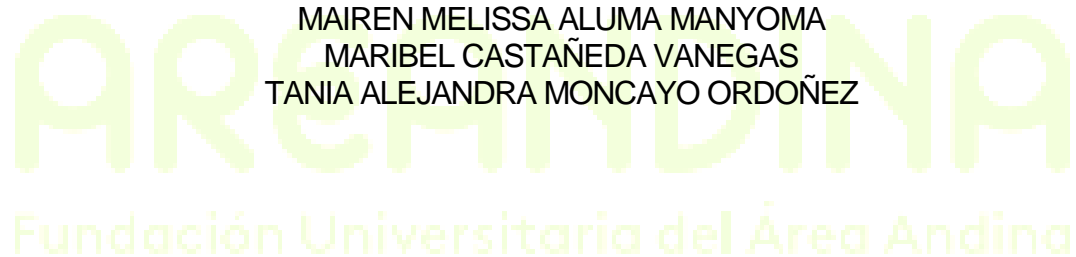


**CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR DE HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE
ACREDITACIÓN EN UNA IPS DE SEGUNDO NIVEL OFTALMOLÓGICA, PEREIRA-
COLOMBIA, SEPTIEMBRE DEL 2020**



MAIREN MELISSA ALUMA MANYOMA
MARIBEL CASTAÑEDA VANEGAS
TANIA ALEJANDRA MONCAYO ORDOÑEZ



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA
2020

**CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR DE HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE
ACREDITACIÓN EN UNA IPS DE SEGUNDO NIVEL OFTALMOLÓGICA, PEREIRA-
COLOMBIA, SEPTIEMBRE DEL 2020**

MAIREN MELISSA ALUMA MANYOMA
MARIBEL CASTAÑEDA VANEGAS
TANIA ALEJANDRA MONCAYO ORDOÑEZ

Trabajo para optar por el título de Especialista en auditoria en salud

Nombre del asesor temático
Diego Carmona Carmona
Nombre del asesor metodológico
María del pilar Marín Hurtado

ARGONDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA
2020

Tabla de contenido

1	INTRODUCCIÓN	6
2	PROBLEMA	8
2.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
3	JUSTIFICACIÓN	11
4	ANTECEDENTES	13
4.1	MARCO DE ANTECEDENTES.....	13
4.2	DEFINICIONES	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
5	OBJETIVOS	15
5.1	OBJETIVO GENERAL	15
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
6	MARCO TEÓRICO	16
6.1	MARCO CONCEPTUAL	18
6.1.1	<i>Palabra Clave</i>	20
6.2	MARCO NORMATIVO	20
7	METODOLOGÍA	23
7.1	TIPO DE ESTUDIO	23
7.2	POBLACIÓN	23
7.3	UNIDAD DE ANÁLISIS	23
7.4	MUESTRA	23
7.4.1	<i>Marco muestral</i>	23
7.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
7.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
7.7	VARIABLES.....	23
7.8	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	24
7.8.1	<i>Tabulación de los datos</i>	24
7.8.2	<i>Análisis de datos</i>	24
7.8.3	<i>Pruebas estadísticas</i>	24
7.8.4	<i>Control de sesgos</i>	24
7.9	PLAN DE ANÁLISIS	24
7.10	RESULTADOS ESPERADOS	25
7.11	COMPROMISOS.....	25
7.11.1	<i>Ético</i>	25
7.11.2	<i>Medio ambiental</i>	25
7.11.3	<i>Social</i>	26
8	RESULTADOS	27
9	DISCUSIÓN	33
10	CONCLUSIONES	35
11	RECOMENDACIONES	35
12	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
12.1	BIOGRAFIA.....	38
	ANEXOS	39

12.2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	39
12.3	INSTRUCTIVOS.....	40
12.4	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40
12.5	MATRIZ DE OBJETIVOS	43
12.6	OPERACIONALIZACIÓN.....	46
12.7	CRONOGRAMA.....	53
12.8	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	54
12.9	PRESUPUESTO	55
12.10	PRESUPUESTO.....	56

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Lista de tablas

Cuadro 1. Normas y leyes.....	20
Cuadro 2. Distribución de frecuencias características sociodemográficas.....	27
Cuadro 3. Estadísticos descriptivos de la variable edad.....	27
Cuadro 4. Distribución de frecuencia categoría de talento humano.....	28
Cuadro 5 Metodología DA-DE-DI-DO-DU.....	29
Cuadro 6. Plan de mejoramiento	30
Cuadro 8 Lista de chequeo, criterio institucional.....	41
Cuadro 9 Criterio de talento humano	42
Cuadro 10 Matriz de objetivos	45
Cuadro 11 Operacionalización.....	52
Cuadro 12 Cronograma de actividades	53
Cuadro 13 Presupuesto	55
Cuadro 14 Material e insumos	56
Cuadro 15 Salidas de campo.....	56
Cuadro 16 Equipos	57
Cuadro 17 Software	57

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

1 INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años el tema de humanización ha sido de gran relevancia en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se le ha dado importancia ya que se ha visto la inconformidad de los usuarios a la hora de recibir dichos servicios, por ello el Ministerio de Protección Social implementó el tema de humanización en el programa de acreditación como mejora, ya que al tener más control con la atención brindada se logra no solo el bienestar del paciente en la parte emocional sino también en su parte patológica. Hoy en día, está cobrando cada vez más relevancia y es probablemente porque vivimos en un mundo deshumanizado donde el individuo pasa de ser una persona de valor a ser un sujeto de consumo, incluso en los servicios de salud y es de ahí la gran problemática que ha tomado impulso para humanizar las atenciones en salud(1)

La humanización se puede describir como el acto de cuidar no solo al individuo y familia sino a todo su entorno a partir del conocer al otro como igual, respetando sus deberes, derechos, su dignidad como ser humano, y reflexionando acerca de las necesidades que tiene en la salud, cuidado y las respuestas a esas necesidades, para que se pueda asistirlo a partir de las ordenes éticas promoviendo las posibilidades de una recuperación pronta de su autocuidado(2)

Según Bermejo señala que “Humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Esto reclama la dignidad de todo ser humano y los derechos que de ella derivan, convirtiéndose en una necesidad de vital importancia y trascendencia, por lo cual no pueden ser sólo buenas iniciativas, sino un compromiso genuinamente ético con la vulnerabilidad humana que genere salud y acompañe en el sufrimiento” Esto se relaciona o va de la mano al Modelo “Afectivo-Efectivo” propuesto por Albert Jovell que lo define como “la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud”(3)

Por tal motivo este proyecto tuvo como objetivo principal evaluar el cumplimiento de los estándares de humanización en el sistema único de acreditación definidos en la resolución 5095 del 2018 en la IPS Unidad Oftalmológica Láser de Pereira Colombia en septiembre de 2020, donde se generó un plan de mejoramiento de los hallazgos encontrados, porque como se sabe una atención no adecuada por parte del personal ya sea asistencial o administrativo altera de una forma no conveniente en la calidad de cualquier servicio, y más ahora que los pacientes tiene mucho conocimiento sobre el tema además como futuros auditores estaremos en la

obligación de evaluar y plantear estrategias de mejora a temas relacionados con la calidad en cualquier institución.

Lo que se busca con este enfoque de atención humanizada es poder mostrar al talento humano de la institución que con buenas prácticas tales como un trato digno, cálido y oportuno podemos generar un gran impacto de satisfacción en los pacientes, que por su estado clínico están en todo el derecho de exigir un buen servicio de salud, y para ello se emplearon unas estrategias que nos ayudaran a identificar en que aspectos se está fallando a la hora de prestar un servicio y de acuerdo a esto hacer un plan de mejora.

La metodología que se empleo es la del DA-DE-DI-DO-DU, donde DA evalúa como o de qué manera se da la información al usuario, DE hace referencia a deberes y derechos es decir si los respetan o no, DI verifica todo lo que tiene que ver con un trato digno, DO evalúa si se tiene un plan de manejo o protocolo relacionado con el manejo del dolor y DU evalúa si se tiene y se cumple un protocolo para el duelo.

Se espera lograr que todo el personal de la Clínica Oftalmológica Laser quede con la misma perspectiva de concientización y sensibilidad frente al tema de humanización, esto será muy enriquecedor no solo para ellos como profesionales de la salud sino para todos los pacientes que ingresen a esta institución, puesto que como resultado se observará cómo respondiendo a las aspiraciones del usuario se logrará contar con un personal competente enfocado siempre a la mejoría, dispuesto a brindar un servicio eficiente de calidad.

