica (Donabedian, 1966).

5.1.2 Los usuarios

La palabra "paciente", normalmente utilizada en el sector salud para nombrar a sus usuarios/clientes, se deriva del latín *patio* que significa sufrir, padecer y también "aguantar, soportar calmadamente, tolerar algo". En los últimos años ha sido cambiada por el término usuario/cliente, dado que los "pacientes" empezaron a entender más sobre el tema de salud y la enfermedad, estando más dispuesto a apoyar al personal de salud en el proceso del tratamiento y del auto cuidado, a trabajar más en prevención de enfermedades.

Desde 1991 a través de la resolución 13437, donde el gobierno nacional constituye los comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes, donde se busca propender por la humanización en la atención en salud y busca mejorar la calidad en los servicios.¹⁵

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares, a partir de un enfoque de *humanización de servicios*, es:

- ***Que durante su atención, a los pacientes les sean respetados los derechos*** (a la información, a aceptar o rechazar la participación en investigaciones, a la intimidad y confidencialidad, a su buen nombre, a las decisiones sobre su cuerpo, a la dignidad y el respeto por sus creencias, costumbres y valores, a la libertad, entre otros) y se les expliquen cada uno de estos derechos.
- ***Que conozcan cuáles son los deberes*** que tienen en su condición de usuarios, que se promueva el respeto y el cumplimiento de estos deberes y existan mecanismos explícitos para solucionar controversias alrededor de

¹⁵ Resolución 13437/1991

dichas definiciones. Para el efecto, la institución debe diseñar o adoptar tanto los derechos como los deberes (de conformidad con pautas reconocidas nacional e internacionalmente), darlos a conocer al cliente interno y al cliente externo (incluye las estrategias para que los pacientes, o en su defecto sus familias o apoderados, los entiendan), desplegarlos en los procesos y evaluar el respeto hacia ellos.

- ***Que los pacientes reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad.*** Para ello, la organización debe diseñar los ciclos de atención con las interfaces entre los procesos que los componen, las rutas de pacientes cuando se trate de redes y varios puntos de atención, las estrategias para eliminar las barreras que pueda haber para el acceso, la información que se debe dar para orientar a los pacientes durante los ciclos de atención, la posibilidad de la libre elección según la disponibilidad institucional, los tiempos de atención para el acceso y la asignación de citas. Deben desarrollarse estrategias para la difusión y el despliegue de ciclos, rutas, interfaces, mecanismos de información al paciente y tiempos de espera. Asimismo, deben establecerse estrategias de medición y evaluación de los propósitos descritos.
- ***Que la atención del paciente y su familia se realice de manera congruente con las características socioculturales individuales y consulte sus necesidades y expectativas sobre la atención.*** Para tal efecto, la organización debe contar con procesos para identificar y evaluar esas características socioculturales individuales del paciente y su familia, así como las necesidades del paciente en el momento de su ingreso, y documentarlas para que el equipo de salud responsable de su atención las conozca y actúe en consecuencia. Esto incluye la evaluación de las necesidades educativas del paciente, la evaluación del conocimiento, las expectativas, las necesidades de información y educación del paciente y la familia sobre su enfermedad, la calificación del equipo de salud responsable del paciente para identificar y responder a las necesidades y expectativas, las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y la identificación de las necesidades de aislamiento del paciente.
- ***Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud.*** Para lograr esto la organización debe contar con procesos para planear la atención, el cuidado y el tratamiento de cada paciente. Esta planeación debe estar basada en la

mejor evidencia disponible y definir las acciones de diagnóstico y tratamiento y las acciones de implementación, desarrollo y seguimiento del plan, así como el consentimiento informado sobre el plan de cuidado y tratamiento.

- ***Que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados esperados de la atención.*** Para esto, la organización debe contar con procesos para implementar las intervenciones planeadas.
- ***Que se evalúe la implementación del plan de cuidado y tratamiento para que el paciente obtenga los resultados esperados de la atención.*** Para el efecto, la organización debe contar con procesos de evaluación individual de resultados, la lectura de la percepción del paciente y su familia sobre la atención recibida, la retroalimentación y el ajuste de los procesos y la monitorización centralizada en caso de actuación en red.
- ***Que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso.*** Para ello, la organización debe contar con procesos de egreso y de seguimiento posterior.
- ***Que al paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y, si es necesario, el regreso a la institución.*** Para tal efecto, la organización cuenta con procesos generales para definir y aplicar criterios de referencia y condiciones de traslado del paciente, para brindar la información clínica y administrativa al paciente y para que el profesional remitente conozca los resultados y lo registre en la historia clínica. Igualmente, cuenta con procesos específicos para remisión al laboratorio e imágenes diagnósticas, a urgencias, a provisión de medicamentos, a servicios ambulatorios de complejidad superior, a hospitalización y a programas de promoción y prevención. Cuando la institución se comporte como la entidad receptora, tiene procesos para informar sobre la atención del paciente a la entidad o profesional referente.
- ***Que el paciente se beneficie de las acciones de mejoramiento de los procesos de cuidado y tratamiento.*** Para el efecto, la organización

desarrolla un plan para mejorar los procesos de manera sistemática, con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.¹⁶

5.1.3 Los profesionales y empleados que prestan el servicio.

Todos los métodos y herramientas que se utilizan para mejorar la calidad de la atención y por ende la satisfacción del usuario/cliente, están influidos por las actitudes de quienes brindan el servicio.

Es curioso cómo en la mayoría de las instituciones de servicios de salud, las personas con menos experiencia y conocimiento sobre el usuario, son las que tienen el manejo más directo con él. Ellas son las que están a cargo de los momentos de verdad más importantes de la prestación de los servicios. (Orejuela, 2001). Entendiendo momento de verdad como aquellos contactos que hace el usuario con una organización o servicio. (Carlzon, 1991).

Para poder integrar la atención humanizada en salud es necesario trabajar con las persona, considerando su dimensión física, intelectual, social, psicológica y espiritual. Por esta razón una de las formas de integrar estas dimensiones se puede a través de la capacitación y desarrollo de la inteligencia emocional, liderazgo, manejo de sentimientos y empatía.

5.1.4 Momentos de Verdad

“Tenemos por ahí unos 50.000 momentos de verdad todos los días”, frase célebre de Jan Carlzon, que se refiere que el servicio se fabrica cuando se “entrega” y existiendo diferentes y varios puntos de entrega del mismo donde es necesario tener en cuenta todos los detalles para tener una completa satisfacción del cliente. Alberch ratifica esta visión indicando “La calidad del servicio está en los detalles”¹⁷

¹⁶ Ministerio de la protección social. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Colombia. Páginas 27 y 28; Bogotá, Octubre 2011.

¹⁷ Carlzon, Jan. El momento de la verdad. Madrid: Ediciones Díaz Santos; Asociación para el progreso de la dirección (APD), 1991.

Es necesario revisar cada situación en la cual el cliente se pone en contacto con la empresa y de allí lo importante será el resultado de la interacción, los momentos de verdad no son buenos ni malos, pero su resultado si determina la impresión que tiene el cliente de la compañía. Por esto mismo es importante definirlos y lograr una experiencia positiva en cada uno de ellos, de lo contrario, no se logrará la diferenciación esperada y como resultado se obtendrá todo lo contrario como Albrecht lo expresa: “Cuando los momentos de verdad no se manejan bien la calidad del servicio regresa a la mediocridad”

Existen momentos de verdad los cuales tienen un impacto crítico o decisivo sobre las percepciones de los clientes y es lo que llamamos momentos críticos de verdad. Para estos momentos es importante que la persona que está prestando el servicio pueda concentrar su atención en los elementos importantes del momento de verdad, de tal manera que maximice el impacto sobre el cliente o al menos minimice el impacto negativo.

Existen momentos de verdad los cuales tienen un impacto crítico o decisivo sobre las percepciones de los clientes a lo que se llaman momentos críticos de verdad. Para estos momentos es importante que la persona que está prestando el servicio pueda concentrar su atención en los elementos importantes del momento de verdad, de tal manera que maximice el impacto sobre el cliente o al menos minimice el impacto negativo.¹⁸

5.1.5 Ciclo del Servicio

Para comenzar a revisar la calidad del servicio es importante recolectar todos los momentos de verdad del servicio, que son “una secuencia repetible de acontecimientos en que diferentes personas o colaboradores tratan de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente en cada punto. El ciclo empieza en el primer punto de contacto entre el cliente y la organización. Termina, temporalmente, cuando el cliente considera que el servicio está completo y se reinicia cuando éste decide regresar por más.”

Los ciclos de servicio son el patrón natural, inconsciente, que existe en la mente del cliente y puede no tener nada en común con nuestro enfoque “técnico” para establecer el negocio, dado que el cliente no piensa ni en departamentos ni organizaciones, el piensa en sus necesidades y que debe hacer para satisfacerlas.

¹⁸ Albrecht, K. La revolución del Servicio. 3R Editores. Marzo de 1998

Existen tres factores fundamentales las cuales son características de empresas con altos estándares de servicio y que recopiló Karl Albrecht en lo que denominó el triángulo del servicio. El triángulo del servicio es una forma de diagramar la interacción de tres elementos definitivos, que deben actuar conjuntamente para mantener un alto nivel de calidad. A continuación se explica cada uno de estos criterios¹⁹:

- **Una estrategia de Servicio bien concebida:** las mejores organizaciones han descubierto, inventado o desarrollado una idea unificadora sobre lo que hacen. Este concepto del servicio o estrategia del servicio, como lo llamaremos posteriormente, orienta la atención de la gente de la organización hacia las prioridades reales del cliente.
- **Personal que tiene contacto con el público:** a través de algunos medios, los directivos de esas organizaciones han estimulado y ayudado a los empleados a mantener su atención fija en las necesidades del cliente.
- **Sistemas amables para el cliente:** Las instalaciones físicas, las políticas, procedimientos, métodos y procesos de comunicación, todo le dice al cliente: “Todo este aparato está aquí para satisfacer sus necesidades”

5.1.6 La Relación con los Clientes

El Marketing Relacional o de relaciones, es también conocido como CRM Customer Relationship Management, (CRM) nombre de una estrategia que consiste en establecer “asociaciones” a largo plazo con los clientes. (Muñoz, 2002).

Las compañías construyen relaciones con los clientes al ofrecerles valor y satisfacción. Se benefician con las ventas repetidas y con las buenas recomendaciones que resulten en su incremento, de la participación en el mercado y de las utilidades. Los costos bajan porque es más barato servir a los clientes actuales que atraer nuevos.

Asimismo, debe tenerse presente que cualquier acción comercial afectará la duración de la relación con el cliente y por tanto la lealtad de éste para con los productos y/o servicios.

Lo cierto, es que se debe tomar muy en cuenta en el logro de la lealtad de los clientes el que se considere algunos aspectos como:

¹⁹ Albrecht, K. La revolución del Servicio. 3R Editores. Marzo de 1998. Página 30

- Conexión con la autoestima o grado en el cual la marca proporciona aspectos importantes relacionados con la identidad del individuo, es decir el grado en que la marca contribuye a la autovaloración de la persona.
- Compromiso o el deseo de continuar y mantener una relación bajo los supuestos de fidelidad, devoción, fe o el establecimiento de una promesa. Amor y pasión hacia la marca.
- Calidad de socio o sentimiento de empatía, seguridad, dependencia, confiabilidad y responsabilidad basada en las acciones de la relación establecida.
- Compromiso o el deseo de continuar y mantener una relación bajo los supuestos de fidelidad, devoción, fe o el establecimiento de una promesa Intimidad o grado de familiaridad y entendimiento recíproco.

Considerando lo anterior, puede decirse que las formas en que las personas se relacionan con las marcas involucran una compleja red de emociones, sentimientos, beneficios prácticos y beneficios sociales, que en la medida en que se fomente una mayor intensidad en ellos, se logrará mayor lealtad.²⁰

5.2INTELIGENCIA EMOCIONAL

En la actualidad, las organizaciones buscan gerentes que no solo hagan una buena gestión financiera, sino que sepan manejar y optimizar el mayor recurso de la empresa que es su capital humano. Lo anterior, se logra, a partir de un liderazgo emocionalmente inteligente que permita motivar y afiliar eficazmente a los colaboradores, de acuerdo a sus características como personas y como grupo alineándose con los valores y metas de la organización. Para que la persona que lidere la organización pueda lograrlo, requiere claridad respecto a la compatibilidad de las directrices de la organización con sus valores y motivaciones dominantes y tal como lo afirma Covey (2009), al hablar del octavo hábito de la gente eficiente, es la pasión por lo que se hace lo que comunica el entusiasmo a los demás y promueve la afiliación y el compromiso emocional, del cual depende en gran parte el rendimiento.

²⁰ CRM: El cambio cultural hacia una organización centralizada en el cliente. Guatemala. Price Waterhouse Coopers: Revista Infonet.

Las investigaciones contemporáneas sobre liderazgo coinciden en que los líderes auténticamente eficaces son aquellos que emocionalmente conectan con sus colaboradores, fundamentan su credibilidad modelando los valores propuestos, los inspiran y logran influenciarlos de manera positiva para ellos y para la organización. La posibilidad de adoptar un estilo de liderazgo congruente con uno mismo y apropiado para el contexto, depende de la Inteligencia Emocional del líder (Goleman, 2009) y la aplicación por parte de este de las competencias que la constituyen y sus habilidades asociadas, al manejo de su equipo.

Goleman fundamenta la inteligencia emocional refiriéndose desde sus dos vertientes: La intrapersonal, que se refiere a las habilidades del dominio personal, la capacidad de introspección, el autoconocimiento y la auto gerencia de nuestros propios estados anímicos; y la interpersonal se refiere a nuestras habilidades sociales de relación con los demás en los diferentes ámbitos de nuestras vidas.²¹

Daniel Goleman le dio fama al término de inteligencia emocional. Para Goleman esta incluye los siguientes patrones de conducta:

- **Conciencia de sí mismo:** La habilidad de reconocer y comprender tus estados de ánimo, tus emociones y tus tendencias, así como sus efectos sobre las otras personas.
- **Autorregulación:** La habilidad de controlar o redirigir impulsos y estados de ánimo disfuncionales. La propensión de pensar antes de actuar (suspensión de un juicio).
- **Motivación:** Pasión por trabajar, que va mas allá del estatus o el dinero. Propensión a perseguir metas con energía y persistencia.
- **Empatía:** La habilidad de entender el carácter y la estructura emocional de otras personas. Capacidad para tratar a otras personas de acuerdo con sus reacciones emocionales.
- **Habilidad social:** Capacidad de mantener relaciones y de crear cadenas de relaciones útiles.

²¹ Izcaray Fausto. La inteligencia emocional y la programación neurolingüística. [Citado: 10 de Febrero de 2012]. Tomado de: www.izcaray.com/articulos

TABLA 1. PATRONES DE CONDUCTA

Inteligencia	- Conciencia de sí mismo
Emocional	- Autorregulación
Intrapersonal	- Motivación

Inteligencia	- Empatía
Emocional	- Habilidad Social
Interpersonal	

El punto de partida para el liderazgo auténtico, es la capacidad de liderarse a sí mismo, que parte del auto conocimiento, de la auto estima realista y de la disposición para el cambio constante. El liderazgo sano y eficaz surge desde el ser y no desde el ego, el cual es una estructura defensiva que oculta nuestra verdadera identidad. Lo anterior, implica que el líder maneje su “persona social”, manteniendo sus valores básicos, más allá de lo que proyecte en un rol determinado o de su capacidad de adaptarse si el contexto lo exige (Salgado 2011).

Además de ser auto consciente y por ende, tener buen conocimiento de sí mismo en cuanto a cual es la motivación básica para liderar y cómo esta es congruente con los propios valores y metas y los valores y metas de la organización, el líder necesita ser “resonante” (Goleman, 2002), atributo que significa poder conectar emocionalmente con otros y así motivarlos a querer identificarse con él y con los objetivos propuestos, en forma tal, que los colaboradores sientan que lo que hacen, corresponde a sus valores y metas, no a imposiciones externas

De acuerdo a varios autores, para que el líder logre construir una organización emocionalmente inteligente, se recomienda partir de tres elementos fundamentales, los cuales son un punto de partida para la co-construcción del contexto óptimo para el desarrollo de la organización y la calidad de vida de sus integrantes:

1. Tener una visión clara de lo que se quiere lograr, que permita formular la estrategia y las acciones necesarias para implementarla.
2. Descubrir la realidad emocional, a partir de la convicción de la importancia del factor emocional en la vida humana y en el desempeño, mediante investigación activa y sistemática del clima emocional de la organización. y cómo se manifiestan las competencias emocionales en sus integrantes, para saber con qué recursos se cuenta y que áreas se necesita fortalecer.
3. Alentar la Inteligencia Emocional, lo cual se hace a partir del modelaje del líder, quien será tan persuasivo como sea su auto consciencia respecto a su misión, el compromiso que demuestre, su disciplina, la congruencia entre su discurso y su actuar y su conexión empática con sus colaboradores.

Si analizamos los tres elementos descritos anteriormente, la gestión eficaz surge de la capacidad de establecer y tener una meta clara, con una estrategia apropiada para llevarla a cabo. Así mismo, depende en gran parte del resultado de la gestión del líder y que este a su vez, al alentar la IE en sus colaboradores, actúe como coach, detectando y estimulado talento, lo cual según Goleman (2009), permite lograr resultados óptimos, independiente de las vicisitudes del momento y del ciclo económico.

5.2.1 Aportes del líder emocionalmente inteligente al desarrollo organizacional

Las denominadas compañías “inteligentes”, que se han caracterizado por su creatividad, innovación y efectividad en tiempos difíciles del mercado, se distinguen por tener líderes emocionalmente inteligentes, quienes al otorgar importancia a la calidad de vida a sus miembros, generan afiliación y compromiso emocional por parte de estos, lo cual resulta en un nivel de desempeño superior, independiente de que la remuneración económica no corresponda en un momento dado al esfuerzo material del colaborador, el cual se siente compensado con intangibles valiosos que le dan satisfacción emocional. Igualmente, se sabe que aquellas compañías cuya meta primordial es el logro de objetivos económicos por

encima del bienestar de la gente, tienden a decaer en su productividad y no logran retener el talento necesario para un desarrollo sostenible.

El líder requiere empatía para activar la resonancia en otros, competencia para gestionar relaciones y poder ser un modelo que motive al cambio ya que desde la prehistoria, el grado de cohesión y significado de un grupo humano depende de su resonancia.

Hay ciertas características y desarrollos personales que facilitan y optimizan la gestión de liderazgo:

- Tener claro el rumbo para formular la estrategia que lleve a materializar su visión y cumplir la misión asumida.
- Obrar en consonancia con los valores propios, y estar alineado con los de la organización.
- Tener el entusiasmo que surge del compromiso auténtico consigo mismo, con la organización y con las personas a cargo
- Vivir con integridad, en cuanto a manejar un balance entre lo personal y laboral, lo cual incluye el auto cuidado y el contar con un equipo de apoyo que pueda dar retroalimentación realista.
- Modelar las conductas esperadas por parte de los miembros de la organización.
- Tener el coraje de asumir riesgos calculados, para introducir cambios y responder a la resistencia que pueden generar.
- Transitar desde el “yo” al nosotros.
- Ser disciplinado y resiliente.

- Tener auto regulación emocional suficiente, para lograr acceder el estado al que yo denomino “alerta tranquila”.

Comprometerse con el desarrollo de estas características, potencializa la capacidad de actuar como líder y como coach. Igualmente, la aplicación de las competencias emocionales de auto conciencia, auto regulación y empatía, junto con sus habilidades asociadas, propician el desarrollo de la intuición (la forma más pura e inmediata de inteligencia y creatividad); la capacidad de adoptar el estilo de liderazgo más apropiado (considerando la personalidad propia, el contexto organizacional y las exigencias de la persona o grupo al cual está acompañando en su proceso de desarrollo). En esencia el líder, como afirman George y Syms (2007), necesita estar en capacidad de contactar con su propio ser para activar “la fuente de esperanza” que existe en sí mismo y en los demás.

El líder es el que moldea o da forma a la estructura de cada grupo. Con su conducción el líder puede formar grupo de personas que funcionen como equipos de trabajo, esta orientación y apoyo deben ser orientados a través de herramientas que faciliten explorar los sentimientos y filtrar emociones para definir, reforzar o cambiar la motivación espontánea

5.3 COACHING

Dado que el coaching es una herramienta que resulta en un valor agregado a la gestión tradicional del liderazgo, conviene recordar que la habilidad fundamental que tiene un coach es detectar y facilitar que el otro o el equipo, potencialicen sus fortalezas, lo cual exige por parte del líder el desarrollo y la práctica de las siguientes habilidades:

- Capacidad de poner atención, para poder observar y reconocer el talento y poder facilitar su desarrollo.

- Auto conocimiento que facilite reconocer la naturaleza de su motivación para ser líder.
- Consciencia de los estados emocionales propios y de los indicios fisiológicos que los preceden y acompañan, para darse cuenta de cómo estos pueden afectar la gestión y poder así auto regular la expresión emocional.
- Auto confianza asociada a una auto estima sana, que le permite ser generoso y poder pasar de centrarse en sus logros, a encontrar satisfacción en el desarrollo de otros, de su organización y en dejar un legado.
- Maestría de contexto asociada a la auto consciencia, que le permite saber en qué contexto opera, con quien se está relacionado y que “es lo que es”, más allá de lo que él desde su mente esta imaginando.

Las investigaciones contemporáneas sobre liderazgo coinciden en que los líderes auténticamente eficaces son aquellos que emocionalmente conectan con sus colaboradores, fundamentan su credibilidad modelando los valores propuestos, los inspiran y logran influenciarlos de manera positiva para ellos y para la organización. La posibilidad de adoptar un estilo de liderazgo congruente con uno mismo y apropiado para el contexto, depende de la Inteligencia Emocional del líder (Goleman, 2009) y la aplicación por parte de este de las competencias que la constituyen y sus habilidades asociadas, al manejo de su equipo.²²

Coaching es el proceso estructurado para conseguir la mejora en la forma de trabajar de las personas, mediante:

- La observación
- El uso de técnicas específicas
- A través de entrevistas de *feed-back*

²² Salgado Camila. Liderazgo emocionalmente inteligente. Colombia. Bogotá. 2010

Otra definición de *coaching* lo explica como un proceso de reflexión y entrenamiento individualizado destinado a modificar comportamientos y habilidades, o bien solventar carencias con el fin de gestionar mejor, buscando la eficacia en el desempeño. En este proceso existen dos personas: el *coach* (monitor) y el *coachee* (persona con la cual se trabaja).

La palabra *coach* no significa entrenador, formador (que muestra y trabaja con demostración y experiencia, y corrige, y refuerza); sino significa enseñar a través de la observación y la reflexión con la persona; es decir, "ayudar a que las personas saquen de su interior lo mejor de sí mismo". Quizás el símil más adecuado es comparar el término *coach* con el de entrenador deportivo.

Al igual que no todas las personas pueden llegar a ser buenos jefes, también es difícil llegar a ser un buen *coach*.

Un buen *coach* debe compartir y creer las dos primeras reglas del *coaching*:

- ✓ Estar profundamente convencido que las personas pueden conseguir todo lo que creen que pueden conseguir.
- ✓ Estar constantemente reforzando esa convicción en las personas.

Un buen *coach* debe ser capaz de:

- ✓ Demostrar habilidades para las relaciones con las personas en las siguientes áreas:
 - Crear sintonía.
 - Hacer preguntas / obtener información.
 - Dar y recibir *feed-back*.
 - Persuadir a las personas, influir en ellas, alentarlas.
 - Observar e interpretar acertadamente los hechos antes de que ocurran, cuando ocurren y después.
 - Ayudar a los demás a formarse y a perfeccionarse ellos mismos.
 - Pensar en criterios prácticos y manejar las situaciones con creatividad.