

HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD

**PAULA TATIANA CHICA CASTAÑO
LINA MARIA HERNANDEZ ZUALUAGA**

**ASESOR
RUBÉN DARÍO AGUDELO LOAIZA
ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA
ESTUDIANTE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
DOCENTE DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE MANIZALES
INTEGRANTE GRUPO DE INVESTIGATION SIG**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD
MANIZALES**

AGRADECIMIENTOS

Brindamos nuestro más sincero agradecimiento a todos los actores que permitieron que este proyecto de investigación se llevara a cabo. En primer lugar a la universidad Católica de Manizales a cargo del asesor Rubén Darío Agudelo Loaiza Enfermero especialista en salud pública , por su dedicacion y orientacion para realizacion del proyecto y a la unidad de prevencion clinica de Coomeva EPS por tener la capacidad de aceptar nuestro proyecto aplicado a su empresa y tener la diligencia de realizar grandes esfuerzo en beneficio de sus pacientes .

Ademas queremos hacer un agradecimiento especial a los usuarios o pacientes de la unidad de prevencion clinica de Coomeva EPS , por su participacion activa en el proyecto , gracias a su comprension y solidaridad los invetigadores cumplimos con exito las actividades propuestas .

No podemos olvidar dar gracias a DIOS quien fue el sustentador y provisor de nuestras vidas para permitirnos culminar con exito este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO.....	4
INTRODUCCION.....	5
OBJETIVOS.....	6
REFERENTE TEOTICO.....	7
METODOLOGIA.....	17
RESULTADOS Y DISCUSION.....	22
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29



Universidad
Católica
de Manizales

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: Humanización de la atención de Salud

Investigador Principal: Paula Tatiana Chica Castaño

Coinvestigador Lina María Hernández Zuluaga	Dedicación: TC TP MT
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero

Línea de Investigación: Gestión de la calidad en salud

Área de conocimiento a la que aplica: Salud

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización de Administración de la Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:
Ciudad: Medellín Departamento: Antioquia

Duración del Proyecto (periodos académicos): primer semestre del 2014 y segundo semestre del 2014

3. INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países uno de los aspectos más importantes es la salud y el bienestar de sus habitantes, y en sus planes de desarrollo ocupa los primeros puestos. En Colombia por ejemplo existen políticas públicas enfocadas en la cura de enfermedad y en la calidad de los servicios de salud, pero también existen políticas muy débiles en cuanto a la atención humanística, donde se reconozca a la persona no solamente desde su vulnerabilidad física y su enfermedad si no también se tenga en cuenta sus percepciones, sentimientos y emociones, su vida social y lo que la enfermedad significa para la persona que la padece. El ser humano es un ser integral que hace parte de un todo y se debe desenvolver en un ambiente que implica características tanto biológicas como sociales, psicológicas, espirituales y culturales, su ser está dotado de conciencia, inteligencia, racionalidad y un sin número de sentimientos que lo caracterizan (2).

Para el paciente existen aspectos muy importantes y significativos en cuanto a la atención en salud, como lo son la amabilidad, el carisma, la disposición de tiempo del profesional de la salud, las complicaciones que pueden ocurrir en el proceso médico, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo de oportunidad de la consulta, el tiempo en la sala de espera, son características que puede evaluar y que valora como calidad de la atención en salud humanizada puesto que esta atención tiene relación directa con la satisfacción y la unión del paciente con el servicio de salud prestado, además de poder acceder a él equitativamente y oportunamente. El paciente tiene derecho a exigir atención segura, pertinente, respetuosa y calidad por parte de la institución de salud a través de sus empleados.

Teniendo en cuenta que nuestra profesión tiene como objetivo fundamental el velar por el cuidado o el bienestar de los seres humanos, decidimos inclinarnos hacia la humanización de la atención en salud, con el propósito de ser consecuentes con dicha labor que implica vocación de servicio y atención integral de calidad.

Se hace necesario que en las instituciones de salud, sus empleados tengan siempre

presente que el individuo es un ser integral y el motivo principal de atención en salud. Para lograr entender al individuo como un todo se requiere, además del trabajo interdisciplinario y multiprofesional, reflexionar sobre los elementos básicos de la condición humana. Lo anotado debe constituirse en una constante función del profesional de salud, y más si desea mejorar la calidad del sistema de salud.

Esta investigación lograra identificar aspectos y acciones del ser humano que condiciona o limita vinculos asertivos entre individuos, con el fin de beneficiar tanto al profesional de la salud como a su paciente. “La deshumanización es reflejo de la ocurrencia de fenómenos sociales similares en materia de comunicación entre seres humanos y tiene importancia especial en el caso de los servicios de salud, pues es justamente cuando el ser humano enferma, que requiere mayor atención, diálogo y proximidad. Las relaciones humanas en general se han deteriorado y el ritmo acelerado de la vida moderna refleja un lenguaje marcado por la superficialidad” (4). sin embargo es importante resaltar que las acciones y actitudes del ser humano, en este caso del profesional de la salud , son la concecuencia de factores que influyen directamente sobre el.

4. OBJETIVOS

4.1. **OBJETIVO GENERAL:** Evaluar las acciones y actitudes del personal de salud, en ejercicio de la práctica clínica, que interfieren frente a la política de Humanización implementada en la Unidad de Prevención Clínica de Coomeva EPS, durante el primer semestre del año 2014.

4.2 **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ✓ Evaluar el grado de satisfacción del usuario de acuerdo a las conductas tomadas por el personal de salud que están contempladas en la política de Humanización del Servicio.

- ✓ Observar y tabular la respuesta y el impacto de los usuarios ante las actitudes de atención clínica de los profesionales de salud en la Unidad de Prevención Clínica de Coomeva.
- ✓ Evaluar la adherencia de los profesionales que laboran en la unidad de prevención clínica Coomeva a la política de humanización

5. REFERENTE TEÓRICO

5.1 MARCO TEÓRICO

Una de las mayores críticas al sector salud en la actualidad es la relacionada con el abordaje integral del ser humano y es que el mundo de la salud está cada vez más definido desde la enfermedad, una pérdida de vista de las relaciones humanas, el mal trato, la deficiente comunicación son evidentes y los servicios de salud se han convertido, sin generalizar en mercancía y hay indolencia frente a los pacientes. Sin embargo hay que tener en cuenta que Los trabajadores de la salud, están sometidos cada vez a mayores presiones laborales, con dificultades salariales, pérdida del ingreso y dificultades para mantener su estatus. 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, es la sociedad donde vivimos, de la que hacemos parte, y que parece olvidarse de su propia esencia. Sin embargo en la atención en salud, la deshumanización es vista de forma más crítica pues los pacientes cuando enferman esperan ser recibidos con afecto, respecto y que se les considere por su sufrimiento y no simplemente por su patología y el ingreso que generan (6).

En la actualidad cada día que pasa cobra más fuerza el concepto de humanización de la salud, toda una filosofía basada en la relación permanente de salud-paciente, que tiene muchos aspectos por considerar. La atención humanizada es la imagen

que se refleja por parte del personal y la organización de salud al paciente. Hablar de “humanizar la salud” suena muy obvio, pues pareciera que la salud lleva implícito el sentido humanístico de contribuir al bienestar del ser humano. Sin embargo, el tema y sobre todo, su aplicación, conllevan la interacción de múltiples factores.

Humanizar la salud no es otra cosa que considerar al ser humano en sentido global, holístico, es decir, en su dimensión física, intelectual, emocional, relacional o social y espiritual. Para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hay que ir en contra de la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la super-especialización, es decir, al profesional de la salud se le debe formar no solo en el área biológica de la enfermedad, sino también hay que prepararlos en el respeto, la ética y las relaciones humanas, dejar de lado un poco esa visión de la salud como un negocio rentable, pues el crear una salud más humana es tarea de todos.

La humanización apuesta a la organización de los procesos en salud, existen formas de organizar, con el fin de facilitar el entrenamiento de los problemas potencializar la producción de soluciones creativas. Como menciona Escorel S Las formas de organizar son:

- Acogida/ recepción
- Clínica ampliada integralidad
- Gestión y responsabilidad del equipo laboral
- Valorización del trabajo y del trabajador de la salud

Según lo anterior, se puede deducir que existen diversas maneras de dirigirse al paciente buscando siempre su bienestar y comodidad, por ejemplo: que existan sistemas de información que facilite al paciente la utilización del servicio, crear mecanismos de reducción de tiempo de espera del paciente, mantener en condiciones favorables de uso, los equipos y las instalaciones, además de permitir

que los profesionales de la salud crezcan a través de la educación continuada y participación de eventos institucionales(5).

Conceptualizar la humanización significa aumentar el grado de responsabilidad de las diferentes personas que trabajan en los servicios de salud, implicando cambios en la cultura de atención al paciente y de los procesos de salud, además de garantizar a los profesionales las condiciones para que realicen su trabajo de modo digno fortaleciendo el trabajo en equipo y estimulando procesos integrados, dando valor a la dimensión subjetiva y social en toda las prácticas de atención en salud (5).

Lo que la humanización en salud pretende es que el profesional pueda lograr estar calificado para:

- Recepcionar, Atender, Escuchar, Dialogar, Tomar decisiones, Amparar, Orientar y Negociar. Con el fin de proveer salud en los niveles individuales y colectivos.

Se hace necesario instituir espacios para acoger y vincular al paciente y su familia con el fin de ampliar el acceso con abordaje del riesgo y vulnerabilidad, con responsabilidad social y construcción de nuevos valores de solidaridad, compromiso y construcción de cultura.

“Acoger es recibir bien, oír la demanda, buscar formas de comprenderla y solidarizarse con ella. Desarrollar maneras adecuadas de recibir los distintos modos como la población busca ayuda en los servicios de salud, respetando el momento existencial de cada uno” (5).

Escuchar al paciente permite gestionar mejor el trabajo al igual que su optimización, es decir si el profesional además de acoger, escucha a su paciente, este percibirá que no todas sus demandas deberán ser atendidas el mismo día. De esta manera se van estableciendo vínculos entre el personal de salud, el paciente, sus familias y la comunidad.

La humanización de los servicios de salud se propone defender los valores esenciales del ser humano y favorecer su calidad de vida

FACTORES Y CAUSAS DE DESHUMANIZACION

- Tendencia a percibir al paciente como un objeto, es decir, el paciente siente que es acogido de manera fría e impersonal. La falta de una comunicación asertiva y una información limitada al paciente acerca de su patología, son factores de deshumanización.
- Presencia de una relación de tipo funcional, es decir, el juego de poder en la relación personal de salud-paciente – administración existe una manipulación sutil, las necesidades y los derechos de los pacientes no constituyen el criterio normal del comportamiento interpersonal.
- Marginación de algunas categorías de pacientes, por lo que es notorio que en ocasiones existe desinterés por pacientes ancianos con patologías crónicas de mal pronóstico, o pacientes con algún tipo de enfermedad terminal.
- Explotación del personal de la salud, la burocratización de los servicios de salud, la falta de estabilidad laboral, carencia de elementos necesarios para ejercer, deficiente capacitación y actualización de los profesionales, la no valoración y reconocimiento del trabajador generan rutina, apatía, resistencia al cambio, un encuentro frío con el paciente.
- Recursos económicos deficientes y mal manejo de ellos, la falta de continuidad en las políticas de salud, la alta rotación de personal y la mala administración de los recursos.
- Prioridad dada a los procesos administrativos, el tiempo de consulta de cada paciente, la cantidad de pacientes diarios que deben atender los profesionales

- La tecnología médica, muchas personas consideran que esta es la causa mayor de los problemas de deshumanización porque aumenta la distancia física y social entre el paciente y su médico (7).

Una de las tantas maneras e importante según Cachón Rodríguez, para evitar la deshumanización en los servicios de salud es la capacitación constante de los profesionales de la salud en el ejercicio de los derechos y deberes de los pacientes, con el fin de armonizar las relaciones que se establecen entre los diversos elementos del sistema salud y sus pacientes en las condiciones libertad y respeto a la dignidad humana (1).

Otro factor muy importante e influyente en el tema, es Según Menéndez, que cualquier sistema médico, ya sea tradicional o cosmopolita, supone un cuerpo de conocimientos, así como una configuración ideológica que viene condicionada por las orientaciones sociales, políticas y económicas de la sociedad donde se desarrolla. En nuestro país por ejemplo, los procesos asistenciales que se llevan a cabo en las instituciones prestadoras de servicios de salud están fuertemente influenciados por las políticas en salud que determinan la distribución y la gestión de los recursos, regulan la oferta y la demanda e inciden de manera transversal en todo el sistema institucional. Es desde el poder político y económico desde donde se definen las políticas de salud, por lo que el análisis de las estructuras económicas y políticas es esencial para comprender cómo se desarrollan los procesos asistenciales en las instituciones que prestan los servicios de salud (9).

Los programas de formación continuada que se imparten en las instituciones de salud, están básicamente orientados a la adquisición, mantenimiento o mejora de competencias técnicas, siendo escaso el peso de la formación para la adquisición de otros tipos de competencias, por ejemplo, las competencias para las relaciones

humanas, constituyen una de las causas principales que motivan insatisfacción en los pacientes por los servicios recibidos, por lo que es conveniente sensibilizar a los profesionales hacia la diversidad de pacientes y la individualidad de cada uno de ellos, para lo que es necesario fomentar su capacitación en una mirada antropológica y social en su trabajo diario, es decir, entrenar al profesional en habilidades como la escucha activa, la respuesta empática y la asertividad, son esenciales para que los profesionales dispongan de herramientas que les permitan saber hacer y saber comunicarse de forma satisfactoria con cada paciente(1).

HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA

En Colombia la acreditación en salud ha propuesto un acercamiento al tema de la humanización en salud; se trata de proponer soluciones prácticas y visibles a los problemas reconocidos en el área de las relaciones sociales e impulsar a las instituciones en el abordaje de la problemática (4). Sin embargo la aplicación de los estándares de acreditación deja un gran vacío porque solo se concentra en un tipo de instituciones (los prestadores) y sería esencial tener un abordaje similar para los aseguradores y para entes territoriales. La norma en acreditación la resolución 1441 del 2013 se limita a proponer estándares que nos ayuden en cuanto a metas concretas, pero aborda superficialmente el problema estructural del talento humano para la salud y no da pistas sobre soluciones.

En muchas instituciones del país ya se han ido construyendo políticas de humanización resaltando la reivindicación de los derechos y los deberes, la autonomía y el respeto de la voluntad de los pacientes, como eje de la atención humanizada. Este abordaje, parte especialmente de los principios y aplicación de la bioética y de la reflexión jurídica y filosófica, orientada en las actuaciones de los profesionales de la salud hacia el respeto de la dignidad y de la autonomía de la persona e introducen la discusión sobre los límites de las actuaciones de los trabajadores de la salud, a partir de la reflexión ética obligatoria.

La humanización surge entonces como una política institucional que debe dar respuesta a necesidades singulares de usuarios y trabajadores. Con ello, las instituciones ganan calidad de sus servicios y los pacientes reciben los beneficios de una atención estandarizada, con parámetros claros. No se trata de convertir en listas de chequeo la calidez de la relación entre profesionales de la salud y sus pacientes, se trata, más bien, de generar una cultura práctica de abordaje del problema y promover en las organizaciones la discusión de fondo y el abordaje del “cómo” cumplir con los estándares. La idea es que las instituciones transformen su cultura y se conviertan en un ejemplo e influyan positivamente en el comportamiento de todos los que en ella trabajen. En Colombia para el año 2004 tomo fuerza algunos aspectos clásicos del enfoque interpersonal de la humanización, como el desarrollo de la declaración de deberes y derechos de los pacientes, el consentimiento informado real, el aislamiento en condiciones de respeto de la dignidad humana, la privacidad en los espacios y el respeto de la desnudez de los pacientes, así como el apoyo espiritual y emocional al paciente y el abordaje de la familia del usuario, con información que contribuya a reducir la angustia y el drama de la enfermedad (4). Es evidente que estas exigencias, han dado lugar a una visión del tema y a la retoma de la tradición humanizadora de muchas instituciones en el país, lo cual debe ser observado como un progreso importante en medio de la actual situación de muchas instituciones de salud y de los problemas que afrontamos todos los trabajadores de la salud.

El resultado que se espera cuando una institución crea, adopta o adapta una política de humanización es:

- Que durante su atención, a los pacientes les sean respetados sus derechos.
- Que conozcan cuáles son sus deberes.
- Que reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad.
- Que la atención del paciente y su familia se realice de forma congruente con

las características socioculturales individuales y consulte sus necesidades y expectativas sobre la atención.

- Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento, de acuerdo con sus condiciones específicas de salud.
- 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 de la atención (4).

El proceso de transformación cultural de las instituciones propuesto en la acreditación en salud debe impulsar la formación de talento humano que recibe indicaciones concretas sobre su comportamiento humanizado, en instituciones que no toleran el maltrato y aportan a la vida y a la dignidad del ser humano enfermo. Estos elementos iniciales deben animar la expedición de unos lineamientos de “política nacional de humanización en la atención”, tal como se ha propuesto en desarrollo del “plan nacional de mejoramiento de la calidad”, una iniciativa del legislativo que debe ser desarrollada por el ejecutivo en el marco de la reglamentación de la Ley 1438 de 2011.

En Colombia existe CLUB BENCH de EXPERIENCIAS EXITOSAS, es un espacio para compartir experiencias relacionadas con la gestión de los servicios hospitalarios, identificando prácticas aplicables a las organizaciones de salud, hace poco se realizó el encuentro del club en la ciudad de Medellín , con el fin de tratar el tema de la humanización en los servicios de salud , se presentaron diferentes estrategias para socializar la política de humanización de diversos hospitales e instituciones de salud. Una política de humanización bien planteada como mínimo debe aportar en su contenido:

- La difusión de los derechos y deberes de los pacientes
- Mecanismos para verificar la comprensión de los derechos y deberes por parte

de los pacientes, familiares y funcionarios.

- Acciones implementadas para garantizar la confidencialidad y privacidad de los usuarios durante los procesos de atención.
- Implementación de acciones que permitan al usuario expresar sus dudas, temores e inquietudes frente a su cuidado y tratamiento, sin que se generen juicios de valor y en un ambiente de máximo respeto.
- Programas para la detección y apoyo emocional y espiritual a los usuarios y/o familias que lo requieran.
- Programa de comunicación efectiva y asertiva a la familia del paciente dentro del proceso de atención.
- brindar acciones lúdicas a los usuarios y familias que utilizan los servicios de salud.
- Programa de apoyo para mejorar la calidad de vida del enfermo terminal y ayudar al buen morir.
- Evaluar la política de humanización dentro de la organización de salud.

Para evaluar la política de humanización en las instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel del cliente externo se ha realizado el indicador de vulneración de derechos, la Proporción de usuarios satisfechos con el trato recibido, la satisfacción con la privacidad y a nivel del cliente interno se mide con la calificación del clima laboral en factores como la relación con los compañeros, la motivación con el trabajo, la relación con los superiores.(10)

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE COOMEVA EPS

En el proceso de planeación de la atención de Coomeva sector salud se incorpora la política de humanización de la atención definiendo los criterios tanto para el paciente como para el personal de la institución. 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 del usuario, entre otros.

Implementar la política es promover la cultura de la humanización de los servicios con procesos de capacitación, motivación del personal, líneas de intervención directa con usuarios y clientes internos, socialización, practicas, monitoreo de los valores y los principios humanísticos. Esta labor inicia desde la gestión del talento humano que busca el respeto por la dignidad, la humanización, la motivación y el reconocimiento.

CAMPO DE ACCION

En la relación médico - paciente es indispensable reconocer que el rol del paciente es completamente involuntario, la relación parte de la conjunción entre el deseo de la curación y la confianza en el profesional de salud por parte del paciente; del otro lado, el profesional de la salud debe reconocer que la relación médico- paciente, como todo acto médico, tiene una finalidad terapéutica con tanto o más impacto que las ayudas diagnósticas y farmacoterapeuticas que se indican a cada paciente. Los pacientes que sientan que sus médicos los tratan con respeto, brindan escucha activa e información amplia y suficiente, ofrecen una mejor información al profesional reflejada en una buena comunicación, mayor colaboración fuera del entorno del consultorio y siendo más activos en su autocuidado, acciones que redundan en mejores resultados en salud.

Finalmente es de resaltar que siempre que se hable de humanización de los servicios de salud hay que tener en cuenta que “El cuidado en salud es una actividad ejercida por personas para personas” (5), y que la meta es crear una nueva cultura de funcionamiento en la atención en salud y de relacionamiento entre personas involucradas en la producción del cuidado en salud que tenga como horizonte no solo la cura o el alivio del dolor, sino una mirada más profunda que revele la vida.

6. METODOLOGÍA

La metodología propuesta para la realización de este estudio donde quicimos evaluar las acciones y actitudes del personal de salud, en ejercicio de la práctica clínica, que interfieren frente a la política de Humanización implementada en la Unidad de Prevención Clínica de Coomeva EPS, es la Cuantitativa descriptiva, ya que se utilizaron instrumentos estructurados para la recolección de información y medición de variables, además porque tiene como propósito explicar un fenómeno a partir de mediciones precisas de variables.

ENFOQUE INVESTIGATIVO: Cuantitativo.

Pretende obtener datos confiables, exactos y objetivos que puedan ser verificados; realizados bajo el análisis de resultados que arrojen los instrumentos utilizados. Además es un estudio que cuenta con variables susceptibles de ser cuantificadas o medidas.

DISEÑO INVESTIGATIVO

No experimental - descriptivo – transversal:

Describe una situación en donde se escoge una o más variables y deben explorarse sus cualidades. El investigador se limita a la exploración de los hechos. No busca explicar ni analizar las causas de esos hechos sino simplemente presentarlos. Es transversal ya que permite la observación de las características estudiadas durante un periodo de tiempo determinado, permite obtener resultados inmediatos y menores costos, no es sujeto de seguimiento.

POBLACION

La población está conformada por los profesionales y usuarios de la Unidad de

Prevención Clínica de Coomeva EPS. El total de la población es de 500.

Se tomó entonces una muestra representativa mediante un muestreo probabilístico (todos tienen las mismas posibilidades de ser elegidos).

MUESTRA:

Para que la muestra sea representativa, con un porcentaje de error aproximado del 5%, tenga un nivel de confianza del 95%, según la población total, se obtuvo una muestra de 210 personas, entre usuarios y profesionales.

MUESTREO PROBABILISTICO

El muestreo probabilístico es aquel en el cual todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser elegidos para la muestra.

Se utilizó un tipo de modelo probabilístico simple ya que no se obtuvo un sorteo aleatorio para escogencia de la muestra representativa.

PLAN DE ANALISIS				
OBJETIVOS	INDICADORES	DATOS REQUERIDOS	FUENTES DE DATOS	TABULACION DE DATOS
Evaluar el grado de satisfacción del usuario de acuerdo a las conductas tomadas por el personal de salud que están contempladas en la política de Humanización del Servicio.	Número de usuarios satisfechos con la atención brindada/ número de usuarios encuestados	Información cuantitativa sobre usuarios satisfechos con la atención	Fuentes de información cuantitativa: Encuesta realizada a los usuarios	Variables continuas. Frecuencias absolutas. Grafica de barras

Observar y tabular la respuesta y el impacto de los usuarios ante las actitudes de atención clínica de los profesionales de salud en la Unidad de Prevención Clínica de Coomeva	Actitud que más se percibe en los usuarios y presenta grado alto de satisfacción/ Número de usuarios encuestados	Información cuantitativa sobre actitudes de atención clínica de los profesionales	Fuentes de información cuantitativa: Encuesta realizada a los usuarios	Variables continuas. Frecuencias absolutas. Grafica de dispersión.
Evaluar la adherencia de los profesionales que laboran en la unidad de prevención clínica Coomeva a la política de humanización.	Número de profesionales que aplican la política de humanización/ número de profesionales encuestados	Información cuantitativa sobre adherencia de la política de humanización en los profesionales de salud	Fuentes de información cuantitativa: Encuesta realizada a los usuarios	Variables continuas. Frecuencias absolutas.

INSTRUMENTO:

Encuesta

Las encuestas tienen por objetivo obtener información estadística para obtener los datos que se necesitan para un buen análisis.

La encuesta se aplicó a la totalidad de los profesionales de salud y usuarios participantes en el estudio. La encuesta consta de tres partes, en la primera se evaluó la presentación personal y actitud del profesional de salud, en la segunda parte la conducta profesional y tratamiento instaurado, en la tercera parte la educación brindada al paciente.

Este instrumento fue construido con la ayuda de una de las auditoras de la UPREC Coomeva, se creó basado las características que aporta habla la joint commission

internacional según los :

Estándares centrados en el paciente

- Accesibilidad y continuidad de la atención
- Derechos de la persona y de su familia
- Evaluación de la persona
- Atención y soporte de la persona
- Educación de la persona y su familia

Estándares centrados en la organización

- Gestión y mejora de la calidad
- Prevención y control de la infección
- Órganos de gobierno, liderazgo y decisión
- Gestión y seguridad de las instalaciones
- Formación y cualificación del personal
- Gestión de la información

ENCUESTA APLICADA A PROFESIONALES DE SALUD	SI	NO	ALGUN AS VECES
PRESENTACION PERSONAL Y ACTITUD DEL PROFESIONAL EN SALUD EN LA CONSULTA			
1. El profesional de salud porta adecuadamente el uniforme institucional?			
2. Tiene carne de identificación de la institución?			
3. Llama personalmente a los pacientes para que ingresen a la consulta?			
4. Llama al paciente por su nombre?			
5. Utiliza palabras adecuadas para referirse a sus pacientes?			
CONDUCTA PROFESIONAL Y TRATAMIENTO INSTAURADO			
1. Utiliza la ética profesional siempre que realiza una consulta?			
2. La privacidad y la confidencialidad siempre hacen parte de cada atención?			

3. Cree que escucha atentamente el paciente?			
4. Cree que el paciente se siente satisfecho con la atención brindada?			
EDUCACION BRINDADA AL PACIENTE			
1. Brinda educación clara y simple al paciente sobre su patología?			
2. Brinda educación sobre el tratamiento instaurado?			
3. Cree que el paciente comprende su patología y tratamiento?			

ENCUESTA APLICADA A USUARIOS	SI	NO	ALGUN AS VECES
PRESENTACION PERSONAL Y ACTITUD DEL PROFESIONAL EN SALUD EN LA CONSULTA			
1. El profesional de salud que lo atendió porta adecuadamente el uniforme institucional?			
2. Tiene carne de identificación de la institución?			
3. Lo llamo personalmente para que ingresara a la consulta?			
4. El medico lo llamo por su nombre?			
5. El medico utilizo palabras adecuadas para referirse a usted?			
CONDUCTA PROFESIONAL Y TRATAMIENTO INSTAURADO			
1. El medico lo atendió amablemente durante la consulta?			
2. Sintió que invadieron su privacidad o trato no adecuado durante la consulta?			
3. Cree que el medico lo escucho atentamente?			
4. Se sintió satisfecho con la atención recibida?			
EDUCACION BRINDADA AL PACIENTE			
1. El médico le brinda educación clara y simple sobre su patología?			
2. El médico le brinda educación sobre su tratamiento?			
3. Luego de salir de la consulta comprende su patología y tratamiento?			

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para llevar a cabo la recolección de la información, luego de elegir la muestra para el análisis de datos, se abordaron a los profesionales de salud y usuarios de la institución estudiada con el fin de dar a conocer el estudio que se está llevando a cabo, luego de esto se solicito una cita para aplicar el instrumento seleccionado y

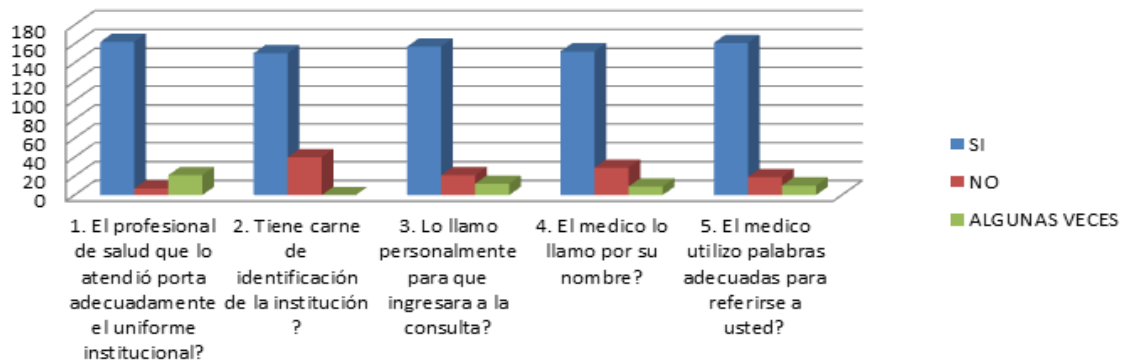
verificar las pruebas físicas como documentos que sirvan de soporte a la investigación, anterior a esto se realizó el debido diligenciamiento del consentimiento informado que permitirá encuestar la población muestra y hacer uso de los datos obtenidos. Para diligenciar el instrumento según la muestra elegida, se requirió de una semana. Una vez realizado este punto se estipulo un día para hacer la respectiva recolección de las mismas y tabular los datos.

7. RESULTADOS O DISCUSIÓN

7.1 RESULTADOS

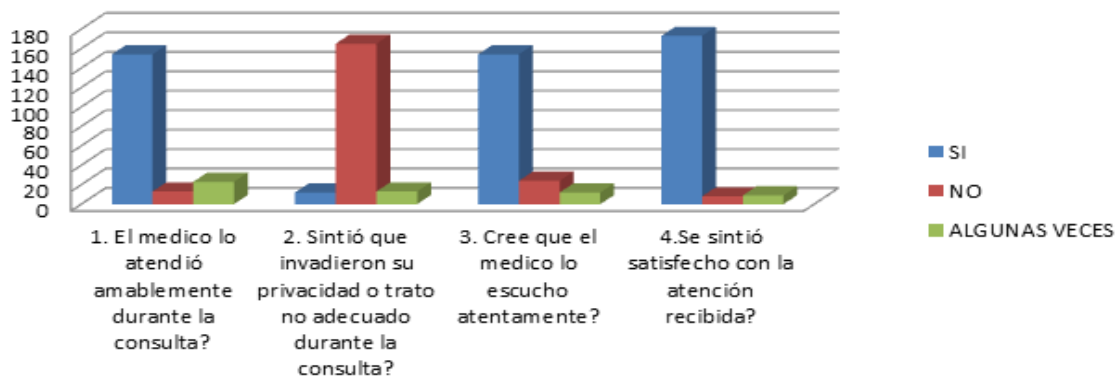
El grado de satisfacción del usuario de acuerdo a las conductas humanizadas tanto de origen personal como profesional, tomadas por el personal de salud fue identificado mediante el análisis porcentual de cada una de las respuestas de la encuesta aplicada a los usuarios de la Unidad de Prevención Clínica de las cuales se obtuvo un resultado total del 81% en las respuestas satisfactorias de acuerdo a las conductas de presentación personal, actitud durante la consulta, efectividad del tratamiento instaurado y educación en salud y en un 19% se identifica que estas mismas conductas se detectaron en menor medida o no se observaron. En el componente de presentación personal y actitud del profesional en salud en la consulta los usuarios respondieron satisfactoriamente en un 79%, el 21% restante dice no observaron estas conductas en los profesionales

PRESENTACION PERSONAL Y ACTITUD DEL PROFESIONAL EN SALUD EN LA CONSULTA



En la evaluación del componente de conducta profesional y tratamiento instaurado, el resultado de satisfacción fue del 86% contra un 14% de respuestas no satisfactorias.

CONDUCTA PROFESIONAL Y TRATAMIENTO INSTAURADO



Finalmente en las preguntas relacionadas a la Educación que les fue brindada por el profesional durante la consulta, el 77% se encontró satisfecho con la información dada, fue clara y precisa y conlleva a evitar eventos adversos prevenibles, el otro 23% no obtuvo la información clara de acuerdo a su patología y tratamiento.

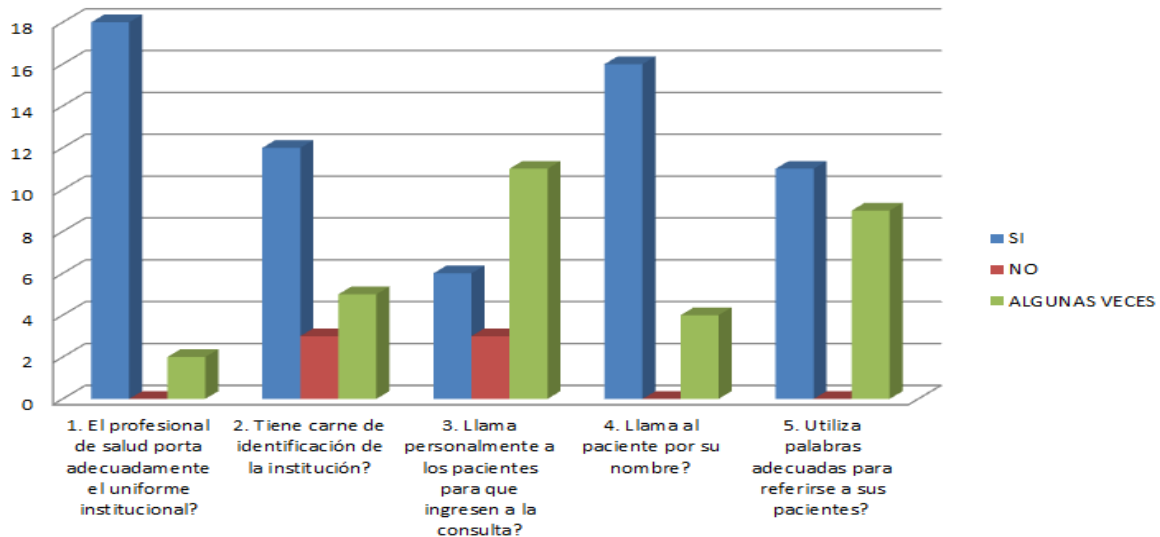
EDUCACION BRINDADA AL PACIENTE



La política de Humanización de la atención va ligada a la política de seguridad del paciente, y puede verse reflejado mediante conductas simples y cotidianas y no estructuradas o complejas como podría pensarse por tratarse de una política de cumplimiento “obligatorio”. Por ello el impacto de esta política en los usuarios y en el personal de salud, solo puede verse reflejado mediante las actitudes cotidianas y profesionales de respeto, asesoría o educación, y resolutivez. De acuerdo al porcentaje de satisfacción obtenido puede observarse que el impacto de estas conductas es considerable aunque aún falte un 21% de satisfacción total. La atención en salud de calidad conlleva no solo a mejorar la adherencia al tratamiento, sino además a mejorar conductas de autocuidado.

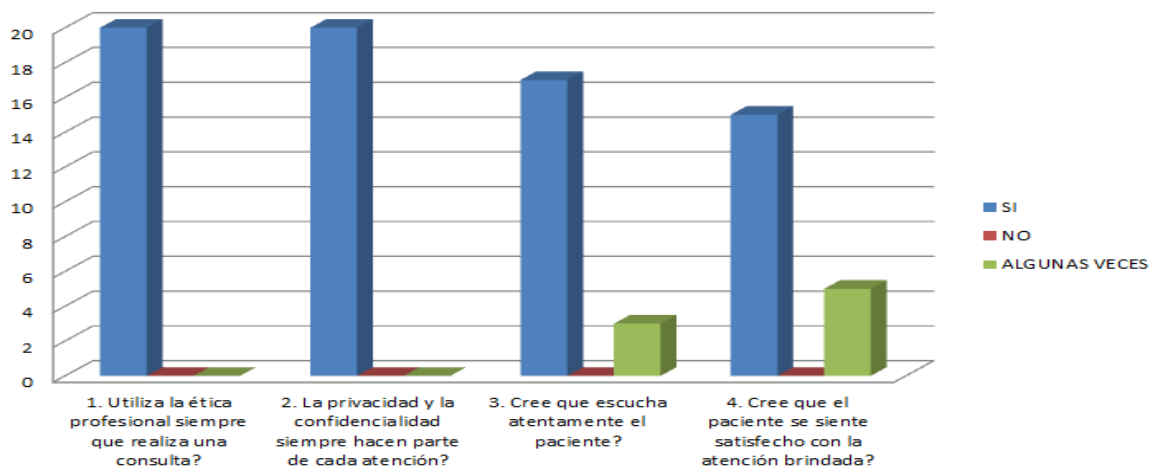
Al evaluar la adherencia de los profesionales de salud que laboran en la Unidad de Prevención Clínica, en cuanto a la política de Humanización de la atención, mediante la aplicación de encuestas a estos profesionales, se obtuvo que el 64% de estos referir que en su quehacer cotidiano, la presentación personal y actitud personal durante la consulta son primordiales. El 36% restante refiere que si es importante pero que algunas veces no cumplen cabalmente con el protocolo de presentación personal establecido.

PRESENTACION PERSONAL Y ACTITUD DEL PROFESIONAL EN SALUD EN LA CONSULTA

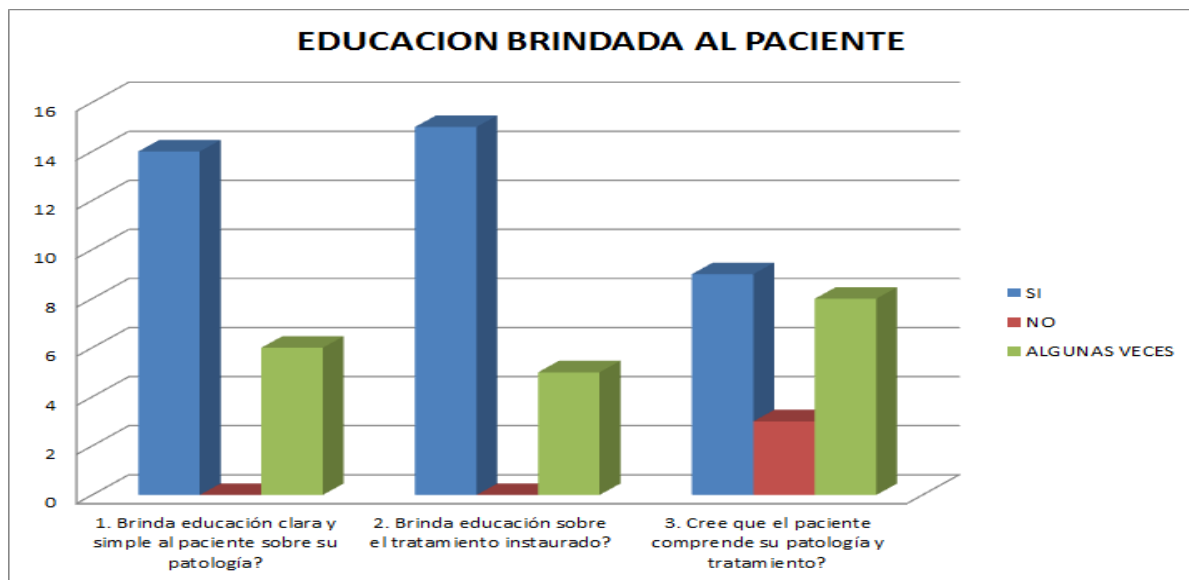


En el componente de conducta profesional y tratamiento instaurado los profesionales perciben un cumplimiento de un 90% en la política.

CONDUCTA PROFESIONAL Y TRATAMIENTO INSTAURADO



Finalmente un 69% de los profesionales se siente satisfecho con la educación brindada al paciente, cree que esta llevo a la comprensión de la patología y tratamiento lo cual mejorara la adherencia. El 31% restante cree que la educación brindada puede ser no lo bastante clara para todos los usuarios que asisten a consulta, en algunos casos ellos refieren entender pero realmente no se observa adherencia a los tratamientos.



7.2 DISCUSIÓN

Luego de observar los resultados porcentuales representados en cada conducta evaluada, se puede establecer que tanto en los profesionales de salud como en los usuarios a los cuales se aplicó la encuesta, la Política de Humanización de la Atención, se considera parte fundamental de la atención en salud. Aunque pueda pensarse que una política se conforma mediante elementos estructurados y de seguimiento estricto por parte de los funcionarios de una institución que presta servicios de salud, vemos como elementos básicos, el trato amable, la atención

individualizada y confidencial, la ética profesional aplicada a cada acción, la educación en salud y el actuar sobre los principios básicos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía, pueden interferir en los cambios conductuales de los usuarios, mediante la empatía y credibilidad que genera el profesional durante la atención prestada.

Aunque bien los resultados obtenidos demuestran como los usuarios perciben trato humanizado por parte del profesional de salud, falta un pequeño porcentaje en el cual se deberían ver reflejadas dichas conductas.

Este estudio contribuye de manera significativa a la relación entre el profesional de la salud y el paciente, reflejado en el grado de satisfacción del usuario, porque cada individuo puede percibir la manera en la cual es atendido y tratado, teniendo en cuenta como se mencionó anteriormente en la revisión bibliográfica, los sentimientos, la particularidad y especificidad de cada paciente, observándolo desde una perspectiva holística.

Otra connotación importante que refleja este estudio, está definida por el vínculo que existe entre la buena atención hacia el paciente y los servicios con calidad, y es que el usuario asocia directamente el comportamiento actitudinal del profesional de la salud con la prestación del servicio de manera excelente.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

1. Las acciones y actitudes relacionadas con la presentación personal, confidencialidad frente a la patología y tratamiento instaurado en los pacientes, educación brinda al paciente por parte de los profesionales de la salud influyen directamente sobre la percepción que tiene el paciente atendido en la unidad de prevención clínica de Coomeva EPS, frente a la humanización de los servicios de salud.
2. Los usuarios de la Unidad de Prevención Clínica perciben conductas humanizadas por parte del personal de salud durante la atención prestada; cabe anotar que muchas de estas conductas pueden verse como parte de la personalidad del profesional y no como conductas pertenecientes a una política estructurada.
3. Los profesionales de la Unidad de Prevención Clínica aceptan cumplir con algunas de las conductas evaluadas en las encuestas, pero además admiten que algunas de estas no son cumplidas a cabalidad, por lo cual se deben reforzar algunos aspectos para cumplir con la política de Humanización de la Atención.
4. Las acciones y conductas adoptadas por los profesionales en salud con relación a la atención brindada al paciente, suelen interferir de manera positiva o negativa en el cambio de conductas de los usuarios, tanto con respecto a la atención brindada en la Unidad de Prevención Clínica, como a la percepción y aceptación de su patología y efectividad del tratamiento instaurado. La educación en salud suele ser primordial en la atención en salud y en los resultados satisfactorios en el usuario.

8.2 RECOMENDACIONES

Realizar una evaluación del 30% faltante a la adherencia de la política de humanización de la unidad de prevención clínica de Coomeva EPS, con el fin de construir estrategias de implementación y de apoyo que le permitan al profesional de la salud llevar a cabo actividades como : portar su carné de identificación diariamente, llamar al paciente por su nombre y personalmente en el momento de realizar la atención, escucharlo atentamente y brindarle una educación simple y clara , a través de un lenguaje no formal.

Es importante tener en cuenta en el ámbito de la formación académica del profesional de la salud apreciaciones humanísticas en la atención de la salud, porque es un error creer que la atención humanizada está implícita en el ser humano, por lo que se requiere de formación actitudinal para poder apreciar a otros individuos de manera integral y no aislar su salud de todo el sistema que representa ser persona y ser humano.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cachón Rodríguez Esperanza. El Hospital y el Paciente: Declaraciones de Principios, paradojas y realidad. *Índex Enferm* [revista en la Internet]. 2007 Junio [citado el 25 de febrero 2014]; 16 (56): 35-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100008&lng=en.
2. Alonso L, Vásquez IEd, Vásquez d. El ser humano como una totalidad. *Salud Uninorte* 2003 07; 17.
3. Luz Marina Alonso Palacio, Isabel Escorcía de Vásquez, El ser humano como una totalidad. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.), 17: 3-8, 2003
4. Doctor Carlos Édgar Rodríguez .Humanización de la atención en salud y acreditación .ICONTEC cerodriguez@icontec.org .Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20Normas%20y>

%20Calidad%20N%C2%B0%2087.pdf

5. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007.
6. Fernández Sola C, Granero Molina J. Reclamaciones del usuario. Un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. Index Enferm 2004; 47:21-25.
7. Getino Canseco M y Martínez Hernández A. Nuevas tendencias en Antropología de la Medicina. Revista Rol de Enfermería, 1993; 172:23.
8. IX Club Bench de experiencias exitosas. Humanización de los servicios de salud. año 2 volumen 9
9. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Mcgraw - hill interamericana de México, s.a. de c.v. 1997. cap 4, cap 7.
10. Lillo Crespo M, Vizcaya Moreno F, Dominguez Santamaria M, Galao Malo R. Metodología cualitativa. Investigacion cualitativa en enfermería y competencia cultural. Clínica vistahermosa. avda de denia, 103. 03013 alicante, España. 2003