Fundación Universitaria del Área Andina

2 PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

La humanización es un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con la ética, la moral, los valores, los principios y la reglamentación deontológica que regulan las prácticas en un contexto de salud, entendiendo la dignidad como el valor único, insustituible e intransferible de toda persona humana, teniendo en cuenta lo anterior, humanizar constituye el compromiso ético de reconocer la integralidad del ser humano, por tanto, humanizar los servicios de salud implica mantener una mirada holística del ser humano, sin desconocer la responsabilidad de cada sujeto; así, el usuario deberá ser copartícipe del mejoramiento de su salud, como sujeto autónomo y responsable de este proceso(4)

La atención humanizada en salud busca dar respuesta a las necesidades de los pacientes y contribuir con la meta que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando así mantener saludable a la familia y el individuo, teniendo en cuenta que es importante vivir en ambiente sano y tener conocimiento de sus derechos y deberes en el área de salud.

la importancia de detectar la enfermedad oportunamente permite ayudar con la calidad de vida del paciente y no solo eso sino que podemos brindar herramientas para saber convivir y manejar la enfermedad teniendo autonomía, respeto y dignidad, según José Carlos Bermejo “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” de acuerdo con esta información podemos decir que las instituciones de salud deben formar profesionales que tengan sentido de humanidad para atender a los pacientes y su familia de una forma digna y que no vulnere la seguridad, la privacidad y el respeto del mismo, ya que estaría faltando su integridad.(5)

El problema de la deshumanización en las instituciones médicas requiere un enfoque ético y filosófico en desarrollo de la naturaleza humana y la dignidad
El Gran progreso en la ciencia Y la tecnología no solo trae un aumento significativo en la esperanza de vida, sino que repercutirá en la deshumanización de la asistencia sanitaria, personas con un mejor conocimiento, que conduce a una especialización que divide en varias partes la atención según algunas circunstancias, personas que están alejadas de la visión holística.(5)

Por lo tanto, es importante saber que La humanización versus deshumanización de la calidad de la atención clínica en los servicios de salud, ha llamado la atención de todos los sectores de la sociedad colombiana en los últimos años.

La realización del cuidado humanizado requiere para ser desempeñado la comprensión de la existencia de los cinco atributos básicos: el ser humano, relación profesional usuario, sujeto del cuidado, comunicación y enfoque holístico.

La naturaleza del cuidado humanizado y la práctica sin la comprensión de los atributos sólo lleva a la realización de una mala atención, la cual presenta una relación vertical entre el profesional que realiza y el usuario que recibe la atención, presento como observación que sólo el personal sanitario cuenta con el saber y el paciente es quien espera de forma pasiva. Por su parte, el acto de cuidar no suple una relación vertical, por el contrario, se realiza una actividad relacionada donde se mezclan saberes y existen responsabilidades, posibilitando una mirada horizontal entre el profesional y usuario. El atributo de la comunicación permite comprender la interacción en el acto de comunicar y cuidar; desencadenaría el beneficio mutuo entre personal de salud y el sujeto del cuidado, pero, actualmente se evidencia acotado la realización del acto del cuidado.(6)

Frente a este planteamiento, Pereira, afirma que en la práctica de enfermería profesional se cumplen estándares, procedimientos, pero aún no se cuenta con una norma o protocolos de enfermería que indiquen cómo se debe actuar en la dimensión del cuidado sensible; en la atención de las demandas de cuidados de aquellos que enfrentan los sufrimientos provenientes de la enfermedad. Ni siquiera consiguiendo cualificar algunos comportamientos esperados en el proceso del cuidado de aquellos usuarios de los servicios. (7).

Las competencias atenúan sus debilidades formativas y de comunicación, sino que también ayuda intervenir las limitaciones en infraestructura y equipamiento que influyen negativamente en el logro de una atención con calidad. Es de gran relevancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización donde dichas temáticas sean fundamentadas 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.

Teniendo en cuenta que el proceso cognitivo es importante, no debemos olvidar que el ser humano es la esencia de las profesiones en salud(8)

2.2 Pregunta de investigación

Con relación a lo anterior y teniendo en cuenta lo planteado surgió la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo es el cumplimiento del estándar de humanización del sistema único de acreditación en una ips de segundo nivel oftalmológica, Pereira- Colombia, septiembre del 2020?

AREAANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

3 JUSTIFICACIÓN

Cuando se habla de humanizar la atención en salud, se hace énfasis desde el principio, a todos aquellos actos que hacen más humana a la persona, por ello es necesario definir el concepto de humanización que como se ha mostrado en reiteradas ocasiones es ser amable, justo y menos riguroso con las personas. Las instituciones hospitalarias, cumplen la función de socializar a el hombre con guías, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se ve dificultado por las múltiples tareas delegadas de tipo biomédico, quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson, cuidado transpersonal, dichas acciones valorizadas por los usuarios.(8)

El personal que trabaja en las instituciones prestadoras de servicios de salud tiene una gran responsabilidad y compromiso en proporcionar una atención humanizada a los pacientes y sus familiares, la humanización de la atención en salud comprende(9):

- Trato respetuoso y amable con el paciente y su familia.
- Trato respetuoso y amable con los compañeros de trabajo.
- Manejo de buenas comunicaciones: claras, oportunas, amables.
- Seguridad del paciente: brindar una atención y un ambiente seguro y agradable.
- Escuchar las manifestaciones y el sentir de los pacientes.
- Ser solidario con las necesidades del otro.
- Respeto por la dignidad de cada paciente.

El paciente, como el profesional de la salud, debe entender que la calidad de la atención clínica, se da con el fin de promocionar la salud de manera consciente, auto controlando sus pensamientos, sentimientos y acciones para evitar caer en los extremos, defectos y/o excesos que alteren su equilibrio dinámico o de salud, poniendo de paso a prueba este conocimiento de la salud para crear, cultivar y desarrollar la experiencia vivencial de lo real que abra el camino nada más y nada menos que para promulgar una cultura que le permita al usuario y a la comunidad toda una movilización social en procura de concientizarse sobre la importancia de promover la salud para devolverle, en derecho, lo que siempre le ha pertenecido a esa comunidad, la dignificación del servicio. (10)

La falta de sensibilización frente a los procesos sociales, que incluyen un adecuado tratamiento de los procedimientos en salud, infiere la presencia de algunos elementos que atentan contra la calidad de vida de los usuarios.(10)

Una de los ítems importantes es el derecho a la salud ya que se constituye en uno de los retos importantes para la humanización, por eso la salud es el resultado de los cuidados propios y hacia los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, de asegurar de que los derechos del enfermo, deben ir a la par de la calidad, de la satisfacción de las necesidades del usuario y la satisfacción de qué tan bien educados e informados estén los pacientes y promotores de la salud a la hora de salvaguardar el bienestar y calidad de vida de la población, que no busca otra cosa que el de fomentar un alto nivel de excelencia del personal de salud, de un compromiso institucional de ese personal en el trato con el paciente y su familia con la seguridad de que todo aquel que llegue a un centro de salud, se lleve consigo una sensación agradable de querer volver. (10)

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en salud. (7).

La investigación realizada en la clínica oftalmológica láser de la ciudad de Pereira se encuentra comprometida con la mejora continua en la prestación del servicio de salud obteniendo unos logros importantes, ya que se pudo evidenciar que, aunque es una IPS relacionada con la visión busca siempre garantizar el bienestar del paciente y su familia.

La importancia de realizar este trabajo es con la finalidad de mirar como las ópticas implementan la humanización en sus servicios a comparación de una EPS, ya que son servicios totalmente diferentes pero que tienen algo en común y es la prestación de servicios de calidad y trato digno a los pacientes y su entorno.

4 ANTECEDENTES

4.1 Marco de antecedentes

La humanización de la atención, o la atención humanizada se podría definir como la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad entrada en el individuo, es frecuente escuchar hablar de humanización de los cuidados en muchos de los ámbitos de la enfermería y de la salud, pero no es habitual incorporar esta práctica a la Salud Laboral.(1)

El trato decente a los seres humanos es la columna vertebral de la calidad de la atención médica, El papel de la enfermera es una parte esencial del proceso, porque se debe incluir contenidos de enfermería humanizados.(11)

El sufrimiento no es solo la enfermedad exclusiva del paciente o de su familia, sino también del profesional de salud en el centro de procesos de atención asistencial. El hecho de que la sobre técnica y los procesos de enfermedad sean a veces el único foco de nuestras actividades, junto con el impacto observado recientemente del aumento del poder institucional, convirtió a los profesionales de la salud en los primeros en pedir cambios en la salud dinámica de las instituciones. Después de reflejar inicialmente una de las especialidades médicas más avanzadas (Medicina de Cuidados Críticos), la aislamos del resto del hospital y la comunidad, e implementamos un proyecto para asegurarnos de que tratamos a los pacientes y sus familias en términos de tratamiento. La integración y simpatía de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Infanta Margarita.(12)

Se ha evidenciado que en las instituciones el 52% de las enfermeras brinda atención humana de manera regular, mientras que el 26% brinda niveles altos. Según las dimensiones:

para atender las necesidades: 59% de las personas brindan atención regular, mientras que 30% de las personas brindan servicios superiores; la tasa de adecuación de habilidades y tecnología de enfermería para el cuidado humano es del 91%, mientras que el nivel bajo es del 9%. El autocuidado profesional es la regulación del cuerpo humano, que representa el 57%, mientras que el nivel bajo es el 24%.

Los aspectos éticos de la enfermería: el 65% de las personas en cuidados humanos rutinarios se encuentran en un nivel bajo. La relación entre enfermeras y pacientes realiza regularmente cuidados humanos a una tasa del 65%. En la atención humanística convencional, el aspecto espiritual es del 87% y el menor es del 4%. Llegando a la conclusión que, para brindar una atención humana de manera regular, es necesario implementar estrategias, mejorar los planes y la formación continua para concienciar al enfermero del buen trato a los pacientes con métodos basados en valores humanos.(13)

En un estudio realizado en Cartagena pudieron determinar la relación entre la hospitalización y la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes los pacientes del género femenino corresponden al 54.5%; vivían en unión libre el 31.8%, predominaron los de estrato bajo en 86.4%; el 15.2% eran analfabetas. Con un promedio de hospitalización en 11,5 días, en los servicios de quirúrgicas en un 27,3% y médicas en 26,5%; se encontraban estables el 72%, tenían hospitalizaciones previas el 51.5%. La percepción global de cuidado humanizado fue de 55,4% excelente, 35% bueno, 7.9% aceptable y malo 1.7%.

