

INVESTIGACIÓN APLICADA
ADHESIÓN A LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE BAJA
COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI

WILTON BENAVIDES TORRES

CINDY TATIANA VALLEJO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA ORGANIZACIONES DE SALUD - MGOS
SANTIAGO DE CALI

2020

INVESTIGACIÓN APLICADA
ADHESIÓN A LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE BAJA
COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI

AUTORES:

WILTON BENAVIDES TORRES

CINDY TATIANA VALLEJO

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título
de Magister en Gerencia de Organizaciones de Salud

Director del trabajo de grado: Profesor Diego Varón, Ph. D.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD - MGOS
SANTIAGO DE CALI

2020

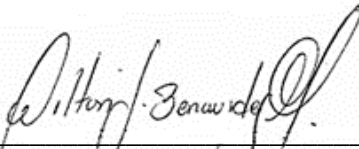
Santiago de Cali, 17 de noviembre de 2020

Doctor (a)
SILVIO BORRERO CALDAS
Decano
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

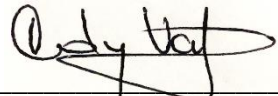
Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es
“**Adhesión a la política de humanización en un hospital de baja complejidad de la ciudad de Santiago de Cali**”.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



Wilton Benavides Torres
C.C. 87.454.879 de Samaniego (N).



Cindy Tatiana Vallejo
C.C. 1.144.136.309 de Cali

Santiago de Cali, 17 de noviembre de 2020

Doctor (a)

SILVIO BARRERO CALDAS

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “**Adhesión a la política de humanización en un hospital de baja complejidad de la ciudad de Santiago de Cali** “, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana de nombres: Wilton Benavides Torres y Cindy Tatiana Vallejo con códigos o cédula 87.454.879 y 1.144.136.309 , y considero que cumplen con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente

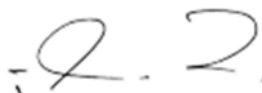
Diego Varón

Director del Trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

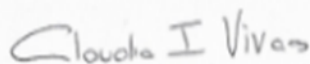
“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

“Adhesión a la política de humanización en un hospital de baja complejidad de la ciudad de Santiago de Cali”, Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones de Servicios de Salud.



SILVIO BORRERO CALDAS

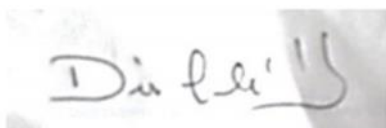
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Diana Carolina Gonzalez

Claudia I Vivas Tovar
Director Adjunto
MGO

Diana Carolina González
Jurado



Diego Varón
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 17 de noviembre de 2020

Dedicatoria

Dedico este escrito a mi familia; mi Madre que ha sido el motor de mi vida, mi polo a tierra y mi ejemplo a seguir, mi Padre que estaría orgulloso de este momento y desde donde quiera que este, está aplaudiendo este logro y a mis hermanas, quienes me animaron y me apoyaron cuando quería “tirar la toalla”. A mi familia les debo cada uno de mis logros.

Cindy Tatiana Vallejo Quiñones

Dedicatoria

Tu afecto y tu cariño fueron los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo y de mis ganas de seguir adelante, con el sentimiento más noble de gratitud y fe, dedico este trabajo de mucho esfuerzo a honrar tu labor como Padre, aun en tu ausencia tu nombre se honra con este hijo que, a la huella de tus pasos, camina por sendero del bien como un hombre de fe y paz. También a mi retoño amado, que seguirá la senda paso a paso de mi mano, para aprender que el conocimiento es una lucha incansable de vida, que junto con Dios se conjuga, para ser mejores seres humanos cada día, dispuestos a servir a sus semejantes, con amor y justicia.

Wilton Benavides Torres

Agradecimientos

A veces la falta de oportunidades nos limita el pensamiento; pero hoy estoy convencida, que todo esfuerzo tiene su recompensa. No fue un año fácil, nos vimos obligados a tener una metodología diferente de aprender, adaptarnos a los cambios cuestan, pero las ganas de perseverar nos vuelven accesibles a la adaptación.

Hoy quiero agradecerle inmensamente a Dios, dueño de la vida, por llegar hasta este punto sin desfallecer. A la Pontificia Universidad Javeriana Cali, por abrirme las puertas y poder ser parte de su importante institución, con orgullo digo SOY JAVERIANO. Agradezco a mi familia (mi madre y mis hermanas) que son mi columna vertebral y han caminado de mi lado.

Agradezco a mi tutor de tesis el Dr. Diego Varón, por habernos brindado la oportunidad de compartir su capacidad y conocimiento científico, además de dedicar su tiempo. A si también, a cada uno de los docentes, quienes me instruyeron en cada clase, para prepararme en este camino.

Extiendo mi agradecimiento al Dr. Oscar Ipia, Gerente de la Red de Salud del Oriente, que nos permitió realizar nuestro trabajo de investigación en tan importante institución de la región.

Para finalizar, agradezco a mis amigos que han sido parte de este camino y a mis compañeros de clases, ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo han aportado significativamente en la culminación de este proceso.

Cindy Tatiana Vallejo Quiñones

Agradecimientos

Agradecimiento a esa bendición infinita de mi Madre, que va conmigo a diario y a lo largo de toda mi vida, a mi Familia, a mis Maestros y a todos mis Compañeros que permitieron que juntos crearemos esos lazos de infinito albor, para aprender juntos y entender que los humanos nacimos para acompañarnos, entendernos y construir juntos memorias de vida.

Agradecimiento a Dios que todo lo permite; a la Pontificia Universidad Javeriana Cali, por permitir ser discípulo de esa doctrina que forma verdaderos seres humanos; al señor Gerente y Directivos del Hospital Carlos Holmes Trujillo, quienes permitieron adelantar este trabajo investigativo en dicha Institución, al Doctor Diego Varón, tutor de tesis, que aportó su conocimiento y entregó su tiempo para dirigir la correcta creación de este documento y a todas las personas que indirectamente colaboraron para que este trabajo sea una realidad.

Wilton Benavides Torres

Contenido

Resumen	17
Abstract	18
Introducción	19
1. Planteamiento del Problema	22
2. Marco Conceptual o Teórico	28
3. Objetivos	42
3.1 Objetivo general.....	42
3.2 Objetivos Específicos.....	42
4. Metodología.....	43
4.1 Población Objeto y Muestra.....	46
4.1.1 <i>Parámetro general cálculo de la muestra</i>	46
4.1.1.1 Muestra Grupo Trabajadores.....	48
4.1.1.2 Muestra Grupo Usuarios.....	49
4.2 Instrumentos de Recolección de Información.....	50
4.2.1 <i>Instrumentos usuarios</i>	55
4.2.1.1 Guía de Entrevista semi estructurada.....	55
4.2.2 <i>Instrumento colaboradores</i>	56
4.2.2.1 Guía de Entrevista semi estructurada.	58
5. Resultados.....	60
5.1 Colaboradores.....	60
5.2 Usuarios.....	65
5.2.1 <i>Instrumento usuarios entrevista semi estructurada</i>	65

5.2.2 Instrumento usuario, encuesta en grupo focal.....	71
6. Discusión.....	77
7. Conclusiones.....	83
8. Recomendaciones.....	85
Referencias.....	87
Anexos.....	91

Lista de Tablas

Tabla 1. Caracterización de la investigación (UN CORTE)	45
Tabla 2. Operacionalización metodológica propuesta	46
Tabla 3. Operacionalización del decálogo como referente para la indagación tipo proposición Likert al usuario y al trabajador o colaborador componente “conocimiento”	51
Tabla 4. Operacionalización del decálogo como referente para las preguntas al usuario y proposiciones consultadas al proveedor del servicio, componente “actitud”	52
Tabla 5. Operacionalización del decálogo como referente para las preguntas al usuario y proposiciones consultadas al proveedor del servicio, componente “práctica”	53

Lista de Figuras

Figura 1. Direccionamiento y el despliegue de política de humanización (relación proporcional directa entre adhesión trabajadores y percepción de resultados).	40
Figura 2. Diagrama de flujo para aplicación de la prueba piloto	59
Figura 3. Mecanismos de corrección o ajuste laboral	60
Figura 4. Contacto visual con el usuario	61
Figura 5. Sentimientos y actitud compasiva	62
Figura 6. Adhesión a política vía sentimientos o recuerdos	63
Figura 7. Mejoras del trabajo y política de humanización	64
Figura 8. Indagar sobre capacitaciones y refuerzos a los procesos en el contexto de humanización del servicio	64
Figura 9. Reconvención en público	65
Figura 10. Identificación de los funcionarios	66
Figura 11. Saludo al usuario	66
Figura 12. Aclaración de dudas sobre procedimiento o formulación	67
Figura 13. Cordialidad en el trato al acceder a los servicios.....	68
Figura 14. Explicación del procedimiento al usuario por parte del personal.....	68
Figura 15. Requerimiento de orientación por parte del usuario es brindado	69
Figura 16. Se garantiza confidencialidad y derecho a privacidad del usuario	69
Figura 17. Durante consulta, me hicieron un examen completo y explicaron adecuadamente que hacer	70
Figura 18. Tratamiento y personal adecuados y completos	70
Figura 19. Mejorar la experiencia del usuario en la IPS a través de	71
Figura 20. Trato recibido durante la permanencia en la IPS.....	72
Figura 21. Confianza, brindada por el personal al expresar problemas de salud.....	72
Figura 22. Examen completo durante la consulta	73
Figura 23. Indicaciones sobre la forma de tomar los medicamentos	73
Figura 24. Explicación fácil de entender, por parte del personal sobre el problema de salud o el resultado de la consulta	74
Figura 25. Explicación por parte del personal, de cuidados a seguir en casa	74
Figura 26. Respetó privacidad del usuario durante la consulta.....	75
Figura 27. Experiencia general respecto a los servicios recibidos en la institución	75
Figura 28. Otras observaciones sobre el servicio en la institución	76

Lista de Anexos

Anexo A. Formato Instrumento que se aplica a usuarios para contrastar la percepción real.....	92
Anexo B. Formato de monitorización de la atención	94
Anexo C. Instrumento para consulta percepción del servicio usuarios	95
Anexo D. Instrumentos colaboradores para consulta adherencia a la política de humanización; encuesta tipo Likert, con opción de retroalimentación en cinco palabras.....	97

Resumen

La humanización de la prestación de servicios de salud, resulta hoy un aspecto imperativo para organizaciones que deseen estar a la vanguardia en la calidad que entregan efectivamente a sus usuarios y partes interesadas en general. La gestión de las organizaciones del sector salud viene integrando este concepto como parte de los requisitos y propósitos, que el ministerio de salud plantea para estas, pero igualmente se ha convertido dicho proceso en factor decisivo para la mejora competitiva de este tipo de organizaciones.

El presente estudio, tiene como propósito, analizar el nivel de adherencia de los colaboradores de la salud, a la política de humanización de una Institución Prestadora de Salud (IPS) de baja complejidad del municipio de Santiago de Cali. El énfasis y práctica del presente trabajo, configura un método esencialmente mixto, que aplica características cualitativas, con un nivel de medición que responde a lo nominal, apoyándose a la vez en aspectos de corte cuantitativo.

El uso de encuestas en una muestra de 50 colaboradores y 60 usuarios permitió recopilar, a pesar de las dificultades de bioseguridad por la pandemia, valiosa información para el estudio. Se ha establecido un nivel de adherencia a la política de humanización de tipo medio, con efecto positivo en la percepción del servicio por parte de los usuarios. Adicionalmente se han identificado factores impulsores del proceso entre los que destacan: la capacitación, la acción motivadora a través del ejemplo directivo. Si bien existen sensibles avances a partir de la promulgación de la política y su despliegue inicial, es necesario mejorar la gestión en aspectos laborales y de involucramiento del personal por parte de los directivos y líderes de área.

Palabras Claves: Política de humanización, adherencia, percepción del servicio, decálogo de humanización, calidad en servicios de salud.

Abstract

The humanization of the provision of health services is today an imperative for organizations that wish to be at the forefront in the quality that they effectively deliver to their users and interested parties in general. The management of health sector organizations has been integrating this concept as part of the requirements and purposes that the Ministry of Health raises for them, but this process has also become a decisive factor for the competitive improvement of this type of organizations.

The purpose of this study is to analyze the level of adherence of health collaborators to the policy of humanization of a low-complexity IPS in the municipality of Santiago de Cali. The emphasis and practice of this work configures an essentially mixed method, which applies qualitative characteristics, with a level of measurement that responds to the nominal, while relying on quantitative aspects.

The use of surveys in a sample of 50 collaborators and 60 users, allows to collect, despite the bio-security difficulties due to the pandemic, valuable information for the study.

A medium level of adherence to the humanization policy has been established, with a positive effect on the perception of the service by users. Additionally, drivers of the process have been identified, among which the following stand out: training, motivating action through the executive example. Although there are significant advances from the promulgation of the policy and its initial deployment is necessary to improve the management of labor aspects and the involvement of personnel by managers and area leaders.

Key Words: Humanization policy, adherence, service perception, humanization decalogue, quality in health services.

Introducción

Calidad y humanización son dos de los grandes imperativos que en este momento tienen en su haber el sistema de salud y las instituciones prestadoras de servicio. Derivado lo anterior, de su naturaleza de contacto e intervención directa con el usuario de dicho sistema; si bien se han realizado significativos avances en cuanto a calidad, aún el tema de la humanización está en camino de consolidarse como un logro significativo, a través de la adhesión de los trabajadores en el proceso de promulgación y despliegue de la política institucional de calidad. Así, se verán los primeros éxitos y la necesidad de mejoras en aspectos reflejados principalmente en la percepción del usuario.

El presente estudio, se focalizó en analizar el nivel de adherencia de los colaboradores de la salud, a la política de humanización de una IPS de baja complejidad del municipio de Santiago de Cali. A través de la aplicación de 50 encuestas entre los colaboradores o trabajadores y 60 entre los usuarios, el uso de una escala que establecía los niveles de adhesión alta, media o baja a dicha política, llevo al análisis conjunto de adhesión y percepción del servicio por parte de los usuarios, desde el enfoque de la política de humanización y su proceso de implementación en la institución mencionada.

Utilizando un enfoque investigativo de carácter mixto, se concluye que existe una potencial relación directamente proporcional entre la adhesión por parte de los colaboradores a la política de humanización, y la percepción del servicio por parte de los usuarios, que en este caso es de carácter medio, pero con gran efecto en la manera como estos respondieron a la indagación, mostrando una positiva receptividad de los servicios obtenidos (hospitalización, urgencias y consulta externa). Sin embargo, en dicho contexto, mencionan la necesidad de mejorar la información en puntos claves de acceso, lo cual implica la mejora en la gestión de capacitación

para el personal en hitos de entrada y de transición dentro de la institución, al igual que equiparar en procesos de formación a los colaboradores, por parte de directivos y líderes, sobre las premisas de la humanización. Esto último a partir de lo indagado entre los trabajadores.

Mejoras en la coordinación intrainstitucional, sería un aspecto que también puede contribuir notablemente a mostrar la mejor cara de la IPS en el momento de brindar sus servicios. Finalmente se presenta también la necesidad de educar en sus derechos y deberes al usuario.

Cuando un aspecto ha marchado tradicionalmente de manera no adecuada y es el caso de la necesaria humanización de los servicios de salud, todo punto de mejora será notado de manera especial (incremental) por los usuarios afectados positivamente. Por ello, la posibilidad de encontrar un nivel de adhesión medio, generando niveles de percepción del servicio por parte del usuario en promedio del 60 al 70% de caracterización positiva. Se denota también la relación directamente proporcional entre la adhesión a la política de humanización por parte de los colaboradores y la mejora percibida en los servicios desde la óptica de los usuarios.

Finalmente es importante reseñar que, el presente estudio se ha estructurado de la siguiente manera: el primer capítulo, expone la problemática desde una perspectiva de análisis descriptivo de la humanización del servicio de salud, en diversos contextos, entre cifras, normas y retos de futuro en esta materia. El segundo capítulo, presenta el marco conceptual o teórico, abordando desde los albores del desarrollo organizacional, las teorías gerenciales y premisas de la calidad. Luego, la distinción de los modelos y herramientas de gestión donde se resalta el de tipo asistencial; paradigma adoptado en el marco indicativo y normativo del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), que incluye la novedad para dicho contexto de la “humanización del servicio de salud”. El tercer capítulo, configura el objetivo general: “analizar el nivel de adherencia de los colaboradores de la salud, a la política de humanización de una IPS

de baja complejidad del municipio de Santiago de Cali”. Cerrando con los objetivos específicos: determinar la percepción de humanización del servicio en la atención de los usuarios, en una IPS pública de Santiago de Cali; determinar la adherencia de los colaboradores a la política de humanización de la institución; proponer recomendaciones conducentes a mayores niveles de humanización del servicio, en una IPS de Santiago de Cali. El cuarto capítulo, expone el diseño metodológico. De tipo mixto, y aplica características cualitativas, con un nivel de medición correspondiente a lo nominal, soportado a la vez en indagaciones sobre datos de tipo cuantitativo. El capítulo quinto, muestra específicamente los resultados obtenidos en los grupos de población consultados, mencionados al inicio de esta introducción, cuyo análisis pasa luego en parte por la discusión y mayoritariamente en la sección de presentación de conclusiones. El capítulo sexto, presenta la discusión centrada en un cuerpo de 5 documentos, adicionales al contexto teórico previamente consultado. El capítulo séptimo, ofrece las conclusiones obtenidas, donde resaltan necesidades referidas a la capacitación de colaboradores, para afianzar el proceso de despliegue de la política de humanización en la institución. Finalmente, el octavo capítulo, registra las recomendaciones derivadas de la investigación.

1. Planteamiento del Problema

La gestión de calidad de los servicios es uno de los retos más urgentes que enfrentan las instituciones prestadoras de Salud en adelante IPS, en un contexto de permanente cambio y nuevas necesidades de los pacientes o usuarios. Aunque en las últimas décadas se han venido implementando en el ámbito de la salud, modelos de gestión focalizados en la satisfacción del usuario y que han logrado mejoras importantes avances en la eficiencia y cobertura del sistema, todavía persisten problemas de calidad, particularmente en lo relacionado con la humanización de la atención hacia los pacientes (Kerguelen, 2008).

El tema de la humanización se encuentra en varios contextos, a fin de obtener la búsqueda de mejoras en la calidad de la atención para el usuario y también para los trabajadores de la salud.

Lo anterior conduce a “reflexionar rigurosamente y repensar los conceptos de salud, ser humano y humanización en el contexto bioética-ética. Igualmente, en el de la gestión de los sistemas y factores que confluyen para el cuidado de la salud” (Casas, 2017, p.63).

Desde una perspectiva tanto a nivel científico como administrativo de los sistemas de salud, la mirada inicial a la temática parece concentrada en los aspectos relacionados con los paradigmas de calidad y gestión integrada, buscando así optimizar la cadena de valor que inicia con la productividad, sigue a la calidad e induce al éxito desde la perspectiva de la competitividad; sin embargo ha sido notable el vuelco hacia un enfoque que toma conciencia sobre la necesidad de mirar desde una perspectiva sistémica las instituciones y el conjunto de servicios de salud, pero tendiendo principalmente en cuenta que el centro de este proceso es el ser humano; “para mucha gente puede resultar hasta cierto punto paradójico, que se hable de humanizar la atención sanitaria o los servicios de salud, cuando la esencia es precisamente dicha condición” (Gutiérrez, 2017, p.29) .

En contraste a este proceso de intencionalidad y necesaria concreción, pero aún en construcción, por parte de los usuarios, los reclamos se pueden resumir en el clamor por la calidad, acceso, capacidad resolutiva, cobertura, disponibilidad de los servicios y buen trato (El Tiempo, 2018).

Los trabajadores o parte de ellos, a su vez, quieren mejores condiciones de trabajo y capacitación, para enfrentar satisfactoriamente la intensidad del impacto que impone afrontar diariamente la enfermedad y el sufrimiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en concordancia con la Organización Mundial de Salud (OMS), quienes vigilan la garantía del derecho fundamental de la salud, afirman que, el sector salud en nuestro país ha logrado grandes avances con la cobertura universal en salud, según reporte del Ministerio de Salud y Protección Social; en el año 2018, el 95% de la población contaba con algún tipo de aseguramiento en salud. El desafío, ahora, recae en la calidad y la humanización de la atención en los servicios a los pacientes. (OPS, 2019).

En Colombia se han desarrollado políticas para mejorar la calidad en la atención hospitalaria, por ejemplo, se adoptó el Sistema integral de Seguridad Social, reglamentado en la ley 100 de 1993, ajustado legislativamente por muchas normas, el cual instituyó al Ministerio de Salud Nacional, como máximo ente rector, a quien compete formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la Política Nacional en materia de Salud.

En este orden, el Ministerio Nacional de Salud, emitió el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, sujeto a la ley 1438 del 2011, con el propósito de convertir en temas prioritarios, la seguridad, la coordinación, la transparencia, la calidad y humanización del servicio de Salud, en búsqueda del desafío planteado por la OPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Mediante el (PNMCS), también se determinó, las complicaciones que al interior del sistema se encuentran como factores que torpedean el normal funcionamiento; encontrando así, que uno de

los problemas más relevantes que sustentan las dificultades en calidad, se manifiestan en: “procurar un enfoque de mejoramiento continuo de la calidad centrado en los agentes del sistema y no en las personas, lo cual ha generado algunas prácticas deshumanizantes” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Se puede observar que el tema de la humanización del servicio en salud está a cargo de todos los agentes del sistema (usuarios, prestadores y aseguradores), y obedece a un accionar en salud que se refleja en el nivel de satisfacción del usuario en la prestación de los servicios de salud. Por esta razón, es preciso analizar qué está pasando en el desarrollo misional, de todos los responsables para garantizar la prestación de un servicio en salud humanizado.

Si se parte entonces, desde la perspectiva del usuario del sistema como agente principal, se observa claramente una sociedad usuaria inconforme con el manejo de los recursos públicos asignados para al fin, inconformidad sustentada en evidencia presentada por la Fiscalía General de la Nación, quien reveló que entre los mayores procesos de corrupción que afectan al sistema general de seguridad social en salud, el desvío de recursos en varias EPS y Hospitales del país, ocupando los primeros lugares en el ranking, el hospital público Erasmo Meoz de Cúcuta y la EPS SaludCoop, con desfalcos de 20 mil 571 millones y 20 mil millones respectivamente, para el año 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Inconformes también los usuarios, con la prestación de los servicios en consulta, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, simbolizados en miles de tutelas, falladas a favor del usuario, por un juez de la República que obliga al sistema brindar atención humanizada, oportuna y de calidad.

Por ejemplo, en el año 2018, se registraron 607.308 acciones de tutela por violaciones a un derecho fundamental, de estas, 207.734; lo que significa, que, del total de tutelas interpuestas en el país, el 34% involucran el derecho fundamental a la salud, que se debería prestar sin necesidad de acudir a instancias judiciales (Defensoría del Pueblo, 2019).

Estos informes muestran todo lo contrario a indicadores del nivel de satisfacción del usuario, presentados por prestadores y aseguradores; siguiendo con el ejemplo de SaludCoop para el año 2016 la Empresa Prestadora de Salud (EPS) ocupaba el puesto número 12 entre los aseguradores existentes en el país, según reporte de ranking de satisfacción de EPS, emitido por el Ministerio de Salud, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Es correcto entonces, decir que estos sistemas de medición dejan mucho que pensar sobre la verdadera realidad que perciben los pacientes y sus familiares a la hora de recibir el servicio. Todas estas contradicciones se acompañan de argumentos evasivos con responsabilidades rifadas entre prestadores y aseguradores que argumentan escasez de recursos financieros.

Si se mira desde la perspectiva de las entidades aseguradoras o Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), es posible evidenciar que presentan diferentes argumentos como causa de la problemática interna del sistema, todas soportadas fundamentalmente en recursos financieros insuficientes para la atención integral de los usuarios, incluida la atención humanizada del servicio. Estas entidades de aseguramiento son altamente cuestionadas por su papel intermediario en el sistema, tienen funciones específicas que al parecer no cumplen con las expectativas del paciente y la familia, se alinean a indicadores de cobertura altos comparados con otros países y organizaciones altamente reguladas y exitosas en el manejo de población afiliada y atendida. Son clasificadas en un ranking que tiene como objetivo orientar el comportamiento de la población en la elección de su EPS, referenciar las EPS más competitivas del sector (en términos de satisfacción del usuario) y estimular competencia por calidad entre las EPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Pero, en realidad se sigue presenciando un panorama de incertidumbre, los usuarios representados en las 44 EPS entre régimen contributivo y subsidiado ven como el 50% de las entidades están con medidas especiales de revisión bajo la Superintendencia Nacional de salud con riesgos potenciales que afectarían a sus afiliados. (Periódico la Republica).

Esto explica el alto riesgo a que se exponen los usuarios por no contar con una afiliación sólida y continúa en determinadas EAPB.

Y por último; si se toma el punto de vista de las instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS), tal vez las más sacrificadas por este sistema como Empresas Social del Estado (ESE) públicas; por su déficit fiscal en sus balances financieros, cartera vencida por EPS en mora, colaboradores de la salud insatisfechos frente a la remuneración recibida por su trabajo, altos índices de rotación de personal, alta regulación estatal en condiciones de acreditación y certificación, entre otros problemas, como la corrupción, que consecuentes con los demás se afianzan con el paso del tiempo y muestran las dificultades para los prestadores como agentes del sistema de salud en Colombia.

Toda esta situación genera que, ofertar un servicio humanizado sea quizá uno de los mayores retos para los prestadores, con todas estas problemáticas al interior de las instituciones; cabe resaltar, además, que, aun así, en estos actores recae toda la responsabilidad de contacto directo con el paciente y la necesidad de ofertar un servicio en salud humanizado que repercuta positivamente en los indicadores de satisfacción del usuario. Es preciso entonces, desde la mirada del prestador del servicio, ver la humanización como un componente fundamental en la atención del paciente y se hace necesario fijar la política de humanización, como herramienta reglada por el estado para ofertar servicios de calidad, en busca de pacientes satisfechos junto a sus familiares y comunidad.

Este reto conlleva, lograr una absoluta satisfacción al final del proceso de atención en pacientes inmersos en todas las causales de insatisfacción, presentadas en los procesos de cada uno de los actores del sistema. Así, es difícil corregir todas las malas experiencias que el paciente percibe en un sistema con problemas de corrupción, donde sus aseguradoras desvían recursos, donde los hospitales niegan los servicios y se hace necesario acudir a una instancia judicial para hacer valer su derecho.

Adicionalmente, disipar toda esta percepción negativa, concebida antes de la atención y traducirla en satisfacción con la atención recibida por parte de todo el personal de salud que está en contacto directo con el paciente, usuario del sistema.

En tanto que, los agentes de los sistemas de Salud no entiendan que las personas son el centro de su accionar y se comprenda que los usuarios no son el medio para lograr el fin, sino que, por el contrario, deben ser vistos como el centro holístico de todo el sistema, como el fin de toda acción misional, estratégica y operacional de sistema que busca el bienestar de sus usuarios reflejado en satisfacción del paciente y su familia, tendremos que seguir escudriñando en el ¿por qué? . Aún, cuando las instituciones hospitalarias poseen políticas de humanización del servicio, propias a su contexto para ofertar servicios en salud con buen trato y oportunidad en el tiempo de asignación de citas en los diferentes servicios; y a pesar de la existencia de todo un movimiento académico, investigativo, normativo, político- institucional y particular; se siguen presentado manifestaciones que reflejan bajo índice de satisfacción de los usuarios, frente a la humanización en la atención recibida en el sistema de salud.

2. Marco Conceptual o Teórico

La calidad y el mejoramiento empresarial que algunos estudiosos vinculan desde el enfoque clásico, con las teorías de “desarrollo organizacional”, incluyendo el aporte de Shewart (1938) publicando un libro sobre control de calidad, en el cual, además de incluir los gráficos de proceso y el muestreo aleatorio, describe allí el ciclo ahora conocido como ciclo Deming, un modelo de proceso administrativo dividido en cuatro fases: planificar, hacer, verificar y actuar; sin embargo, un abordaje más integral y de contextualización y conceptualización al tema es posible desde tres enfoques principales así:

El enfoque norteamericano, centrado en la productividad, como la mayor preocupación de toda organización, donde se prioriza el producir para vender y de esa forma los esfuerzos se centran en la masificación para obtener así tamaños de lote de producto óptimos en términos de obtención de ganancias. Esta luego el enfoque europeo que centra su atención en el diseño de la organización, dando a través de la evolución en la historia de las empresas origen a los modelos de diversificación y así el sistema de producción deberá adaptarse y racionalizarse para poder ofrecer un sin número de variedades del mismo producto (Drucker, 2002)

Finalmente está el enfoque japonés, que, a partir del trabajo originado en la aplicación de las herramientas estadísticas por parte de Edward Deming en Japón, aparece la necesidad de ir más allá de solo medir el nivel de calidad logrado, y es desde esta perspectiva que se empieza a hablar por parte de dicho autor y otros de la “administración de la calidad”. Luego de la construcción de la calidad en la organización y su mejoramiento, expresado esto como el concepto de “gestión de la calidad total”, un movimiento originado en las industrias de Japón y aplicado con gran éxito en toda la zona denomina Asia – Pacífico (Falconi C., 2009).

Persisten entonces aquí dos conceptos como aforismos a desplegar, por una parte, “la calidad empieza con educación y sigue con educación”, enunciado por E. Deming. Por otra parte, la reivindicación que hace J. Juran sobre la necesaria sensibilización y capacitación expresada en: “solo personas de calidad permiten contar con organizaciones de calidad”. Lograr esto implica la conciencia de generar un proceso de cambio permanente, con la aplicación de la innovación y las herramientas requeridas por todo tipo de organización o empresa en aras de construir esa denominada calidad y su adecuada gestión (Durán, 2017).

La gestión de calidad total implica entonces revisar el todo como un proceso amplio que involucra una cadena de valor, tema que venía siendo reiterado por Vicente Falconi Campos, desde finales de la década del 90 en sus textos que buscaban promover el modelo de gestión de calidad entre las organizaciones de Americana Latina. Dicho encadenamiento, ejercía entonces un jalón de decisión de compra sobre el cliente, sumando a esta continuidad de causa efecto, el personal de la empresa, los proveedores, los accionista, el conjunto de la sociedad, y hasta el estado mismo, cada uno con sus expectativas y necesidades por satisfacer al respecto (Falconi C., 2009). Todo esto último se enfatiza en la más reciente revisión para la norma ISO 9001 que da relieve en su contexto a “los participantes” o también denominadas “partes interesadas. Esto, a través de los modelos de estandarización y normalización de la NTC ISO9001 y de la familia de normas ISO 9000 del sistema de integral de gestión (ISOTOOLS, 2020).

Se suma también a dicho escenario, el enfoque desde los servicios asistenciales. Aquí es importante referir desde la perspectiva del autor Avedis Donabedian y hacia 1966, su definición de la calidad como: “los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Señala que ésta puede interpretarse en 2 dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere

a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. Es así, como la atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes por parte del personal que despliega los procesos de atención.

En el sentido del último aspecto reseñado, se abre paso el tema de la política de humanización del servicio de salud, que viene teniendo un papel relevante en el actual sistema de colombiano y en los procesos de acreditación de prestación de servicios de salud.

Sin embargo, una revisión de la calidad en el contexto de los servicios médico asistenciales en la línea de la perspectiva organizacional utilizada en este análisis, obliga a mencionar que el ciclo histórico de fin de milenio termina con un balance no muy positivo para la salud humana y la vida en el planeta. A pesar de la capacidad generada para acumular riqueza y la disponibilidad de recursos y saberes, especialmente desde la era moderna, se hace evidente un perfil dramático de sufrimiento humano, pandemias y destrucción de la naturaleza, que no se corresponde con el desarrollo productivo y tecnológico alcanzado (Breilh, 1999).

Por tanto, la necesidad de administrar los recursos se hace indispensable en cualquier ámbito. Para ello se hace necesario traer a colación la definición de administración en salud, teniendo en cuenta, así, que la palabra administración al venir del latín *administrare* (de “ad”, a; y “ministrare”, servir), con la acepción de gobernar, regir y disponer de bienes (como se citó en Di Massimo Antonucci, 2016); por lo que autores como Chiavenato (2001,) en su compilación sobre fundamentos de administración, cita a partir del concepto clásico de Fayol para quien la administración se basa en 5 elementos funcionales básicos: Planificación, organización, dirección, coordinación y control, que implican un “proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el empleo de los recursos organizacionales para conseguir determinados objetivos con eficiencia y

eficacia” (p.3). A su vez y en resumen, Fayol define el acto de administrar como: planear: visualizar el futuro y trazar el programa de acción (Fayol, 1971).

Siguiendo esta misma línea, la administración en salud ha sido entendida como la ciencia, además de técnica y arte que integra sectores y actividades para la obtención de los mejores resultados posibles con los recursos disponibles en materia del cuidado de la condición de salud humana. Sumado aquí el nivel de integración externa del sector de la salud, con otros sub sectores es necesario considerar a la inter sectorialidad, componente político y tecnológico de la gerencia, y que es imprescindible para dar respuesta de solución a la determinación social de la salud (Castell-FloritSerrate, 2017).

La administración como campo de conocimiento, está conformada por la teoría organizacional, la dirección estratégica y el comportamiento organizacional –conocimientos, cuya aplicación se encuentra en la definición de las actividades organizacionales, tanto en sus niveles gerenciales como en los operativos (Torres & Mejía, 2006).

La mirada de los teóricos se fija en diferentes componentes de estos sistemas, que permiten plantear, por ejemplo, la humanización como uno de los elementos de mayor peso. De ahí que la OMS (S/F), máxima autoridad en salud a nivel internacional resalte la importancia de un sistema humanizado, en el cual, la razón de ser sea estar al servicio de la persona, esto es, pensado y concebido en función del hombre.

Cabe preguntarse entonces, qué es humanizar o la humanización, pudiéndose afirmar que se entiende como un asunto ético, que tiene que ver con los valores que lleva nuestra conducta, en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos conducen a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. Por ello, es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales

de salud en sensibilización y respeto en la atención de los pacientes alrededor del precepto ético y valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social (Bermejo, 2014).

Sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección social en Colombia, hace énfasis en el entender la humanización como “un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman” (Agrado, 2017).

Razón por la cual, en palabras de Agrado (2017), el estado colombiano está también en la necesidad de intervenir en este aspecto exigiendo a las instituciones las políticas de calidad que logren articular la atención en salud y el control del costo, de esta manera impactar en el cuidado y humanización del servicio. El problema central es que las instituciones no logran adherirse a este componente y se ve cada día que los pacientes no reciben una atención centrada en su salud y con un enfoque humanista.

Ahora, es indiscutible que los tiempos cambian y que las relaciones humanas cada día son diferentes, esto hace que la atención de un médico hacia el paciente tenga modificaciones acordes a la época en la cual se sitúe. No obstante, lo que permanece intacto es la dignidad esencial inherente en el ser humano; por lo que muchas veces un saludo, una sonrisa, una mirada del colaborador puede generar una atención completamente diferente, aunque sea de muy poco tiempo. De esto hablaba Kant, (2014) cuando, en su planteamiento en torno a la ética y, lo que llamó “principio de humanidad”, hablaba de actuar de tal forma que se trate a la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, esto es, siempre como un fin y nunca solamente como un medio.

Ahora bien, la historia da muestras de cómo los Estados, en su necesidad de organizarse, crean normas, instauran instituciones, adoptan sistemas y siguen modelos que les permitan resolver

los retos del desarrollo para enfrentar un mundo global y cambiante, siendo el sector de la salud uno de los más importantes; en tanto hace referencia a la garantía de uno de los Derechos Fundamentales del ser humano, esto es, el de la vida.

Sin embargo, resulta paradójico pensar que el Estado deba, a través de normas de tipo legal, regular la humanización del servicio en salud en un sistema hecho por personas y para personas; por lo que, se pensaría que esto es tan intrínseco que no existe explicación para sujeción contraria, no obstante, aun así, y en redundancia, se debe buscar la humanización de la atención en salud. Como lo afirma Hanlon, (1954):

Los trabajadores sanitarios, hombres y mujeres, no pueden permanecer indiferentes a las influencias sociales, culturales y humanas del medio en que viven. Como disciplinas profesionales, la salud pública y la educación sanitaria no son más que partes de un concepto más amplio que abarca el bienestar y mejoramiento social de un gran número de seres humanos (p.7).

En Colombia, particularmente, se adopta un Sistema integral de Seguridad Social, reglamentado en la ley 100 de 1993. El Ministerio de Salud Nacional, instituido como máximo ente rector, a quien compete formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política nacional en materia de Salud, acorde a preceptos supranacionales en el marco determinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece lineamientos y herramientas técnicas para la implementación y observación de acciones, de acuerdo con las competencias a cargo de los actores del sistema. Lo anterior, porque los sistemas de salud nacionales son regulados por organizaciones supranacionales, siendo vigilados, así, de manera rigurosa por organizaciones internacionales como, en este caso, la OPS, en concordancia con la OMS.

Muestra de esto, es el hecho de que recientemente varios profesionales independientes, representantes de usuarios, funcionarios de diferentes áreas de MinSalud y asesores de la OPS y OMS participaron en la Mesa de Trabajo Política de Humanización con el fin de avanzar en el trabajo colaborativo y co-creador para el ajuste, fortalecimiento y construcción de la Política de Humanización (OPS, 2019).

Ahora, en lo que refiere al Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, éste se emite con el propósito de convertir en temas prioritarios, la seguridad, la coordinación, la transparencia, la calidad y humanización del servicio de Salud, así como determinar de forma importante las complicaciones que al interior del Sistema se encuentran como factores que torpedean el normal funcionamiento; encontrando así, que uno de los problemas más relevantes que sustentan las dificultades en calidad dentro del sistema se manifiestan en “procurar un enfoque de mejoramiento continuo de la calidad centrado en los agentes del sistema y no en las personas, lo cual ha generado algunas prácticas deshumanizantes” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

No obstante, respecto a este tipo de políticas, es preciso traer a colación las palabras de un actor muy importante en el campo de la salud en Colombia, y un excelente humanista, el médico José Félix Patiño, quien en una entrevista cuestionaba la humanización del servicio en salud planteada desde un Estado que mediante sus normas cercó el tema de la humanización, cuando en la en la ley se posibilitó la prestación del servicio por medio de empresas con ánimo de lucro y “la salud que debería ser un servicio social se convirtió en un negocio” (Academia Nacional de Medicina de Colombia, s/f).

Ciertamente, en los últimos años la invitación a humanizar la salud se ha acentuado de muchas maneras: como eslogan, programa político y forma de organizar la crítica frente a lo que sucede en este sector. Se trataría del intento de contrarrestar los efectos nocivos del excesivo énfasis en lo tecnológico, lo administrativo y lo económico en dichos servicios, en desmedro, por

supuesto, de las consideraciones de orden ético, afectivo y emocional, entre otras, que han de tenerse en cuenta en la especial circunstancia de proveer ayuda y atención a quienes están afectados por alguna enfermedad (Díaz, 2017).

Por tanto, las medidas legislativas del Congreso de la República de Colombia, reiteran en recordar a los agentes de servicios de Salud, algunas responsabilidades para asumir competencias establecidas en la norma; así, deberán entonces los agentes adoptar, aplicar y armonizar las estrategias organizacionales al PNMCS; participar en la elaboración de metodologías para el seguimiento; vincularse a escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento de la gestión e inducir a prácticas humanizadas por parte de los entes territoriales; realizar análisis y monitoreo a los resultados en salud; desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano en salud que contribuyan a humanizar la gestión de la organización y sus redes; fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar la calidad y la humanización en el sistema de salud; disponer información completa, oportuna y veraz de forma cómo avanza la implementación del PNMCS, propiciar una cultura del mejoramiento de la calidad y buen gobierno; que el tema de Humanización del servicio acerque la formulación de políticas institucionales de atención bajo el principio orientador de humanización del servicio en salud (PNMCS,2016).

Pues bien, si se parte desde la perspectiva del usuario del sistema, se observa claramente una sociedad inconforme frente al manejo de los recursos públicos asignados para tal fin, como también con la prestación de los servicios en consulta, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, simbolizados en miles de tutelas, falladas a favor del usuario, por un juez de la república que obliga al sistema a brindar la atención oportuna y de calidad, atención que se debería ofrecer sin necesidad de acudir a instancias judiciales que muestran aún más que los usuarios reciben un trato injusto e inoportuno por parte de aseguradores, prestadores y colaboradores del servicio, todo esto contrario a los indicadores que se muestran en niveles de satisfacción del usuario; mostrados en conceptos emitidos por el Ministerio de Salud Nacional en

documentos que califican y categorizan a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

Como lo indica Agrado (2017), basándose en estudios hechos por el DANE sobre la percepción de los usuarios del sistema de salud respecto del servicio brindado, pudiendo evidenciar, así, que el porcentaje de ciudadanos satisfechos con la rapidez en la entrega de los trámites fue equivalente a un 24%, los procesos para acceder a información, trámites y servicios fueron equivalentes a un 19% y la satisfacción con la calidad del personal asistencial fue de tan sólo un 18%. Para el 2014, la percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue de 54%, lo que indica que el 46% de los usuarios consideraron difícil acceder a los servicios de salud de su EPS. A pesar de esto, el indicador mejoró un 11% con respecto al 2015. En cuanto a la proporción de personas que reportaron la negación de un servicio, se redujo a la mitad entre 2013 y 2014, esta negación de servicios disminuyó al pasar del 11% al 5%. Dentro de las principales razones por las que se les negó un servicio estuvo, la no disponibilidad del recurso con 36,46%; el servicio no incluido en el POS 29,02%, y la no contratación con el prestador 22,16% (Agrado, 2017).

Por otro lado, cuando se toma la perspectiva de las entidades aseguradoras (EAPB); es posible dar cuenta del hecho que estas presentan diferentes argumentos como causa de la problemática interna del sistema, todas soportadas fundamentalmente en recursos financieros insuficientes para la atención integral de los usuarios, estas entidades de aseguramiento altamente cuestionadas por su papel intermediario en el sistema, tiene funciones específicas que al parecer no cumplen con las expectativas del paciente y la familia, se alinean a indicadores de cobertura altos comparados con otros países y organizaciones altamente reguladas y exitosas en el manejo de población afiliada y atendida, clasificadas en un ranking. Ranking que tiene por objetivo orientar el comportamiento de la población en la elección de su EPS, referenciar las EPS más

competitivas del sector (en términos de la satisfacción del usuario) y estimular competencia por calidad entre las EPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Aunque mediante la norma, el Estado ha buscado equilibrar las condiciones de los actores del sistema y ha reiterado concentrar la atención en las personas, se siguen observando acciones de intervención estatal por parte de la Superintendencia de Salud a entidades que no cumplen su papel como debiera ser, explicando claramente el inconformismo de los usuarios.

Ahora, tomando el punto de vista de las instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS), tal vez las más sacrificadas por este sistema como Empresas Social del Estado (ESE) públicas; por su déficit fiscal en sus balances financieros, cartera vencida por EPS en mora, colaboradores de la salud insatisfechos frente a la remuneración recibida por su trabajo, altos índices de rotación de personal, alta regulación estatal en condiciones de acreditación y certificación, entre otros problemas, como la corrupción, que consecuentes con los demás se afianzan con el paso del tiempo y muestran las dificultades para de los prestadores como agentes del sistema de salud en Colombia.

Pensar que todos los problemas de estas instituciones son causantes de un servicio deshumanizado no sería correcto se tendría que hacer un análisis para determinar la percepción que el usuario tiene de la humanización del servicio, como también los profesionales que brindan el servicio, ya que, aun cuando las instituciones hospitalarias poseen políticas de humanización del servicio propias y ajustadas a su contexto para ofertar servicios en salud con buen trato y oportunidad en el tiempo de asignación de citas en los diferentes servicios, y a pesar de la existencia de todo un movimiento académico, investigativo, normativo, político-institucional y particular, se siguen presentado manifestaciones que reflejan alto índice de inconformidad de los usuarios y sus familias frente a la atención recibida en el sistema de salud.

No obstante, pareciera que, como consecuencia de la dinámica que se da entre las instituciones prestadoras de salud, las entidades aseguradoras y los usuarios del servicio de salud

descrita anteriormente, deja toda la responsabilidad en los agentes del sistema, pues bien, hablar de calidad implica referirnos por su puesto a la humanización del servicio, para ello las instituciones prestadoras de salud adoptan políticas de humanización, que buscan fijar protocolos de atención en oportunidad, trato justo y respetuoso en la experiencia entre paciente y colaborador de las instituciones hospitalarias.

Cuando se habla entonces de «humanizar» se refiere a una actitud mental, afectiva y moral que invita al personal sanitario a plantearse sus propios esquemas mentales, sus estados emocionales, estilo de comunicación y conducta, ante la intervención sanitaria frente a otra persona, que en ese momento vive una situación difícil debido a la enfermedad (Gálvez , 2017).

En efecto, asistir al enfermo exige conocer su situación y realidad desde un sentido más humano y acogedor, y no solo como un proceso médico (Andino, 2015).

También se puede ofrecer una relación de empatía con el paciente, ya que esto le brindaría confianza; es por ello que debe existir una relación que incluya comunicación efectiva con el usuario y su familia (Capuñay, 2019).

Esta mención a la empatía con el paciente a lo cual se suman las características de asertividad en la atención, llevan de nuevo al punto clave mencionado sobre el adecuado despliegue de una política de humanización del servicio por parte de los colaboradores, para lo cual media un proceso de sensibilización, capacitación y adhesión a dicha política por parte del personal, contexto y entorno que implican junto a los enfoques inicialmente mencionados una corresponsabilidad entre directivas y trabajadores, pues los documentos de normalización por sí solos o los discursos de motivación, indican potencialmente el camino a seguir, pero las prácticas desde una perspectiva moral y de ética de la empresa, dejan en el orden del día la coherencia y el ejemplo como los mayores motivadores en esta importante senda de despliegue de la excelencia en el servicio asistencial (Donadecian, 1978).

Bajo igual enfoque y énfasis de humanización, el presente trabajo analiza a partir de los referentes teóricos adicionales revisados, entre otros: (GoodPaster, 1989; Arizeta, Portillo, & Ayesta, 2001; Cortina, 1997), el potencial de vinculación entre adherencia a las políticas y el desempeño empresarial. Aspecto clave y que en el contexto del direccionamiento estratégico de la organización objeto de estudio y su política de humanización del servicio, estaría configurando un potencial alineamiento por parte del personal, y a la par, un efecto sobre la percepción del servicio que reportan los usuarios; en el entendido que la empresa es finalmente un sistema “activo” y manifiesto o representado, a través de sus trabajadores en cuanto al contacto directo y el despliegue de acciones que recibe el usuario; a la vez dicha organización y colaboradores, cuentan con la supuesta guía y retroalimentación permanente de sus directivos y cuadros de jefatura, donde la ausencia de una claridad en el direccionamiento mencionado y su correspondiente despliegue entre los trabajadores, genera precisamente una situación de caos y deficiencia aplicativa en cuanto a los productos y servicios ofrecidos, traduciéndose esto de paso en fallas serias de la calidad y un riesgo al desarrollo y permanencia de la empresa en el mercado; por el contrario una directiva presente y que educa con el ejemplo a sus equipos de trabajo, actúa consciente que la sensibilización es el primer paso para involucrar los trabajadores, y acercarlos al escenario de desempeño prometido al cliente y deseado; la siguiente cuestión es, ¿qué se espera de ellos?, pues solo “personas de calidad, constituyen empresas de calidad”, y esto se logra: sensibilizando, educando, formando y entrenando permanentemente para desplegar esa calidad y junto a esta, la práctica humana de los servicios de salud que interesa al presente estudio en los actuales contextos de las empresas de este tipo; lo cual resulta válido para cualquier sector; bien lo menciona el polifacético empresario Richard Branson: “cuida de tus empleados y ellos cuidaran de tus clientes” (Branson, 2016).

Sin embargo y potencialmente dos escenarios pueden presentarse: por una parte, aquello que piensan y expresan los directivos no está necesariamente en línea directa con los imperativos

de humanización o en el otro caso, y por el contrario las directivas estructuran un marco de lineamientos que incluso permite pasar por las evaluaciones desde documentos o evidencias por parte de las auditorías pertinentes, pero la adopción plena de estos preceptos aún es lejana para el conjunto de trabajadores de la organización sanitaria.

Para el escenario o caso mencionado, se configura entonces potencialmente, una razón directamente proporcional, donde a mayor adherencia a la política, mayor percepción positiva del servicio; lo cual se ilustra en la siguiente figura.

Figura 1

Direccionamiento y el despliegue de política de humanización (relación proporcional directa entre adhesión trabajadores y percepción de resultados).



Nota: Direccionamiento y despliegue de política de humanización a partir del decálogo para generar mayor adherencia y promover mejora en la percepción del servicio por parte de los usuarios. Se sostiene que existe una relación proporcional directa entre adhesión trabajadores y percepción de resultados por parte usuarios.
Fuente: Adaptado de A B C de la gestión integral de la calidad (Durán G. , 2017).

De esta forma, en la institución objeto de análisis el referente de articulación entre la adhesión a la política de humanización y la percepción del servicio por parte de los usuarios se encuentra en el decálogo de la misma, que parte de la siguiente definición: Humanización es la condición esencial que garantiza que los servicios de salud a la población usuaria se den partiendo del respeto a la dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, credo o raza y todo aquello que hace al ser humano único irrepetible” (Red de Salud del Oriente, 2020).

Dicho decálogo manifiesta lo siguiente como táctica para el despliegue de la estrategia de humanización:

1. Salude al paciente, sea amable.
2. Preséntese con nombre y cargo.
3. Sea impecable con su vocabulario
4. Aclararé dudas e inquietudes, utilizando un lenguaje sencillo y entendible para el paciente y su familia
5. Cumpla con sus deberes sobreponiéndose a las dificultades y al cansancio.
6. No excluya al familiar o acompañante en la consulta, facilítele permanecer, será su aliado terapéutico.
7. Tenga tolerancia con el paciente y su acudiente.
8. Demuestre al paciente actitud de servicio.
9. Revise al enfermo y converse con él.
10. Haga las cosas con AMOR.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

El objetivo general de la investigación es analizar el nivel de adherencia de los colaboradores de la salud, a la política de humanización de una IPS de baja complejidad del municipio de Santiago de Cali.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar la percepción de humanización del servicio en la atención de los usuarios en una IPS pública de Santiago de Cali.
- Determinar la adherencia de los colaboradores a la política de humanización de la institución.
- Proponer recomendaciones conducentes a mayores niveles de humanización del servicio en una IPS de Santiago de Cali.

4. Metodología

En ocasiones se dificulta el abstraer dimensiones y generar procedimientos para una adecuada medición, restringiendo al proceso de investigación a clasificar los fenómenos y los atributos de éstos, buscando establecer relaciones causales (Perez - Tejada, 2008).

De esta forma, las dificultades presentes en la gestión de los recursos humanos e inherentes a los procesos de gestión estratégica en las organizaciones conllevan a un escenario como el anteriormente mencionado, en el caso de esta investigación.

Por ello, y dado que, se pretende desde una escala categórica revisar un valor que indica potencialmente si el estado del proceso de adhesión, resulta mayor o menor que otro (escala de ordenamiento), dicho de otra manera, se pueden ordenar o establecer relaciones de orden entre los valores de la variable cualitativa nivel de adhesión (equiparable con el nivel de satisfacción o de cumplimiento). (Coronado, 2007).

Dicho nivel es de tipo ordinal y estaría enmarcada por una metodología mixta, buscando revisar la adherencia desde tres posibles estados de referencia: Alta, media y baja.

Es así, que el énfasis y práctica del presente trabajo, configura un método esencialmente Mixto, que aplica características cualitativas, con un nivel de medición que responde a lo nominal, apoyándose a la vez en aspectos de corte cuantitativo (Pérez – Tejada, 2008).

Dicho enfoque cualitativo, permite explorar, registrar y llegar a describir el desempeño de la institución, manifiesto mediante dos referentes.

Por una parte, los usuarios del servicio de salud que atiende la institución y su percepción de calidad de este; por otra los trabajadores y su nivel de adherencia respecto a la política de humanización del servicio en la institución.

Lo anterior lleva entonces a establecer que el estudio aplica un análisis que no está en función estricta del tiempo como línea de continuidad, por tanto no se considera como estudio de tipo diacrónico (o de análisis longitudinal) (Arnau & Bono, 2008); sin embargo, se requiere del análisis en dos momentos fijos de la fenomenología objeto de estudio, por ello recurre la presente investigación, a un diseño frecuente en ciencias del desarrollo, conocido por el nombre de: “transversal repetido” (estudio de análisis sincrónico o transversal). Según este formato de diseño, los individuos actúan de réplicas que, fundamentalmente, siguen patrones de relativa similitud. Un primer rol es la identidad de los colaboradores frente a la política de humanización y en un segundo rol, referidos a los usuarios del sistema y la percepción del servicio recibido como actores principales del marco estratégico organizacional, de dicha política de humanización.

El estudio de cada rol no requiere procedimientos especiales, dado que se considera como un diseño de corte transversal (Arnau y Bono, 2008). En conjunto para los dos puntos de corte en el caso de los comportamientos de: usuarios y para el punto de corte de los colaboradores (trabajadores), llevan desde el enfoque mixto utilizado a la descripción de eventos, hechos, personas, situaciones, comportamientos e interacciones observadas mediante el desarrollo del estudio; incluyendo también, experiencias, pensamientos, actitudes y creencias, que los participantes experimentan o manifiestan.

Se analiza, la problemática de una situación en concreto, tomando en consideración los recursos ya disponibles y orientando el desarrollo a todas las acciones que conlleven al mejoramiento de la calidad en salud. Para ello, se tendrá en cuenta aspectos relevantes que retroalimentan y encaminarán esta investigación y las sugerencias de ella derivadas en cuanto al despliegue y adherencia de la política de humanización del servicio de salud en la IPS; la siguiente tabla resume la caracterización de la investigación.

Tabla 1.*Caracterización de la investigación (UN CORTE)*

Metodología	Tipo	Estudio	Diseño
Mixta	Análisis Narrativo	Sincrónico	Transversal (un corte)

Fuente: construcción propia

Para el desarrollo de la investigación, un primer paso es la revisión de literatura, recopilando diferentes textos que argumenten el planteamiento del problema y permitan construir un marco teórico suficiente.

La aplicación de un guion del tipo lista de chequeo, como instrumento de recolección en un grupo focal de usuarios para precisar la percepción respecto al trato humanizado hacia este, después de la atención en algunos servicios que ofrece la institución hospitalaria.

A la par y a través de entrevista semiestructurada a trabajadores se recolectará información, que posibilite generar unidades de sentido sobre la caracterización del proceso de adopción a la política de humanización de manera tal que lleve a concluir sobre el proceso de adhesión a esta.

Es importante resaltar aquí las dificultades en la recolección de información a partir de la crisis derivada de la pandemia de SARS Covid -19, lo cual generó inconvenientes en dicha recopilación, tanto para el grupo muestral de colaboradores en la institución, como para el de Usuarios.

La siguiente tabla muestra por otra parte, la operacionalización metodológica realizada para el cumplimiento de los objetivos específicos planteados.

Tabla 2*Operacionalización metodológica propuesta*

Objetivo	Ruta operativa propuesta
1. Determinar la percepción de humanización del servicio en la atención de los usuarios en una IPS pública de Santiago de Cali.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar desde fuente primaria a través de un grupo focal de población usuaria, la percepción sobre el servicio. Se usa instrumento guía del grupo focal. ▪ Comparar a través de técnicas de revisión narrativa los resultados encontrados en cuanto a percepción del servicio y diferencias encontradas en este aspecto al introducir el proceso de promulgación y despliegue de la política de humanización. ▪ Se estructura una matriz resumen de unidades de sentido para registrar allí los resultados obtenidos.
2. Determinar la adherencia de los colaboradores a la política de humanización de la institución.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar desde fuente primaria a través de entrevista semi estructurada aplicada a muestra de colaboradores, la adherencia de estos a la política de humanización. Se aplica instrumento de entrevista semi estructurada. ▪ Se estructura una matriz resumen de unidades de sentido para registrar allí los resultados obtenidos. ▪ Se formula una matriz de análisis sistémico que refleje los resultados de nivel adherencia por factores analizados.
3. Proponer recomendaciones conducentes a mayores niveles de humanización del servicio en una IPS de Santiago de Cali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se procede a revisar y contrastar los contenidos de las matrices de información elaborados para los objetivos específicos 1 y 2. ▪ Se redacta la relatoría de recomendaciones a partir de la información anterior

Fuente: construcción propia

4.1 Población Objeto y Muestra

4.1.1 Parámetro general cálculo de la muestra

Los grupos de respuesta establecidos son:

T₀: Trabajadores de la institución, estos responden encuesta semi estructurada de adhesión a la política de humanización de este estudio.

U₁: Usuarios de la institución, responderán la encuesta semi estructurada de percepción del servicio humanizado de este estudio.

U₂: Usuarios de la institución, responderán la encuesta aplicada en espacio de grupo focal al grupo inscrito para este efecto y con el objeto de consultar percepción del servicio.

Para la población de trabajadores **T₀** se aplica el cálculo del tamaño de muestra mediante el procedimiento denominado: “muestreo aleatorio probabilístico simple para poblaciones finitas” (Bernal, 2015), con la siguiente formula y parámetros generales:

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

En donde:

“n” corresponde al tamaño de la muestra poblacional a obtener para el grupo o marco muestral y es la variable por resolver; en los casos **T₀** trabajadores y **U₁** usuarios.

“N” corresponde al tamaño de la población total del grupo o marco (universo) muestral que se determina por el número de trabajadores **T₀**, información que entrega la institución; los cuales responderán la encuesta de adhesión del estudio.

“S” corresponde o representa la desviación estándar de la población, que para el estudio se utilizará un valor constante del 0,5.

“Z” es el valor de nivel de confianza, que para el estudio sea del 90% y equivale a 1,645 (calculado en tabla de $z \alpha/2$), como el valor mínimo para considerar aceptablemente confiable el ejercicio estadístico desarrollado.

“E” representa el límite aceptado de error muestral, para el caso es de un 10% o 0.1 de margen de error.

4.1.1.1 Muestra Grupo Trabajadores. Para el cálculo de la muestra en T_0 , se tiene entonces lo siguiente al aplicar la fórmula, con una población de 250 trabajadores, de tipos asistencial y de contacto con el usuario, incluyendo personal de caja:

$$n = \frac{0,5^2}{\frac{0,1^2}{1,645^2} + \frac{0,5^2}{250}}$$

En donde “n” o la muestra para T_0 es igual a 53,2425625688651; aproximando a **n= 50** unidades muestrales del grupo de trabajadores, con las cuales se mantienen los criterios establecidos.

Criterios de inclusión Trabajadores. Colaboradores con historial de trabajo posterior, a 18 meses.

Aceptación voluntaria de participación.

Criterios de exclusión Trabajadores. Colaboradores vinculados al proceso de formulación de la política de humanización del servicio en la institución.

Colaboradores con historial de trabajo en la IPS, no posterior a 18 meses.

4.1.1.2 Muestra Grupo Usuarios. El muestreo para el grupo de usuario se realizará por el método no probabilístico por conveniencia.

El cual consiste en seleccionar a los individuos que convienen al proceso, por el momento de disponibilidad, por aproximación efectiva a la institución durante la consulta. Esto permite un abordaje con inmediatez al usuario en las actuales condiciones de contingencia por bioseguridad, en contexto de pandemia y restricciones de cuarentena. La disponibilidad de las personas a formar parte de la muestra se dificulta, entonces no se cuenta efectivamente con un listado previo de potenciales unidades muestrales en disposición de responder.

Al momento de finalización de uso del servicio, los usuarios están fácilmente disponibles y se tiene certeza que pertenecen a la población de interés, de esta forma, se ha determinado que se buscará un número de unidades muestrales de 60 sujetos (Bernal, 2015).

Se definen aquí como grupo poblacional los usuarios de los servicios de salud (urgencias, hospitalización y consulta externa) de la institución.

Criterios de inclusión usuarios. Usuarios que se están retirando de los servicios intramural (urgencias, hospitalización y consulta externa), que acudieron al servicio dentro del día en que se aplicó el instrumento, y se aprovecha entonces para realizar la encuesta “in situ”.

Usuarios Mayores de edad

Usuarios sin anotaciones de negativa manifiesta de aceptación voluntaria de participación

Criterios de exclusión usuarios. Usuarios Menores de edad

Usuarios con anotaciones de negativa manifiesta de aceptación voluntaria de participación.

4.2 Instrumentos de Recolección de Información

A continuación, se procede a mostrar los instrumentos de recolección de información, en la tabla 3, operacionalización del decálogo como referente para la indagación tipo proposición Likert al usuario y al trabajador o colaborador, componente “conocimiento”; en la tabla 4, el componente “actitud” y en la tabla 5, el componente “práctica”. (Ver tablas 3, 4 y 5)

Tabla 3

Operacionalización del decálogo como referente para la indagación tipo proposición Likert al usuario y al trabajador o colaborador componente “conocimiento”

Uso óptimo	Consecuencia de un trabajador de acuerdo con las proposiciones y política de humanización.	Mejora percepción usuario	Aplica el decálogo
Dimensión	Proposiciones orientadas al conocer	Preguntas orientadas a conocer	Aspectos relacionados con la aplicación del decálogo de humanización del servicio
	<u>Adherencia del personal colaborador de la salud</u>	<u>Percepción del servicio por parte del usuario</u>	
CONOCIMIENTO	1. Cuando me preguntan sobre el proceso de humanización del servicio respondo claramente y recuerdo todas las actividades que se han realizado al respecto	3. ¿El funcionario le aclara sus dudas o explica sobre el procedimiento o formulación?	3. Sea impecable con su vocabulario
	2.No ha sido necesario discutir sobre este tema, tampoco se ha requerido diseñar un plan de mejoramiento para la humanización en el trabajo	6. ¿Cuándo usted requiere una orientación, encuentra fácilmente un funcionario que le brinde orientación?	4. Aclarare dudas e inquietudes, utilizando un lenguaje sencillo y entendible para el paciente y su familia
	3.Todos en mi área conocemos esta política y su relación con el direccionamiento estratégico de la institución	10. ¿Su experiencia general en la institución Hospitalaria fue??	3. Sea impecable con su vocabulario
	4.Conozco el cronograma de capacitación y este es adecuado, suficiente y oportuno, sobre la política de humanización que ha organizado la institución para este año	6. ¿Cuándo usted requiere una orientación, encuentra fácilmente un funcionario que le brinde orientación?	3. Sea impecable con su vocabulario
	5.Cuando pregunto sobre capacitaciones en nuevas destrezas o refuerzo de las actuales todos se interesan y los jefes promueven estos temas	10. ¿Su experiencia general en la institución Hospitalaria fue??	4. Aclarare dudas e inquietudes, utilizando un lenguaje sencillo y entendible para el paciente y su familia

Fuente: El presente estudio

Tabla 4

Operacionalización del decálogo como referente para las preguntas al usuario y proposiciones consultadas al proveedor del servicio, componente “actitud”

Uso óptimo	Consecuencia de un trabajador de acuerdo con las proposiciones y en línea con la política	Mejora percepción usuario	Aplica el decálogo
Dimensión	Proposiciones orientadas a la actitud	Preguntas orientadas a la actitud	Aspectos relacionados en cuanto a la aplicación del decálogo deshumanización del servicio
ACTITUD	<u>Adherencia del personal colaborador de la salud</u>	<u>Percepción del servicio por parte del usuario</u>	
	6. Me identifico con amabilidad ante el usuario y escucho atentamente lo que me comentan	1. ¿Identifica fácilmente cuales son los funcionarios de la institución de salud?	1. Salude al paciente, sea amable.
	7. Mantengo el contacto visual con el usuario y soy empático con el usuario	2. ¿El funcionario que lo atiende lo saluda cuando usted hace uso de algún servicio?	2. Preséntese con nombre y cargo.
	8. Siento compasión por el usuario, eso me acerca a él y mejora mi servicio	4. ¿El colaborador lo trata de manera cordial y respetuosa cuando usted accede a un servicio?	10. Haga las cosas con AMOR
	9. Cuando me critican a mi o a la institución, consulto que hacer de acuerdo a la política de humanización del servicio	6. ¿Cuándo usted requiere una orientación, encuentra fácilmente un funcionario que le brinde orientación?	8. Demuestre al paciente actitud de servicio.
	10. Cuando mi jefe este regañando en público le recuerdo discretamente la política de humanización del servicio	6. ¿Cuándo usted requiere una orientación, encuentra fácilmente un funcionario que le brinde orientación?	10. Haga las cosas con AMOR.
11. De acuerdo a esta política debo estar preparado para resistir al máximo el estrés porque eso me muestra como alguien muy confiable ante los usuarios, y en caso de quejas utilizó únicamente el conducto regular establecido	9. ¿Piensa que el tratamiento médico y personal que recibió ha sido adecuado y completo?	7. Tenga tolerancia con el paciente y su acudiente.	

Fuente: El presente estudio

Tabla 5

Operacionalización del decálogo como referente para las preguntas al usuario y proposiciones consultadas al proveedor del servicio, componente “práctica”

Uso óptimo	Consecuencia de un trabajador de acuerdo con las proposiciones y en línea con la política	Mejora percepción usuario	Aplica el decálogo
Dimensión	proposiciones orientadas a la practica	Preguntas orientadas a la practica	Aspectos relacionados en cuanto a la aplicación del decálogo deshumanización del servicio
	<u>Adherencia del personal colaborador de la salud</u>	<u>Percepción del servicio por parte del usuario</u>	
PRÁCTICA	12. La institución me entrega oportunamente los elementos necesarios	6. ¿Identifica fácilmente cuales son los funcionarios de la institución de salud?	5. Cumpla con sus deberes sobreponiéndose a las dificultades y al cansancio.
	13. Los jefes siempre expresan con franqueza, diplomacia y tranquilidad lo que piensan y cuando tengo dudas le pregunto sin inconvenientes a mi superviso y/o líder de grupo	7. ¿Durante la atención el colaborador garantiza la confidencialidad de la información y el derecho a su privacidad?	6. No excluya al familiar o acompañante en la consulta, facilítele permanecer, será su aliado terapéutico
	14. La institución dispone de los insumos, elementos y equipos pertinentes y suficientes	9. ¿Piensa que el tratamiento médico y personal que recibió ha sido adecuado y completo?	9. Revise al enfermo y converse con él.
	15. Entrego información permanentemente sobre lo que ocurre al paciente y su acompañante	3. ¿El funcionario le aclara sus dudas o explica sobre el procedimiento o formulación?	6. No excluya al familiar o acompañante en la consulta, facilítele permanecer, será su aliado terapéutico

Continuación Tabla 5

PRÁCTICA	16. Nuestra agenda diaria va de acuerdo al direccionamiento estratégico de la institución y sus políticas, en función del direccionamiento estratégico de la institución sé qué debo hacer cada día en mi trabajo	10.. ¿Su experiencia general en la institución Hospitalaria fue??	5. Cumpla con sus deberes sobreponiéndose a las dificultades y al cansancio.
	17. El jefe y/o supervisor es excelente porque siempre me corrige sin humillar, y solamente cuando resulta necesario	7. ¿Durante la atención el colaborador garantiza la confidencialidad de la información y el derecho a su privacidad?	10. Haga las cosas con AMOR
	18. La humildad no es percibida como pobreza, por eso en el trabajo no se compite por ser el que tiene razón y el que más da órdenes a los otros	10. ¿Su experiencia general en la institución Hospitalaria fue??	10. Haga las cosas con AMOR
	19. Cada semana nos reunimos con el supervisor y/o jefe para tratar sobre problemas y formas de mejorar el trabajo y el proceso de humanización	10. ¿Su experiencia general en la institución Hospitalaria fue??	3. Sea impecable con su vocabulario
	20. En mi tiempo de descanso estoy pensando en las situaciones y problemas del trabajo permanentemente, por qué esto favorece a la política de humanización del servicio	9.¿Piensa que el tratamiento médico y personal que recibió ha sido adecuado y completo?	5. Cumpla con sus deberes sobreponiéndose a las dificultades y al cansancio.

Fuente: El presente estudio

4.2.1 Instrumentos usuarios

Formato Instrumento aplicado a usuarios para contrastar la percepción real. (Ver Anexo A)

4.2.1.1 Guía de Entrevista semi estructurada. Dicho instrumento, se aplica individual o grupalmente, en cualquiera de los casos, se debe estar pendiente de apuntar en diario de campo los comentarios de formato libre efectuados por los participantes.

Esta entrevista apoya la reunión de grupo focal de usuarios y complementa la indagación que se realiza a través de los cuestionarios Likert.

La guía de aplicación de la entrevista semi estructurada es la siguiente:

Las respuestas registradas en el formato de encuesta de satisfacción se contrastarán a través de una serie de preguntas relacionadas con los indicadores de medición, y constituyen las preguntas a formular durante el desarrollo del grupo focal que será convocada para usuarios, se aplicará el instrumento de recolección de datos construido y formulado por la institución Hospitalaria en el programa de humanización del servicio, conocido con el nombre de formato de monitorización de la atención. (El formato en su versión editada para aplicar se puede observar en el anexo B).

En el instrumento que se aplicará a usuarios, el numeral 1, ofrece la opción de responder bien, mal o no responde (NR), y es una pregunta de tipo semi dicotómico, que representa o busca un llamado inicial a la memoria del participante para que recuerde sus sensaciones y percepciones respecto a la atención recibida.

La pregunta 9, permite la posibilidad de escoger entre tres opciones (buena, mala regular), con referencia a la atención recibida en general. De esta forma junto con el primer cuestionamiento formulado, permite realizar un filtro de coherencia entre las dos y sus contenidos como respuestas.

También apoyan, la revisión en caso de potencial inconsistencia sobre los demás numerales, pues al tener respuestas que configuren una tendencia favorable en las características del servicio recibido, deberán reseñar a la vez similar tendencia en las preguntas 1 y 9. (Ver Anexo C).

La totalidad de los numerales ofrecen a renglón seguido de cada una de las respuestas registradas un espacio para reseñar allí observaciones y/o sugerencias, marcado “OBS” en el formato. Estas observaciones, pueden ser luego reiteradas en la parte cinco del desarrollo de la agenda, denominada: participación en formato libre de los asistentes.

Allí es importante además del registro en el diario de campo, realizar un registro fotográfico, como parte integral de esta sesión.

4.2.2 Instrumento colaboradores

La entrevista semi estructurada busca evaluar la aplicación del decálogo de humanización, como parte integral de la política de humanización que adopta la institución. Se realizará la aplicación de una lista de chequeos que permita analizar el cumplimiento de los ítems del decálogo de la política institucional de humanización en función de la metodología CAP, donde se evaluarán tres dimensiones (Actaf, s/f):

Conocimiento: información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.

Actitudes: acciones de un comportamiento futuro, los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes.

Prácticas: experticia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad a través de guías ya diseñadas.

Dichos elementos serán valorados en el contexto de la evolución de la política de humanización por parte de la organización, a través de la aplicación de un instrumento tipo entrevista semi estructurada, que se realizará en el desarrollo del proyecto de grado, junto con la observación y registro en diario de campo, de reacciones y otras potenciales situaciones, para llegar a identificar los niveles de adherencia de los colaboradores respecto de la política de humanización.

Esta indagación se concentra en los ítems y así evaluar la percepción de los usuarios sobre los servicios de salud, prestados en la institución, su relación con el cambio hacia la humanización en salud y el proceso de la evolución de la estrategia de humanización.

Con estos elementos se estructura entonces un instrumento de consulta que responde desde la metodología CAP por grupos de variables. Dicho instrumento procede de una adaptación (ad hoc) que el equipo de investigación del presente estudio realiza a partir de documentos varios de informe y encuestas de la OMS y OPS¹.

Artículo de investigación: Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo, de Hoyos et al (2008), donde se refiere entrevista en profundidad de liderazgo en humanización en salud, conformada por 20 ítems que hacen alusión a cuatro categorías de análisis: experiencias, motivación, conocimientos y actitudes; junto con el cuestionario de evaluación de habilidades de liderazgo para la humanización en salud constituido por 37 ítems distribuidos en sub escalas de habilidades de liderazgo como: resolución de problemas, comunicación, organización del trabajo y conducción de grupo.

Finalmente, los instrumentos incorporados en las investigaciones de Correa et al en 2007 y 2002 tituladas respectivamente: Por un hospital más humano: formación de líderes para la humanización en salud y la humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. Los grupos

¹ https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=conocimiento-actitudes-practicas-cap-8819&Itemid=270&lang=es.

establecidos son conocimientos, actitudes y prácticas, que se listan con sus respectivas proposiciones, pero teniendo como referencia inicial el decálogo institucional para la política de humanización del servicio. (Ver Anexo D).

4.2.2.1 Guía de Entrevista semi estructurada. Dicho instrumento, se aplica individual o grupalmente, en cualquiera de los casos, se debe estar pendiente de apuntar en diario de campo los comentarios de formato libre efectuados por los participantes. La guía de aplicación de la entrevista semi estructurada es la siguiente:

En primer lugar, se ofrece información sobre los objetivos de la investigación, junto con la aceptación de participación voluntaria.

Se envía un link a cada participante, adjuntando un mensaje con el ejemplo del ítem 1 enfatizando que al revisar la proposición en la columna 3, en donde dice: “Cuando me preguntan sobre el proceso de humanización del servicio respondo claramente y recuerdo todas las actividades que se han realizado al respecto”, por favor, se debe señalar una opción, respecto a la proposición descrita (leída) en cada punto: me siento: IDENTIFICADO: totalmente, parcialmente; para nada.

Entonces se explica a cada participante en el ejercicio de indagación el formulario, explicando de nuevo que debe señalar su nivel de acuerdo con la proposición o enunciado.

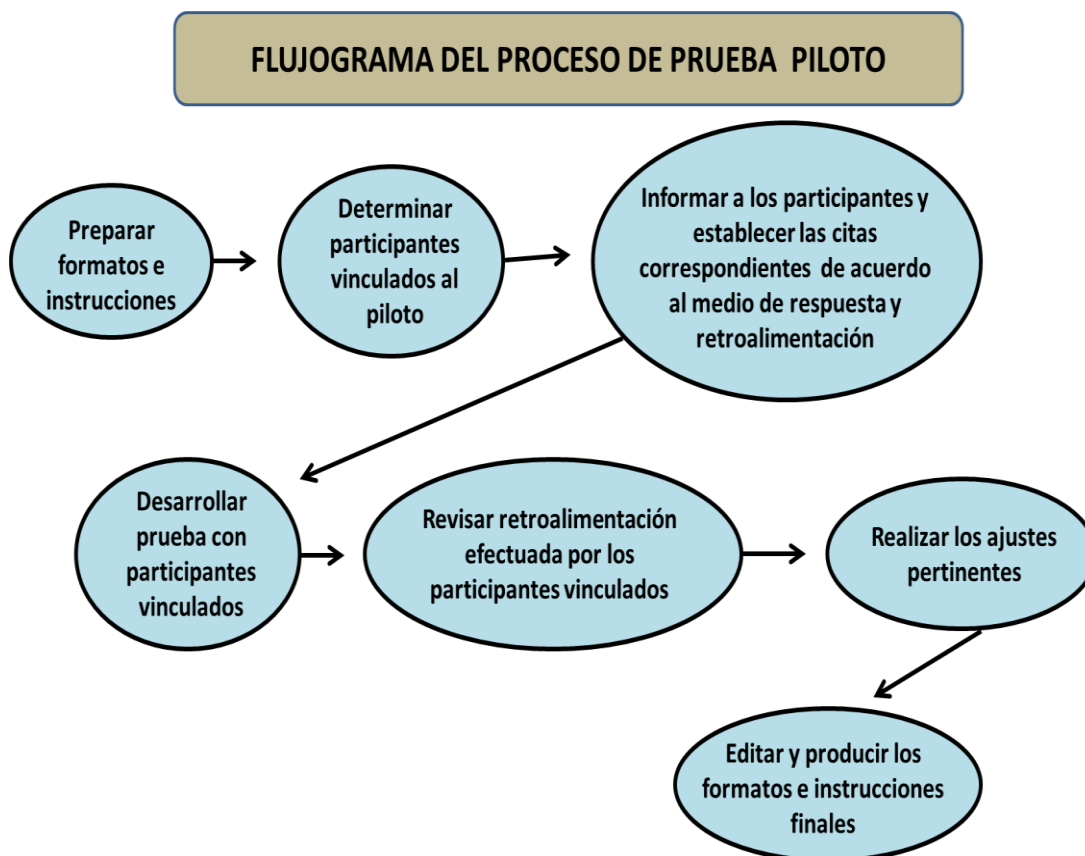
Recordando que: la afirmación #10 “Piense en las situaciones y problemas del trabajo más comunes que no favorecen a la política de humanización del servicio” y la pregunta #20 “Que aspectos cree usted se deberían tener en cuenta en la política de humanización para mejorar la experiencia del paciente en la prestación del servicio”. son opiniones propias. Esto posibilita a partir de estos comentarios escritos, construir una matriz de análisis etnográfico en cuanto a

unidades de sentido, sobre la adhesión por parte de los colaboradores de acuerdo con las pautas o derroteros que han seguido los procesos de promulgación y despliegue de la política de humanización en el servicio de salud en la institución.

Prueba Piloto. Se desarrollará una prueba piloto de aplicación de los instrumentos y lectura de instrucciones, la siguiente figura muestra el respectivo diagrama de flujo para dicho procedimiento.

Figura 2

Diagrama de flujo para aplicación de la prueba piloto



Fuente: El presente estudio

5. Resultados

A partir de la aplicación de los instrumentos se establecieron los siguientes resultados discriminados entre los dos grupos consultados a saber: colaboradores y usuarios.

5.1 Colaboradores

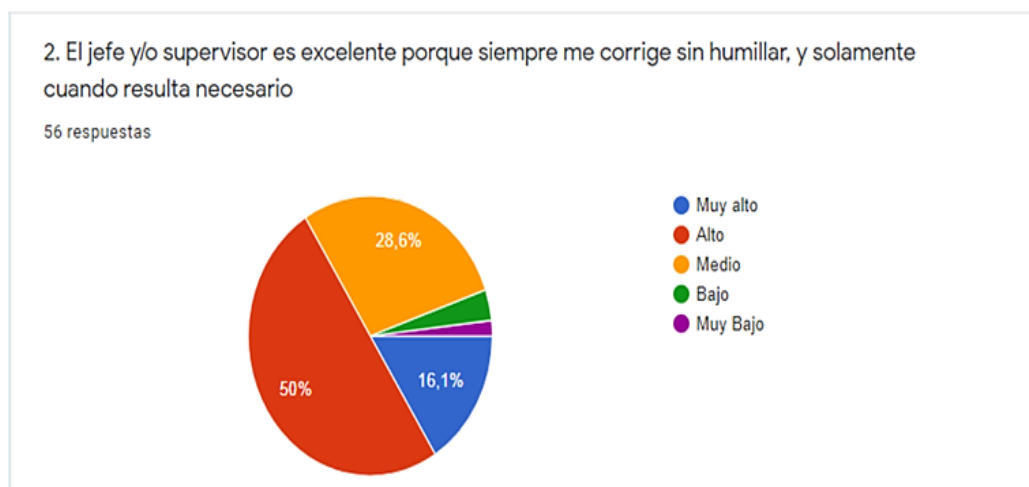
Edad: Dispersión entre los 20 y 59 años con tres tendencias: 28, 31 y 38

Sexo: 84% mujeres y 16% hombres (tendencia de la industria)

Meses de antigüedad en el trabajo: Dispersión entre 1 y 390 meses, con cuatro tendencias: 28, 58, 100 y 110

Figura 3

Mecanismos de corrección o ajuste laboral



Un 16% de la muestra de colaboradores consultados menciona excelencia en el modo de corregir por parte de los jefes o líderes de la organización; mientras que el 50% menciona que se le corrige sin ser humillado; sin embargo, las categorías de medio, bajo y muy bajo acuerdo con este tipo de relacionamiento o comunicación entre jefe y subordinado.

Figura 4

Contacto visual con el usuario



La totalidad de colaboradores manifiesta el uso del contacto visual y el tratamiento empático, situándose un 41% y 54% en usos muy alto y alto respectivamente de este estilo de comunicación con el paciente o usuario.

La aplicación de esta práctica del contacto visual está referida desde dos perspectivas:

La primera, se fundamenta en que el decálogo institucional desplegado entre los colaboradores en momentos de capacitación enfatiza desde el componente visual este aspecto, que incluso en el marco de los talleres o prácticas de recuerdo independiente, aparece referido como un primer aspecto de orden imperativo y una facilidad de reseñar la importancia de “establecer ese primer contacto”, como aspecto influyente, en la restante secuencia de relacionamiento entre funcionario y usuario.

La segunda menciona en algunos de los comentarios, el contraste entre esta práctica resaltada por el decálogo de humanización que ha sido incorporado al direccionamiento estratégico, con la práctica poco frecuente de ello pro-parte de algunas jefaturas o directivas. Desde este punto de vista se ha sugerido la necesidad de practicar el liderazgo en la promoción de la

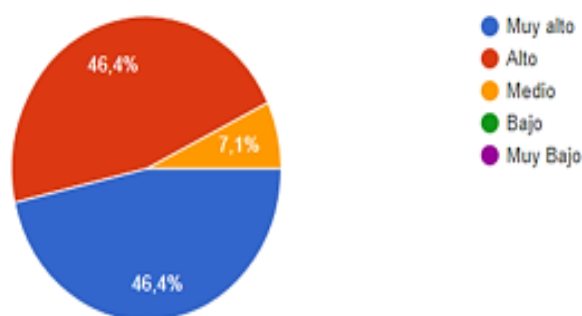
política de humanización desde el ejemplo. Al respecto, resulta paradójico que se exija ofrecer un servicio humanizado en medio de un ambiente “no adecuado” para ello.

Figura 5

Sentimientos y actitud compasiva

4. Siento compasión por el usuario, eso me acerca a él y mejora mi servicio

56 respuestas



El 46,4% reflejan tanto el nivel muy alto como el alto de sentimientos y actitud compasiva con el usuario de la institución.

En el despliegue cualitativo de la respuesta se encontró una frecuencia significativa de referencias al carácter de población vulnerable que atiende la institución, por su ubicación y el área de influencia geo referenciada que cubre en la ciudad. Además, por el tipo de usuario en cuanto a su nivel de ingresos declarado.

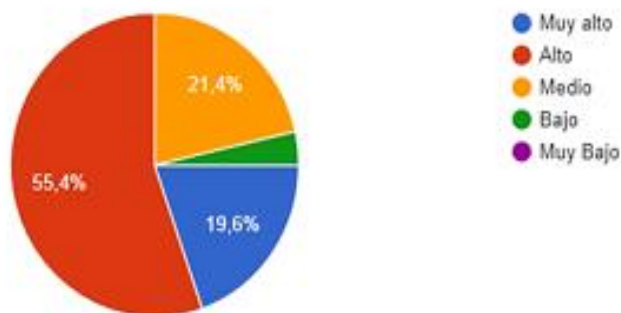
Aspectos que llevan a provocar un sentimiento generalizado, o por lo menos mayoritariamente expresado de “consideración especial” con los casos que atiende esta ESE.

Figura 6

Adhesión a política vía sentimientos o recuerdos

5. Cuando me preguntan sobre el proceso de humanización del servicio respondo claramente y recuerdo todas las actividades que se han realizado al respecto

56 respuestas



Prevalece con un 55,4% (muy alto) el recordar con claridad los aspectos tratados sobre el proceso de humanización del servicio en la institución. Le sigue un 19,6% con nivel alto y 21,4 con nivel medio de adhesión a esta política por la vía de los sentimientos y recuerdos sobre el proceso mencionado.

Las capacitaciones, sus actividades directas y la “estela” de recuerdo y práctica que estas han dejado entre el personal prevalecen, sin embargo, persiste, y se refleja esto entre los comentarios, “la comparación con la necesidad del ejemplo” como mecanismo de transmisión o despliegue estratégico de gran poder promotor entre el ideario de los trabajadores o grupo tutelado por un determinado líder.

Figura 7

Mejoras del trabajo y política de humanización



El 66,1% prevalece en cuanto a no estar identificado con la realización de reuniones de nivel medio para tratar problemas referentes al proceso de humanización, expresado a través de un alto porcentaje acumulado entre los niveles bajo y muy bajo.

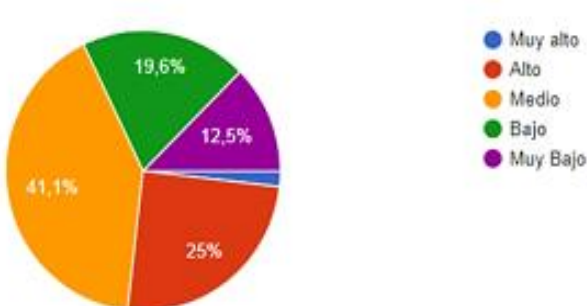
Este aspecto refleja un rompimiento entre estrategia y táctica operativa.

Figura 8

Indagar sobre capacitaciones y refuerzos a los procesos en el contexto de humanización del servicio

8. Cuando preguntó sobre capacitaciones en nuevas destrezas o refuerzo de las actuales todos se interesan y los jefes promueven estos temas

56 respuestas



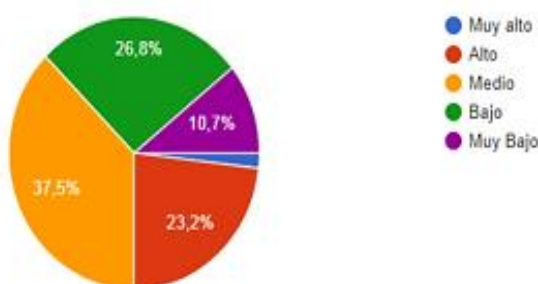
Apenas un 25% manifiesta alto nivel de promoción conjunta sobre el tema de capacitaciones y actividades del proceso de humanización y prevalece el nivel medio con apenas un 41%

Figura 9

Reconvención en público

19. Cuando mi jefe esté regañando en público le recuerdo discretamente la política de humanización del servicio

56 respuestas



La reconvención en público prevalece sin la potencial oportunidad de recordar prescindir de este aspecto en un dialogo discreto con el jefe, con un 37% nivel medio, 26% nivel bajo y 10% muy bajo, que suman un 73% y apenas un 23% nivel alto. Un aspecto indicativo de la no utilización del ejemplo, como estrategia de desarrollo de la política de humanización por parte de jefes o niveles directivos.

5.2 Usuarios

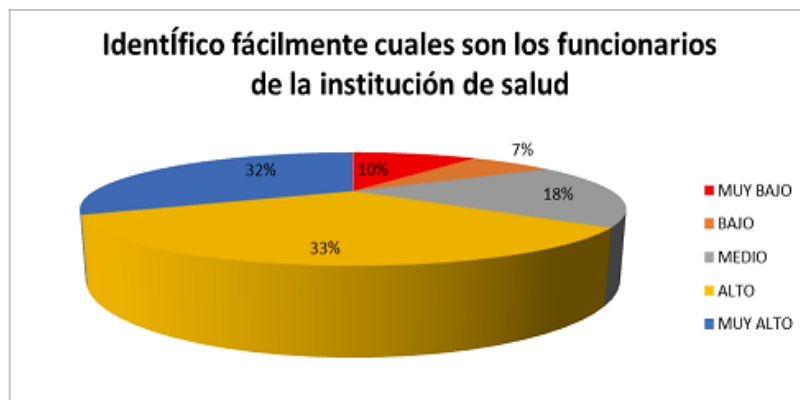
5.2.1 Instrumento usuarios entrevista semi estructurada

A continuación, se muestran los resultados de entrevista semi estructurada con formato de respuesta tipo Likert realizada a usuarios de hospital de baja complejidad de la ciudad de Santiago de Cali, principalmente en los servicios de urgencia, buscando conocer el impacto en la percepción

de niveles de atención humanizada a partir de la adhesión a la política de humanización en la institución; se concentra la indagación en los siguientes aspectos:

Figura 10

Identificación de los funcionarios



El 65% de usuarios se divide entre niveles alto y muy alto con un 33% y 32% respectivamente, en cuanto a la identificación de los funcionarios de la institución.

Figura 11

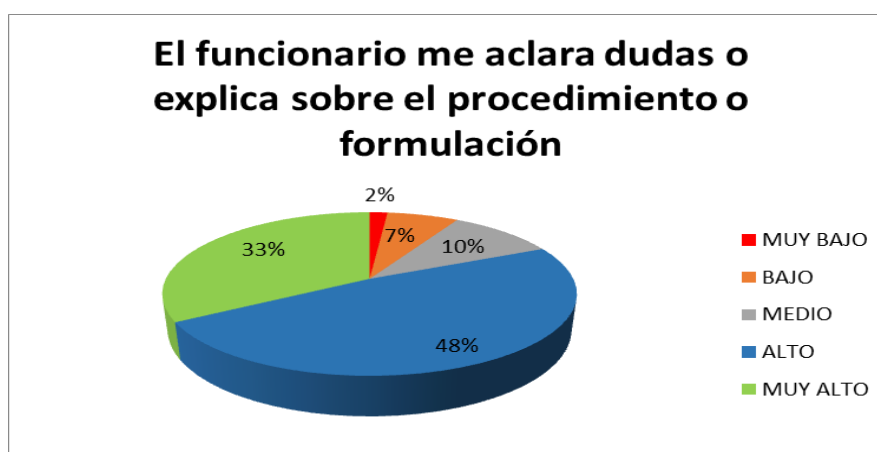
Saludo al usuario



Niveles alto y muy alto reportan igual un 40% de frecuencia, de saludo al usuario por parte del colaborador. Este resultado es reflejo coherente de las respuestas en la parte de colaboradores sobre el contacto visual y el saludo al usuario, como parte integral e importante del decálogo de humanización del servicio. El usuario a su vez manifiesta que el saludo se ha convertido en una característica propia del servicio, sin lo cual el protocolo de atención se llegaría a considerar en un futuro de regular desarrollo.

Figura 12

Aclaración de dudas sobre procedimiento o formulación



El 33% y el 48% niveles muy alto y alto respectivamente, que el funcionario aclara dudas y explica sobre procedimientos y formulación.

Figura 13

Cordialidad en el trato al acceder a los servicios



El usuario reporta un 52% de nivel muy alto de cordialidad, junto con trato respetuoso cuando accede a los servicios y un 37% de nivel alto.

Figura 14.

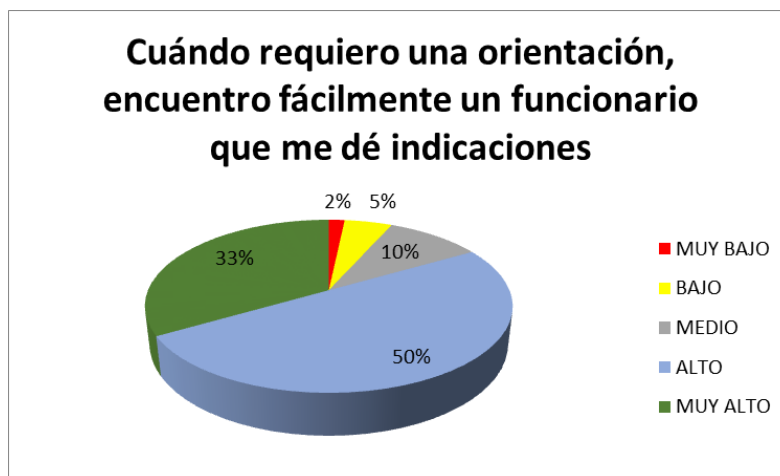
Explicación del procedimiento al usuario por parte del personal



En cuanto a la explicación de los procedimientos, el 40% manifiesta un nivel muy alto y el 42% alto.

Figura 15

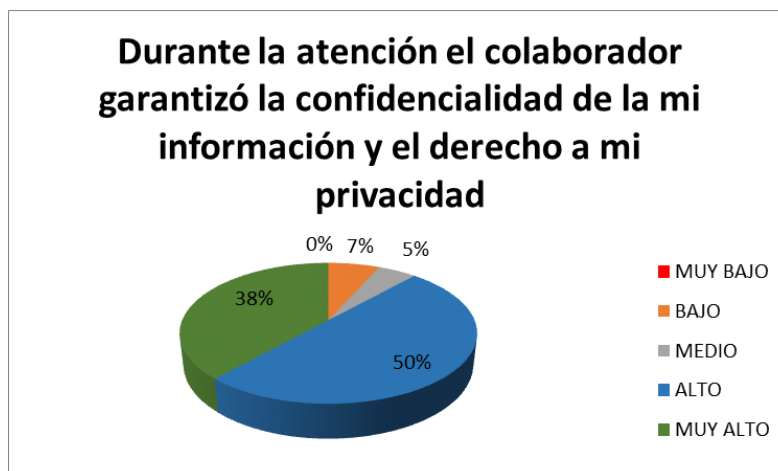
Requerimiento de orientación por parte del usuario es brindado



Sobre los requerimientos de orientación y la opción de encontrar fácilmente un funcionario que lo haga, reportan un 33% muy alto y un 50% alto.

Figura 16

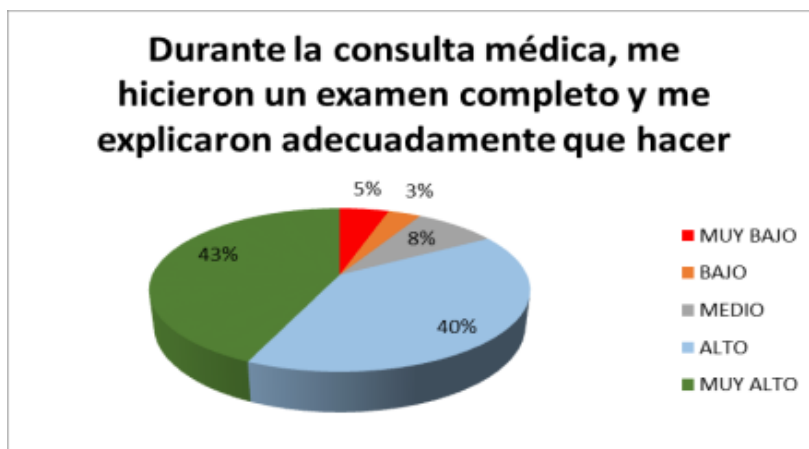
Se garantiza confidencialidad y derecho a privacidad del usuario



La confidencialidad y privacidad están en niveles muy alto con 38% y alto con el 50%.

Figura 17

Durante consulta, me hicieron un examen completo y explicaron adecuadamente que hacer



Un examen completo y explicación adecuada reportan un 43% en nivel muy alto y 40% alto.

Figura 18

Tratamiento y personal adecuados y completos

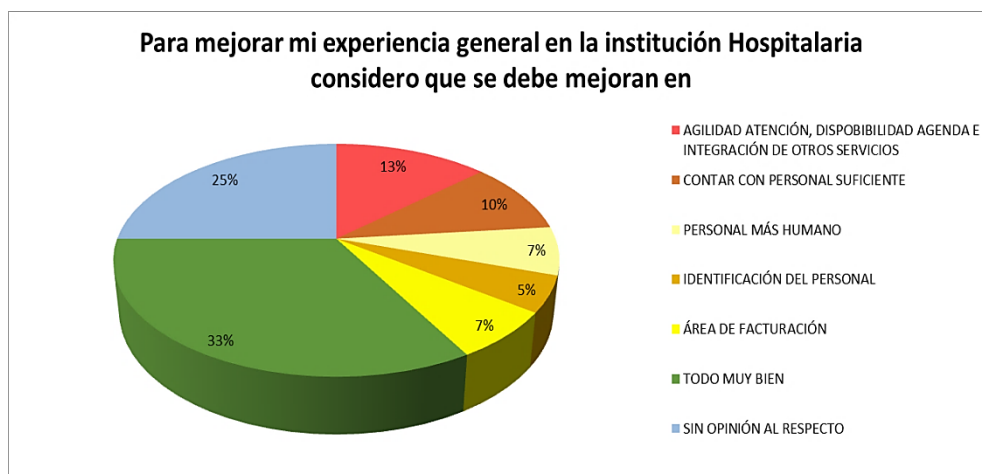


Un 45% manifiesta un nivel muy alto y un 35% alto.

Finalmente, al ser consultados sobre el cómo mejorar la experiencia general en la institución Hospitalaria, las respuestas de formato libre mostraron el siguiente resultado:

Figura 19

Mejorar la experiencia del usuario en la IPS a través de



Un 13% señala mayor agilidad, en la atención, disponibilidad de agenda y servicios integrados como aspectos para mejorar la experiencia en el servicio. La sumatoria de los porcentajes de consideraciones para mejorar la experiencia en la institución hospitalaria, representan un 42%. Este porcentaje señala que la institución, podría encontrar oportunidades de mejoras desde la siguiente triada: mejorar tiempos de respuesta en la atención; aumentar disponibilidad de citas para prestación de servicios en un intervalo de corto y mediano plazo; y finalmente, el ofrecimiento de servicios puntos cercanos físicamente para la atención al usuario.

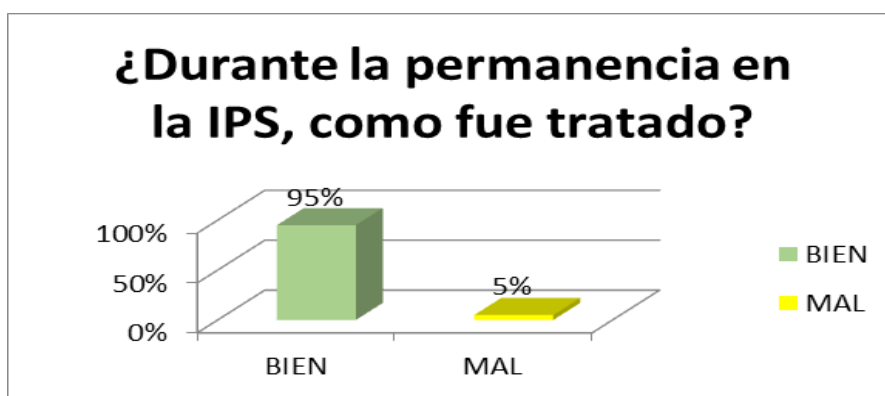
5.2.2 Instrumento usuario, encuesta en grupo focal

A continuación se muestran los resultados de encuesta realizada a grupo focal con formato de respuesta dicotómica, aplicada a usuarios de hospital de baja complejidad de la ciudad de Santiago de Cali, principalmente en los servicios de urgencia, buscando realizar un sondeo sobre la percepción general de atención y su potencial diferencia con los resultados de la encuesta

institucional de percepción del servicio que ofrece el hospital; posibilitando así el sondeo sobre diferencias significativas o no, en cuanto a lo observado en materia de adhesión a la política de humanización en la institución; se concentra la indagación en los siguientes aspectos:

Figura 20

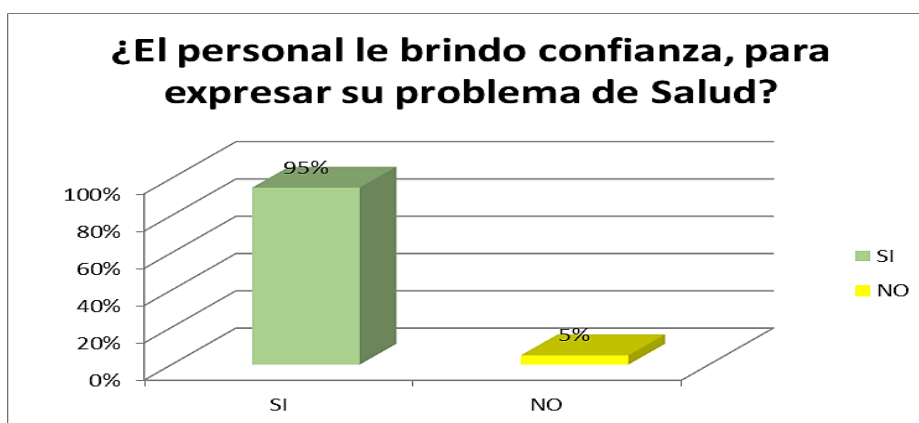
Trato recibido durante la permanencia en la IPS



Un 95% manifiesta un buen trato durante su permanencia en la IPS.

Figura 21

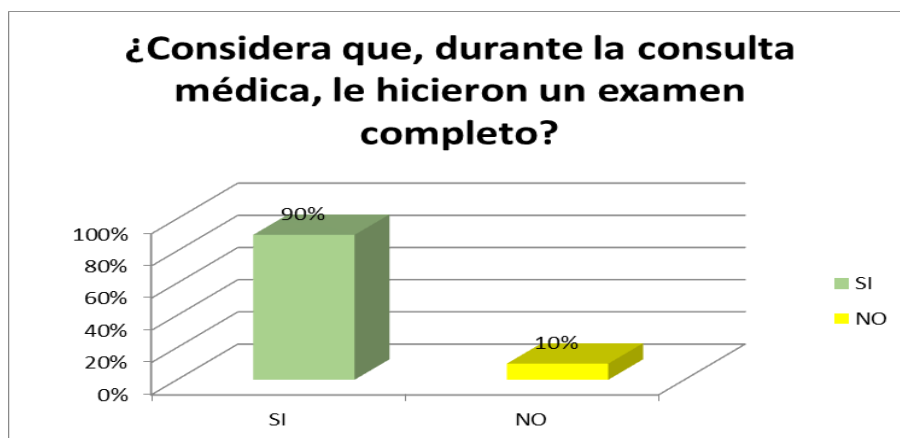
Confianza, brindada por el personal al expresar problemas de salud



Un 95% que el personal “si” le brinda confianza para expresar su problema de salud.

Figura 22

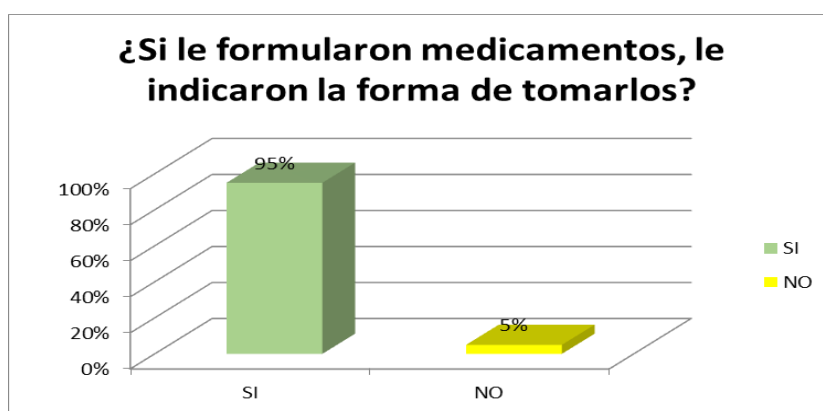
Examen completo durante la consulta



Un 90% manifiesta que, durante la consulta médica, le hicieron un examen considerado como completo.

Figura 23

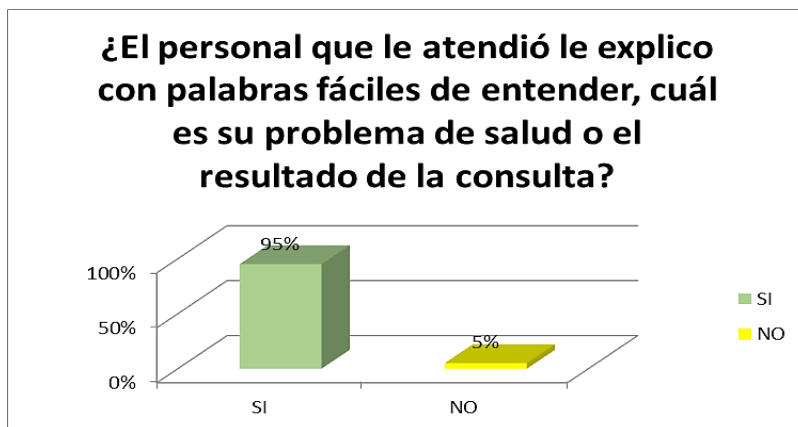
Indicaciones sobre la forma de tomar los medicamentos



Un 95% manifiesta: “si” le indicaron la forma de tomar los medicamentos formulados.

Figura 24

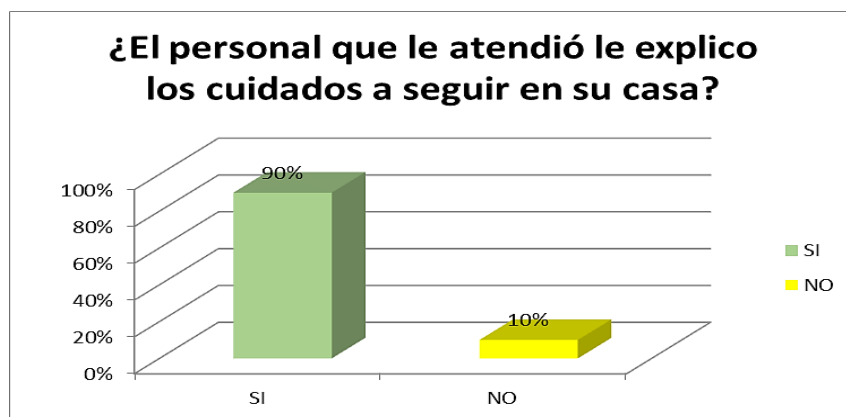
Explicación fácil de entender, por parte del personal sobre el problema de salud o el resultado de la consulta



Un 95% manifiesta que “si” le explico el personal, con palabras fáciles de entender, cuál es su problema de salud o el resultado de la consulta.

Figura 25

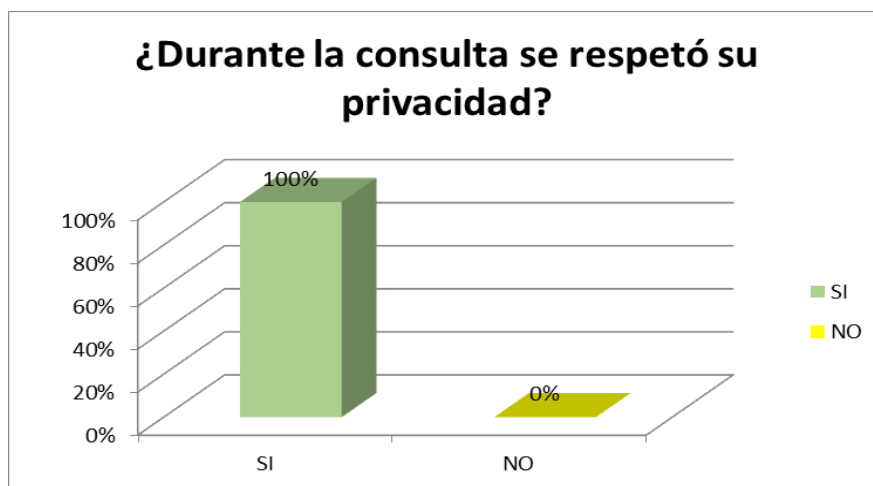
Explicación por parte del personal, de cuidados a seguir en casa



Un 90%, indica que “si” le dieron las explicaciones al respecto.

Figura 26

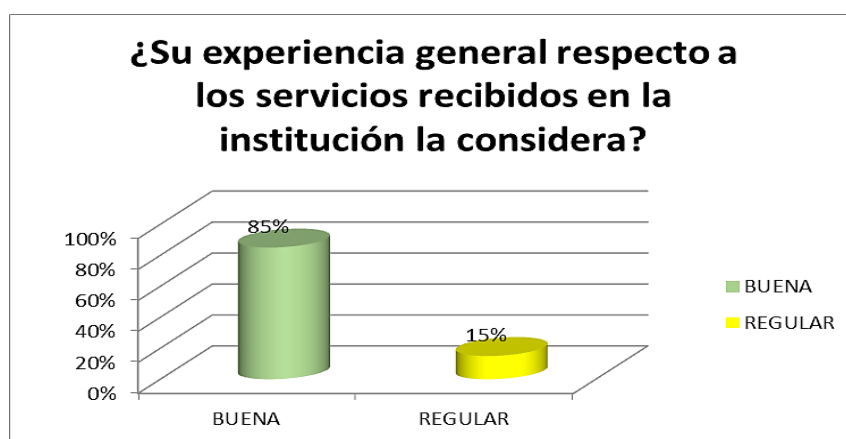
Respetó privacidad del usuario durante la consulta



Un 100% manifiesta que hubo respeto de su privacidad durante la consulta.

Figura 27

Experiencia general respecto a los servicios recibidos en la institución



Un 85% considera la experiencia general de servicio recibido, como buena.

Finalmente, y sobre otras observaciones sobre el servicio realizadas durante la encuesta al grupo focal, se tiene el siguiente resultado

Figura 28

Otras observaciones sobre el servicio en la institución



Un 10% enfatiza la solicitud de realizar la atención a la hora programada.

6. Discusión

Junto con los aspectos generales del referente teórico, en el presente estudio se han revisado cinco documentos que ilustran y soportan diversas reflexiones, casos o situaciones al respecto, pero todas coincidentes en la relevancia del tema.

Un primer documento corresponde a un trabajo, de Gálvez y otros (2017), que, en España, enfatizan en señalar la necesidad de interacción entre los objetivos de las políticas de humanización y las metas de la salud laboral en contextos asistenciales. El artículo, explora áreas comunes de trabajo dirigidas al bienestar del profesional sanitario, posibilidades de gestión integral de ambos conceptos, y se expone un ejemplo concreto como es el Proyecto de Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos en Madrid, España. Sobre este artículo, llama la atención la necesidad de asumir un nuevo paradigma: “implicar a direcciones y gerencias, representantes de trabajadores y profesionales, para elaborar el traje de humanización a medida de cada servicio o unidad; si bien los objetivos generales pueden ser comunes, cada funcionalidad plantea aspectos específicos a considerar” (p. 15); para ello resulta clave la gestión y despliegue estratégico desde la perspectiva de la humanización del servicio. De acuerdo a la anterior, los resultados presentados configuran avances en la percepción del usuario, que entre los niveles muy y alto promedian un 70% de respuestas positivas; sin embargo y en cuanto a los colaboradores aún persisten aspectos por mejorar desde la perspectiva de la gestión laboral y principalmente en cuanto a una genuina humanización del trato con el trabajador, donde resaltan escenarios de controversia entre directivas, niveles medios de liderazgo y niveles operativos; si bien todos manifiestan su mejor y mayor voluntad en el proceso de humanización, la búsqueda de esta ruta de mejoramiento es permanente y no debe orientarse solo al usuario. Al igual que en el estudio referido por Gálvez y otros (2017), el presente documento, ha encontrado un impacto positivo alto en la percepción de

buen servicio, en el contexto del despliegue de la política de humanización, donde aspectos tan sencillos como el saludo cordial, el buen trato al usuario y la asertividad han tenido impactos superiores a lo esperado. Resta así en un futuro cercano, por una parte, lograr continuidad en estos aspectos y por otra, incrementar la aún incipiente cobertura de dicha cultura de humanización, en el contexto de las relaciones intrapersonales (tanto jefes como subordinados) y en el ámbito laboral.

El segundo escrito revisado, se contextualiza en el texto compilado y editado por el grupo de investigación en Bioética Clínica, Historia y Filosofía de la Medicina, del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana, en Colombia, donde la recopilación documental correspondiente al tercer foro: “la humanización de la salud: significado, posibilidades y límites”, en este espacio de debate Cruz y otros (2017) en un artículo académico mencionan bajo una perspectiva general: “El sufrimiento, el dolor, la ansiedad, la angustia y en general el conjunto de experiencias subjetivas presentes durante la enfermedad no son la enfermedad; por tanto, no son objeto ni de estudio ni de atención por parte del médico”; al revisar el origen de este tipo de actitudes en relación con los aspectos institucionales, mencionan también: “dependiendo del dato en el que se convertirá la atención que se brinde a un paciente, y de lo favorable o desfavorable que este resultará para la institución, el paciente será bien o mal tratado, programado o reprogramado”; finalmente y sobre un caso de discriminación étnica en el proceso de atención refieren que:

Durante la realización de la investigación etnográfica de la práctica médica señalada....., preguntamos al jefe del servicio donde fue intervenida quirúrgicamente Margarita García qué fue determinante en la toma de decisiones al interior del pabellón.

Estábamos en su oficina y con una señal indicó que saliéramos. Cuando caminábamos por los pasillos del hospital primero hizo saber que la oficina era el espacio para tratar exclusivamente asuntos oficiales; luego se entendió que la pregunta planteada no tendría una respuesta oficial.

Explicó muchas cosas, entre ellas que las decisiones prácticas de los médicos estaban fuertemente influidas por la forma de pensar de los directivos de la institución “a ellos solo les importan los números”. (Cruz et al, 2017, p 84). Resulta aquí de gran importancia resaltar la diferencia con el caso estudiado, ya que las directivas vienen trabajando con voluntad de coherencia en un direccionamiento estratégico que incluye la humanización y que además por la ubicación del hospital en un área de conflictos sociales y económicos, su vocación pública y de servicio social es altamente conocida; sin embargo algunos de los aspectos que configuran reportes no adecuados o negativos, están mayoritariamente relacionados con el desconocimiento por parte de los usuarios que al igual que tienen derechos deben observar una serie de deberes y que la atención sanitaria como proceso reviste una serie de protocolos, ejemplo el “Triage” que es insalvable para obtener un turno de prioridad en la atención, en este sentido es importante que si bien se ha avanzado en la capacitación al personal a todo nivel, poco o nada se corresponde esto con la educación adecuada al usuario como parte interesada en este proceso. Si bien comparativamente, el caso de estudio que presenta este documento corresponde también a una IPS del tipo empresa social del estado ESE, no se encuentran argumentos que lleven a configurar escenarios críticos como el manifestado por Cruz y su equipo (2017); en oposición se encontró que: el proceso de promulgación y despliegue de la política, el uso del decálogo y la percepción del servicio se inscriben en magnitudes positivas y son correspondientes con la encuesta institucional de percepción del servicio.

Un tercer documento corresponde al artículo del estudio efectuado por Gaitán et al (2014), sobre “humanización y su impacto en el sistema de gestión de la calidad del Hospital de Fontibón en Bogotá”; en él se procede con entrevistas estructuradas al personal directivo y encuestas a personal de servicio y usuarios; sobre el personal asistencial se resalta la importancia de la condición de capacitación a nivel técnico y científico que implica amplio dominio de la práctica y la disciplina, pero se recalca también, como un imperativo en el contexto de la humanización y su articulación con el sistema de gestión de la calidad y el mayor impacto positivo en la percepción del servicio por parte del usuario: “la presencia de elementos que ayuden a mejorar el grado de responsabilidad del profesional dentro de la institución y esto se presenta si en el trabajador priman las competencias ético- profesionales sobre las técnico-científicas” (Gaitán et al, , 2014, p.10). desde esta perspectiva el actual estudio focaliza su indagación en los niveles operativos de usuarios, pero coincide con el referido en cuanto a la necesidad de una capacitación continuada que posibilite el permanente refuerzo de las denominadas capacidades inter personales entre el grupo de colaboradores y poder reflejar este avance positivamente en los usuarios y su nivel de satisfacción, hasta el momento las directivas del hospital han logrado parcialmente el objetivo al respecto, muestra de ello los datos de satisfacción del usuario. Resultan innegables las potencialidades de un servicio con altas cualidades tecnocientíficas, sin embargo, al igual que en Gaitán y otros (2014), el profesionalismo en su manifestación humana es un aspecto coincidente en lo encontrado en el estudio realizado en la IPS de la ciudad de Cali, donde un reclamo frecuente de los colaboradores es: una mayor participación directa sobre estos procesos por parte de jefes de área y directivas.

Un cuarto documento, Perea (2019), desarrolla una observación empírico-analítica sobre la percepción de atención humanizada y factores determinantes, lo cual permite visualizar por una

parte un proceso no explícito de despliegue del decálogo de humanización y la necesidad de acompañar este proceso con capacitaciones, análisis de desempeño consistente y periódico, a la par de la búsqueda de estrategias y acciones de sensibilización con el personal médico, para incentivar y volver cotidiana una cultura de atención humanizada en la institución.

En la institución objeto de este estudio, el decálogo de humanización está implícito en los protocolos de atención y se ha avanzado al respecto; sin embargo, si se observa la necesidad de mejorar la coordinación entre niveles para así a la par ofrecer mejoras en el trato humanizado no solamente a los usuarios sino a los diferentes niveles de colaboradores de la institución, y de esa forma continuar mejorando en los objetivos del modelo de humanización del servicio de la ESE. Lo anterior, permite comparar el efecto positivo inicial manifiesto en Perea (2019), con la promulgación y despliegue de la estrategia de humanización, que, en el estudio realizado en la IPS de la ciudad de Cali, muestra ya la necesidad de reforzar culturalmente y mediante acciones de sensibilización y educación el proceso, reiterando lo encontrado en términos de volver “cotidiana” la cultura de humanización del servicio.

Por otra parte, y finalmente, el artículo de Correa (2016), plantea una paradoja de contradicción al observar los grandes avances científicos en la medicina y la aparición de la tecnología de punta aplicada a la salud; sin embargo la persona con enfermedad se percibe ansiosa y desprotegida ante los trabajadores e instituciones corresponsables del cuidado de su salud; de forma tal que al brindar una atención humanizada, se debe tener en cuenta la valoración ética de la atención y las circunstancias frente a la promoción de unas acciones del cuidado de la salud que resulten tanto prudentes como diligentes; a la vez esto conlleva un perfeccionamiento del sistema de gestión compartida y relaciones cotidianas en la organización que permita concretar el proceso de humanización en salud, a partir de cambios en las estructuras de las organizaciones y cambios

de comportamiento, esto último no solo de quienes prestan los servicios de salud, sino de quien crea las políticas y programas en salud y educación, ya que el cambio tiene implicaciones estructurales y debe involucrar todos los sectores a nivel político, social y cultural para lograr el perfeccionamiento del sistema en pro de la humanización del servicio (Correa, 2016); este estado de ansiedad es perceptible entre la potencial población usuaria y nueva usuaria de los servicios de la ESE objeto del presente estudio, a la par con su condición de población de bajos ingresos, aspecto que en diversos casos genera su llegada con prevenciones a la institución y a lo cual se suma un aspecto ya mencionado sobre desconocimiento de deberes y de la sana aplicación de sus derechos en salud; sin embargo, el trabajo in situ ha logrado generar una mayor confianza por parte de la comunidad una vez entra en régimen de usuario frecuente del hospital. Comparativamente con Correa (2016), en el presente estudio, se resaltan dos aspectos, por una parte, la similitud sobre el uso de tecnología de gestión de la información, que sin embargo mantiene congestión en áreas como caja y disponibilidad de agenda, aspectos que en principio y de manera aparente se solucionan con mayor número de personal capacitado y en turno.

7. Conclusiones

En el presente estudio desde la indagación a los colaboradores, estos manifiestan como en la institución, prevalece el contacto visual con el usuario y los sentimientos y actitud compasiva con el mismo, al igual que se mantiene una adhesión inicial a la política de humanización promulgada, logrado a partir del recuerdo de aspectos en el proceso de capacitación y la práctica del decálogo que integra el direccionamiento estratégico institucional al respecto; sin embargo como en todo proceso, se requiere un refuerzo y mantenimiento permanente para lograr avances ligados a la cultura institucional y la actitud requerida a todo nivel por parte de los funcionarios de la institución, en este orden es importante que los trabajadores operativos sientan de manera efectiva un respaldo articulado de líderes y directivas en general; lo anterior con el fin de avanzar en temas de capacitación y refuerzos a los procesos en el contexto de humanización del servicio. Evidenciando un bajo liderazgo efectivo para promover las temáticas una vez abordados los requisitos mínimos, si hay buena voluntad de los funcionarios esta debe realimentarse con el mantenimiento de las acciones del desarrollo del proceso y no solo, bajo una directriz de cumplimiento de requisitos exclusivamente; esta temática se une a la frecuente reconvención en público, que manifiestan diversos funcionarios; faltaría así, que la política de humanización se asuma como recurso estabilizador y factor de mitigación en el potencial conflicto entre colaboradores a todo nivel.

En cuanto a la mención de situaciones o problemas más comunes que en el trabajo desfavorecen el desarrollo de la política de humanización del servicio aparecen de acuerdo a orden de referencia de mayor a menor: aspectos claves: requerimientos de productividad del servicio; volumen o alta cantidad de pacientes; corto tiempo de consulta; tiempo de espera amplio; falta de veracidad por parte del paciente; usuario poco informado, inculto o intolerante.

En medio de estos aspectos la capacitación y trato al personal de vigilancia no es la mejor y esto se refleja potencialmente en afectaciones del servicio; al igual la distribución de tareas en algunas áreas críticas, principalmente en caja no es la adecuada.

El nivel de adhesión a la política de humanización por parte de los colaboradores establece como de tipo “medio” y con efecto “alto” en la percepción del servicio desde el enfoque de los usuarios.

Sobre esto último y de acuerdo a los resultados, se puede expresar cualitativamente que no hay diferencias significativas entre las magnitudes de esfuerzos de promulgación y uso de la política de humanización por parte de los colaboradores y la percepción positiva del servicio por parte de los usuarios, manteniendo así el supuesto de una razón directamente proporcional entre la aplicación del decálogo como evidencia manifiesta de adhesión a la política y la percepción positiva del usuario frente al servicio.

Finalmente, y también en cuanto a conclusiones del presente estudio, cabe resaltar junto a las dificultades presentadas por efecto de la pandemia sobre la recolección de información, principalmente con los usuarios, que las acciones de las directivas han posibilitado un primer impulso en la implementación de la política, influyendo esto de manera directa en la mejora del servicio y arroja como resultado preliminar una buena percepción de este, mayoritariamente manifestada por parte de los usuarios; verificando así el enunciado de una relación directamente proporcional entre la adhesión a la política por parte de los colaboradores y la mejora de la percepción de servicio por parte de los usuarios, de esta forma la institución se encuentra en un punto de inflexión que resulta decisivo en cuanto a mantener y además redoblar los esfuerzos iniciales adelantado con la política y estrategia de humanización del servicio en la ESE.

8. Recomendaciones

Por todo lo anterior, se realizan las siguientes recomendaciones como aspectos a tener en cuenta para mejorar la experiencia del paciente desde la política de humanización en la institución, en busca de mejores niveles de desempeño y calidad entregada al usuario.

Mejorar capacitación y trato desde coordinaciones a puntos de recepción y vigilancia. Esto debe estar incluido en un potencial programa de capacitación a todo el personal sobre el buen trato entre colaboradores y a todo nivel independientemente de las relaciones de dependencia jefes – subordinado; incluyendo aquí instrucciones precisas y tácticas para dar respuesta asertiva en el manejo de público, a personal de vigilancia y todo colaborador en contacto permanente u ocasional con usuarios.

Otro aspecto clave está en aprovechar el impulso inicial posterior a la promulgación de la política de humanización en la institución, lo cual ya requiere de acuerdo a la información encontrada un refuerzo en términos de capacitación y de orientaciones de la mano de las indicaciones estratégicas al respecto, puesto que, si el decálogo de atención humanizada no genera sensibilidad entre los colaboradores, este será puesto en olvido respecto de su práctica permanente.

Otras mejoras sugeridas, se orientan a:

Mejorar distribución de tareas en áreas de caja.

Mejor (humanizar) trato al funcionario a todo nivel y área.

Mejorar en temas de identificación por parte de colaboradores de la institución, para lograr mejor reconocimiento por parte de los usuarios. (Escarapela en lugar visible y portar uniforme de acuerdo a sus roles).

Educación al paciente como parte interesada, esto junto con una campaña de promoción y socialización de estos aspectos en el área de influencia directa del hospital.

Socialización de la política con nuevas programaciones que incluyan capacitación y estrategias de despliegue a través del ejemplo.

Si bien la institución a través de las acciones de las directivas ha logrado mover de manera directa para mejorar el servicio, obteniendo como resultado una buena percepción por parte de los usuarios, desde dicha óptica se pone de manifiesto, la mejora en servicios complementarios, mejorar la disponibilidad de citas y agenda; coinciden además en las necesidades de capacitación al personal de vigilancia y la mejora en área de cajas.

Finalmente, está la recomendación de continuar trabajando en la medición sistemática de los aspectos aquí contemplados, de esta forma lograr fortalecer a través de un estricto análisis del indicador de adhesión a la política de humanización. Cuya estandarización se sugiere en un indicador de “proporcionalidad”, en razón a que dicho indicador estaría comparando, unidades de magnitudes heterogéneas donde se confrontan proporciones de aplicación del decálogo de humanización en la gestión diaria de los colaboradores contra efectos positivos o negativos en la percepción del usuario frente al servicio recibido.

Referencias

- Agrado, E. (2017). *Avances de la humanización en los servicios de salud en Colombia durante el periodo 2006-2016*. (Tesis de posgrado). Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. .
- Andino, C. A. (2015). *Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud*, *Revista Colombiana de Bioética* 10(1), 38-64.
- Arizeta, A., Portillo, I., & Ayesta, S. (2001). *Cambio Organizacional y Cultural en un Hospital: percepciones y discurso de sus impulsores*. *Revista de calidad asistencia*; publicación patrocinada por el Gobierno Vasco.
- Arnau, J., & Bono, R. (2008). *Estudios longitudinales, modelos de diseño y análisis*. *Estudios de psicología*, 2, (1), 32 - 41. <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n1/original3.pdf>.
- Bermejo, J. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Bernal, L. (2015). *Humanización en la prestación de servicios de salud de la Empresa Social del Estado de primer nivel de Atención "ESE Salud Aquitania" Departamento de Boyacá (Tesis de Posgrado)*. Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia. .
- Branson, R. (2016). *Digifact*. *Revista digital* : evista.digifact.com.mx/articulos/2016/08/18/10-frases-de-richard-branson-para-sus-mas-de-50000-empleados-alr
- Breilh, J. (1999). *Nuevos paradigmas en la salud pública*. Reunión Internacional. Centro internacional de investigaciones para el desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el ambiente. Organización panamericana de la Salud. Escuela Nacional de salud.

- Capuñay, A. (2019). *Características de la atención del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2019*. Obtenido de (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Casas, L. (2017). *Repensar los conceptos de salud, ser humano y humanización: una exigencia bioética-ética* en. En *La humanización de la salud conceptos, críticas y perspectivas* (págs. 61 - 66). Pontificia Universidad Javeriana.
- Castell-FloritSerrate, P. (2017). *La administración en salud, componente de desarrollo de la salud pública* . *Revista Cubana de Salud Pública*, 43.
- Coronado, J. (2007). Escalas de medición. *Paradigmas 2*, (2) 104 - 125.
- Correa, M. (2017). *La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado*. *Cuidarte*,7, (1). 27 - 31. <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359543375011.pdf>.
- Cortina, A. (1997). *Presupuestos Éticos del Quehacer Empresarial*. Fundación Argentaria.
- Cruz Santacruz, R., Hernández Zinzún, G., Izquierdo M, Diana., Perdomo R, A., Henao Orrego, O., Matamala Jordan, P., Luque Núñez, R., Ardila Sierra, A., Gempeler Rueda, F., Ibáñez Alfonso, L., Riani Llano, N., Muñoz López, C., Pacheco Niño, D., Pedreros Beltrán, A., Soto Méndez, C., Támara Patiño, L., Vallejo Cardona, J., Álvarez Franco, C., Amador López, R., ... Díaz Amado, E. (2017). *Información y realidad en la deshumanización o humanización de la atención médica*. Tercer foro: *La humanización de la salud conceptos, críticas y perspectivas*;compilador Eduardo Díaz Amado, grupo de trabajo e investigación en Bioética Clínica, Historia yFilosofía de la Medicina, del Instituto de Bioética de la P. U. Javeriana. Pontificia Universidad Javeriana.
- Díaz, E. (2017). *La humanización de la salud: Conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

- Donadebian, A. (1978). La Calidad de la Atención Médica. *Aparición original en Science 1978;(200:856-64)*; Reproducido en 2001 bajo autorización en Calidad asistencia, Órgano de la sociedad española de calidad asistencial. <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>.
- Drucker, P. (2002). *La Gerencia en la Sociedad del Futuro*. Norma: <https://www.politecnico metro.edu.co/biblioteca/emprendimiento/Drucker-PeterLa-Gerencia-en-La-Sociedad-Futura.pdf>.
- Durán, G. (2017). *A B C de la Gestión Integral de la Calidad*. Escuela Internacional de Formación; Re editado por Fundación HOPE.
- Durán, G. (2017). *A, B, C, de la Gestión Integral de la Calidad y la Innovación*. Serie de cuadernos de trabajo; Segunda Fundación España. Escuela Internacional de Formación.
- El Tiempo (2018). *El top de las quejas de los colombianos contra las EPS*. El Tiempo.com.co
- Falconi C. (2009). *TQC al estilo Japonés*. Amazon.
- Fayol, H. (1971). *Administración industrial y general*. El ateneo. https://isabelportoperez.files.wordpress.com/2011/11/admc3b3n_ind_y_general001.pdf.
- Gaitan Gelves, Trinidad., Florez Gutiérrez, Sonia Luz. (2014). *La humanización y su impacto en el sistema de gestión de la calidad del Hospital de Fontibón en Bogotá*. SIGNOS; ISSN: 2145-1389 ; 6, (2) 87-99.
[source=hp&ei=xNKJX8vpAouw5wLHz4LADQ&q=adhesion+a+politica+de+hu%2Canización+y+efectos+en+percepción+del+servicio&oq=adhesion+a+politica+de+hu%2Canización+y+efectos+en+percepción+del+servicio&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzoOCAAQ6gIQtAIQmgEQ5QI6BQgAELEDOggIABCxAxCDAT](https://doi.org/10.15446/signos.2014.6.2.87-99). p. 10
- Gálvez Herrero, Macarena, Gómez García, José Manuel, Martín Delgado, Mari Cruz, & Ferrero Rodríguez, Mónica. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral:

- Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(247), 103-119. Recuperado en 30 de octubre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103&lng=es&tlng=es
- GoodPaster, K. (1989). *Nota Sobre La Empresa Como Ambiente Moral*. Harvard Business Review, 1-12.
- Gutiérrez, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 10., (1), 29-38.
- Hanlon, J. (1954). *Principios de administración sanitaria*. Ciudad de México, México: Fournier S.A. .
- Isotools. (2020). *Iso Tools.org*. Obtenido de ¿En qué consiste el ciclo PHVA de mejora continua?: <https://www.isotools.org/2015/02/20/en-que-consiste-el-ciclo-phva-de-mejora-continua/>
- kerguelen, C. (2008). *Calidad en salud en Colombia, los principios*. Ministerio de protección social.
- M, C. (2016). *La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado*. *Rev Cuid*, 7(1), 1227-1231. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- OPS, O. P. (2019). *Colombia sigue avanzando en el desarrollo de la política de humanización de la salud*. Recuperado el 21 de Agosto de 2019. https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3246:colombia-sigue-avanzando-en-el-desarrollo-de-la-politica-de-humanizacion-de-la-salud&Itemid=562

- Perea, L. (2019). *Percepción de la atención humanizada y determinantes asociados, en los usuarios del servicio de hospitalización (adulto), en la ese hospital Ismael Roldan Valencia, Quibdó, 2018.* [Tesis de maestría]. universidad CES:
<https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4702/2/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20LA%20ATENCI%C3%93N%20HUMANIZADA%20Y%20DETERMINANTES%20ASOCIADOS%2C%20EN%20LOS%20USUARIOS%20DEL%20SERVICIO%20DE%20H.pdf>.
- Perez - Tejada, H. (2008). *Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud.* Cengage Learning Editores, 15.
- Red de Salud del Oriente. (2020). *Documento perograma de humanización.*
<http://www.redoriente.net/new/phocadownload/Politicasy/politica-humanizacion>.
- Reinoso N y A. Gómez. (2017). *Contexto de la salud y la calidad en Colombia.* Fundación Universitaria del Área Andina.
https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/2742/RP_eje2.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

ANEXOS

Anexo A

Formato Instrumento que se aplica a usuarios para contrastar la percepción real.

Nombres		Apellidos		Teléfono de contacto		Edad		Sexo	
								M	F
Por favor Señale con una X su respuesta y a la derecha de la opción elegida (una sola opción). En el renglón siguiente a cada pregunta, realice la observaciones o sugerencias que considere usted pertinentes									
1	¿Durante la permanencia en la IPS, como fue tratado?	Bien		Mal		NR			
OBS									
2	¿El personal le brindo confianza, para expresar su problema de Salud?	SI		NO		NR			
OBS									
3	¿Considera que, durante la consulta médica, le hicieron un examen completo?	SI		NO		NR			
OBS									
4	¿Si le formularon medicamentos, le indicaron la forma de tomarlos?	SI		NO		NR			
OBS									
5	¿El personal que le atendió le explico con palabras fáciles de entender, cuál es su problema de salud o el resultado de la consulta?	SI		NO		NR			
OBS									
6	¿Si le formularon medicamentos, le indicaron la forma de tomarlos?	SI		NO		NR			
OBS									
7	¿El personal que le atendió le explico los cuidados a seguir en su casa?	SI		NO		NR			
OBS									
8	¿Durante la consulta se respetó su privacidad?	SI		NO		NR			
OBS									
9	¿Su experiencia general respecto a los servicios recibidos en la institución la considera?	Buena		Regular		Mala			
OBS									

Anexo B

Formato de monitorización de la atención

Utilizado con la modificación y adaptación pertinente como insumo para la encuesta aplicada a grupo focal de usuarios

OBJETIVO : Determinar la percepción que tiene el paciente/familiar o hacia el funcionario sobre el trato humanizado que este recibe durante el uso de los servicios de la Red de Salud del Oriente con el fin de identificar riesgos inherentes al trato, para mejorar la calidad en la prestación de los servicios. METODOLOGIA: Instrumento dirigido al paciente/familiar: Interrogar al paciente/familiar en salas de espera de las diferentes áreas de la IPS, Servicios hospitalarios. Si el usuario hace alusión a alguna situación en especial describala en las observaciones.												
ITEM	FECHA:	HORA:	USUARIO 1		USUARIO 2		USUARIO 3		USUARIO 4		USUARIO 5	
1	Usted identifica fácilmente cuáles son funcionarios de la institución de salud?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
2	El funcionario que lo atiende lo saluda cuando usted hace uso de algún servicio?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
3	El funcionario le aclara sus dudas o explica sobre el procedimiento o formulación etc.?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
4	El colaborador lo trata de manera cordial y respetuosa cuando usted accede a un servicio?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5	Resulta fácil para usted ubicar los diferentes servicios del hospital (cajas, consultorios, programas de P y P, Laboratorio, etc.)?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6	Cuando usted requiere una orientación, encuentra fácilmente funcionario que le brinde la orientación?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
7	Durante la atención el colaborador garantiza la confidencialidad de la información y el derecho a su privacidad?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
8	Después de hacer uso de un servicio le brindaron educación sobre signos de alarma, recomendaciones, documentación requerida?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
9	Cuando usted ha faltado a una cita o ha llegado tarde ha sido enviada al SIAU o con la trabajadora social de la comuna o institución?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
10	Sabe usted a que tiene derecho como paciente? Mencione un derecho y como se dio cuenta?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES:												

Anexo C

Instrumento para consulta percepción del servicio usuarios

Por favor diligencie los siguientes datos de identificación general						
Nombres	Apellidos	Teléfono de contacto	Edad	Sexo		Servicios que frecuenta o más utiliza en la institución
				M	F	

Percepción del servicio

Señale una opción calificando a través de ella, su nivel de acuerdo o de identificación con la proposición leída en cada numeral; luego en cinco palabras reitere o realice observaciones a su respuesta.

1	Identifico fácilmente cuales son los funcionarios de la institución de salud	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
2	El funcionario que me atiende me saluda cuando hago uso de algún servicio	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
3	El funcionario me aclara dudas o explica sobre el procedimiento o formulación	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
4	El colaborador me trata de manera cordial y respetuosa cuando accedo a un servicio	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
5	El personal que me atendió me explico siempre el procedimiento o procedimientos que me iban a realizar	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
6	Cuando requiero una orientación, encuentro fácilmente un funcionario que me brinde orientación	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
7	Durante la atención el colaborador garantizo la confidencialidad de la mi	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo

	información y el derecho a mi privacidad					
8	Durante la consulta médica, me hicieron un examen completo y me explicaron adecuadamente que hacer	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
9	Pienso que el tratamiento médico y personal que recibo ha sido adecuado y completo	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
10	Para mejorar mi experiencia general en la institución Hospitalaria considero que se debe mejorar en.	-----				

Anexo D

**Instrumentos colaboradores para consulta adherencia a la política de humanización;
encuesta tipo Likert, con opción de retroalimentación en cinco palabras.**

Por favor diligencie los siguientes datos de identificación general

Nombres	Apellidos	Teléfono de contacto	Edad	Sexo		Área o dependencia	Tiempo de vinculación con la institución en meses
				M	F		

Para responder en el contexto de la política de humanización del servicio en la institución, señale una opción calificando a través de ella, su nivel de acuerdo o de identificación con la proposición leída en cada numeral; luego en cinco palabras reitere o realice observaciones a su respuesta.

1	Me identifico con amabilidad ante el usuario y escucho atentamente lo que me comentan	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
2	El jefe y/o supervisor es excelente porque siempre me corrige sin humillar, y solamente cuando resulta necesario	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
3	Mantengo el contacto visual con el usuario y soy empático con el usuario	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
4	Siento compasión por el usuario, eso me acerca a él y mejora mi servicio	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
5	Cuando me preguntan sobre el proceso de humanización del servicio respondo claramente y recuerdo todas las actividades que se han realizado al respecto	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
6	Cada semana nos reunimos con el supervisor y/o jefe para tratar sobre problemas y formas de mejorar el trabajo y el proceso de humanización	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo

7	No ha sido necesario discutir sobre este tema, tampoco se ha requerido diseñar un plan de mejoramiento para la humanización en el trabajo	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
8	Cuando preguntó sobre capacitaciones en nuevas destrezas o refuerzo de las actuales todos se interesan y los jefes promueven estos temas	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
9	Nuestra agenda diaria va de acuerdo al direccionamiento estratégico de la institución y sus políticas, en función del direccionamiento estratégico de la institución sé qué debo hacer cada día en mi trabajo	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
10	Piense en las situaciones y problemas del trabajo más comunes que no favorecen a la política de humanización del servicio	-----				

11	Los jefes siempre expresan con franqueza, diplomacia y tranquilidad lo que piensan y cuando tengo dudas le pregunto sin inconvenientes a mi superviso y/o líder de grupo	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
12	Entrego información permanentemente sobre lo que ocurre al paciente y su acompañante	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
13	De acuerdo a esta política debo estar preparado para resistir al máximo el estrés porque eso me muestra como alguien muy confiable ante los usuarios, y en caso de quejas utilizó únicamente el conducto regular establecido	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
14	Conozco el cronograma de capacitación y este es adecuado, suficiente y oportuno, sobre la política de humanización y el fomento de la tolerancia, que ha organizado la institución para este año	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
15	Todos en mi área conocemos que es la actitud de servicio y su relación con la política y de humanización y el decálogo	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
16	Cuando me critican a mi o a la institución, consulto que hacer de acuerdo a la política de humanización del servicio actuó en consecuencia	NIVEL DE ACUERDO o IDENTIFICACIÓN				
		Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo

