

**¿QUE FAVORECE LA NO HUMANIZACION EN NUESTRO SISTEMA DE
SALUD?**

**MARTHA CECILIA BUENO
MARIA CLAUDIA GIRÒN
CLAUDIA MILENA MESA
DINA ESTHER MOSCOTE**

Presentado a:

RICHARD NELSON ROMAN MARIN

Docente

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
CALI, VALLE DEL CAUCA MAYO DE 2014**

INDICE

INTRODUCCION	3
JUSTITIFACION	4
OBJETIVOS	6
Objetivos Generales	
Objetivos Específicos	
PROPOSITOS	7
DISEÑO METODOLOGICO	8
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	9
PRESUPUESTO	10
MARCO TEORICO	11
MARCO NORMATIVO	22
MOMENTO OPERATIVO	27
ANALISIS DE CAUSAS	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFIA	41

TEMA:**DESHUMANIZACION DE LA SALUD****INTRODUCCION**

El concepto de 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 de salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el concepto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual, social y familiar. Es de gran importancia que las instituciones prestadoras 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.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿QUE FAVORECE LA **NO** HUMANIZACION EN NUESTRO SISTEMA DE SALUD?

JUSTIFICACIÓN

Se escogió este tema porque en el momento esta de “MODA”, el concepto de HUMANIZACION DE LA SALUD cada vez cobra más fuerza a nivel global, es toda una filosofía basada en una relación permanente salud-paciente. Hablar de Humanizar la salud suena a contrasentido pues pareciera obvio que la salud lleva implícita el sentido humanístico de contribuir al bienestar del ser humano, la humanización es el resultado de la interacción de múltiples factores como seguridad del paciente, efectividad, oportunidad y equidad.

La justificación, el porqué de este proyecto, surgen no para negar algo que es demasiado evidente, como es el inmenso bien que la ciencia y la tecnología puestas al servicio de la medicina han hecho al ser humano. El aumento de las capacidades resolutorias de la medicina ha hecho mucho más natural resolver situaciones que años atrás hubieran sido imposibles. Esto ha llevado a aumentar las expectativas de buenos resultados en los tratamientos, así como a un mayor conocimiento de la información, aunque a veces haya sido mal adquirida por parte de los pacientes y como consecuencia ha aumentado el deseo de autonomía por parte de los mismos.

Siendo profesionales de la salud, nos sentimos víctimas en ambos sentidos de la deshumanización ya que la normatividad como está dada en este momento en Colombia no nos permite prestar una atención Humanizada pues ha convertido al enfermo en un cliente y todo se mira con los ojos de la rentabilidad, donde se quiere convertir al profesional o a la institución en algo lucrativo.

Como usuarios también somos víctimas de la deshumanización puesto que nos vemos afectados por un servicio poco eficiente, en algunas ocasiones nos sentimos como mendigos de un servicio a cual tenemos derecho y por el cual pagamos previamente, pero como conocedores de la problemática de la salud nos sentimos a la vez impedidos para exigir porque comprendemos el origen del problema.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas que llevan a la no humanización del sector a nivel de laboratorio clínico, en el periodo de enero de 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Análisis de los factores que conllevan a la deshumanización.
2. Exponer como la normatividad existente favorece la deshumanización que actualmente estamos viviendo en el sector salud.
3. Identificar controles que se puedan aplicar para evitar la Deshumanización dentro de las instituciones de salud.
4. Analizar las causas de la deshumanización a nivel de laboratorio clínico

PROPOSITOS

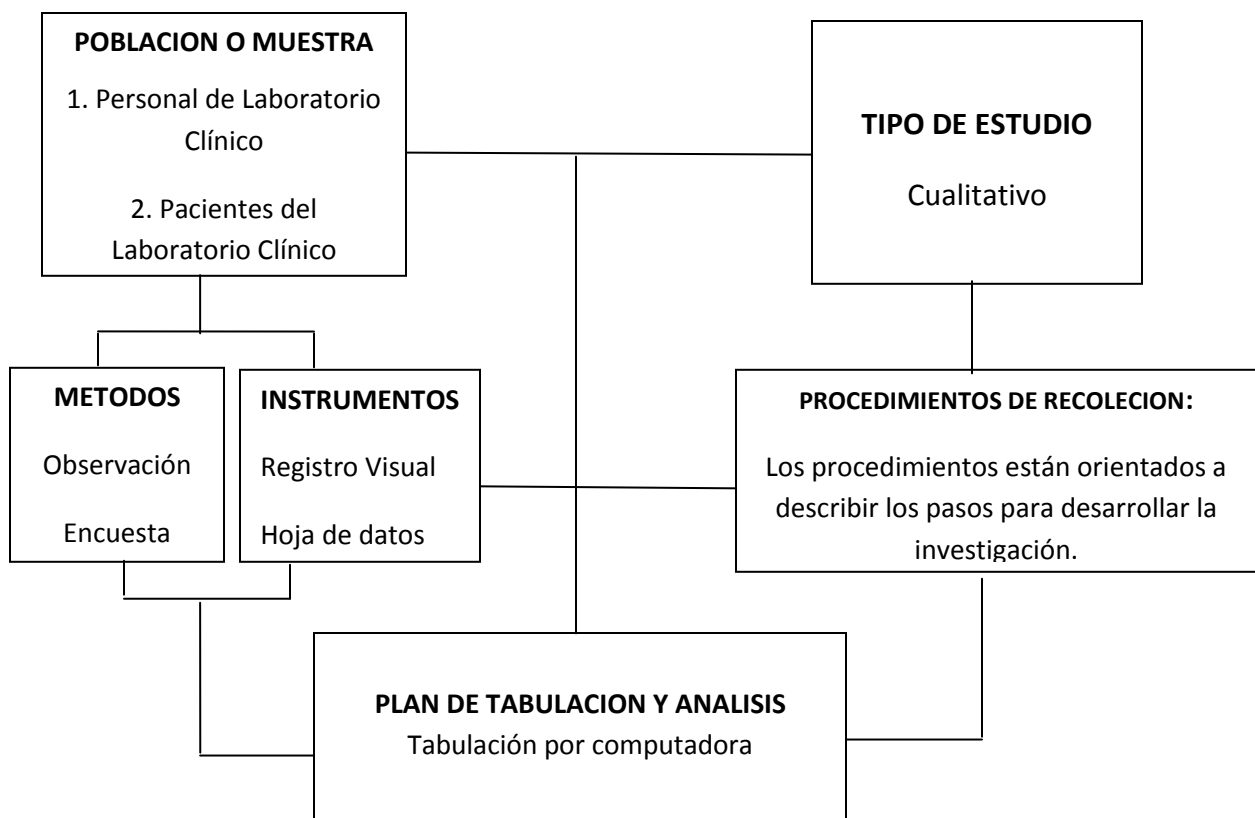
Brindar mediante los resultados de esta investigación una oportunidad en la mejora de la atención y servicios a los usuarios que acude al laboratorio clínico.

Lograr que los pacientes que acuden al laboratorio clínico se sienten totalmente satisfechos con la atención humanizada que brinda el personal del servicio.

DISEÑO METODOLOGICO

¿CÓMO SE INVESTIGA?

La base para la respuesta a esta pregunta está en el diseño de investigación que aborda dos aspectos clave: en primer lugar determinar el tipo de estudio que se va a realizar lo que incluye el procedimiento de recolección de los datos que se pretenden investigar y, en segundo lugar, se sitúa la población o muestra del estudio con su propio método de selección de la muestra y de consecución de ella. Una vez cumplidos ambos aspectos se procede a realizar una tabulación de los datos obtenidos y un análisis de sus resultados.



PRESUPUESTO

RUBROS	FUENTE DE FINANCIACION
	SALARIO
1. SERVICIOS PERSONALES.	
DINA ESTHER MOSCOTE	\$ 1500,000
MARTHA CECILIA BUENO	\$ 1500,000
MA. CLAUDIA GIRON	\$ 1500,000
CLAUDIA MILENA MESSA	\$ 1500,000
2. GASTOS GENERALES	
PAPEL TINTAS FOTOCOPIAS	\$ 50,000
TRANSPORTE	\$ 200,000
OTROS	\$ 100,000
3. TOTAL GASTOS	\$ 6350.000

MARCO TEORICO

La Medicina desde sus orígenes, ha estado sustentada en el principio de servir al hombre en función de salud, es decir, de propiciar su bienestar físico y mental, de curar sus enfermedades, de prolongar su vida. Siendo una disciplina que gira alrededor del hombre, la Medicina es de suyo una actividad antropocéntrica. ¿Quiere esto significar que la Ética Médica es, por sobre todo, una Ética Humanista?

El concepto de humanización ha ocupado lugar de destaque en las actuales prácticas de reconstrucción de la salud, en el sentido da mayor integridad, efectividad y acceso. La humanización bajo el punto de vista de la hermenéutica significa la (re)organización de las prácticas de salud, retratando el compromiso de las tecnociencias en sus medios y fines, con la realización de valores humanos

La humanización puede también ser comprendida como democratización de las relaciones entre los trabajadores, usuarios, gestores.

Se puede afirmar que la humanización es opositora a la violencia y que esta reorganiza las relaciones de trabajo, los comportamientos. Uno de los principios de la integridad y que interfiere realmente en las prácticas de salud es la humanización, y ella depende, por lo tanto, del perfeccionamiento del sistema de gestión compartida y relaciones cotidianas.

Para la concretización del proceso de humanización en salud, de la realización del cuidado humanizado, es importante un cambio en las estructuras de las organizaciones y cambios de comportamiento

Humanización puede ser visualizada como el conjunto de iniciativas para la producción del cuidado conciliando tecnología con acogimiento, ética y cultura. El profesional de la salud

es el mediador de las relaciones de vínculos y responsable por el compartir de las tecnologías de conocimientos acopladas al acogimiento de las necesidades intersubjetivas, efectuando así la humanización

La deshumanización no es patrimonio exclusivo del sector salud. En todos los sectores sociales se enfrentan crisis relacionadas con la pérdida de vista del ser humano, la masificación y la cosificación del sujeto. Es la sociedad en la que vivimos y de la cual los trabajadores de la salud formamos parte, la que parece olvidarse de su propia esencia y pierde de vista al ser humano que hay detrás de la vida en comunidad. Tal vez, la deshumanización sea vista como algo más criticable en el caso de los servicios de salud, pues albergamos la esperanza de que cuando enfermemos, es decir cuando seamos más vulnerables que de costumbre, al menos en los servicios de salud nos reciban con afecto, consideren nuestra esencia, comprendan nuestro drama, reconozcan el ser humano integral que somos y no simplemente que seamos considerados como una patología, un número, un examen por realizar, un afiliado a determinada empresa, una cuenta que presentar, un ingreso que generar etc.

Un hecho innegable que ha ido produciendo una progresiva deshumanización de la medicina. Este hecho, de naturaleza antropológica, está producido por el reduccionismo al que la medicina, prestando fe solo a su método experimental, ha sometido poco a poco al paciente que cuida. La medicina se ha dedicado a curar el dolor de los tejidos, huesos, nervios y órganos del ser humano y ha olvidado frecuentemente el sufrimiento del espíritu o persona que los sostiene. El método experimental concede solo a los primeros derechos de ciudadanía, dejando fuera a la persona.

Y así, aunque los médicos son cada vez más capaces de curar las enfermedades, ha ido apareciendo una desconfianza en general del paciente hacia el médico en algunos ámbitos dentro del ejercicio de la medicina. Lo expuesto nos habla de una debilitación en la relación entre el médico y el paciente. El arte médico de la curación está siendo poco a poco reemplazado por el tratamiento médico y el arte de escuchar al enfermo ha sido reemplazado por procedimientos técnicos. Se llega también a razonar, en estos casos, que, debido al progreso de la medicina, numerosas enfermedades pueden ser curadas independientemente de la relación que el médico tenga con el paciente y, por tanto, la relación médico-paciente no es un factor esencial. Por esta razón y algunas más que veremos, crece el descontento de algunos pacientes con sus médicos al encontrarlos cada vez más distantes.

La técnica ha invadido fuertemente, qué duda cabe, el clásico arte médico; la medicina ha sido cada vez más sustituida por la técnica y por las demandas económicas que esto ocasiona. Muchas veces el paciente percibe que el interés primario del médico no es el paciente mismo, sino un cierto interés económico. Hay una serie de realidades que contribuyen a este clima de aumento de desconfianza, que, aunque se da más en las sociedades industrializadas, es un fenómeno social que se está extendiendo; así, entre otras características están: el aumento de las demandas por fallos en la práctica médica, la comercialización de la medicina con el uso de extensa propaganda, el salario alto de muchos médicos, la economía de mercado que prevalece en la sociedad, el pagar antes del tratamiento, la carencia de trato personal entre el médico y el paciente. Por otra parte, el médico vive bajo el miedo a ser demandado, está sujeto a una excesiva demanda de tiempo

personal, y muchos pasan los primeros años de práctica endeudados por los gastos de la educación.

Podemos sintetizar, entonces, de un modo general, algunas de estas causas de la deshumanización de la salud y para la solución de las cuales nuestro proyecto quiere ser un aporte:

1. Cosificación: conversión del paciente en objeto, prescindiendo de sus rasgos personales e individuales, sentimientos y valores; 2. Ausencia de calor en la relación humana: Dificultad de encontrar equilibrio entre la distancia afectiva profesional y la implicación emocional propia de un profesional que es también persona; 3. Reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo y respeto por la debilidad: no hay unos que tengan más valor que otros, niños o adultos, ricos o pobres, blancos o negros; 4. Tratamiento integral y global del enfermo: como una persona compleja y total, abarcando todas sus dimensiones, su cuerpo, su psicología y su espíritu; 5. Participación del paciente en la toma de decisiones: en la relación del sanitario-enfermo, aun en el supuesto de que el médico tenga un estatus social superior, este tiene que tener en cuenta la vulnerabilidad y dependencia del enfermo. Y, finalmente, una relación empática que permita un modelo de alianza entre el médico y el enfermo que consista en una confianza depositada en una conciencia.

En palabras de H. Giannini, suena así lo que acabamos de exponer: “La relación médico-enfermo se ha vuelto endeble, superficial, mediatizada. Nosotros los enfermos llegamos al médico después de recorrer largos pasillos por los pisos de ostentosos edificios, símbolos de poder y de impersonalidad. Llegamos premunidos de exámenes y documentos que

vuelven casi innecesaria nuestra presencia, inútil nuestra propia experiencia del mal que nos aqueja. En la especialización salvaje, hay algo tan feo como la pornografía: se exhiben unos trozos de nuestra humanidad y solo a ellos parece volverse la mirada interesada del especialista. Y ya nos hemos acostumbrado a esta suerte de lejanía, de ser los ausentes en la consulta en la que estamos”.

A continuación, presentamos un análisis acerca de aquellos elementos que pensamos tienen un mayor peso en la deshumanización de los servicios de salud. Hemos creído de utilidad, con miras a facilitar la comprensión, distinguir entre los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias, los imputables al personal sanitario y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecno-ciencia médica. Sin embargo, tal distinción corre el riesgo de incurrir en enojosas simplificaciones, pues en realidad todos estos factores interactúan de forma tan compleja y proteica que en la praxis cotidiana se hace con frecuencia imposible tal categorización.

1.- Factores Sociológicos

a) Crisis de la cultura

Vivimos en sociedades secularizadas, en las que se impone cada vez más una cultura homogénea, en la cual prevalece el «tener» sobre el «ser», entronizándose una visión utilitarista del hombre y de la sociedad. Lo valioso pasa a ser solo aquello que reporta determinado beneficio o utilidad práctica. En tal ambiente, las relaciones interpersonales experimentan un palpable empobrecimiento al ser trastocadas en meras relaciones

interindividuales en las cuales sus actores se autodegradan de sujetos a la categoría de objetos que se usan mutuamente para buscar la satisfacción de sus propios intereses.

La nefasta repercusión de este fenómeno en el mundo de la atención sanitaria no precisa comentarios.

b) Pluralidad de sistemas éticos

En un mundo tan plural en creencias, posturas e ideologías, ha sido hasta ahora imposible alcanzar unos principios éticos fundamentales que nos permitan un consenso responsable; esto es, una «ética de mínimos». Asistimos a la puja entre la ética clásica de Aristóteles, las posturas pragmáticas o utilitaristas de S. Mill y W. James, la contractualista de Hobbes, Locke y Rosseau, la fundamentación discursiva de Habermas, la ética deontológica de Kant, la fenomenológica de M. Scheler y N. Hartmann, entre otras. Nos encontramos pues, en medio de una Babel ética donde no logramos entendernos

c) Exigencias paradójicas

Por otro lado, en el seno del mundo contemporáneo existe una profunda ambigüedad, que consisten por un lado al personal sanitario (médico y paramédico) se le exige de manera válida, una cuota de sacrificio, abnegación, entrega y desinterés, que sin embargo la sociedad actual, atenazada por el egoísmo individualista, el afán de lucro y el hedonismo, no esta dispuesta a asumir ni vivenciar y, por tanto, es la mayoría de las veces incapaz de incentivar.

d) Medicalización de la sociedad

Las numerosas problemáticas, tensiones e insatisfacciones de todo tipo que afrontan de manera constante los individuos, se traducen habitualmente en síntomas de origen funcional, pertinaces y de muy difícil control. El gran volumen de personas así enfermas,

genera una demanda que presiona a los sistemas sanitarios estimulando su hipertrofia. Este fenómeno, unido al simplismo con el cual es enfocada la solución de ciertas problemáticas sociales e individuales, ha dado paso a una creciente medicalización de la sociedad. De esta forma, son invertidos en todo el mundo cuantiosos recursos materiales y humanos que, con la pretensión de solucionar «problemas de salud», solo están tratando sus signos y síntomas en lugar de sus verdaderas causas, pues sus soluciones rebasan ampliamente la perspectiva sanitaria.

2.- Factores Secundarios a la Organización y Funcionamiento de las Estructuras

Sanitarias

Con cierta frecuencia, es en la organización y funcionamiento de las estructuras de salud donde se hallan algunos de los factores que de forma directa o indirecta, atentan contra una asistencia humanizada, entre estos se encuentran:

a) Inestabilidad del personal y fragmentación de los servicios de salud

Debido a la complejidad, dinamismo y sobrecarga a los que están expuestos algunos servicios de salud, no siempre es posible garantizar la estabilidad de la atención y el seguimiento del paciente por el mismo profesional.

A menudo el individuo enfermo se relaciona no con un médico en particular, sino con un equipo más o menos extenso de personas. Esto impide la relación que es capaz de generarse en una comunicación interpersonal estrecha y fluida, a la vez que diluye el compromiso con su cuidado y la responsabilidad con los resultados de las acciones diagnósticas y terapéuticas.

Otro peligroso factor de despersonalización de la asistencia sanitaria es la cada vez mayor fragmentación de los servicios, lo cual atenta contra la visión del individuo en su compleja e indivisible totalidad.

b) Criterios parciales de evaluación de la calidad de los servicios de salud

En las últimas décadas, ha tenido lugar el progresivo establecimiento, en la mayor parte de los países, de la economía de mercado de corte neoliberal, en la que las leyes del libre mercado disfrutaban de un poder casi ilimitado.

Al mismo tiempo, los estados parecen desentenderse cada vez más de su tradicional papel de velar por el interés general y de asistir a los más desfavorecidos. Como una de sus consecuencias negativas, ha ido ganando terreno la tendencia a evaluar también los resultados y la calidad de los servicios de salud con fríos criterios economicistas (competencia, productividad, eficiencia) encaminados a rentabilizar al máximo los recursos sanitarios y originar ganancias.

Las consecuencias de este enfoque han sido desastrosas tanto para los pacientes como para el personal médico y paramédico, pues como lo describe Lelkens «Los hospitales están considerados como empresas comerciales que deben someterse al criterio del provecho, la asistencia sanitaria proporcionada se ha convertido en un «producto» y el paciente en un «cliente», la calidad del producto que se proporciona debe ser calibrada con el menor costo y ser lo más eficiente posible. En la práctica, esto se traduce en: recortes presupuestarios y de personal, aumento del volumen de pacientes-clientes, omisión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos costosos, así como la

escandalosa carestía de servicios y seguros médicos, que excluye a todo aquel sin suficiente capacidad financiera en suma: ominosa deshumanización de la asistencia sanitaria.

Otra tendencia es la consistente en evaluar la calidad de los servicios con criterios de efectividad, es decir, con el logro de determinados objetivos y metas de tipo estadístico. La persona concreta afronta entonces el riesgo de ser ignorada o vulnerada en su individualidad y su subjetividad, puesto que sus intereses, necesidades e incluso sus derechos (información, autonomía, confidencialidad), están supeditados al logro de determinada cifra o indicador. Sumergido en esta corriente, el personal sanitario puede llegar a percibir al paciente que tiene ante sí, no como a un ser humano investido de una dignidad absoluta, sino como a alguien que eventualmente podría representar una inclinación favorable o no, de alguna tasa o índice estadístico, que es lo que en último término evaluaría la efectividad y la calidad de su trabajo. Este degradante reduccionismo, deshumaniza la atención de salud, desencadenando flagrantes abusos y todo tipo de excesos.

c) Inadecuadas estrategias gerenciales y de dirección

Estrategias inadecuadas de dirección y gerencia de salud, pueden favorecer la aparición de rasgos deshumanizadores en la práctica médico-asistencial. La dirección basada en un excesivo centralismo, con el predominio de esquemas rígidos que otorgan muy poco margen a la participación de los subordinados en la toma de decisiones y en los que casi todo está ya normado, de tal forma que la defensa de un criterio profesional o la adopción de una determinada postura, incluso en las materias o tópicos en los cuales no se ha legislado, necesita ser refrendado por los niveles superiores; frena la creatividad, generando

descontento y frustración en el personal, así como falta de compromiso con los resultados de la labor. Esto repercute negativamente en la calidad humana de la asistencia sanitaria.

Otro tanto ocurre cuando las instancias directivas no tienen en cuenta las aspiraciones y necesidades -entre ellas la de realización profesional-experimentadas por los miembros del personal, supeditándolas por entero a situaciones coyunturales y organizativas de la institución o la superestructura sanitaria. El profesional que no puede decidir dónde y en qué trabajar, cómo y cuándo superarse o especializarse, en cuál campo investigar, ha sido privado de su autonomía y degradado a mero instrumento.

Y quien se siente instrumentalizado, será difícil que a su vez no trate como objetos a cuantos de él dependen.

d) Excesiva burocratización

La excesiva burocratización de los sistemas sanitarios provoca que el personal emplee parte sustancial de su tiempo en actividades burocráticas, en detrimento de las asistenciales o promocionales. Me permito citar a F. Torralba, quien ha dicho «Resulta evidente que la burocratización es algo inevitable cuando se trata de coordinar y atender a una masa humana sin embargo en el plano ético, la burocratización del cuidar, altera negativamente el sentido y la esencia de este proceso, dicha acción requiere el rostro a rostro, la salvaguarda de la identidad personal y esto, en el seno de un mundo de vida radicalmente burocratizado, es difícil llevar a cabo»

Factores Relativos al Personal Sanitario

a) Desequilibrio en la formación académica.

La formación centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de los contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, casi inexistentes en los programas de pre y postgrado, unido a la enseñanza de una ética deontológica limitada a códigos administrativos y procedimentales logra, como resultado, profesionales con un elevado saber científico y gran pericia técnica, pero con una pobre formación humana y la consecuente incapacidad para interactuar con la persona enferma, comprendiendo el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva holística e integradora.

No resulta raro constatar que incluso para médicos recién graduados con brillantes calificaciones, conceptos básicos como «dignidad humana », resulten tan difusos o sumamente abstractos que les resulte difícil su aplicabilidad o vivencia en la práctica profesional.

MARCO NORMATIVO

Constitución Política de Colombia de 1991

“De los derechos fundamentales: el derecho a la vida, derecho a la información, a la participación e igualdad”.

Ley 23 de 1981 Código de Ética

La cual dicta normas sobre la Ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia.

“La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político o religioso. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”.

“La relación médico-paciente es el elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional. Pero las instituciones que hacen parte del sistema de seguridad social en salud deben implementar y entregar herramientas a los trabajadores que conlleven a prestar un trato digno y respetuoso a los ciudadanos de Colombia”.

Ley 100 de 1993

“El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico en salud”.

Ley 1122 de 2007

“La presente ley tiene como objetivo realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos, de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento de los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de los servicios de salud”

Ley 1438 de 2011

“Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad.

“El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y

núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención

Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población”.

“Los principios del sistema general de seguridad social en salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: Son algunos principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud”:

“Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños”.

“Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”.

“Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población”.

“Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud”.

“Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad”.

Resolución 13437 de 1991

Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

“Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas” se presentan los diez derechos de los pacientes”.

Decreto 1011 De 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.

“Características - del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. “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”.
2. “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”.
3. “Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.
4. “Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. “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”.

MOMENTO OPERATIVO

Para hacer este diagnóstico se escogió dos laboratorios de la región sur occidente Colombiano y se hizo una medición enfocada en identificar si existía o no deshumanización en la atención, para lograr este objetivo se diseñó una ficha técnica cuya finalidad es tabular la información recolectada en el trabajo de campo proveniente de las encuestas de satisfacción, la medición de los tiempos de atención, reporte de eventos adversos y reporte de quejas de los usuarios.

VARIABLES IDENTIFICADAS					
variable	definicion conceptual	definicion operacional	tipo de variable	escala de medicion	indicador
satisfaccion del cliente	conformidad de un apersona cuando realiza una compra o utiliza un servicio	nivel de satisfaccion de un paciente despues de utiliza el servicio del laboratorio	cuantittiva	muy malo - malo-regular-bueno - excelente	indicador de satisfaccion porcentaje de clientes satisfechos y no satisfechos
tiempos de permanencia	permanencia como una cualidad que hace que una cosa, persona o fenómeno dure en el espacio y en el tiempo sin variar sus características o haciéndolo en un nivel mínimo	es el tiempo en el que un aciente es atendido desde su llegada hasta que es recepcionado hasta que termina la atencion en la toma de muestras	cuantitativa	hora de llegada - hora de recepcion - hora de toma de muestra	oportunidad en la atencion
Solicitudes, quejas y reclamos	El Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias es una herramienta gerencial para el control y mejoramiento continuo, que nos permite visualizar lo que sucede en nuestros escenarios, conocer las inquietudes y manifestaciones que tienen nuestros clientes para fortalecer su atención y servicio	tiempos de respuesta a quejas y acciones implementadas canales de comunicacion del usuario cuando necesita expresar una inconformidad	cualitativa	cumple o no cumple- acciones implementadas	

A continuación se encuentra el formato que se utilizó como encuesta de satisfacción para

Monitorear el % de clientes satisfechos durante la prestación del servicio.

Se encuestó al 10% de los usuarios atendidos durante el mes de enero de 2015.

Encuesta de satisfacción

Recibió información sobre las condiciones para la toma de muestra si___ no___

Fue orientado en el momento de llegada a la institución si___ no_____

Marque con un a X como califica la atención en

	Muy malo	malo	regular	Bueno	Excelente
Orientación portería					
recepción					
Toma de muestras					

Califique con una x

	Muy malo	malo	Regular	Bueno	Excelente
Instalaciones físicas					
Actitud del personal					
Procedimiento en toma de muestra					
Se le dieron a conocer sus deberes y derechos					

Su opinión por favor:

El siguiente formato se utilizó para Monitorear el cumplimiento al tiempo de atención con el fin de evaluar la capacidad de prestación del servicio y medir la satisfacción del cliente.

FORMATO PARA MEDICION DE TIEMPOS DE PERMANENCIA EN LA ATENCIÓN	
PERMANENCIA	
HORA DE LLEGADA:	
HORA DE RECEPCIÓN:	
HORA DE TOMA DE MUESTRAS:	

Quejas sugerencias y reclamos

Identificar la proporción de quejas manifestadas por los clientes durante la prestación del servicio para generar acciones tendientes a mejorar los procesos y garantizar un servicio conforme a la propuesta de valor.

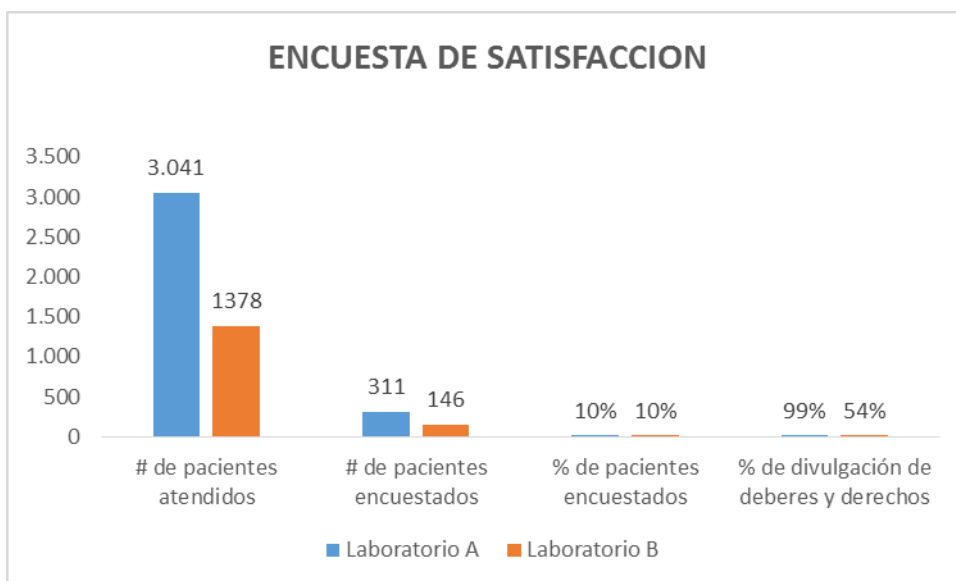
QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMOS
QUEJAS:
SUGERENCIAS:
RECLAMOS:

Firma: _____

Fecha: _____

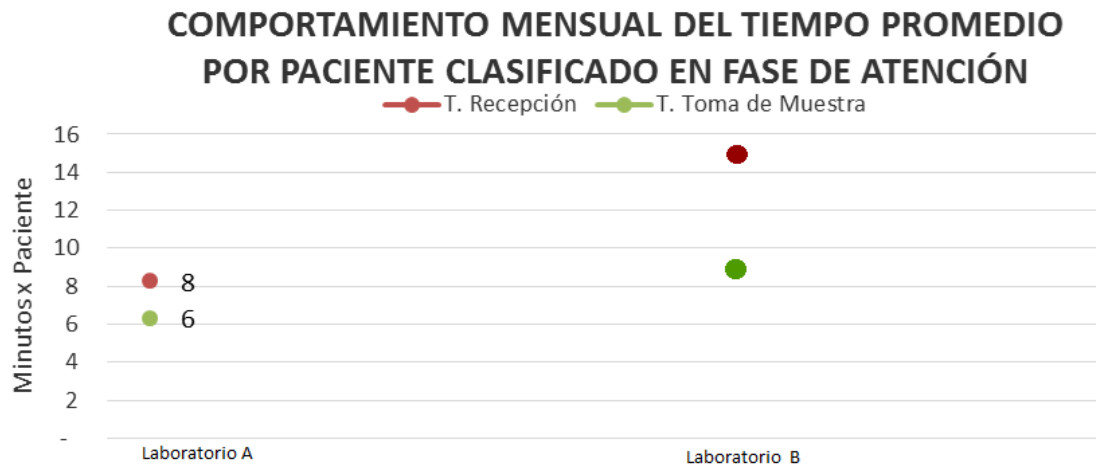
Datos obtenidos durante el mes de enero de 2015 con las encuestas de satisfacción.

	Laboratorio A	Laboratorio B
# de pacientes atendidos	3.041	1378
# de pacientes encuestados	311	146
% de pacientes encuestados	10.22%	10.59%
% de divulgación de deberes y derechos	99%	54%
% de usuarios satisfechos	100%	99.3

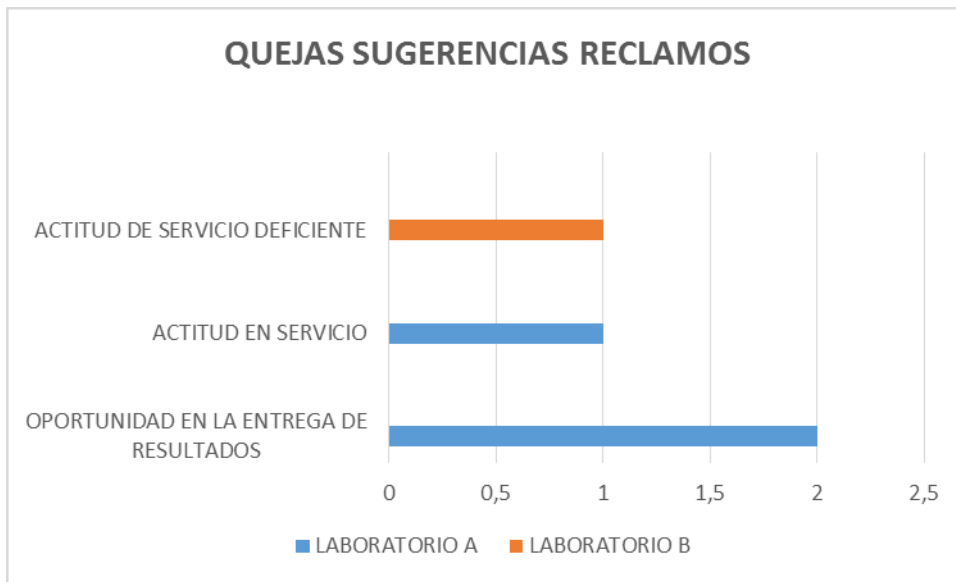


Datos obtenidos durante el mes de enero de 2015 en tiempos de permanencia del paciente durante la atención

	Laboratorio A	Laboratorio B
# de pacientes atendidos	3.041	1378
Cantidad de Registros	423	219
% de registros	13.9%	15.89
Promedio de Tiempos de la recepción	8 minutos	15 minutos
Promedio de Tiempos toma de muestra	6 minutos	9 minutos



	Laboratorio A	Laboratorio B
# de quejas	3	1
Causas identificadas	Actitud(2) Oportunidad en la entrega de resultados(1)	Actitud de servicio deficiente (1)



No hubo reporte de eventos adversos durante el mes de enero

ANÁLISIS DE CAUSAS

Al hacer un análisis de la situación de cada uno de los laboratorios se puede concluir lo siguiente:

En el **laboratorio A** la situación parecería que es un servicio humanizado ya que los parámetros en tiempo de atención son muy aceptables ya que en promedio un paciente es atendido en 15 minutos y el porcentaje de los pacientes satisfechos es casi del 100%, se

presentan quejas de los usuarios quienes expresan que a pesar de ser el mejor laboratorio las personas que los atendieron tienen una actitud displicente y enérgica.

Causas identificadas:

Talento humano: largas jornadas laborales, baja remuneración, competencias laborales, no hay aprendizaje organizacional o una cultura organizacional implementada.

Procedimiento: alto volumen de pacientes atendidos.

Infraestructura: la demanda sobrepasa la capacidad instalada para la atención, los colaboradores se encuentran en hacinamiento.

Externas: las aseguradoras y el sistema de salud en Colombia, tarifas convenidas ofrecidas por las EPS no son controladas por el estado, intermediarios de la salud

Al hacer una ponderación la causa principal a impactar es el área del talento humano.

Para lo cual se sugiere diseñar capacitaciones al personal que tiene dificultades de actitud y hacer un verdadero seguimiento lejos de una cultura punitiva sino en pro del mejoramiento.

Generar verdaderos incentivos que motiven al personal

Se puede concluir que varios factores favorecen la no humanización en los laboratorios y en todos los servicios de salud.

El **laboratorio B** está muy lejos de cumplir con unos tiempos oportunos de atención con un promedio de 24 minutos es un promedio muy alto tratándose de usuarios que deben asistir la mayoría en ayunas.

En esta sede solo se presentó una queja en el mes de enero y fue por actitud de servicio deficiente no fue por mala actitud del personal en este el servicio se califica como deshumanizado el porcentaje de pacientes satisfechos es bajo y un alto porcentaje de ellos dice no conocer sus deberes y derechos.

Causas identificadas:

Infraestructura: la demanda supera la capacidad instalada, no hay rutas de evacuación identificadas, la ubicación es en un segundo piso no hay acceso a discapacitados

Talento Humano: no hay cultura de lavado de manos, no hay adherencia a protocolos de seguridad del paciente (no aplican el autorreporte del evento adverso), no hay cultura organizacional implementada, altos volúmenes de trabajo.

Procedimiento: falta planeación de la atención, no hay adquisición oportuna de los insumos.

Infraestructura: es el factor que más impacta en la deshumanización del servicio el plan de acción inmediato es en esta área ya que la sede como tal no cumple con los más mínimos estándares.

Y como segundo plan de acción es en implementación de una cultura organizacional por medio de capacitaciones e incentivos al personal

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Para que un servicio de laboratorio clínico sea humanizado debe estar organizado y debe cumplir estándares incluidos en la norma técnica pero además de eso y lo más importante es la sensibilización y humanización del personal que se da a través de un aprendizaje organizacional, que debe estar direccionado desde la gerencia y ser transversal a todos los colaboradores. Se debe entonces contar con profesionales en

continua preparación para la humanización de la atención, mediante cursos, capacitaciones, talleres, auditorias, seminarios, conferencias, que brinden la oportunidad de instruir 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.

- Pero la humanización no solo se debe enfocar en el trato hacia el paciente que es lo principal sino que también debe tener implícito un mejoramiento continuo basado en el ciclo PHVA, seguridad del paciente cuyo principal objetivo es minimizar los riesgos al que se puede exponer un usuario durante la atención y la prestación del servicio, el reporte del evento adverso y su análisis debe incluir a la gerencia del talento humano y a todas las áreas que apoyan la prestación del servicio.
- Las relaciones humanas en general se han trivializado y el ritmo acelerado de la vida moderna impone formas de comunicación y esquemas de lenguaje marcados por la superficialidad; la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes es influida por este fenómeno colectivo, que en el caso de la atención en salud se hace más doloroso para quien lo padece, el enfermo, su familia y el propio trabajador de la salud.
- Las propias instituciones de salud contribuyen desde su estructura y sus procesos a la pérdida de contacto entre los seres humanos. A veces los edificios en los que se atiende la salud, carecen de comodidades y sus estructuras son hostiles y poco sensibles a las necesidades de los usuarios. Con mucha frecuencia se trasgrede la intimidad y la

privacidad, a veces las áreas de trabajo son ruidosas e impiden el reposo de los enfermos.

- Además las instituciones también pueden expresar signos de deshumanización hacia sus propios colaboradores, imponiéndoles condiciones de trabajo poco dignas, vulnerando sus derechos o limitando sus posibilidades de desarrollo. La deshumanización es entonces mucho más que un problema de relación entre seres humanos, es un problema sistémico y debe ser visto en forma más global para ser entendido y atendido. El trabajador de la salud no es la causa de la deshumanización, es solo una de sus víctimas. Las instituciones son un factor crítico por analizar en la etiología del fenómeno, pero también lo es el sistema de salud. Es evidente que la práctica clínica está cada vez más institucionalizada y es mediada por agentes externos diversos, en nuestro caso las aseguradoras y demás pagadores, los directivos de las instituciones en las que se atienden los pacientes, los productores de tecnología y otros.
- Los nuevos modelos de relación laboral entre profesionales de la salud y las instituciones en las que trabajan y las demandas crecientes de tecnología se constituyen en factores que contribuyen a la deshumanización: turnos prolongados, asignación de cada vez más pacientes en el mismo tiempo de atención, inestabilidad laboral como consecuencia de mecanismos de contratación, alta rotación que hace que el paciente no tenga seguimiento por un solo profesional, sino que cada vez sea visto por alguien

diferente, menosprecio de la medicina general y tendencia a la especialización y sub especialización, tiempos de espera prolongados e insatisfacción creciente, entre otros.

- La existencia de múltiples planes de beneficios y la exclusión resultante de acuerdo con el nivel socioeconómico y de cobertura del sistema, genera resentimiento que se transfiere a los trabajadores de la salud y mayor tensión en la relación. En algunos casos el exceso de papeleo y la necesidad de diligenciar multitud de formatos por razones administrativas, termina afectando el tiempo disponible para el contacto con el paciente, convirtiéndose en otro factor crítico de la deshumanización. Estos elementos terminan fragmentando la atención y afectan la calidad de la relación entre el paciente y el profesional de la salud.
- Se sugiere implementar un programa de auditorías internas para identificar y dificultades que puedan impactar en el servicio al atender al usuario y así crear acciones de mejora. Una de las auditorías que se puede realizar es la de “Paciente oculto” donde se envía un usuario para que utilice el servicio y de una opinión de como fue el servicio recibido, todo esto es conocimiento de la alta gerencia.

BIBLIOGRAFIA

Rodríguez, A. (2004). Modelos de relación médico-paciente. Reflejo de la deshumanización de la salud. Revista de estudios médicos humanísticos, 12(2). Recuperado de:

<http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica12/Modelos.html>

Lelkens, J. (2001). Deshumanización de la asistencia sanitaria dentro y fuera de las estructuras sanitarias. *Dolentium Hominum*; 46(16): p.22.

Goic Goic A. (2004) *Grandes médicos humanistas*. Ed. El Saber y la Cultura, Santiago de Chile. Prefacio de Humberto Giannini, pág. 9-10

Rodriguez, C. (2012) Humanización de la atención en salud y acreditación, *Revista Normas y calidad* 87(1). Recuperado de:

[http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista Normas y Calidad N 87.pdf](http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista_Normas_y_Calidad_N_87.pdf)

Ayala C. (2012). Humanizar los servicios de salud. Recuperado de:

<http://www.uca.edu.sv/noticias/texto-1430>

Albani P. (2014) La deshumanización afecta los pacientes de hospitales públicos. Periódico *La Hora*, marzo 2014. Recuperado de:

<http://www.lahora.com.gt/index.php/nacional/guatemala/reportajes-y-entrevistas/193061-la-deshumanizacion-afecta-a-los-pacientes-de-los-hospitales-publicos>.

Santos A, Peña M. (2003). Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas.

Cuadernos de Bioética de Cuba 14 (50). Recuperado de:

www.cbioetica.org/revista/42/421218.pdf

Rodríguez A. (2011) Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Revista Enfermería en Costa Rica* 32(1).

Sánchez J. (2012) Tesis Doctoral: “Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del área 1 de salud de la región de Murcia” Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. 2012.

González J., Quintero D. (2009) Trabajo de grado: Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de Ginecología de una institución de nivel II y III de atención. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. 2009.

Alvis T, Moreno M, Muñoz S. (2002) “Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización”. *En: el arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: unibiblos. P. 207-216.

Humanización de la atención en salud y acreditación Por: Doctor Carlos Édgar Rodríguez