Se asoció que el cuidado humanizado con el estado de salud de los pacientes y el servicio de hospitalización están asociados significativamente en relación con el cuidado humanizado de enfermería percibido.(7)

En otro se pudo evidenciar que 54,4% de los pacientes hospitalizados fueron de sexo femenino, media de edad de 56,2 años y 6,95 días de hospitalización, diagnóstico de ingreso de la mayoría fue enfermedad del sistema circulatorio (33,9%). El 86% de los pacientes hospitalizados considera que siempre recibe trato humanizado, 11,7% casi siempre, 1,8% algunas veces y un 0,6% nunca percibió un trato humanizado. Las cualidades en la entrega de cuidado humanizado por el profesional de enfermería que destacan los pacientes son las relacionadas a la categoría “Cualidades del hacer”, es decir, perciben que son capaces de identificar sus necesidades, mantienen trato cordial, tienen buena disponibilidad cuando se les requiere y los educan. No existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de percepción de trato humanizado y las variables sociodemográficas. (14)

Fundación Universitaria del Área Andina

La Defensoría del Pueblo al realizar un estudio advierte en un informe preliminar sobre el incremento sostenido en el número de tutelas recibidas en salud, que para 2014 alcanzo un total de 118.281, que representa el 23,7% del total de este tipo de acciones jurídicas interpuestas por los colombianos. Según los datos que la entidad viene consolidando, preocupa que entre 2010, cuando se presentaron 94.502 acciones de tutela en salud, y 2014, el número de acciones para reclamar por este derecho fundamental aumento un 25,2%. El panorama llama la atención en el marco de la conmemoración del Día Mundial de la Salud, dado que el 70% de las solicitudes de los ciudadanos en materia de violaciones a su derecho fundamental está relacionado con solicitudes incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS)(10)

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Evaluar el cumplimiento de los estándares de humanización en el sistema único de acreditación definidos en la resolución 5095 del 2018 en la IPS Unidad Oftalmológica Láser de Pereira Colombia en septiembre de 2020, generando un plan de mejoramiento de los hallazgos encontrados.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar el talento humano de la Clínica Oftalmológica.
- Evaluar el cumplimiento de los estándares relacionados con humanización en la institución por medio de la metodología DA-DE-DI-DO-DU (dar información, deberes y derechos, dignidad, dolor y duelo).
- Documentar un plan de mejoramiento de los hallazgos encontrados en el trabajo.

(ver matriz de objetivos en el anexo 13.4)

6 MARCO TEÓRICO

La atención humanizada en salud busca dar respuesta a las necesidades de los pacientes y contribuir con la meta que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando así mantener saludable a la familia y el individuo, teniendo en cuenta que es importante vivir en ambiente sano y tener conocimiento de sus derechos y deberes en el área de salud

La importancia de detectar oportunamente la enfermedad nos permite para mejorar la calidad de vida del paciente y no solo eso, sino que podemos brindarle herramientas para saber vivir con la enfermedad teniendo autonomía, respeto y dignidad.

La humanización de la atención, o la atención humanizada se podría definir como la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad centrada en el individuo.(1)

Es frecuente escuchar hablar de humanización de los cuidados en muchos de los ámbitos de la enfermería y de la salud, pero no es habitual incorporar esta práctica a la salud laboral. Es importante que el sector de la salud acepte que se necesita humanizar a el personal ya que los pacientes no son maquinas sino seres que necesitan de un buen trato porque esto nos permite mejorar la atención, en muchos casos se ha encontrado que el médico y otros profesionales no brindan de mucho tiempo para hablar con el paciente y solucionarle dudas sobre su patología, por agilizar las consultas y no hay nada más importante que el personal tanto asistencial como administrativo cuente con una excelente actitud donde abarque la tolerancia, sensibilidad, respeto y amor frente a esa persona; no solo es importante tener habilidades mecánicas, el dominio de las técnicas en diferentes áreas, sino se requiere además una comunicación con la familia y con los otros integrantes del equipo de salud, para satisfacer las necesidades de la persona y su entorno buscando resolver los desequilibrios en sus procesos vitales, estando en condiciones reales o de riesgo en relación con los problemas de salud(7).

El humanismo ha de contar con muchas de estas características, que Alejandro Llano expone magistralmente al proponer volver al humanismo clásico y a lo que él llama “humanismo cívico”. Este panorama que puede garantizar la humanización, y no solo en las áreas de la salud, ha de tener presente una serie de presupuestos no negociables: existe la verdad y se puede conocer; la persona humana es libre y capaz de responsabilidad; la libertad sigue al bien particular y al bien común; la persona humana es digna y merece respeto; el cuerpo humano es persona humana.

Algunos puntos de la bioética también estarán allí implicados: la vida es un valor fundamental; la persona es un valor trascendente; se debe tener un pensamiento integral de la persona; es necesario reconocer una relación de prioridad y complementariedad entre persona, sociedad y medio ambiente; se debe tener una

concepción del amor humano como entrega estable, exclusiva y perdurable. La clave está en la capacidad de reconocer y tomar conciencia de la magnitud de la dignidad, para luego actuar siempre en consecuencia.(15)

El personal que trabaja en las instituciones prestadoras de servicios de salud tiene una gran responsabilidad y compromiso en proporcionar una atención humanizada a los pacientes y sus familiares, la humanización de la atención en salud comprende(9):

- Trato respetuoso y amable con el paciente y su familia.
- Trato respetuoso y amable con los compañeros de trabajo.
- Manejo de buenas comunicaciones: claras, oportunas, amables.
- Seguridad del paciente: brindar una atención y un ambiente seguro y agradable.
- Escuchar las manifestaciones y el sentir de los pacientes.
- Ser solidario con las necesidades del otro.
- Respeto por la dignidad de cada paciente.

El trato digno se evalúa a partir de la impresión que tienen los usuarios hacia el personal de la salud, ya que esta profesión es una disciplina social humanística, con un enfoque científico que su objetivo principal es el cuidado de las personas y de las comunidades, de ahí parte la gran importancia de educar al personal de salud para mejorar las habilidades implicadas en la comunicación orientar a los pacientes y mantener buenas relaciones interpersonales, fortaleciendo en ellos habilidades que permitan desarrollar educación social(2)

6.1 Definiciones

Humanización: es el proceso mediante el cual una persona es dotada de cualidades humanas para brindar cuidados basados en el respeto y la cercanía.

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS).

Afecto: Es un sentimiento esencial para el ser humano en todas las etapas de su vida, en especial cuando se está enfermo es básico porque permite superar las afecciones o hacerlas más tolerables. Es todo comportamiento de ayuda de una persona a la supervivencia y bienestar de otra.

Confianza: Se refiere a las acciones que realiza una institución en términos de cumplimiento de su misión, sus valores y marca de calidad que generan credibilidad y respeto en el usuario de sus servicios o productos.

Satisfacción: Es el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas. Toda empresa que logre la satisfacción del cliente obtendrá como beneficios: su lealtad, difusión gratuita, reconocimiento y posicionamiento.

Derecho: Es el conjunto de leyes, resoluciones, reglamentos, que pueden tener un carácter permanente y obligatorio de acuerdo a la necesidad de cada una y que son de estricto cumplimiento por todas las personas que habitan en esa comunidad para garantizar la buena convivencia social

Deber: Hace referencia a las actividades, hechos y circunstancias que implican una determinada obligación moral o ética. Los deberes se relacionan con determinadas actitudes que todos los seres humanos independientemente de su origen, etnia, edad o condiciones de vida están obligados a cumplir a modo de asegurar al resto de la humanidad la posibilidad de vivir en paz y dignidad.

Actitud: Las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual).

6.2 Marco conceptual

Medical Audit - Auditoría Médica: Una revisión detallada de registros clínicos seleccionados por personal profesional calificado para evaluación de la calidad de la atención médica.

Nursing Audit - Auditoría de Enfermería: Análisis y revisión detallada de registros clínicos seleccionados por personal profesional calificado para la evaluación de la calidad de la atención de enfermería.

Credentialing - Habilitación Profesional: El reconocimiento de competencia profesional, a través de registros, certificados, licencias, aceptación en asociaciones, concesión de diploma o grado etc. "reconocimiento de competencia técnica o profesional" a través de varias medidas

Management Audit: Auditoría Administrativa: Revisión administrativa destinada a evaluar la eficiencia identificando áreas dentro de la institución que necesiten mejorar su administración para cumplir eficazmente con los objetivos de la organización.

Quality Assurance, Health Care: Garantía de la Calidad de Atención de Salud: Evaluación de la Calidad de Atención de Salud.

Quality Control - Control de Calidad: Es un sistema para verificación y mantenimiento de un nivel deseado de calidad en un producto o proceso por cuidadosa planeación, uso de equipo apropiado, inspección continuada y acción correctiva cuando necesaria (Random House Unabridged Dictionary, 2d ed) (NLM). Se entiende por buena calidad de atención el servicio que reúne los requisitos establecidos y, dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisface las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable en la salud. (Racoveanu y Johansen).

Quality of Health Care - Calidad de la Atención de Salud: Atención de Calidad, Auditoría Farmacéutica, Auditoría de Farmacia, Calidad Asistencial, Calidad de la Atención, Calidad de los Servicios de Salud. Los niveles basados en normas de calidad que caracterizan a los servicios o cuidados de salud proporcionados.

Quality of Life - Calidad de Vida: Concepto genérico que refleja preocupación por modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.

Health Care Quality, Access, and Evaluation - Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud: Evaluación del Acceso y de la Calidad de la Atención de Salud. Concepto que atañe a todos los aspectos de la calidad, accesibilidad y valoración de los cuidados de salud y de la prestación de cuidados de salud.

Total, Quality Management - Gestión de la Calidad Total: Aplicación de la práctica de administración de negocios para, sistemáticamente, mantener y perfeccionar el desempeño de la organización en su todo. La efectividad y el éxito son determinados y evaluados por medidas cuantitativas de la calidad.

Health Status Indicators - Indicadores de Salud: Estimación de Riesgo de Salud, Estimación de Riesgos para la Salud, Indicador de Salud, Indicadores Básicos de Salud, Indicadores de Efecto, Indicadores de Resultados, Medición de Riesgo en Salud, Valoración del Riesgo de Salud, Índice de Nivel de Salud, Índice del Estado de Salud. La medida del estado de salud de una población dada usando diversos índices incluyendo morbilidad, mortalidad y recursos disponibles de salud.

Humanization of Assistance- Humanización de la Atención: Tipo de asistencia que se supone que el tratamiento es más efectivo cuando el paciente sea

escuchado y respetado por los profesionales de la salud. También es necesario humanizar las condiciones de trabajo de estos profesionales.

6.2.1 Palabra Clave

Auditoría Médica, Auditoría de Enfermería, Habilitación Profesional, Auditoría Administrativa, Control de Calidad, Calidad de la Atención de Salud, Calidad de Vida, Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud, Gestión de la Calidad Total, Indicadores de Salud, Humanización de la Atención (Tomado de los descriptores para ciencias de la salud DeCS).

6.3 Marco normativo

Cuadro 1. Normas y leyes

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN
Constitución Política de Colombia	1991	Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Artículo 49. La atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.
Ley 2309	2002	Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances

		desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in HealthCare), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for HealthCare Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional.
ley 715	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357(Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la Prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Resolución 1474	2002	El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002, en el que se dispone: “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y Sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los Servicios de salud en el país.
Resolución 412	2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (Norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno).
Resolución 4505	2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las

		enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Decreto 1011	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud. Este decreto aplica a todos los prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS-, o con Entidades Territoriales. SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, Mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

7 METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal

7.2 Población

La población estudiada serán 17 personas que laboran en la IPS Unidad Oftalmológica Laser, en las áreas de recepción, administrativo, exámenes diagnósticos, óptica, quirófano y personal de servicio general.

7.3 Unidad de análisis

Cada una de las áreas y talento humano de la IPS Unidad Oftalmológica Laser.

7.4 Muestra

En el presente proyecto se trabajará población y muestra.

7.4.1 Marco muestral

Listado de las diferentes áreas de la institución y talento humano de la IPS Unidad Oftalmológica Laser que es entregado por la gerencia.

7.5 Criterios de inclusión

Trabajadores de la IPS que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

7.6 Criterios de exclusión

Trabajadores que no tienen contacto o presten servicio a los pacientes que ingresan a la IPS

7.7 Variables

En el siguiente proyecto se utilizaron 23 variables (ver operacionalización de variables en el anexo 13.5)

7.8 Recolección de información

La recolección de la información se realizó por medio de un instrumento tipo lista de chequeo que evidencia los criterios de talento humano e institucionales orientados por la resolución 5095 del 2018

7.8.1 Tabulación de los datos

Se construyó una tabla de Excel para incluir ahí los datos obtenidos

7.8.2 Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó con el software EPIINFO 7.2, mediante un plan descriptivo, donde se aplicó una estadística descriptiva, para dar respuesta a cada uno de los objetivos.

Se empleó la metodología DA-DE-DI-DO-DU, en la cual se analizaron variables dando respuesta a las categorías: dar información, deberes y derechos, dignidad, dolor y duelo.

7.8.3 Pruebas estadísticas

Se aplicaron medidas de tendencia central, medidas de dispersión y cuadros de distribución de frecuencia.

7.8.4 Control de sesgos

Los sesgos se controlarán de selección e información de acuerdo a su ocurrencia.

7.9 Plan de análisis

Se utilizó un instrumento el cual evaluó los criterios del estándar 33 relacionado con la humanización en salud, donde se identificaron factores tanto institucionales como de talento humano.

Se realizó la caracterización de la población y se aplicó la metodología DA-DE-DI-DO-DU con el fin de evaluar las categorías de: dar información, deberes y derechos, dignidad, dolor y duelo. Posteriormente se solicitó el consentimiento institucional para el trabajo de campo donde después de recibir la autorización se hizo la visita a la institución oftalmológica, se habló con la jefe y gerente encargada para plantear el modo de trabajo, después a cada trabajador se le dio un consentimiento

informado el cual nos permitió evaluar cada uno de los criterios de la lista de chequeo y así poder corroborar el cumplimiento de cada uno.

Se ingresaron los datos en la base de datos construida donde se aplicó la estadística descriptiva para analizar los datos por medio del análisis univariado, ya con los resultados obtenidos se analizó cual sería la posible oportunidad de mejora para la institución, a la cual se le aplicó la 5W2H para proponer el plan de mejora establecido, posteriormente los resultados fueron socializados ante la institución y la institución universitaria

7.10 Resultados esperados

Con el desarrollo del proyecto se espera identificar el cumplimiento del estándar 33 relacionado con humanización en salud utilizando una herramienta que permita medir o evaluar continuamente el estándar.

7.11 COMPROMISOS

7.11.1 Ético

El presente proyecto se compromete a dar cumplimiento a la resolución número 8430 del 4 de octubre de 1993 que define las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según el artículo 11 de esta resolución, es estudio es clasificado riesgo bajo, ya que no se realizarán pruebas biológicas y psicológicas, ni modificaciones sociales en la población de este estudio.

Se respetará la dignidad humana, la confidencialidad y la autonomía de las personas involucradas en la investigación.

Para la recolección de información en el trabajo de campo, se aplicará consentimiento Informado por escrito a las personas participantes en el estudio y el consentimiento institucional.

7.11.2 Medio ambiental

Este proyecto no pone en riesgo el medio ambiente ya que evaluará únicamente aspectos del comportamiento de las personas.

7.11.3 Social

Dentro de la población beneficiada con este estudio se encuentran todas las clínicas oftalmológicas que hacen uso de la información producida por este trabajo, la IPS y su población a cargo, los grupos de trabajo de futuras investigaciones en el tema, la Fundación Universitaria del Área Andina y las investigadoras.

AREAANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

8 RESULTADOS

Con el desarrollo del proyecto se identifica el cumplimiento del estándar 33 relacionado con humanización en salud, utilizando una herramienta la cual permitirá continuar haciendo revisión del cumplimiento del estándar y la aplicación de los planes de mejoramiento.

A continuación, se observarán los resultados obtenidos de los criterios evaluados tanto institucionales como de talento humano donde se analizaron a los 17 trabajadores de la institución.

Cuadro 2. Distribución de frecuencias características sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Escolaridad	Carrera técnica completa	9	52,9%
	Carrera técnica incompleta	1	5,9%
	Superior completa	6	35,2%
	Superior incompleta	1	5,9%
Estado civil	Casado(a)	6	35.2%
	Soltero(a)	11	64.4%
Ocupación	Auxiliar administrativa	1	5,9%
	Auxiliar de enfermería	3	17,6%
	Enfermera	1	5,9%
	Especialista	2	11,6%
	Oftalmólogo	1	5,9%
	Otro	5	29,4%
	Recepcionista	4	23,5%

Se observa que la mayoría del personal cuenta con una carrera técnica y superior completa, donde podemos analizar que son más los trabajadores solteros que casados y aparte que la institución solo cuenta con una enfermera y un oftalmólogo en su talento humano

Cuadro 3. Estadísticos descriptivos de la variable edad

Desviación estándar	Mínimo	Per 25	Mediana	Per 75	Máxima	Media
12,8938	23	27	31	38	68	36

La edad media de la población es de 36 años con una desviación estándar de 13 años, la edad mínima de las personas entrevistadas es de 23 años, la máxima de 68 años, la mediana fue de 31 años, el percentil 25 fue de 27

años, el 75% de la población estudiada tenía una edad igual o menos a 38 años y el 50% de la población es menor de 31 años

Cuadro 4. Distribución de frecuencia categoría de talento humano

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Contacto visual	SI	10	58,8%
	NO	4	23,5%
	N/A	3	17,6%
Deberes y derechos de los pacientes	SI	4	23,5%
	NO	3	17,6%
	N/A	10	58,8%
Historia clínica	SI	5	29,4%
	N/A	12	70,5%
Información clara y calidad	SI	17	100%
Manejo del duelo	SI	3	17,6%
	NO	1	5,8%
	N/A	13	76,4%
Llamado a los usuarios	SI	17	100%
Presentación por el nombre	SI	5	29,4%
	NO	12	70,5%
Trato respetuoso	SI	17	100%

Se observa que dentro de la institución es muy poco el personal que no tiene contacto visual con los usuarios dentro de institución, en la mayoría de los casos no aplica que el personal informe los deberes y derechos a los usuarios, son muy pocos los trabajadores que tienen acceso a la historia clínica.

Además, es importante resaltar que el personal cumple con brindar una información cálida y clara a los pacientes, llaman a los usuarios por su nombre, muy pocos no aplican el manejo del duelo y sobre todo no se presentan por su nombre a los usuarios, pero cumplen con tratar de manera respetuosa a los usuarios dentro de la institución.

Cuadro 5 Metodología DA-DE-DI-DO-DU

Criterio	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Dar información	SI	31	72,1%
	NO	7	16,3%
	N/A	5	11,6%
Deberes y derechos	SI	4	23,5%
	NO	3	17,6%
	N/A	10	58,8%
Dignidad	SI	65	86,7%
	NO	0	0%
	N/A	10	13,3%
Dolor	SI	2	11,8%
	NO	0	0%
	N/A	15	88,2%
Duelo	SI	2	11,8%
	NO	2	11,8%
	N/A	13	76,5%

Se evidencia que el talento humano de la IPS cumple con brindar información a los pacientes durante su estadía en la institución, son muy pocas las veces que el personal da a conocer los deberes y derechos debido a que en recepción apenas hay 3 trabajadores encargados de esa área además brinda dignidad a los pacientes que ingresan.

El criterio de dolor no es aplicado dentro de la IPS debido a que es rara la vez que los pacientes llegan con dolor y en su mayoría no aplica ningún protocolo para el manejo del duelo.

Cuadro 6. Plan de mejoramiento

Hallazgos	¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Cuándo?	¿Dónde?	¿Por qué?	¿Cuánto?
Se evidencia que en deberes y derechos no todos los trabajadores están involucrados en el programa de derechos y deberes	Capacitar a todo el personal asistencial, administrativo y de apoyo en deberes y derechos de los pacientes	Coordinador médico y coordinador programa de gestión de la calidad	Por medio de charlas, conversatorios o invitación de expertos	Educación mensual a partir de diciembre del 2020	En la Clínica Unidad Oftalmológica Laser	Para respetar los derechos y deberes de los pacientes en todos los servicios que se le presten	\$ 0 Pesos
Se evidencia que en dignidad no todos los trabajadores se encuentran involucrados en la dignidad de los pacientes	Capacitar a todo el personal asistencial, administrativa y de apoyo en temas relacionados con la dignidad de los pacientes	Coordinador programa de gestión de la calidad	Por medio de charlas, conversatorios o invitación de expertos	Educación mensual a partir de diciembre del 2020	En la Clínica Unidad Oftalmológica Laser	Para respetar los derechos y deberes de los pacientes en todos los servicios que se le presten	\$ 0 Pesos

Se evidencia que no hay un documento relacionado con el programa de humanización	Documentar un programa de humanización y establecer estrategias	Coordinador del programa de gestión de la calidad	Por medio de la redacción de un documento según la política de humanización	Se inicia elaboración en diciembre de 2020.	En la Clínica Unidad Oftalmológica Laser	Contar con un programa de humanización en la atención, permite tomar decisiones para el mejoramiento continuo.	\$ 20.000 pesos en papelería
No se evidencia despliegue de documentación.	Capacitar y educar a todo el personal asistencial, administrativo y de apoyo en temas relacionados con comunicación asertiva y documentar las evidencias de cada capacitación	Coordinador del programa de gestión de la calidad.	Por medio de charlas, conversatorios o invitación de expertos	Educación mensual desde el mes de enero 2021	Salón área administrativa de la Clínica Unidad Oftalmológica Láser	Para mejorar la comunicación con los pacientes.	\$100.000 pesos Papelería, folletos, refrigerios.

No se evidencia documentado protocolo de presentación para los pacientes.	Documentar, desplegar, implementar un protocolo de presentación al personal de la clínica los pacientes	Coordinador del programa de gestión de la calidad.	Por medio de la documentación de un protocolo de presentación y por medio de charlas o Capacitaciones continuas respecto a la importancia de presentarse adecuadamente.	Educación mensual desde el mes de enero 2021	En los diferentes servicios de la Clínica Unidad Oftalmológica Láser	Para mejorar la comunicación con los pacientes	\$20.000 pesos Papelería.
Se evidencia que no hay documento relacionado con el manejo del dolor	Documentar, desplegar y monitorear protocolo, para manejo del dolor de los usuarios	Gerente y coordinador médico de la clínica oftalmológica laser	Mesa de trabajo con el equipo médico para determinar el manejo del dolor en los pacientes y redacción de documento	Diciembre de 2020	Clínica Unidad Oftalmológica Láser	Lograr los objetivos propuestos y consistentes en términos de calidad	\$ 0 Pesos
No se evidencia documentado para manejo del duelo	Documentar, desplegar, implementar protocolo institucional para manejo del duelo	Gerente y coordinador médico de la clínica oftalmológica laser	Mesa de trabajo para determinar la ruta para manejo del duelo y redacción del documento	Diciembre de 2020	Clínica Unidad Oftalmológica Laser	Lograr los objetivos propuestos y consistentes en términos de calidad	\$ 0 Pesos

9 DISCUSIÓN

Es importante saber que los trabajadores en salud son responsables de lograr un vínculo empático con la persona asistida mediante una relación intelectual, afectiva y espiritual, coincidiendo con Gutiérrez y Triana quienes abordan el uso de la empatía para comprender la situación del paciente y así brindarle toda la ayuda posible; y con calidad y equidad como lo concluye Cano en el artículo Humanización un desafío en instituciones públicas del departamento de Córdoba , Colombia(16)

Para lograr una atención humanizada y con calidad, es importante involucrar a todos los colaboradores de la institución en la prestación del servicio, lo anterior concordando con lo expresado por González: “el éxito de las relaciones interpersonales a nivel institucional depende de todos los integrantes del equipo de salud, el cual se concibe integrado por una amplia gama de individuos que va desde el personal de la ambulancia hasta el gerente de la institución.(16)

Los resultados obtenidos en comparación con el presente estudio se puede evidenciar que tienen similitudes ya que buscan detectar el nivel de cumplimiento con relación a la atención por parte del personal con los pacientes y como aplican la humanización además con óptimas respuestas teniendo en cuenta que los profesionales de salud de IPS, tanto asistenciales, como administrativos, comprenden que la atención humanizada es el eje principal en la prestación de servicios, pero cuentan con la gran falla de que es muy rara la vez que se presentan por su nombre ya que para ellos no es tan necesario, pero es totalmente errado ya que el paciente necesita saber y conocer quienes están en su entorno y esto permite que el ambiente se torne cálido tanto para el profesional como para el paciente.(16)

En los estudios analizados donde la mayoría son de tipo descriptivo, se afirma la gran importancia de los aspectos humanos y relacionales que también hacen parte de la relación clínica, caracterizando así la atención humanizada por brindar una adecuada comunicación con los pacientes, empatía y respetando los derechos, deseos y gustos de los paciente en relación al cuidado de su salud, recuperando su papel activo como sujeto de la atención y no solamente como objeto de la misma; invocando al principio de respeto por la autonomía en el marco de la asistencia en salud. Llama mucho la atención que en cuanto a la comprensión del concepto humanización los estudios no hacen se enfatizan de manera directa y segura a los principios clásicos de la bioética como la justicia, la no maleficencia, la beneficencia y respeto por la autonomía, lo cual ha hecho que las críticas sean apoyadas frente al modelo principialista de la bioética, especialmente en América Latina, dado que disminuya los diferentes desafíos de la atención sanitaria y, en ese sentido, no responde a las necesidades y características particulares de los contextos de salud de la región, demostrando que se evidencian vacíos sobre la eficacia de las diferentes estrategias utilizadas para mejorar los servicios de calidad.(4)

Con lo anterior, en un estudio realizado en La Habana, Cuba, el cuidado humanizado; es una filosofía de vida que se aplica en la práctica profesional de trabajadores en salud, donde se requiere de un valor vocacional y profesional, donde resulta importante sentir respeto y tolerancia, especialmente en aquellas personas que se encuentran en una etapa crucial o delicado de su enfermedad, lo cual manifiesta un interés por el estado del paciente y una disposición hacia la búsqueda de su bienestar y salud(17).

Por otro lado, también se pudo observar que muy pocos estudios las instituciones no tienen un protocolo establecido para el manejo del duelo en el paciente y mucho menos capacitaciones para que el personal pueda brindar información sobre las malas noticias a los pacientes y es importante saber que es de gran relevancia hacerle el seguimiento desde el mismo instante que se le da la información al paciente y familia ya que este puede afectar su integridad.

Bowlby definió al duelo como “todos aquellos procesos psicológicos conscientes o inconsciente que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquier sea el resultado de forma más amplia, Pangrazzi consideró al duelo como aquella “matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de personas queridas” El manejo del duelo no es un proceso fácil, rápido ni sencillo, según Bucay, la persona que vive el duelo debe valorar la importancia de lo perdido y es necesario que experimente el dolor asociado a ello; y luego, una vez que consiga aprender a vivir sin lo que ya no está, deje de vivir en el pasado y se enfoque en su nueva realidad, es que habrá elaborado y resuelto el duelo(18).

Finalmente cabe resaltar que los profesionales de la salud logran establecer una buena atención, una relación interpersonal con los pacientes y sus familiares, porque son cruciales para los buenos resultados como la aceptación de su condición de salud, tratamiento y calidad en el cuidado del paciente, solo queda mejorar el plan de manejo en base al duelo dentro de la institución para contribuir a una atención de mejor calidad.

10 CONCLUSIONES

- Se logro evidenciar por medio de la metodología DA-DE-DI-DO-DU (dar información, deberes y derechos, dignidad, dolor y duelo) que la institución percibe de manera positiva la humanización gracias a las capacitaciones recibidas ayudándoles a brindar una buena comunicación, orientándolos, dándoles un buen trato a sus pacientes durante su estadía en la IPS, pero no cuenta con un protocolo establecido para el manejo del duelo
- La investigación permitió identificar hallazgos importantes dentro de la institución relacionada con la humanización, la cual permite crear un plan de mejoramiento como material de apoyo, ya requiere fortalecer las falencias para prestar un mejor servicio.

11 RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la gerente aplicar sistemática o periódicamente el instrumento cada año o 6 meses.
- Se le recomienda a toda la institución informar a las EPS vinculadas sobre la implementación del protocolo del manejo del duelo relacionado con el programa de humanización establecido dentro de la institución.
- Se recomienda a la coordinadora de calidad realizar otro estudio de acuerdo a la debilidad del manejo del duelo con el fin de reforzar y mejorar.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Llanes G, Bejarano D, Ponce C. Llanes G. , Bejarano D, Márquez LM:La humanización de la atención de enfermería en salud laboral[Artículo revision de internet]2017[2018; 8:1(18-26). 2018;1:23–31. Available from: file:///E:/Dialnet-LaHumanizacionDeLaAtencionDeEnfermeriaEnSaludLabor-6536488 (3).pdf
2. Oviedo AD, Delgado IAV, Licona JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. Esc Anna Nery. 2020;24(2):1–7.
3. Rojas V. Humanization of intensive care. Rev Clínica Las Condes. 2019;30(2):120–5.
4. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Pers y Bioética. 2019;23(2):245–62.
5. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. 2014; 17(1) [Internet]. :70–4. Available from: <https://www.enfermeria21.com/ofertas-de-empleo-de-enfermeria/>
6. Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado The nature of humanized care A naturaleza do cuidado humanizado Escuela de Enfermería , Universidad Santo Tomás . Chile Introducción En el siguiente artículo se presenta una reflexión sobre la naturaleza del cuidado ejer. 2020;9(1):21–32.
7. Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación Entre Cuidado Humanizado Por Enfermeria Con La Hospitalización De Pacientes. Hacia la promoción la salud. 2016;0121–7577(2462–8425):26–36.
8. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016;7(1):1227.
9. Cardiovid C. La humanización del servicio: un acto de amor. Available from: <http://www.cardiovid.org.co/index.php/la-humanizacion-del-servicio-un-acto-de-amor/>
10. Santacruz-Bravo JD. Humanization of clinical care quality in health from the patient perspective centered from the Resolution 13437 of 1991. Univ y Salud. 2016;18(2):373–84.
11. Galván TV. Artículo de Reflexión La Humanización Del Cuidado En El Currículo Del Programa De Enfermería , Una Apuesta de La Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Humanization of care in the curriculum of nursing program of the Fundación Universitaria de Ci.
12. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. Med Intensiva (English Ed [Internet]. 2018;42(2):99–109. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medine.2017.08.011>
13. Guerrero R, Meneses M, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel

- Alcides Carrión. Rev enferm Herediana [revista en Internet] 2016 [acceso 8 de febrero de 2018]; 9(2): [127-136]. Rev enferm Hered [Internet]. 2015;9(2):127–36. Available from: <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
14. Pablo Monje V, Paulina Miranda C, Jéssica Oyarzún G, Fredy Seguel P, Elizabeth Flores G. Perception of humanized nursing care by hospitalized users. Cienc y Enferm. 2018;24:1–10.
 15. Vinci DA, Depois A, Humanismo DO. Da Vinci, 500 años después: del humanismo a la humanización. Pers y Bioética. 2019;23(2):171–9.
 16. Evelia H, Vanegas P, Valeta MO, Medina M, Martha P, Vega M. Humanización un desafío en instituciones públicas del departamento de Córdoba , Colombia Humanization in health care: a challenge in health Public Institutions in Córdoba , Colombia. 2019;4072(1):16–25.
 17. Puerta LFSVMKR, Fuentes BLB. Humanización del cuidado en la unidad de cuidados intensivos. Humaniz del Cuid en la unidad Cuid intensivos.
 18. Huarcaya-victoria J, Infanto-juvenil SDP, Nacional H, Almenara G, Essalud I, Medicina F De, et al. El duelo y cómo dar malas noticias en medicina Grief and how to give bad news in medicine Deborah. 2019;80(1):86–91.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

12.1 BIOGRAFIA

Claudia Álvarez Franco, Roberto Amador López, Carlos Andrés Andino Acosta, Adriana Ardila Sierra, Herwin Eduardo Cardona Quitián, Luz Fanny Casas Amado, Jairo Clavijo Poveda, Rebeca Cruz Santacruz, Eduardo Díaz Amado, Fritz Eduardo Gempeler Rueda, Oct J, Carrillo CV. La humanización de la salud conceptos, críticas y perspectivas. Amado ED, editor. 2017. 420 p

Queiroz ABA, Mohamed RP dos S, Moura MAV, Souza IE de O, Carvalho MC de MP, Vieira BDG. Nursing work in assisted human reproduction: between technology and humanization. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):1–8.

Cortez PA, Zerbini T, Veiga HM da S. Práticas Humanizadas De Gestão De Pessoas E Organização Do Trabalho: Para Além Do Positivismo E Do Dataísmo. Trab Educ e Saúde. 2019;17(3):1–23.

Asamblea constituyente, Constitución Política de Colombia de 1992, art. 48.49

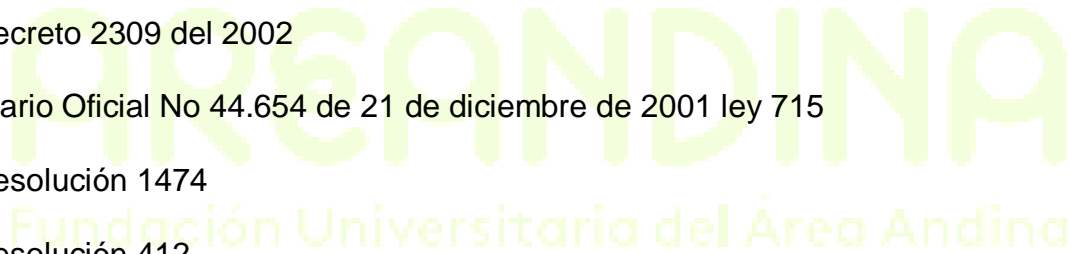
Decreto 2309 del 2002

Diario Oficial No 44.654 de 21 de diciembre de 2001 ley 715

Resolución 1474

Resolución 412

Resolución 4505



Anexos

12.2 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL

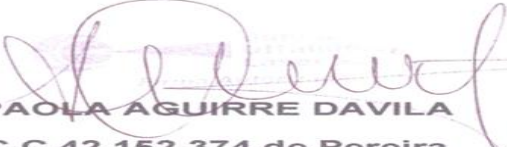
Pereira, septiembre 17 de 2020

Yo Paola Aguirre Dávila con cedula de ciudadanía número 42.152.374 de Pereira/Risaralda y en función de mis atribuciones legales como gerente de la Institución Unidad Oftalmológica Láser , acepto la participación voluntaria de la institución en esa investigación cuyo objetivo principal es el de evaluar el cumplimiento del estándar 33 del sistema único de acreditación definido en la resolución 5095 del 2018, y en la cual participaran como investigadores, estudiantes de auditoria, del centro de posgrados de la Fundación Universitaria del Área Andina Mairén Melissa Aluma Manyoma, Maribel Castañeda Vanegas, Tania Alejandra Moncayo Ordoñez, bajo la dirección académica de los docentes María del Pilar Marin Giraldo y Diego Carmona.

He sido informado sobre las repercusiones de esta investigación, la cual no representa riesgo alguno para las personas y según la resolución 8430 de 1993, puede realizarse sin ningún inconveniente en esta IPS, Por lo tanto, el grupo de investigación, en concertación con el área de oftalmología tendrá acceso a la base de datos que se requiere para la investigación como bases de datos, listado de personal, etc.

La información obtenida será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que igualmente puedo retirar mi autorización, cuando por cualquier eventualidad así lo decida, sin que esto acarree perjuicio para mí, la institución o las personas objeto de estudio.

Firma representante legal o quien da autorización institucional.




PAOLA AGUIRRE DAVILA
C.C 42.152.374 de Pereira

Gerente

12.3 Instructivos

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO 005095 DE 2018
(19 NOV 2018)

Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones y en especial, de las conferidas por los artículos 2.5.1.6.9 y 2.5.1.6.11 del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que el Capítulo 6 del Título 1, de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, contiene disposiciones relacionadas con el Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que el párrafo del artículo 2.5.1.6.11 del referido decreto señala que el Ministerio de Salud y Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.



Que, en desarrollo de la precitada disposición, el artículo 12 de la Resolución 2082 de 2014 incorporó el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, adoptado mediante la Resolución 123 de 2012, como uno de los manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Que en trabajo conjunto entre la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y la Oficina de Calidad de este Ministerio, se consideró necesario actualizar la versión 3.0 del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, para lo cual se tuvieron en cuenta las observaciones generadas por la Sociedad Internacional para la Calidad en salud (ISQua) y se realizaron reuniones con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en el marco del Programa de Transformación Productiva PTP, así como con expertos temáticos.


Que de conformidad con el artículo 4 de la Resolución 6055 de 2016, el Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud, en sesión del 20 de junio de 2018, recomendó continuar con el trámite del acto administrativo de adopción del manual.

Que, con base en lo anterior, se considera necesario adoptar el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1".

Que, en mérito de lo expuesto,

12.4 Instrumento de recolección de información

		PEREIRA- RISARALDA UNIDAD OFTAMOLÓGICA LÁSER HUMANIZACION EN SALUD	
VERSION:0			
INSTITUCIÓN:		DIRECCION:	
FECHA DE APLICACION: DIA / MES / AÑO/ 2020		TELEFONO:	
LISTA DE CHEQUEO ESTANDAR 33 HUMANIZACIÓN EN SALUD			
TABLA DE CRITERIOS INSTITUCIONALES			

N°	ESTÁNDAR	SI	NO	N/A
1	En la institución existe un documento o política de humanización			
2	Durante la consulta la puerta permanece cerrada			
3	El paciente es atendido por el equipo de salud exclusivamente mientras está en consulta (sin personal administrativo)			
4	La información brindada por el paciente no es divulgada por los pasillos de la institución después de la consulta			
5	La institución tiene protocolos establecidos para el manejo respetuoso y adecuado de la información entregada			
6	La institución tiene capacitaciones sobre comunicación asertiva			
7	Existe evidencias fotográficas o actas de capacitaciones a todo el personal, sobre la comunicación			
8	La institución cuenta con una política de confidencialidad frente a la información plasmada en la historia clínica del usuario			
9	A los usuarios que van para cirugía se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos de protección (vestidos, batas, gorro, polainas etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante el ambiente quirúrgico			
10	La IPS cuenta con un protocolo para el manejo del dolor, cuando los pacientes lo requieren			
11	La institución cuenta con señalización sobre los niveles de ruido en la sala de espera para reducir la contaminación auditiva			
12	La institución con un ambiente físico en buen estado para brindar una atención humanizada a los pacientes			
13	La institución cuenta con baños adecuados para pacientes con movilidad reducida			
14	La IPS cuenta con software o sistema informático para la asignación de citas y agilización de los servicios			
15	La IPS cuenta con ventanilla preferencial para mejorar la atención en salud de los pacientes			
16	En la IPS existen soportes de planes de mejoramiento frente a las quejas y reclamos encontradas en el buzón de sugerencias u otro medio.			
17	La institución cuenta con archivo de historias clínicas que garantice su confidencialidad y reserva y es manejado por personal capacitado			
18	La institución tiene un protocolo o una política para el manejo del duelo			

Cuadro 7 Lista de chequeo, criterio institucional

CRITERIOS DE TALENTO HUMANO				
N°	ESTÁNDAR	SI	NO	N/A
1	El personal se presenta por su nombre			
2	El personal establece contacto visual en la atención del paciente			
3	El personal de la institución da a conocer los deberes y derechos de los usuarios			
4	El personal llama a los usuarios por su nombre			
5	Los funcionarios transmiten claramente la información que se requiere de acuerdo a la condición de cada usuario			
6	El personal garantiza que se mantenga la confidencialidad en la entrega de resultados			
7	El personal orienta al paciente cuando tiene preguntas o dificultades en la institución			
8	El personal se preocupa por el dolor que presenta el paciente durante la estadía en la institución			
9	El personal utiliza un tono de voz moderado al dirigirse a los pacientes			
10	El personal se dirige de manera respetuosa al brindar atención a los usuarios			
11	El personal hace buen uso de los elementos de bioseguridad (bata, tapabocas, guantes y gorro)			
12	El personal autorizado remite al paciente ha apoyo psicológico para el manejo duelo			

Cuadro 8 Criterio de talento humano

12.5 Matriz de Objetivos

Definición	VARIABLES	Definición	Indicadores
Aspectos relacionados con las condiciones de vida del talento humano de la IPS como edad, genero, entre otros, y con el hogar, como características de la vivienda, nivel de ingresos, entre otros.	Edad	Diferencia entre la fecha actual y la fecha de nacimiento del trabajador de la IPS	Edad media de los trabajadores, desviación estándar, percentil 25-50-75
	Estado Civil	situación de convivencia familiar de los trabajadores de la IPS	Estado civil de los trabajadores
	Escolaridad	Nivel de estudio educativo de los trabajadores de la IPS	Trabajadores profesionales, tecnólogos y tecnológicos según nivel educativo (tablas de contingencia).
	Ocupación	Cargo que ocupa el trabajador, dentro de la institución	Asignación de puesto, según nivel educativo
Relacionado con las evidencias, protocolos y soportes de las capacitaciones realizadas a el personal	Privacidad	Mantener la confidencialidad e intimidad de los pacientes durante y después de las consultas	Porcentaje de los pacientes que se les respeto la privacidad
	Evidencias de capacitación	Documentos y fotografías donde se evidencie las capacitaciones realizadas a el personal	proporción de capacitaciones realizadas a el personal de la institución

	Protocolos	Conjunto de procedimientos necesarios para la atención de salud en la IPS	Porcentaje de cumplimiento relacionado con los protocolos establecidos en la IPS
	política de confidencialidad	Documento legal que plantea cómo la institución procesa o maneja los datos del paciente.	Proporción de cumplimiento de la política de confidencialidad en la IPS
	Elementos de bioseguridad	Elementos de protección personal que se brindan a los pacientes en cirugía	Porcentaje de elementos de bioseguridad que se le brinda a el paciente en el ambiente quirúrgico
	Manejo del dolor	Protocolo para el manejo del dolor	proporción de buenas técnicas sobre el manejo del dolor en los pacientes
	Contaminación visual	Elementos que perturban la visualización de los pacientes	Proporción de elementos que produce contaminación visual y auditiva en la IPS
	Ambiente físico	Espacio adecuado para brindar la atención durante la estancia en la IPS	Porcentaje de cumplimiento relacionado con un ambiente físico adecuado
	Atención oportuna	Atención eficaz para acceder a los servicios de salud	Porcentaje de pacientes con asignación de citas en el menor tiempo posible
	Planes de mejoramiento	Conjunto de medidas de cambio para mejorar el rendimiento de la IPS	proporción de medidas tomadas frente a las quejas y reclamos de los pacientes en la atención brindada
Aspectos relacionados con el desempeño y cumplimiento laboral del personal de la IPS	Nombre	Asignación de palabras que se le da a una persona para identificarlas	proporción de pacientes en las que el personal de salud se les presenta por su nombre
	Contacto visual	forma de comunicación no verbal con el paciente	porcentaje de talento humano que hace contacto visual con el paciente

deberes y derechos de los pacientes	Normativas en el rol paciente y personal asistencial	Porcentaje de pacientes que se le informa sobre los deberes y derechos
Llamada a los usuarios	El nombre es una seña de identidad propia, que conlleva un elevado impacto emocional.	porcentaje de pacientes que no son llamados por su nombre durante la estadía en la IPS
Información clara y cálida	Comunicación de conocimientos que permiten ampliar o precisar la información dada al paciente	Porcentaje de pacientes que reciben información de manera clara y específica
Trato respetuoso	El buen trato que recibe el paciente por parte del personal institucional	Proporción de pacientes que son tratados de una manera respetuosa y atenta
Manejo del duelo	Política o protocolo indicados para el manejo del duelo relacionado con un mal diagnóstico	Porcentaje de veces que aplican protocolos sobre manejo del duelo en los pacientes
Historia clínica	Confidencialidad de la historia clínica	Porcentaje de historias clínicas manejadas bajo confidencialidad en la IPS

Cuadro 9 Matriz de objetivos

12.6 Operacionalización

Conceptos	Definición	Variables	Nivel de medición	Pregunta	Indicador	Fuente
Características Sociodemográfico	Aspectos relacionados con las condiciones de vida del talento humano de la IPS como edad, genero, entre otros, y con el hogar, como características de la vivienda, nivel de ingresos, entre otros.	Edad	Naturaleza: Cuantitativa Numérica: Discreta	¿Cuál es la edad en años cumplidos de los trabajadores de la IPS?	Edad media de los trabajadores, desviación estándar, percentil 25-50-75	Base de datos de la institución
		Estado Civil	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿Cuál es su estado civil? 1-soltera(o) 2-casada(o) 3-divorciada(o) 4-viuda(o) 5-unión libre	Estado civil de los trabajadores	Base de datos de la institución
		Escolaridad	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	¿Cuál es su nivel de escolaridad? 1- analfabeta 2- básica primaria completa 3- básica primaria incompleta 4- básica secundaria completa 5- básica secundaria incompleta 6- Superior completa 7- Superior	Trabajadores profesionales, tecnólogos y tecnológicos según nivel educativo (tablas de contingencia).	Base de datos de la institución

				incompleta 8- carrera técnica completa 9- carrera técnica incompleta.		
	AR Fundación	Ocupación	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	¿Cuál es el cargo que desempeña dentro de la IPS? 1- Vigilante 2- Recepcionista 3- Auxiliar administrativo 4-Auxiliar de enfermería 5-Enfermera 6-Oftalmologo 7- Especialista 8- Otro	Asignación de puesto, según nivel educativo	Base de datos de la institución
Institucional	Relacionado con las evidencias y soportes, de las capacitaciones realizadas a el personal	Privacidad	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿El personal mantiene la puerta cerrada durante y después de la consulta? 1- Si	Porcentaje de los pacientes que se les respeto la privacidad	Observación por parte del investigador

			2- No 3-N/A		
	Evidencias de capacitación	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿Existe evidencias fotográficas o actas de capacitaciones a todo el personal? 1-Si 2-No 3-N/A	proporción de capacitaciones realizadas a el personal de la institución	Observación por parte del investigador
	protocolos	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿Tiene protocolos establecidos para el manejo respetuoso y adecuado de la información entregada? 1-Si 2-No 3-N/A	Porcentaje de cumplimiento relacionado con los protocolos establecidos en la IPS	Observación por parte del investigador
	Política de confidencialidad	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿La institución cuenta con una política de confidencialidad frente a la información escrita durante la consulta? 1-Si	Proporción de cumplimiento de la política de confidencialidad en la IPS	Observación por parte del investigador

		2-No 3-N/A			
	Elementos de bioseguridad	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿A los pacientes se les brinda elementos de protección personal cuando lo requieren? 1-Si 2-No 3-N/A	Porcentaje de elementos de bioseguridad que se le brinda a el paciente en el ambiente quirúrgico	Observación por parte del investigador
	Manejo del dolor	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿La IPS cuenta con un protocolo para el manejo adecuado del dolor? 1-Si 2-No 3-N/A	Proporción de buenas técnicas realizadas sobre el manejo del dolor en los pacientes	Observación por parte del investigador
	Contaminación visual y auditiva	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿La institución cuenta con procesos definidos para reducir la contaminación visual y auditiva? 1- Si 2-No 3-N/A	Proporción de elementos que produce contaminación visual y auditiva en la IPS	Observación por parte del investigador

		Ambiente físico	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿La institución cuenta con un ambiente físico adecuado para la atención? 1- Si 2- No 3-N/A	Porcentaje de cumplimiento relacionado con un ambiente físico adecuado	Observación por parte del investigador
		Atención oportuna	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿La IPS tiene herramientas tecnológicas que promueven una atención oportuna y reducción de esperas? 1- Si 2-No 3-N/A	Porcentaje de pacientes con asignación de citas en el menor tiempo posible	Observación por parte del investigador
		Planes de mejoramiento	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿Existen planes de mejoramiento frente a las fallas encontradas en la atención al usuario? 1-Si 2-No 3-N/A	proporción de medidas tomadas frente a las fallas en la atención brindada	Observación por parte del investigador
Talento humano	Aspectos relacionados con el desempeño y cumplimiento laboral del personal de la IPS	Nombre	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿El personal se presenta por su nombre a el paciente? 1-Si 2-No 3-N/A	proporción de pacientes en las que el personal de salud se les presenta por su nombre	Observación por parte del investigador

		Contacto visual	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿El personal establece contacto visual con el paciente? 1-Si 2-No 3-N/A	porcentaje de talento humano que hace contacto visual con los pacientes	Observación por parte del investigador
		deberes y derechos de los pacientes	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿En la institución da a conocer los deberes y derechos a los usuarios? 1-Si 2-No 3-N/A	Porcentaje de pacientes que se le informa sobre los deberes y derechos	Observación por parte del investigador
		Llamada a los usuarios	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿El personal llama a los usuarios por su nombre durante la atención? 1-Si 2-No 3-N/A	porcentaje de pacientes que no son llamados por su nombre durante la estadía en la IPS	Observación por parte del investigador
		Información clara y cálida	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿Los funcionarios transmiten clara y cálidamente la información que se requiere de acuerdo a la condición de cada paciente? 1-Si 2-No 3-N/A	Porcentaje de pacientes que reciben información de manera clara y específica	Observación por parte del investigador

		Trato respetuoso	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿El personal ofrece un trato digno respetando las tradiciones, creencias y valores de los usuarios? 1-Si 2-No 3-N/A	Proporción de pacientes que son tratados de una manera respetuosa y atenta	Observación por parte del investigador
		Manejo del duelo	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿El personal autorizado remite a los pacientes ha apoyo psicológico para el manejo del duelo (perdida de la visión entre otras)? 1-Si 2-No 3-N/A	Porcentaje de veces que aplican protocolos sobre manejo del duelo en los pacientes	Observación por parte del investigador
		Historia clínica	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	¿Mantienen la confidencialidad de las historias clínicas de los pacientes? 1-Si 2-No 3-N/A	Porcentaje de historias clínicas manejadas bajo confidencialidad en la IPS	Observación por parte del investigador

Cuadro 10 Operacionalización

12.7 Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						
Fechas	Años					
Actividades	Julio	Agosto	septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Asesoría para seleccionar el tema de la investigación	X					
Búsqueda de artículos para realizar el estado del arte	X					
Asesorías para citar los artículos y mejora del documento		X				
Realización de mejoras al formato del proyecto		X				
Aplicación de las correcciones hechas por el asesor a la propuesta de investigación			X			
Encuentro virtual para la elaboración del instrumento			X			

Cuadro 11 Cronograma de actividades

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

12.8 Validación del instrumento

CARTA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Yo, **Maira Alejandra Cossio Mosquera** portadora de la Cedula de Ciudadanía N°: **1.088.339.304**, por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de lista de chequeo de Humanización correspondiente al Proyecto: **“CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR DE HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN UNA IPS DE SEGUNDO NIVEL OFTALMOLÓGICA, PEREIRA-COLOMBIA, SEPTIEMBRE DEL 2020”**, dirigido a la IPS: **UNIDAD OFTALMOLOGICA LASER S.A.**, presentado por **MARIBEL CASTAÑEDA VANEGAS**, portadora de la Cedula de Ciudadanía N.º 42152607, **TANIA ALEJANDRA MONCAYO ORDOÑEZ**, portadora de la Cedula de Ciudadanía N.º: 1127079762, **MAIREN MELISA ALUMA MANYOMA**, portadora de la Cedula de Ciudadanía N.º 1225090098, responsable de la creación de dicho Instrumento como peldaño a proyecto final para la obtención del Título como **ESPECIALISTAS EN AUDITORIA EN SALUD**, el cual apruebo en calidad de Validador.

12.9 Presupuesto

Personal							
Rubro	Formación académica	Valor hora	Cantidad de horas a la semana	Número de meses	Total	Instalado	No Instalado
Maribel Castañeda Vanegas	Enfermera Profesional	30.000	2	3	240.000		
Mairen Melissa Aluma Manyoma	Enfermera Profesional	30.000	2	3	240.000		
Tania Alejandra Moncayo Ordoñez	Terapeuta respiratoria	30.000	2	3	240.000		
María del pilar Marín Hurtado	Enfermera especialista	100.000	2	3	800.000		
Diego Carmona Carmona	Médico especialista	100.000	2	3	800.000		
Total 5		320.000	10		2,320.000		

Cuadro 12 Presupuesto

12.10 Presupuesto

MATERIALES E INSUMOS					
Rubro	Valor unitario	Cantidad requerida	Total	Instalado	No Instalado
Papelería	200	20	4,000		
Fotocopias	50	18	900		
Impresiones	300	2	600		
Lapiceros	700	5	3,500		
carpetas	1.000	2	2,000		
Total			11,000		

Cuadro 13 Material e insumos

SALIDAS DE CAMPO					
Descripción	Justificación	Costo unitario	# de salidas	Instalado	No instalado
Visita a la IPS para la aplicación del instrumento realizado	Desplazamiento hacia la IPS ubicada en la ciudad de Pereira-Risaralda	2,200	7		
TOTAL	15.000				

Cuadro 14 Salidas de campo

EQUIPOS			
Descripción del equipo	Justificación	Especie	Efectivo
Computadores	Equipo en el cual se redacta la información para la elaboración del proyecto y tablas		
Impresora	Donde se imprimen los documentos necesarios para la aplicación del instrumento		
TOTAL 4.000.000			

Cuadro 15 Equipos

SOFTWARE			
Descripción del software	Justificación	Especie	Efectivo
Excel	Herramienta en la cual se realizan tablas o gráficos sobre el resultado de la investigación he instrumento		
Word	Elaboración del proyecto		
Mendeley	Instrumento el cual se utilizó para la citación de los artículos e incorporación de la bibliografía		
TOTAL	0\$		

Cuadro 16 Software

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina