

FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGO
FUNDACION DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS ECONOMICAS Y CONTABLES
ESCUELA DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS Y
ASISTENCIALES PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD EN LA NUEVA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DEL
MUNICIPIO DE JERICÓ ANTIOQUIA EN EL AÑO 2014.

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GERENCIA DE SERVICIOS EN SALUD

ALEX FERNANDO ALEGRIA GARCIA

PLINIO ARMANDO DORADO MACIAS

JUAN JOSÉ ACOSTAGOMEZ
Asesor del Proyecto

MEDELLÍN, ANTIOQUIA

ABRIL, 2014

GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS Y
ASISTENCIALES PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD EN LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE JERICÓ, ANTIOQUIA EN EL AÑO
2014.

GUIDE TO GOOD PRACTICES AND ADMINISTRATIVE ASSISTANCE FOR
HUMANIZATION HEALTH SERVICES DELIVERY IN THE HOSPITAL SAN
RAFAEL TOWNSHIP OF JERICÓ, ANTIOQUIA IN THE YEAR 2014.

Alex Fernando Alegría García

Plinio Armando Dorado Macías

TRABAJO DE GRADO

Para optar por el título de Especialista en Gerencia de los Servicios de Salud

ASESOR: Juan José Acosta

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
UNIVERSITARIA
ESCUELA DE POSGRADOS

Medellín, Antioquia

2014

Nota de aceptación

A nuestras familias,
que se convirtieron
en bastión y aliciente
para transitar la senda
que hoy finaliza
y da inicio a un
nuevo pasaje.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
TÍTULO.....	11
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS.....	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
JUSTIFICACIÓN.....	16
MARCO INSTITUCIONAL.....	19
CONTEXTUALIZACIÓN	19
ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCION.....	19
VALORES INSTITUCIONALES	20
PRINCIPIOS INSTITUCIONALES	22
POLÍTICAS INSTITUCIONALES.....	24
POLITICA DE PRIORIZACION.....	27
POLÍTICA DE CALIDAD	27
POLÍTICA DE SEGURIDAD CLÍNICA.....	27
PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA NUEVA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE JERICÓ	28
MARCO NORMATIVO.....	31
CONCEPTOS BASICOS	34
MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES:.....	34
¿QUE ES LA HUMANIZACIÓN EN SALUD?	34
HUMANIZACION EN LA HISTORIA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: CONTEXTO HISTORICO	35
LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA HISTORIA	35

LA HUMANIZACION DE LA SALUD EN COLOMBIA	39
COMUNIDADES RELIGIOSAS Y LA HUMANIZACIÓN	40
LA HUMANIZACION Y LA REIVINDICACION DE DERECHOS	40
HUMANIZACION Y LA TENDENCIA INTERMEDIA	41
INFLUENCIA GLOBAL EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	42
MARCO TEORICO	45
LA RELACIÓN MÉDICA EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES	45
FORMAS DE RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO	45
LA RELACIÓN OBJETIVANTE	46
LA RELACIÓN INTERPERSONAL	46
LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO	47
EL MODELO DE COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO	48
EL MODELO SOCIOCULTURAL EN LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO	50
EL MODELO PSICOANALÍTICO EN LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO	50
EL MODELO HUMANISTA EN LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO	51
CRISIS ACTUAL DE LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO	52
PRACTICA CLINICA CENTRADA EN LA PERSONA	53
EL ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL	55
EL PACIENTE COMO PERSONA.....	56
LA ALIANZA TERAPÉUTICA (AT)	57
EL MÉDICO COMO PERSONA.....	58
DIGNIDAD.....	58
LA IATROGENIA.....	59
LA ÉTICA GENERAL Y LA ÉTICA MÉDICA, BIOÉTICA.....	61
LA ETICA MÉDICA	63
EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.....	63
EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA-NO MALEFICENCIA	64
EL PRINCIPIO DE JUSTICIA.....	65
CÓDIGO DE NÚREMBERG.....	66

JURAMENTO HIPOCRATICO	68
METODOLOGÍA	69
ANALISIS DE FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD	71
RECURSOS Y PRESUPUESTO	72
ASPECTOS ETICOS.....	73
ANALISIS SITUACIONAL DE LA HUMANIZACION EN LA NUEVA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE JERICÓ	74
GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES PARA LA HUMANIZACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	83
PREÁMBULO DE LA GUIA.....	83
OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA	84
PRACTICAS ADMINISTRATIVAS HUMANIZADAS	88
CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES.....	101
BIBLIOGRAFIA.....	103
ANEXOS	105

RESUMEN

La deshumanización entendida como la pérdida de vista del ser humano, la masificación y la cosificación del sujeto, es una de las mayores críticas realizadas al sector salud colombiano en la actualidad. Lo que se pretende en el presente trabajo de grado es diseñar una guía de buenas prácticas administrativas y asistenciales que favorezcan la humanización en una institución que presta servicios de salud como lo es la Nueva Empresa Social del Estado Hospital San Rafael del municipio de Jericó. Para el cumplimiento de este objetivo se realizará una revisión bibliográfica acerca de la humanización de los servicios de salud y la relación médico-paciente en la historia, además de recopilar información contenida en las normas de acreditación y de seguridad del paciente, diseñando un modelo de guía que pueda ser aplicado en cualquier institución prestadora de servicios de salud, sin importar el nivel de complejidad de esta.

ABSTRACT

Dehumanization understood as the loss of sight of humans, overcrowding and the objectification of the subject, is one of the biggest criticisms of the Colombian health sector today. The intention in this work is to design a guide to good management practices and to promote the humane care in an institution that provides health services such as the New Social Enterprise State Hospital San Rafael Township Jericho. To fulfill this objective a literature review about the humanization of health care and the doctor-patient relationship in history will take place, and collect information in the accreditation standards and patient safety, designing a model guide that can be applied at any institution providing health services, regardless of the level of complexity of this.

PALABRAS CLAVE

Humanización, Servicios de Salud, Relación médico-paciente, Buenas Prácticas

KEYWORDS

Humanization, Health Services, doctor-patient relationship, Best Practices

INTRODUCCIÓN

La deshumanización de los servicios de salud es un “tema–problema” poco abordado a nivel nacional e internacional aunque continuando siendo un tema que genera escozor, a pesar del desarrollo científico sin precedentes que ha adquirido la medicina y las ciencias de la salud en los últimos años.

En el país existe un malestar generalizado hacia el sistema de salud, representado en las dificultades en la asignación y el manejo de los recursos, falencias relacionadas con la planeación y direccionamiento del sistema, el aseguramiento y gestión de la prestación de servicios de salud, la salud pública, aspectos que han generado escasas garantías del derecho a la salud y altos grados de insatisfacción del usuario, entendida esta como la percepción desfavorable de los usuarios frente a la prestación de los servicios de salud, estos aspectos contribuyen a la deshumanización del sector salud.

La deshumanización entendida como la pérdida de vista del ser humano, la masificación y la cosificación del sujeto, es una de las mayores críticas realizadas al sector salud colombiano en la actualidad y la Nueva Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Jericó no es ajena a esta problemática.

Es por esta razón que este trabajo pretende elaborar una propuesta de guía de buenas prácticas administrativas y asistenciales para la humanización de los servicios de salud de la nueva Empresa Social del estado Hospital San Rafael de Jericó, pero que además pueda ser aplicado en cualquier institución prestadora de servicios de salud, sin importar el nivel de complejidad.

Para cumplir con este propósito se hizo necesario realizar un análisis situacional de la humanización de la prestación de servicios de salud en el hospital de Jericó, para esto se tuvo en cuenta la información recolectada a través de las encuestas de satisfacción y las quejas presentadas por los usuarios de la institución durante el año 2013.

De igual modo se realizó una revisión bibliográfica donde se recopiló información acerca de la humanización y la relación médico-paciente en la historia de la medicina, así como la humanización en Colombia. De igual modo se realizó un compendio de diferentes elementos incluidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC como lo son el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia y la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.

Estos elementos fueron utilizados para elaborar una guía en la cual se establece algunas recomendaciones administrativas y asistenciales que pretenden incentivar, promover y gestionar prácticas que permitan la humanización de los servicios de salud en la Nueva ESE Hospital San Rafael del municipio de Jericó, las cuales se fueron incluidas en cuatro grupos que buscan obtener prácticas administrativas y asistenciales humanizadas, involucrar los pacientes y sus allegados en la humanización e incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

TÍTULO

Guía técnica de buenas prácticas administrativas y asistenciales para la humanización de la prestación de servicios de salud en la Nueva ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó Antioquia en el año 2014.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Es de suma importancia abordar un “tema–problema” que no es considerado o tomado en cuenta, ni en lo cotidiano de nuestro que hacer laboral, ni por las esferas más altas a nivel internacional y nacional. A pesar del desarrollo científico sin precedentes que ha adquirido la medicina y las ciencias de la salud en los últimos años, sigue existiendo un tema que genera escozor, este no es otro que el problema de la deshumanización en los servicios de salud.

Podría decirse que en el territorio nacional existe un malestar generalizado hacia el sistema de salud, representado en las dificultades en la asignación y el manejo de los recursos, falencias relacionadas con la planeación y direccionamiento del sistema, el aseguramiento y gestión de la prestación de servicios de salud, la salud pública, aspectos que han generado escasas garantías del derecho a la salud y altos grados de insatisfacción del usuario. (Percepción desfavorable de los usuarios frente a la prestación de los servicios de salud), sin embargo, los aspectos antes mencionados, han sido interpretados como deshumanización del sector salud.

Cuando se habla del tema es inevitable mencionar que no se han cumplido a cabalidad los indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad, dirigidos siempre a la satisfacción de los usuarios que solicitan servicios de salud.

Una de las principales causas radica en el hecho de que en el país poco se halla mencionado el tema de la humanización de los servicios de salud, la inexistencia

de normatividad que incluya esta temática, el poco interés que genera a los gerentes y administradores de empresas prestadoras y aseguradoras, además del poco cumplimiento a cabalidad de los estándares de acreditación.

Esta situación no es ajena al Municipio de Jericó - Antioquia y su Empresa Social del Estado Hospital San Rafael que presenta todas estas situaciones que no le permiten posicionarse y promover en el municipio una prestación de servicios de salud basada en procesos de calidad y calidez que logren mejorar la satisfacción del usuario y lo más importante prestar servicios de salud con humanidad.

Es a raíz de lo anterior que se han identificado una serie de situaciones que hacen que algunas de las prácticas administrativas y asistenciales en la Nueva ESE Hospital San Rafael del municipio de Jericó se efectúen bajo criterios subjetivos de calidad y humanismo, sin tener en cuenta los estándares de calidad contemplados en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y donde se establecen algunas estrategias de gestión que permite lograr este objetivo.

Es de este modo como se resalta que dentro la institución es insuficiente la información, la educación y la comunicación, orientada al fomento de los derechos y deberes de los usuarios, lo que deriva en el poco interés y empoderamiento de la comunidad para la defensa de sus derechos y el compromiso con sus deberes; otras prácticas administrativas instauradas en el Hospital de Jericó que poco contribuyen a la humanización de los servicios de salud también radican en que los visitantes y acompañantes deambulen libremente a través de los servicios de urgencias y hospitalización, además de Algunas condiciones laborales existentes contribuyen al incremento de riesgos y enfermedades laborales, así como el deterioro de la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Dentro de las prácticas asistenciales también se debe decir que no existe claridad en el manejo del consentimiento informado como una herramienta para contribuir al respeto de la autonomía del paciente, lo que ha ocasionado que este se inscriba como un proceso administrativo y no en un acto médico, del mismo modo existen algunas condiciones que no favorecen el resguardo de intimidad y la privacidad durante el proceso de atención.

También puede decirse que se ha visto afectada la relación médico-paciente debido a la limitada información que se brinda al paciente y la familia durante la ejecución del tratamiento (enfermedad, tratamiento, cuidados en casa y complicaciones), hecho que pudiese contribuir al incremento de la iatrogenia

Son estas algunas de las causas que motivan la necesidad de elaborar una guía de buenas prácticas administrativas y asistenciales que permita la humanización

de la prestación de servicios de salud en la Nueva ESE Hospital San Rafael del municipio de Jericó.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo diseñar una guía de buenas prácticas administrativas y asistenciales que permita la humanización de la prestación de servicios de salud en la Nueva ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó Antioquia en el año 2013?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar la guía de buenas prácticas administrativas y asistenciales para la humanización de la prestación de servicios de salud en la Nueva ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó Antioquia en el año 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.2.2.1 Fortalecer la información, la educación y la comunicación, orientada al fomento de los derechos y deberes de los usuarios.

1.2.2.2 Contribuir al respeto de la autonomía del paciente a través del manejo claro del consentimiento informado.

1.2.2.3 Promover las condiciones que favorecen el resguardo de la intimidad y la privacidad durante el proceso de atención.

1.2.2.4 Brindar información suficiente al paciente y la familia durante la ejecución del tratamiento (enfermedad, tratamiento, cuidados en casa y complicaciones)

1.2.2.5 Promover la creación de un reglamento para los visitantes y acompañantes en los servicios de urgencias y hospitalización.

1.2.2.6 Contribuir al mejoramiento de las condiciones laborales existentes.

1.2.2.7 Contribuir al mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud.

1.2.2.8 Fomentar el uso de guías de atención basadas en la evidencia médica para la atención a los pacientes.

JUSTIFICACIÓN

Con la realización de esta guía para la implementación de buenas prácticas administrativas y asistenciales para la humanización de la prestación de servicios de salud en la Nueva ESE Hospital San Rafael, se pretende recopilar información contenida en las normas de acreditación y de seguridad del paciente, pretendiendo entregar un modelo de guía que pueda ser aplicado en cualquier institución prestadora de servicios de salud, sin importar el nivel de complejidad de esta.

Es indiscutible que una de las mayores críticas realizadas al sector salud colombiano en la actualidad, es la relacionada con el abordaje integral del ser humano. La deshumanización no es una problemática exclusiva del sector salud, en todos los sectores sociales se enfrentan crisis relacionadas con la pérdida de vista del ser humano, la masificación y la cosificación del sujeto. Tal vez, la deshumanización sea vista como algo más criticable en el caso de los servicios de salud.

La salud en Colombia, como servicio público a cargo del estado como es planteado en la constitución de 1991, es quizás una de las temáticas más legisladas en el país, hecho que en lugar de generar certezas, deja en el aire una sensación de incertidumbre.

Desde la aparición de la ley 100 en 1993 que reglamento el funcionamiento del actual sistema de salud colombiano, es abundante la normatividad que se ha expedido en el país, incluidas dos reformas, (ley 1122 de 2007 y ley 1438 de 2011) estas han pretendido corregir los problemas operativos que se han evidenciado en crisis periódicas ya sea provenientes de los prestadores de servicios de salud y su eterno problema de recursos; desde los pacientes y sus reclamos por falta de acceso y oportunidad; o desde las instancias judiciales que señalan una sobrecarga en los despachos debido a las tutelas interpuestas por ciudadanos que ven a la salida jurídica la única opción para lograr atenciones oportunas.

Este panorama demuestra que si bien es cierto los principios que se pretendía regirían el sistema de salud colombiano: solidaridad, universalidad e integralidad podían estar bien encaminados, la realidad de las reglas del mercado ha desbordado las intenciones y acabaron por priorizar intereses económicos particulares sobre el objetivo de generarle bienestar integral a la población.

Es innegable que desde sus inicios el sistema de salud actual ha sido criticado por basar el modelo de atención, más en lo económico que en la atención

humanizada. Es por tal razón que hoy día es común que el usuario sea considerado como una patología, un número, un examen por realizar, un afiliado a determinada empresa, una cuenta que presentar y que cobrar, un ingreso que generar.

En la actualidad en el país se viene promoviendo una nueva reforma al sistema de salud, dentro de la cual se han propuesto tanto una ley estatutaria (aun en control constitucional) como una ley ordinaria, ambas pretenden al parecer generar alternativas y soluciones a problemas vitales relacionados con el manejo de los recursos dentro de un sistema que se fundamenta como fue planteado anteriormente en bases deleznable.

La crisis descrita y la polarización de ciertos actores del sistema hicieron que se propusiera una Ley Estatutaria para definir el Derecho Fundamental a la Salud, si bien es cierto constituye para algunos un avance importante, para muchos otros la promulgación de dicha Ley es catalogada como una acción innecesaria debido a que las dificultades actuales en salud requieren un cambio en el modelo del sistema y no una enunciación de principios que ya existen y que como Fundamental, el derecho a la salud ha sido protegido por la Corte Constitucional a través de sus pronunciamientos.

Hasta el momento las reformas planteadas han sido generadas bajo las mismas motivaciones, las mismas causales que han llevado a propuestas de cambio, el sentir general no muestra solo la inconformidad de los pacientes, sino el punto máximo de la crisis sectorial, crisis enmarcada en la insostenibilidad financiera del sistema.

Es de este modo como se viene presentando en el país una serie de cambios en salud que deben ser mirados bajo la perspectiva de la humanización, el primer cambio que se mencionará tiene que ver con la actualización de Plan Obligatorio de Salud POS que fue actualizado incluyendo nuevas concentraciones en medicamentos, nuevas tecnologías y procedimientos para el manejo de patologías como el cáncer, enfermedades neurológicas, depresión, artritis reumatoidea y enfermedades respiratorias, que ahora no se podrán negar si el paciente lo requiere. Sin embargo, las inclusiones en el POS también generan que lo que no se encuentre dentro de este listado no pueda ser obtenido por los pacientes, ni a través de las vías jurídicas.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la regulación del precio de los medicamentos, el Gobierno colombiano ha sometido a control de precios una serie de medicamentos, se ha establecido varios listados de medicamentos los cuales son sometidos a este control de acuerdo con la metodología de referenciación internacional, esto representa a los colombianos y al país un ahorro significativo en el gasto en salud.

Bajo la perspectiva de la humanización pudiera decirse que estos cambios aunque en un sentido figurado pudiesen generar de algún modo servicios de salud más humanizados, son cambios propuestos con el ánimo de darle solución a los problemas de tipo financiero que presenta el sistema de salud.

Este hecho hace pensar en que es importante una transición adecuada que permita responder a la crisis existente, de lo contrario pudiera decirse que ante la fiebre, la solución sugerida es la calibración del termómetro y no el tratamiento de la infección.

A pesar de no ser el aspecto más tenido en cuenta a través de las diversas reformas propuestas en estos 20 años al sistema de salud, la insatisfacción de los usuarios, el deterioro en la salud de la población, la deshumanización de los servicios de salud, son aspectos fundamentales a tener en cuenta para cambiar el panorama desesperanzador actual, ya que los servicios de salud se han convertido, sin generalizar en una mercancía, hay indolencia, el mundo de la salud está cada vez más definido desde la enfermedad, una pérdida de vista de las relaciones humanas, el trato y la comunicación son evidentes. Los trabajadores de la salud cada vez con mayores presiones laborales, con dificultades salariales, reaccionan ante su propia situación, a veces agravando la distancia.

Sin embargo se continúa albergando la esperanza de que cuando se esté enfermo, es decir cuando se es más vulnerable que de costumbre, al menos en los servicios de salud haya un recibimiento con amabilidad, se considere y se comprenda el drama que trae consigo la enfermedad, en términos generales se reconozca el ser humano integral.

Es este hecho el que justifica la necesidad de promover desde la visión gerencial estrategias que permitan mejorar las prácticas asistenciales y administrativas que propendan por la humanización de los servicios de salud.

MARCO INSTITUCIONAL

CONTEXTUALIZACIÓN

El presente trabajo de grado se realizará en la Nueva Empresa Social del Estado Hospital San Rafael del municipio de Jericó, institución que atiende a una población aproximada según SISBEN de 13070 usuarios, habitantes del municipio y que fundamenta su quehacer institucional en la prestación integral de servicios de salud de primer nivel de atención con énfasis docente asistencial, bajo principios de respeto, calidad, participación, calidez y equidad.

De igual modo como visión para el año 2016 la Nueva ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó espera ser un hospital valorado y respetado por su comunidad; y con orgullo ser resaltado por las diferentes entidades del municipio y el departamento como resultado de su desarrollo institucional.

ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCION



VALORES INSTITUCIONALES

Respeto

Aceptación y reconocimiento de las limitaciones, virtudes y creencias tanto del cliente interno como externo propendiendo por un trato equitativo e igualitario en la prestación de los servicios ofrecidos en la Entidad.

Se Reconocen las diferencias para tratar con igualdad, valorando la condición y estado de los usuarios.

Responsabilidad

Capacidad para responder, reconocer y asumir con compromiso las decisiones que se toman y las acciones que se ejecutan en la prestación de los servicios de salud.

Se Desempeñan las funciones dando lo mejor para el cumplimiento efectivo de los objetivos institucionales

Transparencia

Claridad en todas y cada una de las actuaciones de los funcionarios de la institución brindando a la comunidad y a los demás entes la tranquilidad de estar actuando de conformidad a la constitución y la ley.

Se Brinda Información completa, exacta y clara acerca de las actuaciones realizadas en la institución.

Compromiso

Sentido de pertenencia con la institución, los usuarios y la comunidad en general, brindando el mejor servicio con calidad y oportunidad logrando la satisfacción de los grupos de interés.

Se Cuenta con personal idóneo y comprometido con el cumplimiento de la misión de la entidad.

Justicia

Conjunto de reglas y normas para ejercer con rectitud las conductas Institucionales respetando los derechos individuales y colectivos de los servidores públicos y usuarios para satisfacer sus necesidades y expectativas.

La ESE es una institución comprometida con los usuarios dando a cada quien lo que requiera para el restablecimiento de su salud.

Servicio

Lograr y mantener la satisfacción de los usuarios a través del cumplimiento de sus requerimientos y expectativas, logrando una atención en el mejor ambiente de confianza y armonía con calidez y humanización

Se Realiza con tenacidad y persistencia los mayores esfuerzos para el beneficio de los usuarios.

Lealtad

Correspondencia a la obligación que se tiene en la prestación de servicios de salud con la más alta y delicada fidelidad y respeto con los usuarios, las instituciones y la comunidad en general.

Se está comprometido con el cumplimiento de la misión y deberes institucionales correspondiendo a las necesidades e intereses de los usuarios.

Honestidad

Actuaciones justas y claras que nos acompañan en el que hacer institucional encaminadas a satisfacer las necesidades generando un juicio de tranquilidad, con un personal competente e interesado en el bienestar de los demás.

Se Actúa con rectitud y coherencia para generar un ambiente de tranquilidad apoyados en actuaciones con transparencia.

Solidaridad

Capacidad para compartir los logros y dificultades inherentes a la prestación del servicio trabajando en equipo para el cumplimiento de propósitos y metas institucionales.

Se Contribuye a la solución de las dificultades apoyándose con paciencia y tolerancia teniendo siempre como objetivo el bienestar de la comunidad.

Rectitud

Comportamientos responsables y conscientes en las funciones desarrolladas dentro de la entidad propendiendo por generar condiciones óptimas que correspondan a la confianza depositada en nuestra institución.

Se Procede con la mayor diligencia y cuidado en las actuaciones propias de los servicios en procura de mejorar la calidad de vida de la comunidad.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

Humanismo

Todos los usuarios se reciben y se atienden de manera generosa y sensible a sus necesidades y expectativas.

Calidad

Se Brinda una atención oportuna, personalizada, integral y continua de acuerdo a estándares establecidos por las normas vigentes para satisfacer las necesidades de los usuarios.

Compromiso Social

Tener la firme disposición de contribuir al desarrollo integral y mejoramiento continuo de la calidad de vida de la población y del cuidado del medio ambiente

Eficiencia

Realizamos nuestras actividades con una utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros en forma adecuada y oportuna.

Credibilidad

Se busca ser reconocidos por los clientes externos por la seriedad, responsabilidad, compromiso, cumplimiento y atención que brindamos.

Es importante mencionar que los conceptos determinantes relativos a la Misión, Visión, Valores y Principios han sido analizados y reevaluados de manera colectiva con los funcionarios y la comunidad, así mismo con base en este trabajo se han determinado las políticas, estrategias, programas y proyectos que redundaran en beneficio del mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la población Jericoana, resaltando como un aspecto vital la humanización.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

POLÍTICA ÉTICA

El comportamiento de cada uno de los servidores de la entidad, debe estar siempre enmarcado en el principio del interés general, como la posibilidad de alcanzar una verdadera ética de la responsabilidad por el ejercicio de lo público, conductas que sean legitimadas e identificadas por su eficiencia y transparencia con los ciudadanos que concurren a su servicio. A continuación se presentan los lineamientos deseables en el comportamiento de cada uno así:

POLÍTICA ÉTICA CON DIRECTIVOS

Los directivos de la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó, buscan promover una cultura ética y por ello adoptan las siguientes políticas:

Fluidez en las comunicaciones.

Aplicar estrategias para el fortalecimiento de los valores, los derechos, los deberes y las conductas éticas.

Promover en los usuarios internos y externos, un trato justo, respetuoso y digno, sin discriminación alguna.

Impulsar mecanismos de evaluación, control de gestión y rendición de cuentas sobre programas y proyectos.

POLÍTICA ÉTICA CON SERVIDORES PÚBLICOS

Dando cuenta de la importancia de cada uno de los servidores públicos en el desarrollo de la Gestión Pública, La ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó, se compromete a cumplir las siguientes políticas:

Garantizar a los servidores Públicos el acceso por méritos a concurso de ascensos, nombramientos, comisiones y procesos de capacitación, en condiciones de igualdad y teniendo en cuenta las necesidades de la ESE.

Los Funcionarios Públicos de la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó asumen los siguientes compromisos:

Desempeñar sus funciones con transparencia, compromiso, honestidad, oportunidad y lealtad para hacer del Hospital, una Entidad que responda de manera efectiva a la misión y objetivos institucionales.

Desarrollar con efectividad, equidad y solidaridad la prestación de los servicios a los usuarios, garantizando un trato humanizado, sin ninguna discriminación o trato privilegiado caracterizado por intereses determinados, de manera que redunde en el desarrollo integral de la población de la comunidad de JERICO.

POLÍTICA ÉTICA CON LA COMUNIDAD

Asumiendo la comunidad como la razón y objetivo de la función pública de la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó, se consolidarán las siguientes políticas:

Responder a las distintas demandas sociales de los usuarios con equidad e inclusión.

Suministrar a la Comunidad información veraz y oportuna.

Desarrollar mecanismos y canales de comunicación que den cuenta a la comunidad, sobre los programas y proyectos que adelanta la Gerencia de la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó.

Fortalecer las relaciones de los funcionarios públicos de la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó con la comunidad (clientes internos y externos) de manera respetuosa y cordial.

POLÍTICA ÉTICA CON CONTRATISTAS Y PROVEEDORES

Buscando una relación armoniosa con contratistas y proveedores basada en los valores institucionales, La Gerencia del Hospital San Rafael del Municipio de Jericó, se compromete a:

Divulgar ampliamente y por medios efectivos el proceso de contratación y sus resultados, a todos los funcionarios públicos, contratistas, proveedores y

comunidad en general, generando confianza en los procesos de la Gerencia y en sus servidores.

Realizar procesos transparentes de contratación con la selección de proponentes de forma imparcial, destinando la inversión pública hacia la búsqueda del bien común.

Aplicar permanentemente mecanismos para prevenir sobornos, prácticas desleales, actos ilícitos y suministro información privilegiada, de modo que se garantice la sana competencia.

POLÍTICA ÉTICA CON OTRAS INSTITUCIONES

Para considerar y ampliar los resultados que se derivan de la función pública la Gerencia de la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó, fortalece el trabajo en red con el Municipio y con otras instituciones mediante los siguientes compromisos:

Fomentar la colaboración con otras entidades, respetando su integridad e independencia, estableciendo convenios, alianzas y trabajos coordinados dentro de políticas comunes.

Crear espacios de diálogo para poner en conocimiento de las demás instituciones los planes, programas y proyectos desarrollados e implementados en la ESE, de manera que se consolide un trabajo en red, que optimice los recursos y tiempos empleados.

POLÍTICA ÉTICA CON EL MEDIO AMBIENTE

En la búsqueda de alcanzar un desarrollo armonioso y sostenible con el medio ambiente, la Gerencia de la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Jericó, promueve los siguientes compromisos:

Asumir con respeto y responsabilidad la protección y conservación del medio ambiente, utilizando dentro de la ESE, prácticas ecológicas en el manejo de los recursos físicos y separación de residuos.

Realizar permanentemente acciones orientadas a la sensibilización, tanto de servidores públicos como de la comunidad educándolos sobre la necesidad e importancia de proteger el medio ambiente.

Apoyar proyectos que refuercen y promuevan actividades productivas responsables con la cultura ambiental.

Minimizar los costos ambientales y garantizar la sostenibilidad de las futuras generaciones, articulando con las autoridades y entidades ambientales, la divulgación y consecuente cumplimiento de la normatividad en materia de protección ambiental

POLITICA DE PRIORIZACION

La política de priorización en la atención y prestación de servicios de salud busca agilizar procesos y dar “privilegio” a los usuarios que por su condición así lo requieren.

Se considera población priorizada a:

Personas que viven en el área rural, Mayores de 62 años, Maternas, Menores de 1 año, Discapacitados, Condición clínica expresada por el usuario, Usuario susceptible de aislamiento.

POLÍTICA DE CALIDAD

Trabajaremos para ofrecer servicios de salud basados en el **respeto por el ser humano**, buscando **satisfacer las necesidades** de nuestros pacientes y sus familias, basados en un mejoramiento continuo.

POLÍTICA DE SEGURIDAD CLÍNICA

Garantizar la gestión en los procesos asistenciales, orientada a favorecer la cultura de la seguridad clínica y del reporte, la adherencia a los procesos, protocolos y guías de manejo, basados en evidencia clínica con miras a obtener el mejoramiento que evite la recurrencia del error, prevenga y minimice todo riesgo de salud en el usuario.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA NUEVA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE JERICÓ

URGENCIAS

Este servicio se presta las 24 horas del día, cuenta con los equipos biomédicos básicos necesarios para garantizar una adecuada atención de las patologías urgentes y la disponibilidad constante de talento humano altamente calificado.

HOSPITALIZACIÓN

Disponemos de 7 camas adultos y 2 camas pediátricas, cómodas para los pacientes, en habitación bipersonal atendido por personal médico y de enfermería calificado.

TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO

Se cuenta con dos ambulancias habilitadas para el transporte de pacientes que lo requieran.

CONSULTA EXTERNA

Consulta médica general y odontológica.

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA

Ginecología

Medicina Interna

IMAGENOLOGÍA

Radiología simple de manera permanente, atendido por un técnico en rayos X.

Ecografía obstétrica, transvaginal, abdomen total, hígado y vías biliares, renal, próstata, testicular...etc., realizada mensualmente, con cita programada por Radiólogo.

LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLOGIA

Hematología

Inmunología

Microbiología

Parasitología

Química Sanguínea

Hormonas

Virología (VIH)

Diagnóstico Citológico: Funcional – Oncológica

ODONTOLOGÍA

Urgencias

Operatoria

Endodoncia

Periodoncia

Cirugía Oral

Exodoncia simple uniradicular y multiradicular

Exodoncia uniradicular y multiradicular abierta.

DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Vacunación

Planificación familiar

Salud Visual

Salud Oral

Control Prenatal

Crecimiento y Desarrollo

Detección temprana de alteraciones del adulto mayor y del joven

Detección de Cáncer de Cérvix

PROGRAMAS DE ATENCIÓN ESPECIAL

Riesgo cardiovascular, Hipertensión Arterial(H.T.A.), Diabetes Mellitus (D.M.)

AIEPI (Enfermedades Prevalentes de la Infancia)

SERVICIO FARMACEUTICO

PROGRAMA RADIAL “EL HOSPITAL EN SU CASA

El cuál se emite semanalmente el día jueves a las 7:30 a.m. por la Emisora local La Voz del Suroeste, con temas de interés para toda la comunidad.

BRIGADAS DE SALUD

MARCO NORMATIVO

Constitución Política de Colombia de 1991

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

Ley 23 de 1981 Código de Ética

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

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

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

Ley 100 de 1993

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

Ley 1122 de 2007

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

Ley 1438 de 2011

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

Decreto 1011 De 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“En su artículo cuarto define como uno de sus componentes al “SISTEMA UNICO DE ACREDITACION”, el cual incluye un grupo de estándares transversales los cuales buscan que la organización tenga definida una política respecto a los derechos y deberes de los pacientes, acorde al direccionamiento estratégico, los cuales deben ser difundidos y conocidos por todos en la organización”.

Resolución 13437 de 1991

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

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

Resolución 1995 de 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

Resolución 1445 de 2006

Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones

Resolución 0123 de 2012

Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006 y se establecen los nuevos estándares de acreditación.

“Transversaliza dentro de los estándares de acreditación el tema de la humanización”.

Resolución 1441 de 2013

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones

“Transversaliza dentro de los estándares de habilitación el tema de la seguridad del paciente”.

La Sentencia T-859/03, proferida por la Corte Constitucional

La Sentencia T-760/08, proferida por la Corte Constitucional

CONCEPTOS BASICOS

MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES:

¿QUE ES LA HUMANIZACIÓN EN SALUD?

Para la elaboración de una guía de buenas prácticas administrativas y asistenciales que permita la prestación de servicios de salud más humanos en la Nueva Empresa Social del Estado Hospital San Rafael del municipio de Jericó se hace necesario definir y delimitar el concepto de humanización y a su vez hacer un recuento histórico a través del sector salud.

Para efectos de esta guía y ante la inexistencia de un modelo conceptual establecido, esta será entendida como la (re)organización de las prácticas de salud, retratando el compromiso administrativo y gerencial con la realización de los valores humanos, es decir, considerar al ser humano en sentido global, en su dimensión física, emocional, relacional, espiritual, social e intelectual. Esto supone una actitud de servicio hacia afuera y hacia adentro de la organización, con acciones que, aunque parezcan insignificantes, contribuyen a hacer más ligera y placentera la prestación de los servicios de salud.

La humanización también puede ser comprendida como la democratización de las relaciones entre los trabajadores, usuarios, gestores. Basado en un modelo de producción del cuidado más resolutivo, centrado en la comunicación, cambio de informaciones y conocimientos, diálogo, escucha, toma de decisiones centradas en los trabajadores, gestores y usuarios.

La humanización depende del perfeccionamiento del sistema de gestión compartida y de las relaciones cotidianas, de cambio en las estructuras de las organizaciones y cambios comportamentales de los involucrados en el proceso de producción de salud y del cuidado.

Es importante mejorar la relación médico-paciente, auxiliar administrativo- cliente organizando las actividades, con la valoración de las interrelaciones humanas. La humanización admite el reconocimiento de la realidad interna, implica la adquisición de valores que llevan al refinamiento de la consciencia moral de la sensibilidad al sufrimiento ajeno, de la compasión, de la capacidad empática, de la tolerancia al sentimiento de culpa. Es necesario, entonces, la articulación de una perspectiva transformadora. Interpretamos, en suma, la humanización como ejercicio del cuidado a los seres en su totalidad. El cuidado es humanizado cuando

ocurre aproximación del equipo de salud con usuarios y familiares, compartiendo experiencias, valorizando y reconociendo la singularidad del otro por el diálogo. Es necesario el cambio de comportamiento, una vez que para humanizar es preciso antes de todo humanizarse, y para esto ocurrir es necesario buena voluntad.

HUMANIZACION EN LA HISTORIA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: CONTEXTO HISTORICO

Para referirse a la humanización en la historia de la atención en salud es importante mencionar que este tema ha sido poco abordado. A pesar de que este trabajo pretende trascender el paradigma de la deshumanización de los servicios de salud en términos de relación médico-paciente, es fundamental abordar dicha relación a lo largo de la historia para permitir un mayor acercamiento partiendo del enunciado de que existen pocas cuestiones en la ciencias médicas y de la salud contemporáneas tan comentadas como la crisis en la relación médico y enfermo y teniendo en cuenta el postulado de Lain Entralgo que dice que nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo.

LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA HISTORIA

La relación médico – enfermo ha ido cambiando a lo largo de la historia según han sido las transformaciones sociales y culturales. En civilizaciones antiguas la asistencia al enfermo era realizada por magos y brujos.

La enfermedad era considerada como maldición, pecado, castigo de los dioses y la salud como un don también de los dioses. La enfermedad y la salud eran interpretadas sobrenaturalmente. El tratamiento al enfermo era el rito mágico, el exorcismo, el abandono, la muerte, la plegaria, el sacrificio u ofrenda a los dioses. El médico tenía un carácter sacerdotal.

En el siglo XVIII antes de Cristo el Código de Hammurabi, rey de Babilonia regula ya el ejercicio de la medicina con diecisiete leyes, aparece por primera vez en este código la relación médico – enfermo y el ejercicio médico. Dispone también penas para los errores médicos.

La medicina científica comienza en Grecia en los siglos VI y V antes de Cristo. Se excluye ahora la medicina mágica y se adopta una explicación racional de la enfermedad. Surge el concepto naturalista de salud y la enfermedad se ve como un desorden natural. El gran médico griego Hipócrates señala que hay en la

medicina tres elementos: la enfermedad, el enfermo y el médico. Insiste en la fuerza potencial de la relación médico – enfermo en el proceso curativo y considera que el paciente es, ante todo, un hombre que hay que respetar y cuidar¹.

El Corpus Hippocraticum, colección de 70 textos médicos escritos por Hipócrates indica como uno de los cuatro principios fundamentales el: “Estudiar más al paciente que a la enfermedad”. Hipócrates abandona la idea de que la enfermedad es producida por causas mágicas y defiende que la enfermedad es producida por la alteración de los cuatro humores del organismo: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. En el Corpus Hippocraticum se incluye el Juramento hipocrático, indica como debe ser la enseñanza de la medicina y se habla de la eutanasia, el aborto, la sexualidad, el secreto profesional.

En la cultura griega se da un fuerte vínculo entre la acción de la palabra y la curación de las enfermedades. Para Aristóteles la acción de la palabra del médico opera como un verdadero medicamento y produce acciones psicológicas en ciertos enfermos.

Hipócrates indicaba que el enfermo debe colaborar activamente en la curación. El médico no debe emplear sus fármacos hasta que no haya establecido con el paciente una relación terapéutica satisfactoria.

Para Platón el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad. La relación entre médico y enfermo es de amistad y, en ella, es fundamental la confianza del enfermo en la medicina y en el médico que le trata.

Durante la Edad Media, el desarrollo científico y técnico queda subyugado al criterio moral y religioso. Con el cristianismo las órdenes religiosas se hacen cargo de la asistencia sanitaria que es un acto religioso y moral. Se crean los primeros hospitales cristianos, la asistencia sanitaria es gratuita para los enfermos sin recursos y se atiende también a los enfermos incurables y moribundos. El fundamento de la relación médico-enfermo en el cristianismo es una modalidad de la amistad cristiana entre los hombres.

El médico medieval le da importancia a la comunicación verbal con el enfermo con el objetivo de darle consuelo, de aliviarle. Se concibe la enfermedad como un castigo de Dios.

Se producen unos cambios en el ejercicio de la medicina. En el siglo XII se sistematiza la enseñanza de la medicina en un currículum de cinco años en la ciudad italiana de Salerno. En la mitad del siglo XIII se crean las primeras

¹Lain Entralgo, Pedro (1964). La relación médico-enfermo, Ediciones Castilla, Madrid, España.

facultades de medicina en las universidades europeas. Se adquiere un mayor nivel técnico por parte de los médicos. La asistencia a los enfermos se recibe según la clase social a la que se pertenece.

En el siglo XVII, la filosofía racionalista de Descartes con la separación del alma y el cuerpo, el dualismo cartesiano, provoca en los médicos un cuestionamiento y les lleva a plantearse nuevos temas que antes no se habían atrevido por temor a enfrentamientos.

En el siglo XVIII los médicos empiezan a hacer un estudio natural de las enfermedades. Sydenham señala que la especie morbosa sería un conjunto de síntomas que se repiten, idénticamente y de igual modo ordenados, a lo largo del tiempo, en una serie indefinida de enfermos.

Más tarde, ya en el siglo XIX se desarrolla la medicina científica. Aparecen nuevos modelos como el anatomoclínico y el fisiopatológico que buscan las causas de la enfermedad, siendo los síntomas un efecto de ellas. La medicina consigue importantes avances, se describe mejor la enfermedad, pero se olvida del enfermo. En la medicina hospitalaria del siglo XIX el enfermo es básicamente un objeto cognoscible y una persona desconocida. La relación médico – enfermo es muy insatisfactoria.

Las luchas de los movimientos revolucionarios de los siglos XIX y XX logran la asistencia médica igualitaria. El enfermo toma conciencia de su derecho a la asistencia, aún en los casos leves. La medicina progresa en tecnificación y especialización.

El siglo XX desarrolla una medicina masificada. La sociedad de consumo provoca una superabundancia de productos farmacéuticos. En los hospitales, con mayor tamaño y tecnificación se da un uso masificado de la medicina superándose la pura relación médico – enfermo.

Como consecuencia de errores cometidos por la medicina, a pesar de los muchos aciertos, reaparece un modelo humanizador de la medicina. El enfermo no puede ser visto sólo según la estrecha idea científica sino que ha de incluir a la persona enferma con su subjetividad. Este cambio intenta recuperar el poder de la palabra como factor terapéutico, lo cual hace resaltar la relación entre médico y paciente. A este modelo contribuye Freud con su psicoanálisis.

Sigmund Freud (1856 – 1939) supone un cambio muy importante en la relación médico – enfermo al introducir al sujeto en medicina. Considera que en el acto clínico, la relación médico - paciente es fundamental, y la historia clínica un instrumento imprescindible que permite al paciente contar lo que le pasa y relacionarlo con su historia familiar, su trabajo y su vida cotidiana. También

relaciona Freud los afectos del paciente con sus procesos corporales. Cree que la palabra --- cura por la palabra --- es el mejor recurso para crear en el enfermo un estado anímico favorable a la curación. En los diagnósticos freudianos la “visión” se transforma en interpretación que consiste en la inferencia de los pensamientos latentes e inconscientes a partir de los elementos que integran su contenido manifiesto.

También otros autores como Viktor Von Weitzsäcker, Gregorio Marañón que ha incluido lo psicológico en el origen de la enfermedad. Para Weitzsäcker el enfermo y la enfermedad constituyen un todo al que hay que interpretar de manera unitaria. Para Marañón hay que buscar con más ahínco al hombre en la enfermedad y no la enfermedad en el hombre. Afirma que la medicina es “ciencia, arte y oficio”.

Últimamente un grupo de autores resaltan la importancia de los factores sociales en los procesos de salud – enfermedad. Estos factores sociales pueden ser económicos, ambientales, jurídicos.

El gran progreso de técnicas específicas y la especialización de la medicina en el siglo XX, los mejores recursos de diagnóstico y tratamiento han hecho olvidar nuevamente la subjetividad del enfermo y con ello la relación médico – paciente. Brutti (1991) plantea que el “hecho” tratado por la medicina no tiene relación con la persona, de este modo al paciente no se le reconoce el derecho a la palabra y el médico prefiere obtener la información de aparatos sofisticados que del examen físico y de lo contado por el paciente.

En el siglo XXI el modelo de asistencia sanitaria se apoya en tres principios constituidos por la continuidad de cuidados, la accesibilidad y disponibilidad, con un equipo profesional en la asistencia, la promoción y cuidado de la salud de una población determinada.

El primer nivel es la Atención Primaria que es el fundamento de todo el sistema de salud, con el objetivo de una atención integral a la salud de la población y en que la relación médico – enfermo tiene un papel importante, es central o nuclear.

La práctica clínica genera ansiedad en los médicos. Se ha descrito el llamado “Síndrome del residente de psiquiatría”, en la que se observa: ansiedad, depresión. Es indudable que el trabajo médico genera algún tipo de estrés, más agudizado en unos profesionales que en otros.

Los pacientes también tienen problemas como son la falta de información adecuada sobre el fármaco prescrito, deficiente relación entre médico y enfermo,

falta de diálogo, ansiedad ante la enfermedad, asistencia masificada, incomunicación con el médico, el derecho a morir dignamente, y otros.

LA HUMANIZACION DE LA SALUD EN COLOMBIA

Una de las mayores críticas a nivel nacional al sector salud en la actualidad, es la relacionada con el abordaje integral del ser humano. Esta crítica incluye temas fundamentales como la accesibilidad a los servicios, noción de derecho, costo, asistencia integral en todas las fases del proceso de atención, entre otros asuntos de alta complejidad y controversia.

Actualmente los servicios de salud se han convertido (sin generalizar) en una mercancía, hay indolencia, el mundo de la salud está cada vez más definido desde la enfermedad, una pérdida de vista de las relaciones humanas, el trato y la comunicación son evidentes. Los trabajadores de la salud, cada vez con mayores presiones laborales, con dificultades salariales, pérdida del ingreso y dificultades para mantener su status, reaccionan ante su propia situación, a veces agravando la distancia. El lenguaje que tanto debería unirnos, nos separa, las personas escuchan en los servicios de salud, términos que ignoran y que se refieren a su propio cuerpo, a su futuro, a su vida. Desbordados por la tecnología, que se supone al servicio del hombre, la relación entre los seres humanos que prestan los servicios y los que los reciben, ha pasado a ser mediada por máquinas: contestadores automáticos y grabaciones nos programan las citas; todo tipo de exámenes ayudan al médico, pero remplazan el diálogo y la cercanía, la tecnología define la vida del hombre. Las expresiones de poder y en ocasiones de arrogancia terminan afectando la vida de las personas necesitadas y de todo ello surgen críticas de fondo, que restan importancia a los logros y resultados positivos de la atención. Sin un análisis de todas estas situaciones, las ciencias de la salud, atraviesan una grave crisis (se podría decir humanitaria).

La acreditación en salud en Colombia, ha propuesto un acercamiento al tema de la humanización; se trata de proponer soluciones prácticas y visibles a los problemas reconocidos e impulsar a las instituciones en el abordaje de la problemática. Este aporte inicial, digámoslo de antemano, es por decir lo menos reduccionista pues parte de la mirada del problema dentro de las instituciones de salud, se concentra en un tipo de instituciones (los prestadores), aunque sería esencial tener un abordaje similar para las aseguradores y para entes territoriales, aborda superficialmente el problema estructural del talento humano para la salud y no da pistas sobre soluciones; se limita a proponer estándares que nos ayuden en cuanto metas concretas. Se pretende con ello estimular la discusión y generar la necesidad de actuar. En el caso de la humanización proponemos la construcción de una política explícita de humanización de la atención que aborde los problemas aquí señalados y otros omitidos por ignorancia o limitaciones de espacio.

Para el presente trabajo se resaltan tres vertientes del abordaje de la humanización en los servicios de salud.

COMUNIDADES RELIGIOSAS Y LA HUMANIZACIÓN

Desde hace décadas realizan algunas comunidades religiosas por ejemplo los hermanos Camilos, los hermanos de San Rafael, las hermanas de la presentación, entre otras comunidades católicas, que han dedicado buena parte de sus esfuerzos al cuidado de la salud y especialmente a aspectos de la humanización del servicio tales como la acogida (hospitalidad), el dialogo, el apoyo espiritual y emocional, la escucha activa, el consuelo ante la tragedia que suele ser la enfermedad, entre otros aspectos a resaltar. De esta línea debe decirse que tiene tras de sí, un acervo histórico importante y enmarca la tradición cristiana de servicio, caridad y misericordia, entre otros muchos valores; tiene un desarrollo importante en buen número de instituciones de salud tradicionales, fundadas bajo estos preceptos por las propias comunidades y que prestan sus servicios en un marco de principios religiosos a veces claramente confesional. En aras de la justicia, también se deben enmarcar en esta vertiente los esfuerzos de servicio y atención humanizada de otras comunidades y grupos religiosos y los abordajes de la mal llamada medicina alternativa, cuyo énfasis en los aspectos de la dimensión interpersonal de la atención son reconocidos y han marcado diferencia con los servicios de la medicina occidental tan tecnificada y cada vez más sustraída del dialogo. Si alguna crítica cabe a este abordaje reconocido de la humanización, es la discriminación de la que puedan ser objeto los que no profesen determinado culto; en razón de ese riesgo, se ha declarado insistentemente el carácter laico y no confesional de la atención en salud, concepto que a veces ha generado desmotivación frente al tema, en unos casos retrocesos y en otros el sentimiento de una mayor inclusión y pluralismo en las instituciones.

LA HUMANIZACION Y LA REIVINDICACION DE DERECHOS

Una segunda vertiente es la inspirada en la reivindicación de los derechos y deberes, la autonomía y el respeto de la voluntad de los pacientes, como eje de la atención humanizada. Este segundo abordaje, parte especialmente de los principios y aplicación de la bioética y de la reflexión jurídica y filosófica. En esta vertiente se pueden incluir las sentencias y fallos de la corte constitucional y demás instancias jurídicas que reivindican los derechos de los ciudadanos a recibir atención humanizada y sensible a sus necesidades. También se pueden incluir aquí requerimientos legales en la materia, por ejemplo, las exigencias

formales para contar con un sistema de información y atención al usuario. Algunos temas de mucha controversia aparecen aquí como elementos impulsores, por ejemplo las sentencias de la corte sobre eutanasia, aborto y demás dilemas éticos del ejercicio, que aunque discutibles según las perspectiva de quien los aborde, marcan, en todo caso, un camino en la discusión de humanización de las profesiones médicas, pues orientan las actuaciones de los profesionales de la salud hacia el respeto de la dignidad y de la autonomía de la persona e introducen la discusión sobre los límites de las actuaciones de los trabajadores de la salud a partir de la obligatoria reflexión ética. En esta vertiente también es identificable un lenguaje técnico que a veces confunde y se presta a interpretaciones diversas y en muchos casos a pesar de los fallos, es evidente la ausencia de consenso.

HUMANIZACION Y LA TENDENCIA INTERMEDIA

La tercera vertiente, ve la humanización de la atención en salud como un reto de calidad de las instituciones, no solo en la humanización de la atención al usuario sino también en el abordaje de la problemática de los trabajadores de la salud. La acreditación en salud se inscribe en esta tercera vía, en la que durante años se ha ido incorporando aspectos de las dos vertientes anteriores, generalizando su contenido para que en un caso sea una visión más incluyente y en el otro menos abstracta y jurídica. La humanización surge entonces como una política institucional que debe dar respuesta a necesidades singulares de usuarios y trabajadores. Con esta fundamentación se ha definido en sucesivas versiones de los estándares y en forma gradual, aspectos específicos y concretos que sirvan para percatarse de los desarrollos en materia de humanización que una institución puede abordar y demostrar. Con ello, las instituciones ganan concreción en un aspecto aparentemente abstracto y los pacientes reciben los beneficios de una atención estandarizada con parámetros claros. No se trata de convertir en listas de chequeo la calidez de la relación entre profesionales de la salud y sus pacientes, se trata más bien de generar una cultura práctica de abordaje del problema y promover en las organizaciones la discusión de fondo y el abordaje del “como” cumplir con los estándares. Aspiramos a la vez, a que la institución transforme su cultura y se convierta en un ejemplo e influya positivamente en el comportamiento de todos los que en ella trabajen. Como es usual en estos temas, no hay mucha novedad, más bien aportes desde la experiencia en los procesos de evaluación de instituciones y en la revisión de estándares aplicados en otras partes.

Con esta visión, la acreditación en salud ha ido avanzando en proponer una agenda para que las instituciones reflexionen sobre aspectos puntuales de la humanización y desarrollen estrategias que permitan un abordaje más apropiado

en este sensible tema, así en el año 2004 se incluyeron algunos aspectos clásicos del enfoque interpersonal de la humanización como el desarrollo de la declaración de deberes y derechos de los pacientes, el consentimiento informado real, el aislamiento en condiciones de respeto de la dignidad humana, la privacidad en los espacios y el respeto de la desnudez de los pacientes, así como el apoyo espiritual y emocional al paciente y el abordaje de la familia del usuario con información que contribuya a reducir la angustia y el drama de la enfermedad, entre otros temas. Es evidente que estas exigencias, han dado lugar a un abordaje del tema y a la retoma de la tradición humanizadora de muchas instituciones en el país, lo cual debe ser acogido como un progreso importante en medio de la actual situación de muchos hospitales y de los problemas que afrontamos actualmente todos los trabajadores de la salud.

Otro aspecto que debe resaltarse es la exigencia de una política de seguridad de paciente como elemento inicial clave del proceso de acreditación en salud y de la humanización; en su momento consideramos que la primera condición a tener en cuenta en la humanización debe ser la seguridad, pues no se puede hablar de humanización si no tenemos en cuenta aspectos claves del cuidado, por ejemplo si no nos lavamos adecuadamente las manos y con ello facilitamos la presencia de una infección que en últimas puede costarle la vida a un paciente, independiente de si ha recibido o no un trato humanizado.

INFLUENCIA GLOBAL EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Las grandes reformas de nuestro sistema de salud han sucedido indefectiblemente después de grandes acontecimientos históricos. Por ello, frente al profundo agotamiento del actual Sistema de Seguridad Social en Salud y la presión por el cambio, proveniente incluso de la Corte Constitucional, nos preguntábamos si podría darse una verdadera reforma, en contra de lo que enseñaba la historia, sin un hecho previo de repercusión mundial que la permitiera, la justificara o la impulsara.

El origen de nuestros hospitales, en manos religiosas, sucede nada menos que al descubrimiento de América y la colonización de una España fuertemente aliada con Roma. La etapa religiosa del manejo de estas instituciones finaliza y da paso a las juntas de beneficencia, con motivo de la separación de la Iglesia y el Estado, proceso originado nada menos que en la revolución francesa contra los nobles, en la revolución protestante contra el papado romano y en la independencia de América.

Posteriormente nace la asistencia pública, es decir el Sistema Nacional de Salud y el financiamiento directo del Estado de las instituciones hospitalarias, como

consecuencia de la Alianza para el Progreso, política surgida en plena Guerra Fría, después de la revolución cubana, para evitar que la potencia soviética metiera las narices en otros países de Latinoamérica.

Caída la potencia soviética y echado abajo el muro de Berlín en 1989, el capitalismo se declara triunfante e instituye al mercado como nueva religión y la especulación financiera como nuevo modelo en el Consenso de Washington, tras el cual deviene la secuencia de privatizaciones en el mundo, que incluyó la mayoría de los servicios públicos y que en nuestro país se introdujo a través de las grandes reformas, como la Constitución del 91 y la Ley 100 de 1993.

Sin embargo el modelo de especulación financiera (o financiarización para los expertos) acaba de morir ahogado en su propia esencia e infartado en su sistema circulatorio: las bolsas de valores, las mesas de dinero y los bancos de inversión. Libre de barreras, había hecho más ricos a los ricos y más pobres a los pobres y especulado a límites insospechados, no sólo con el dinero de los ricos, sino hasta con el ahorro para la vejez de los trabajadores. En medio, un sin número de genios de las finanzas se constituían en los verdaderos ganadores de ese juego, con sus altos salarios y comisiones.

Ya tenemos, entonces, mucho más pronto de lo que pensáramos, el acontecimiento mundial *sin e qua non* era posible impulsar una nueva reforma del sistema de salud (y claro está de pensiones y riesgos profesionales, de la seguridad social en general, e incluso, de la protección social en conjunto).

Sin duda alguna, la crisis nos traerá un nuevo mundo donde el mercado ya no será la religión única, donde la especulación financiera tendrá serias barreras y donde empezará a reducirse la oprobiosa diferencia entre ricos y pobres (inequidad en la que estamos a punto de convertirnos en campeones mundiales). Sin embargo no amaneceremos en un mundo estatizado (está fresco el recuerdo de la ineficacia y la opresión de la estatización absoluta).

El mundo nuevo, simplemente arrojará a la basura el estúpido discurso de los noventas sobre la oposición de mercado y Estado o sobre la eficiencia de lo privado en relación con lo público. Entenderá que no son instituciones opuestas sino complementarias y que no puede haber un buen mercado sin un buen Estado, ni un buen Estado sin un buen mercado, es decir que ambos deben ser fuertes y eficientes para obtener los mejores resultados en una sociedad.

Pero tampoco esta ecuación de mayor equilibrio constituirá, como pretenden algunos amigos de la izquierda, un mundo donde el Estado se fortalecerá con buenas gentes que hacen la función social, para poner contrapesos a los daños que causan en las personas y la sociedad aquellos que hacen lo económico. Tal visión esquizofrénica de la sociedad, de seguro será la primera en surgir, la más

facilista, pero esta no sería más que una versión aumentada de la asistencia a los pobres que deja el neoliberalismo o versiones históricamente mandadas a recoger, como la asistencia pública, la beneficencia o la caridad religiosa.

El mundo nuevo entenderá que de la producción, es decir de la relación entre capital y trabajo (sin importar la forma legal que asuma esta relación), deben surgir los derechos de los trabajadores y sus familias, el financiamiento de la vejez, la salud, la incapacidad, la invalidez, los riesgos profesionales y el desempleo. Que de la producción responsable no pueden salir daños ecológicos, daños a terceros, enfermedades, lesiones, invalideces, trabajadores empobrecidos o sin derechos para la vejez, para que después el Estado se haga cargo de ellos y de sus familias.

El neoliberalismo sólo desaparecerá realmente cuando se entienda que su mayor daño consistió en producir y ganar sin ninguna consideración ni responsabilidad con los trabajadores que generaban esa riqueza, a los que fue dejando muertos, enfermos y empobrecidos por el camino, en un modelo de desarrollo que, además de no ser sostenible, fracturaba cada día más la sociedad.

La reforma del Sistema de Seguridad Social que necesitamos, es la reforma que, unida a la también indispensable reforma laboral, acabe con el actual grado de violencia contra los trabajadores y les devuelva sus derechos, en forma de prestaciones o porción social del salario, como ciudadanos que aportan al desarrollo económico de la nación, no en forma de favores del Estado y, por esta vía, logre construir una sociedad más justa e incluyente y garantice la sostenibilidad del desarrollo económico.

MARCO TEORICO

El primer aspecto a tener en cuenta en el desarrollo de la humanización de los servicios de salud es la relación médico-paciente, para esto se tendrá como referente lo planteado por Lain Entralgo.

LA RELACIÓN MÉDICA EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

La relación entre un médico y un enfermo señala rotundamente Pedro Laín es la relación que vincula mutuamente a dos hombres. Esta relación está por encima del hecho que uno sea médico y el otro enfermo, y afirmará que: “El más grave error de quien aspire a describir recta e integralmente la consistencia de la relación médico-enfermo sería el de olvidar o desconocer lo que en páginas anteriores llamé su “fundamento genérico”; a saber, el hecho de que en ella se articulan más o menos eficaz y armoniosamente el menester de un hombre y la capacidad de otro hombre para remediar ese menester. Antes que tal estado de enfermedad, el estado de enfermedad es una forma particular y accidental de la indigencia del ser humano; antes que técnica diagnóstica y terapéutica, la medicina --- quiero decir, la condición de médico --- es un modo peculiar y adquirido de la humana posibilidad de ayudar al semejante menesteroso. Genéricamente considerada, la relación médica es una relación interhumana y una relación de ayuda”.

La relación médico – enfermo está formada por dos personas y el vínculo entre ellas es la palabra. En este vínculo interpersonal el comportamiento del médico sobre todo con sus palabras influye en el paciente y el de éste en el médico.

Esta relación está formada por el médico, el enfermo y la enfermedad. En su realización efectiva puede adoptar muy diversas formas que pueden llegar hasta el infinito.

FORMAS DE RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

Las formas de poder relacionarse las dos personas que la integran la relación son muchas, pudiendo oscilar de la amistad a la agresión y pasar por diferentes grados intermedios como son la indiferencia, el desdén, el menosprecio.

Esta relación podría clasificarse por la intención, la forma y el contenido. Pedro Laín considera que todas las posibilidades de relación médica podrían encuadrarse en dos: la relación objetivante y la relación interpersonal.

LA RELACIÓN OBJETIVANTE

Define Pedro Laín la relación objetivante como: “aquella en que uno de los dos hombres que la integran intenta convertir al otro en puro objeto; y a mayor abundamiento, cuando son los dos quienes mutuamente se tratan con tal intención.

Intencional e hipotéticamente, el otro queda entonces reducido a ser cosa, realidad exterior carente de libertad personal y de fines propios”.

Ejemplos importantes de relación objetivante son los señalados por Hegel con la relación siervo-señor y el de Jean Paul Sartre con el encuentro a través de la mirada objetivante.

El encuentro o la relación objetivante busca convertir al otro en objeto de contemplación o espectáculo o en un objeto de manejo o instrumento.

El otro como objeto de contemplación ofrece a mis fines fruición estética, curiosidad científica, interés profesional, menosprecio...

El otro como instrumento se da cuando le modifico artificialmente al servicio de mis propios fines.

Al otro le puedo contemplar con amor o con odio y puede ser instrumentalizado también con amor o con odio.

En la clasificación de formas de amor que Laín estas formas de relación objetivante serían de amor distante y odio distante.

LA RELACIÓN INTERPERSONAL

La relación interpersonal es aquella que se establece entre dos hombres cuando se tratan mutuamente como personas.

Laín afirma tajante que: “El hombre es por esencia persona. Ser persona existente es la esencia del hombre”.

Añade Laín que: “Uno es persona en cuanto ejecuta actos inteligentes, libres y propios. Lo cual equivale a decir que la actividad constitutiva y definidora de la relación interpersonal será la coejecución de los actos en que y con que el que el otro ejecuta”. Por tanto la relación interpersonal se dará cuando: “Él y yo nos consideremos y tratemos como seres a cuya realidad individual pertenecen la vida, la intimidad, la inteligencia, la libertad y la capacidad de apropiación”.

Será esta una relación de convivencia entre las dos personas que se realizará mediante una coejecución de actos, hacer algo en común. También podrá ser una convivencia amorosa o una convivencia odiosa.

LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

La relación médico-enfermo ha sido a todo lo largo de la historia una relación objetivante. El médico ha considerado al enfermo un objeto, una cosa de estudio. Pedro Laín escribe al respecto que: “Así ha venido concibiéndola la patología de Occidente, desde Alcmeón de Crotona hasta nuestro siglo. Según ella, el enfermo ha de ser para el médico puro objeto de contemplación cognoscitiva (a la postre, espectáculo, en el sentido más amplio y noble de esta palabra) y puro objeto de manipulación terapéutica (en definitiva, instrumento de la acción sanadora que el terapeuta ejecuta). El paciente debe ser, en principio, lo que la planta individual es para el botánico que la identifica y lo que es el motor averiado para el ingeniero que lo repara, objeto contemplable en un caso y objeto manejable en el otro; y cuanto en la práctica del diagnóstico y del tratamiento haya de apartarse de estos esquemas será, a lo sumo, concesión táctica y resignada --- no científica y no técnica --- a la nunca bien dominable realidad del mundo exterior”. (Laín, 1964, 238-239).

El enfermo es una persona por tanto su relación con el médico debería ser interpersonal. Debe ser interpersonal esta relación pero no total y exclusivamente interpersonal. El médico para ser buen médico tiene que necesariamente que “convertir en objeto contemplable el cuerpo del enfermo”.

Señala Pedro Laín que la relación interpersonal perfecta es la díada que es: “el “nosotros” de un yo y un tú amorosamente fundidos entre sí sin mutua confusión física”. Y ante los dos extremos de la relación objetivante y de la relación interpersonal apunta que existen dos relaciones o realidades intermedias: el dúo y la cuasi-díada.

El dúo es el conjunto de dos personas unidas entre sí para lograr una meta exterior a ellos, ejemplos serían el contrato mercantil o la camaradería.

La cuasi-diáda es una relación de ayuda con tres tipos: el consejo, la educación y la asistencia médica.

La relación de consejo es la que una persona ayuda a otra para que tome una decisión, mostrándole un camino hacia el futuro y dejándole en libertad para que lo siga o no.

La educación es la actividad en la que el maestro ayuda al discípulo para que aprenda y adquiera un hábito mental. No puede realizarse la educación sin cierta “amistad pedagógica”.

La asistencia médica se da cuando un médico ayuda a un enfermo, y “trata de que éste adquiera un hábito psicossomático; no otra cosa es la salud”. La amistad del médico hacia el enfermo se halla a distancia de la amistad interpersonal.

Hay que distinguir la relación diádica de la pura amistad interpersonal de la relación cuasi-diádica de ayuda.

La relación diádica de pura amistad interpersonal es la que se da entre verdaderos amigos y entre amantes. Aquí la objetivación del otro es necesaria como medio pero lo más decisivo e importante es la coejecución unitiva, es un “nosotros” fundidos entre sí.

La relación cuasi-diádica de ayuda entre un médico y un enfermo, la coejecución es necesaria como medio y la objetivación del otro como contemplación o manejo instrumental es el fin de la relación.

Las actividades de aconsejar, enseñar y curar han de ser eficaces aplicando técnicas rigurosas.

Una conclusión para Pedro Laín es que dentro del cuadro de las relaciones interhumanas “la relación médica es una cooperación cuasi-diádica de ayuda enderezada hacia el logro del hábito psicossomático que solemos llamar salud”.

En la relación médico – enfermo tiene cuatro líneas de investigación como son: el modelo de comunicación, el modelo sociocultural, el modelo psicoanalítico y el humanista.

EL MODELO DE COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO

En los años sesenta se intenta recuperar el diálogo entre el médico y el paciente y se busca investigar todo el proceso referente a la comunicación entre ambos.

Se publican estudios sobre entrevistas clínicas a partir de 1968 y se aumenta el interés por el estudio de esta relación.

El encuentro entre médico y paciente es lo central o nuclear de la asistencia sanitaria, por ello para los médicos internos y residentes el estudio de las entrevistas es muy útil en el aprendizaje de esta relación.

Esta comunicación es muy importante pero también se dan tensiones entre médico y paciente e incomunicación en un 25% a 30% de todas las consultas de medicina general. (Pendleton 1991).

Para Pendleton sólo el 50% de los pacientes sigue las recomendaciones médicas, para otros autores es el del 80% (Martinez, 1985).

Cumplir la medicación está vinculado con la comunicación entre el médico y el paciente. Sólo una tercera parte de los pacientes tiene una información adecuada del fármaco prescrito. La mejor información tiene un mejor cumplimiento del tratamiento. Anstett (1980) señala que los que el llamado "paciente difícil" es consecuencia del fracaso de la relación médico – enfermo. Hay mala comunicación por numerosas consultas de un paciente, por el sometimiento a múltiples pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios.

El médico de familia debe conocer y responder a las necesidades psicológicas de los pacientes.

Un tema importante y delicado es la comunicación e información a pacientes y familiares en las enfermedades incurables. Especialmente significativo es la comunicación del diagnóstico de cáncer al paciente. El principal estrés del paciente se debe a como el médico transmite el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Los conflictos o dificultades en la relación médico – paciente aumenta los costes económicos de la sanidad debido a que conlleva mayor petición de pruebas, derivaciones u hospitalizaciones. Para las instituciones sanitarias es de gran interés la elaboración de estrategias para la resolución de conflictos que aporte soluciones o mejores expectativas para médicos y pacientes.

La satisfacción del paciente ha sido más estudiada, se debe a la educación o trato del médico, a la información transmitida al paciente y el tener en cuenta sus ansiedades ante la enfermedad. Este modelo debe incluir las diferentes necesidades de médicos y pacientes.

EL MODELO SOCIOCULTURAL EN LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO

El médico y el enfermo constituyen un sistema social. La relación médico – paciente es explicada por los roles que adoptan médico y enfermo.

El rol del médico se refiere más a la profesión médica, necesita formación técnica y científica, universalidad de la función y especificidad. El rol del enfermo es no ser responsable de su condición, tener que superar la enfermedad, cooperar con el médico.

El encuentro entre médico y paciente ha sido analizado por Lewin (1980) y Waitzkin (1990) se da una situación en la que influyen la clase, el género, la raza, la edad, la ideología y los mecanismos de control social.

Algunos autores critican a las instituciones sanitarias porque prestan poca atención a los aspectos humanos de la enfermedad y de la curación.

La mayor crítica es la despersonalización en la relación médico – paciente, al buscar el médico prioritariamente los datos necesarios para elaborar un diagnóstico olvidándose de la persona del enfermo.

EL MODELO PSICOANALÍTICO EN LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO

Freud es el introductor de la persona en medicina. Es el primero en señalar la gran importancia de la relación médico – paciente. Aporta el concepto de transferencia que es la intensa emoción afectiva del enfermo hacia el médico durante el tratamiento.

También Freud muestra las dificultades en la relación médico – paciente, los problemas de relaciones interpersonales con personas significativas de la niñez.

Un autor importante en la investigación sobre la relación médico – paciente es Michael Balint, un psicoanalista y bioquímico británico de origen húngaro. Defiende Balint la necesidad del encuentro de la medicina y el psicoanálisis. La medicina debe tener por objeto al enfermo y estudiar su subjetividad. Insiste en incluir no sólo el discurso del paciente, sino también el del médico, siendo central la ansiedad que se produce en el médico ante determinados enfermos. Insiste en la importancia de la psicoterapia para el médico general. Escribe el libro El médico, el paciente y la enfermedad (1961). Creador de los Grupos Balint que son grupos de médicos que tienen como objetivo la investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente; estos grupos se han extendidos por diversos países.

Los Grupos Balint siguiendo el modelo psicoanalítico estudian la relación médico-paciente en grupo, analizan aspectos conscientes e inconscientes presentes en el acto clínico, con la ayuda de un psicoanalista. Sus objetivos principales son enriquecer la práctica médica a través del “saber escuchar” e introducir la noción de acción terapéutica de la medicina llamada “doctor”. Pretenden aumentar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del médico mediante el análisis. Señala que el médico es el medicamento más utilizado en la práctica clínica cuando ha aprendido a escuchar al enfermo.

Balint estaba preocupado por la escasez y limitaciones del tiempo en la consulta médica por lo cual desarrolla técnicas de apoyo psicológico a sus pacientes, basadas en entrevistas breves, así surgen la llamada “psicoterapia de los diez minutos” y la técnica del “flash”. El “flash” es una toma de conciencia espontánea y mutua de algo importante para el enfermo. Su esposa Enid Balint también publicó el libro Seis minutos para el paciente (1979).

Michael Balint señala además la “contratransferencia” que son las emociones surgidas del médico hacia el paciente son de gran importancia, defiende que la terapia se da entre médico y enfermo. En la actualidad se conoce más y mejor el cuerpo biológico pero menos el sufrimiento y la subjetividad del enfermo. Hay que dar prioridad al enfermo y no a la enfermedad.

Son varios los autores los que defienden que hay que reintroducir al enfermo en el diálogo terapéutico para evitar la deshumanización, despersonalización que amenazan fuertemente a las instituciones sanitarias y a la práctica médica.

EL MODELO HUMANISTA EN LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO

Su mayor defensor es Pedro Laín Entralgo que considera que esta relación es ante todo el encuentro entre dos hombres. En su libro La relación médico – enfermo. Historia y teoría (1964) estudia esta relación a lo largo de la historia y la analiza dentro del cuadro de las relaciones interhumanas o interpersonales. Enfatiza que el enfermo es a la vez naturaleza y persona.

Rof Carballo partidario de la medicina psicosomática estudia los aspectos psicológicos en el enfermar humano, la afectividad que se da en la relación médico-paciente, en especial la angustia. Considera que la palabra del médico tiene mucho poder, positivo o negativo para el enfermo y puede causar iatrogenia.

Pedro Laín Entralgo señala que el siglo XX se inicia con una “rebelión del sujeto” que hace que el médico tenga que considerar los factores psicológicos y personales en la enfermedad. La relación médico – enfermo será afectiva, el

encuentro entre médico y enfermo es imprescindible para la práctica humana de la medicina. Es un encuentro personal donde hay una comunicación interpersonal. Para Laín todas las enfermedades son psicosomáticas, esta es la razón por la que se debe introducir el sujeto en medicina y no caer en la exclusividad de la técnica en el ejercicio médico.

Diego Gracia Guillén, discípulo de Pedro Laín, muestra que a finales del siglo XX se une a la “rebelión del sujeto” una “rebelión del paciente”. Esta rebelión reivindica la autonomía moral, es decir, la capacidad y el derecho del paciente a tomar las decisiones que afecten a su cuerpo y a su salud. Describe tres tipos de relación médico – enfermo: la paternalista, la oligárquica y la democrática. La relación paternalista es la adoptada por la medicina occidental, extendida desde Hipócrates hasta la mitad y finales del siglo XX, en ella el médico manda y toma decisiones sobre el curso de la enfermedad y el enfermo simplemente obedece. La relación oligárquica es la que un equipo toma las decisiones y se pierde la confidencialidad. La relación democrática es aquella en la que el paciente tiene mayor autonomía, se produce a finales del siglo XX cuando aparece el primer código de derechos y deberes de los enfermos. La relación médico – enfermo tiene una nueva dimensión que es el “consentimiento informado”, el médico tiene el deber de informar y el paciente tiene el derecho a tomar la decisión o “consentimiento”.

José María López Piñero y Luís García Ballester, también discípulos de la escuela de Historia de la Medicina de Laín Entralgo, afirman que el núcleo de la asistencia médica es la relación médico – paciente, condicionada por la clase social a la que pertenecen ambos. Para el médico es un ejercicio profesional y para el enfermo es una situación excepcional que es su necesidad de ayuda en la enfermedad.

CRISIS ACTUAL DE LA RELACIÓN MÉDICO – ENFERMO

Son muchos los autores, entre ellos A. Colodrón Álvarez que considera, en su libro Crisis de la relación médico – enfermo (1990), que la actual crisis se debe a la medicina defensiva, que para evitar responsabilidades legales efectúa prácticas innecesarias, alterando radicalmente la relación.

En nuestra situación actual los principios que entran en relación son: el principio de beneficencia, que aporta el médico; el principio de autonomía, que aporta el enfermo; el principio de justicia, que aporta la sociedad. La relación de estos principios en la asistencia sanitaria universal están produciendo unas relaciones médico – enfermo más conflictivas en alguna proporción.

Movimientos reivindicativos han conseguido diversos hitos, en España el Primer Código de los enfermos del año 1969 y la Ley General de Sanidad de 1980, que regula el derecho a recibir información de la enfermedad, tratamiento y pronóstico. En Inglaterra el Tribunal del Colegio de Médicos Generales ha introducido el tema de la “comunicación interpersonal” dentro del examen para ser miembro del Royal College, que incluye la escucha, el buen trato y la participación del paciente en el proceso de toma de decisiones. En Estados Unidos ha aparecido la Carta de los Derechos de los Pacientes de la Asociación de los Hospitales Americanos y el documento sobre la Unión de los Derechos y Libertades Civiles de los Pacientes.

En muchos hospitales de todo el mundo se han creado Comités de Ética para analizar y mediar en los conflictos de la nueva relación médico – enfermo y la asistencia sanitaria.

En Estados Unidos los médicos más denunciados son los que tienen peor relación con los pacientes. En España se ha constituido el Colectivo de Afectados por errores médicos y también una Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

La relación médico – enfermo actual se ha hecho problemática por diferentes causas: sociales, políticas, morales, psicológicas y técnicas.

La relación médico – enfermo puede mejorar no obstante por diversas técnicas, entre ellas destacamos dos, la adecuada formación del médico en los aspectos generales y específicos de esta relación y a que esté fundada en una auténtica comunicación humana, en una auténtica comunicación interpersonal.

Existen otros elementos que se deben tener en cuenta en el tema de la humanización en salud.

PRACTICA CLINICA CENTRADA EN LA PERSONA

La práctica clínica centrada en la persona (PCCP),² es un modelo de atención que se caracteriza por comprender el proceso salud enfermedad desde una

² en la literatura médica anglosajona se encuentran los siguientes términos asociados: patient centred(ness) / approach, / medicine, care. No existen en Nacional Library of Medicine terminos MESH asociados al concepto. El termino MESH [Patient-Centered Care](#) responde a una definición de otro concepto: Design of patient care wherein institutional resources and personnel are organized around patients rather than around specialized departments. (From Hospitals 1993 Feb 5;67(3):14). Year introduced: 1995

perspectiva biopsicosocial, y promover las decisiones compartidas entre médicos y pacientes; Integra en la atención los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales, junto a las expectativas de los pacientes, valorando además la interacción humana en el proceso clínico.

Es importante mencionar que el término “medicina centrada en el paciente” fue acuñado por Michael Balint (1896-1970) en Inglaterra en la década de 1950, para diferenciarlo de la perspectiva dominante de la medicina, que él denominó centrada en la enfermedad.³ Balint fue un psicoanalista que trabajó con los médicos generales ingleses, analizó los aspectos subjetivos de la práctica clínica, la importancia de la relación médico paciente y realizó valiosos aportes en este sentido.

Por otro lado Carl Rogers (1902-1987), psicoterapeuta, investigador en psicología y en educación, fue el precursor del “enfoque centrado en la persona”, y desarrolló conceptos claves de las relaciones terapéuticas positivas, que son compatibles y asimiladas en el modelo. Ian MacWhinney Profesor de Medicina Familiar de Western Ontario, Canadá, desarrolló e investigó el “método clínico centrado en el paciente”, y junto a sus discípulos ha realizado las mayores contribuciones en la materia. En nuestro medio Julio Ceitlin y Pilar Vargas introdujeron la enseñanza y su práctica en la residencia del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Francés en la década de 1990.

También es importante hacer una definición conceptual de los componentes de la práctica clínica centrada en la persona, ya que en los últimos años se han generado discusiones en torno a la definición conceptual y las dimensiones de este modelo.

Nicola Mead ha realizado una extensa revisión de la literatura y una evaluación de los sistemas conceptuales, e instrumentos que han intentado medir el modelo. Little y colaboradores investigaron las preferencias y la percepción de los pacientes respecto a la práctica de la PCCP en tres áreas sanitarias de Inglaterra, así como algunas variables asociadas ella; Jane Orden estudió las creencias de médicos generales y pacientes acerca de los componentes del modelo de PCCP. Todas estas líneas de investigación coinciden conceptualmente y en todas ellas cinco elementos están presentes: el modelo biopsicosocial en la atención clínica, la consideración del médico como persona, la consideración del paciente como persona, la comunicación médico paciente familia y la alianza terapéutica. Si bien existe un solapamiento en los componentes, resulta útil su descripción como dimensiones para un análisis conceptual de la PCCP

EL ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL

El enfoque biopsicosocial se encuadra dentro de la Teoría General de los Sistemas. Ludwig Von Bertalanffy, un ingeniero de origen húngaro, fue uno de los que se inquietaron por las porciones de la realidad que a partir del paradigma positivista, y es especial los postulados de aislamiento de fenómenos (método analítico) quedaban arbitrariamente desterradas del campo de conocimiento; Así reúne y formula una serie de principios que se dan en los sistemas en general que estaban siendo descriptos simultáneamente en diferentes campos del conocimiento.

Un sistema se concibe como un conjunto de elementos en interacción. Hall y Fagen definen sistema como “un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos”; Se comprenden desde su naturaleza abierta ya que se ven en permanente influencia y fluctuación por el medio en el que se desarrollan. Desde esta perspectiva se encuentran distintos elementos de la teoría: el carácter de totalidad, la configuración de una imagen laberíntica de la realidad por la interacción de elementos, y el modelo de análisis por niveles (sistemas y subsistemas).

Podemos definir algunas propiedades generales de los sistemas que fueron descriptos

Los niveles de organización: los sistemas contienen a otros sistemas (denominados subsistemas) y a su vez están incluidos en un metasistema

Totalidad: Dependencia e interacción de los procesos de interacción, un cambio en un elemento, en un atributo afecta los metaniveles y subniveles, l

La Retroalimentación la circularidad de la comunicación está dado por el proceso de interacción permanente, lo que define el carácter abierto de los sistemas.

Teleología. Persecución de metas y una finalidad del sistema, que permite una comprensión amplia de los fenómenos acorde al sentido mismo.

Estos principios pueden aplicarse a un organismo unicelular, un ser humano, una familia, una sociedad civil, o un sistema económico; la teoría general de los sistemas aporta nuevos marcos conceptuales para entender el proceso salud enfermedad, así como para estudiar la relación médico paciente; Viene a nutrir la lógica de una práctica médica que integre la dimensión biológica con la psicológica, la familiar y la social del enfermar.

Engels postula los principios del modelo biopsicosocial, comprendiendo la complejidad de la realidad de la persona que enferma, integrando a los subsistemas biológicos con los psicológicos y aun espirituales, con el metasistema familiar y social.

Desde esta perspectiva, especialmente aplicable en la atención médica primaria, y en línea con la definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud⁴, la tarea profesional incluye la consideración de problemas en los diferentes subsistemas y meta sistemas de la persona.

Un problema ocupacional, una crisis vital familiar, una dificultad económica entendidos como estresores psicosociales, así como una úlcera gástrica son problemas a los que se deben integrar y considerar en la práctica clínica; Desde este enfoque el rol del médico no se limita a la provisión de medicamentos y estudios diagnósticos, sino a la facilitación de recursos personales y comunitarios para adaptarse y superar las dificultades que atraviesan las familias bajo nuestro seguimiento.

Muchas veces los pacientes concurren a la consulta bajo lo que podemos denominar “**excusa somática**”, dado que el verdadero motivo de consulta es un malestar personal por problemas en otras esferas de su vida (espirituales, psicológicas, familiares, laborales, sociales, etc). Este fenómeno se conoce como “punta de iceberg”, ya que detrás de una dolencia física se esconde un componente psicosocial mayor. Un buen ejercicio que nos permite revisar el modelo de práctica que realizamos es evaluar el registro de problemas de índole psicosocial en el historial clínico de los pacientes.

EL PACIENTE COMO PERSONA

Al considerar al paciente, diré entonces el padeciente, como persona y no solamente como un individuo que porta un trastorno en su cuerpo, se abre un vasto campo de acción y un reencuadre de la tarea médica.

En primer lugar partiremos del concepto que la enfermedad es una vivencia que involucra al “Self” del paciente, como señala Mcwhinney, es decir que la persona total está comprometida en el problema, más allá de su dimensión biológica.

La persona que solicita asistencia siente una alteración física, y esta alteración tiene un impacto en su vida emocional (las ideas, los temores, las expectativas, los significados biográficos que la alteración despierta); También lo tiene en su vida

⁴ Salud bienestar biológico, psicológico y social y no sólo ausencia de enfermedad

cotidiana y en su medio familiar y social; Todos estos factores constituyen la dimensión humana del enfermar, el denominaré en este texto como “**estar enfermo**”, como equivalente al término inglés “illness”, (traducido como dolencia⁵ y padecimiento⁶).

La PCCP incluye entonces a la exploración de la enfermedad, pero además la exploración de la dolencia, pero para ello requiere de un marco de abordaje diferente al de los procesos físicos, que es el abordaje fenomenológico (hermenéutica), que implica la interpretación de la subjetividad del otro.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA (AT)

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, ‘aliar’ (del latín *alligare*, atar) es unir o coligar a una persona, o colectividad o cosa con otra, con un mismo fin. El desarrollo histórico del concepto AT proviene de la psicología; ha sido definida como una relación de ayuda que se caracteriza por la confianza, la responsabilidad compartida, y el establecimiento conjunto de prioridades, roles y metas. El psicoanálisis, intentó diferenciar originalmente entre el fenómeno de la transferencia-contratransferencia y la alianza que establecen los pacientes con su terapeuta, discusiones posteriores incluyeron estos procesos como epifenómenos de la AT.

El movimiento humanista en psicoterapia prestó una especial atención a la AT. Carl Rogers postula tres actitudes básicas para el desarrollo de una relación de ayuda positiva: la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional del paciente.

Bordin en el año 1976 definió la AT como el encaje y colaboración entre el paciente y el terapeuta, e identificó tres dimensiones en ella: (a) vínculo positivo, (b) acuerdo en las tareas (c) acuerdo en los objetivos.

Un trabajo de investigación cualitativa realizado en nuestro medio exploró en médicos de familia, los componentes de la AT ; De acuerdo a sus hallazgos se basa en una relación simétrica y positiva, donde la empatía, la confianza, y la aceptación incondicional del paciente, se constituye en la base para poder establecer un plan de trabajo terapéutico acordado, que incluye medios y metas; Así mismo el contexto, la accesibilidad y las características de la atención médica, como las destrezas clínicas y relacionales, se mostraron en el estudio como factores facilitadores del vínculo.

⁵ Término extendido a partir de la traducción del libro Medicina de Familia de Ian McWhinney [4]

⁶ Maglio F. Determinantes Sociales de la salud y la enfermedad. 4to. Congreso internacional de cardiología por internet. Federación Argentina de Cardiología. 2005. <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c074/maglio.php>

EL MÉDICO COMO PERSONA

Los conocimientos técnicos en medicina y destrezas clínicas bien podrían considerarse como un imperativo moral del profesional. Estos conocimientos han sido y son valorados socialmente, y son fundamentales para el manejo de los problemas de salud por el que consultan los pacientes.

Sin embargo un aspecto muy importante en la PCCP, es el autoconocimiento del médico como persona, dado que ella le permite la flexibilidad y destreza necesaria para poder trabajar con la dolencia y el sufrimiento, con el “estar enfermo” “del otro”. Respecto al autoconocimiento en función de la ayuda Gabriel Marcel, señalaba *“No solo la historia de la filosofía, sino aun el estudio de las obras literarias en cuanto contribuciones al conocimiento del hombre, nos enseña que el mundo de los otros se aclara con una luz cada vez más intensa, a medida que el yo elucida, de más en más, heroicamente, sus propias tinieblas”*. Esta reflexión nos evoca al mito de Centauro Quirón, el arquetipo del sanador herido⁷

Es el mismo autoconocimiento el que le permite identificar cuando juicios de valor hacia un paciente interfieren en su capacidad de comprensión (empatía) y autenticidad, claves en la PCCP, y nos protege de los ejercicios de poder en la relación médico paciente.

En palabras de Francisco Maglio, “el efecto sanador de nuestra propia presencia, que el paciente “sienta” que estamos a su lado, que vibramos en ese encuentro irrepetible de persona-persona, que estamos en su misma “sintonía corporal”

DIGNIDAD

La dignidad es un término que va ligado a la persona y por esta razón es necesario definirla y entenderla. La palabra dignidad la define el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española con dos sinónimos “excelencia y realce” y el diccionario pequeño Larousse acude a dos sinónimos “gravedad y trato”

Los sinónimos mencionados anteriormente resultan sencillos cuando no se ve la trascendencia de la palabras o simplemente cuando interesa ver solo la forma más sencilla de las cosas. Sin embargo el concepto persona y dignidad no se puede dar por entendida solo por estas dos definiciones, es importante investigar otros conceptos que ayudan a entender que una palabra tan sencilla, es sumamente compleja, por ejemplo Tomas Aquino decía “llamamos persona a todo individuo

⁷Nota: El Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney de Buenos Aires, abogado de la investigación y desarrollo de la PCCP ha incorporado la imagen del Centauro Quirón en su escudo institucional.

poseedor de una propiedad diferenciadora, que no es otra cosa que su peculiar dignidad”⁸. Y como Tomas Aquino existen otros filósofos clásicos a los cuales se debe acudir debido a que los filósofos modernos no se han ocupado del tema persona.

Kant afirma: “Aquello que constituye la condición para que algo sea fin de sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor interno, esto es, dignidad”

En cualquier caso complejo o sencillo que se quiera ver, la dignidad de la persona viene a ser la excelencia, o como se menciona en la revista persona y bioética: “personalidad de la persona”. Con esto se pretende aclarar que no es fácil definir el concepto de la dignidad de la persona, ya que hay que detenerse a mirar, entender, contemplar a la persona para intentar entrar en ella. Cuando se habla de dignidad “tiene mucho que ver con la capacidad activa de ser, ésta en su manifestación”

Cuando se pretende brindar un servicio de calidad humanizado se esta haciendo referencia directa a tener un trato digno con la persona. Lo cual implica un trato personalizado para entender y comprender sus necesidades no solamente físicas sino teniendo en cuenta su parte espiritual-psicológica que hace a cada persona diferente, valiosa, respetable y forma parte de tener en cuenta a la persona de forma integral. Cuando se habla de dignidad humana se debe tener en cuenta que tiene implicaciones éticas.

LA IATROGENIA

De manera formal, el Diccionario de la lengua española define los vocablos iatrogénico e iatrogenia –del griego iatros que significa médico y geno, producir u originar– como toda alteración del estado del paciente producida por el médico (Espasa Calpe, 1984).

En términos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) iatrogenia se denomina a determinadas consecuencias del comportamiento médico. Y aclara que, desde este punto de vista, pueden ser producidas por el médico o por los medicamentos. Se agrega además, en una consideración sistémica que en el ámbito de la medicina, la iatrogenia tiene dos acepciones básicas, una amplia y otra restringida (Conamed, 2003).

⁸Persona y bioética. Revista Internacional. Universidad de la Sabana. N° 6- Febrero-Mayo, 1999. Pág.69

En sentido amplio significa, todo lo producido por el médico en el enfermo, en sus familiares y/o en la sociedad. Por tanto, incluye no sólo las consecuencias nocivas de la intervención del facultativo, sino también los éxitos de la medicina, la curación de las enfermedades y la conservación de la salud. En sentido restringido, se entiende como los aspectos negativos de la práctica de la medicina; esto es, la provocación de hechos o efectos materiales que se traducen en un daño, efectivo o potencial a la salud o integridad física y mental del paciente.

Según la Conamed, las iatrogenias de resultado nocivo, también conocidas como iatrogenias negativas o iatropatogénicas, pueden agruparse como clínicas y médico-legales. Las clínicas pueden ser negativas necesarias y negativas innecesarias. Entre las médico-legales se distinguen las que tienen su origen en la negligencia, impericia e imprudencia. Se aclara además que en ocasiones la iatrogenia de resultado negativo puede derivar en la realización de un ilícito civil o en un delito. A su vez, el delito cometido con motivo del ejercicio del acto médico puede ser doloso (intencional) o culposo (negligencia, impericia, imprudencia). Y que, dada la intencionalidad del acto jurídico, los ilícitos cometidos con motivo del ejercicio profesional son por lo general de carácter culposo. Es importante destacar que se introduce el concepto de imprudencia porque, aunque la obligación civil determina que quien preste servicios profesionales solamente puede ser responsable por negligencia o impericia, la actividad médica es un campo en el cual se obliga, en determinadas circunstancias, a una conducta arrojada limitada únicamente por los conocimientos intelectuales y prácticos del profesional médico, de tal manera que se debe asegurar la no aplicación de una conducta imprudencial. Aunque la iatrogenia es objeto de diversas clasificaciones, la que nos interesa para los propósitos del presente trabajo, es la relacionada con el resultado negativo en la salud o integridad física del paciente, ya que los resultados positivos muy probablemente sean consecuencia de una práctica médica buena. Con base en esta premisa, cada vez que en el presente trabajo utilicemos el término iatrogenia lo estaremos haciendo respecto de los perjuicios, graves o ligeros, inmediatos o tardíos, que pueden generarse como consecuencia de la práctica médica, generalmente imputable a ineptitud o negligencia, mala selección o administración de la terapia, o el error en la apreciación al riesgo

LA IATROGENIA OBEDECE A LOS SIGUIENTES FACTORES, SEGÚN OTTOLENGHI:

1-Inexperiencia: Definitivamente no se deben operar pacientes sin antes tener la experiencia necesaria para realizar el procedimiento. Es el mandamiento ético primordial. El médico que no tiene la suficiente autocrítica, que no menciona y reconoce su inexperiencia, es un riesgo para la profesión y para el paciente.

2- Indicaciones incorrectas. Estas casi siempre derivan de un examen semiológico mal hecho. Al carecer de un diagnóstico y de un pronóstico exacto, obviamente fallan las indicaciones para el procedimiento. Nada suple o reemplaza a un buen examen clínico.

3- Errores de técnica. Se originan en la falta de planeación quirúrgica, requisito hoy indispensable para el ejercicio profesional del cirujano y que debe anteceder al procedimiento quirúrgico. La agresividad quirúrgica también puede traer complicaciones iatrogénicas a nuestros pacientes y hay que controlarla balanceando los pro y los contra de cada procedimiento o conducta en forma individual.

4- Exámenes insuficientes. Al no ordenar los exámenes de laboratorio imprescindibles se pueden ocasionar serios daños al paciente al momento de tomar decisiones de manejo.

5- Improvisación. "Experiencia es ciencia" enseñaba Paracelso a sus discípulos. Sólo los grandes maestros, con muchos años de experiencia pueden darse el gusto de improvisar ante un problema o una complicación quirúrgica. Al resto nos toca seguir realizando la planeación quirúrgica pre-operatoria y revisar la técnica quirúrgica antes de la cirugía para evitar imprevistos y complicaciones.

6- Descuido y mala vigilancia. El principal error del médico es no creer en las quejas de sus pacientes. Es justo y necesario revisar cualquier queja del paciente para asegurarse de que no se trata de una complicación. La eficiencia y la calidad deben ser los principales rectores del sector salud.

7- Falta de escrúpulos. Si el médico se cree capaz de realizar procedimientos sin tener la menor preparación para ello, sólo por el afán de conseguir dinero o por mezquinos intereses económicos, está perdido, moralmente hablando.

Los enfermos no pueden ni deben ser fuentes de enriquecimiento para el médico. Se debe tener constantemente conciencia de semejante peligro y procurar evitar estas 7 causas en el manejo de los pacientes.

LA ÉTICA GENERAL Y LA ÉTICA MÉDICA, BIOÉTICA

En general, puede aceptarse que la ética es una ciencia, puesto que trata de exponer y fundamentar científicamente principios universales sobre la moralidad

de los actos humanos. No es una ciencia especulativa, sino una ciencia práctica, por cuanto hace referencia a los actos humanos (Monroy, 2002).

Se considera de gran relevancia aclarar algunos conceptos básicos referentes a la ética, la moral y la ética médica para brindar elementos que permitan un mejor entendimiento del comportamiento médico ético en general.

En términos prácticos, se puede aceptar que la ética es la disciplina que se ocupa del estudio de la moral, de algo que compete a los actos humanos exclusivamente, y que los califica como buenos o malos, a condición de que éstos sean libres, voluntarios, conscientes (Estrada, 2002). Asimismo, puede entenderse como el cumplimiento del deber. Vale decir, relacionarse con lo que uno debe o no debe hacer (Sánchez, 1994). En este terreno, vale la pena recalcar que la ética hace relación exclusiva a los actos humanos como acciones libres, producto de la voluntad, que el hombre es dueño de hacer o de omitir, de tal manera que no es lo mismo hablar de “actos humanos” que de “actos de los hombres”. Los primeros siempre son producto de la reflexión, del dominio de la voluntad; los otros pueden no serlo. Desde esta perspectiva se puede entender la ausencia de moralidad en los actos de las personas con trastornos mentales, o en los de los animales (Monroy, 2002).

El concepto de moral se encuentra, por una parte, relacionado con la capacidad de razonar y actuar libremente. Por la otra, está ligado comúnmente a la idea de costumbre. Dado que esta última es cambiante dependiendo de las sociedades o épocas particulares, se puede decir que la moralidad de los actos humanos es variable. La ética como exigencia esencial del ser humano es única. Por ejemplo, la antropofagia podría ser aceptada como costumbre común entre los caníbales; ese acto podría considerarse como lícito de acuerdo con esas costumbres, pero cuestionable desde la perspectiva de la ética. De manera general se acepta que el cumplimiento del deber es hacer aquello que la sociedad ha impuesto en bien de los intereses colectivos y particulares. La persona es buena, actúa correctamente cuando cumple con las tareas y obligaciones que debe hacer. Desde que el individuo tiene uso de razón comienza a actuar bajo la presión de normas llamadas deberes, a tal punto que si en su comportamiento los cumple y vive en función de éstos, es considerado como una persona honesta, virtuosa. Según este precepto, se pueden observar en la sociedad deberes básicos como: de fidelidad (decir la verdad, cumplir una promesa); de reparación (restituir de alguna forma el daño causado); de gratitud; de beneficencia (existen seres cuyas condiciones podemos mejorar); de no maleficencia (no hacer daño a otro); de justicia (distribución de los recursos de acuerdo con los méritos y necesidades de las personas); de auto mejoramiento o auto perfección; etcétera (Sánchez, 1994). En consecuencia, no basta sujetar la conducta a la conciencia o moral social para aceptar que el actuar es ético. La ética sólo se interesa por las intenciones, es decir, las que atañen a la bondad intrínseca de las acciones. Si actuamos de

acuerdo con las leyes, más por miedo al castigo que por repulsión a las malas acciones, ese actuar puede considerarse como moral, pero parcialmente ético. Para que sea completamente ético debe ser sometido al juicio de la conciencia. Es decir, obrar, como propone Aristóteles, conforme a la recta razón (Monroy, 2002; Sánchez, 1994).

LA ETICA MÉDICA

La ética médica es una disciplina que se ocupa, en particular, del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que éstos sean libres, es decir, voluntarios, conscientes. Al decir “actos médicos” se hace referencia a los que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (ética médica individual) y a la sociedad (ética médica social). Los actos que lleve a cabo en función de su vida privada, no profesional, caerán en el campo de la ética general, la misma que permite juzgar los actos de cualquier persona.

El médico en el desempeño de su función debe poseer cualidades y llenar algunos requisitos que le permitan decidir de manera congruente. Uno de esos requisitos es el conocimiento del sistema ético médico, es decir, la estructura sobre la cual debe modelar su actuar (Sánchez, 1994). Continuando con Sánchez Torres (1994), tres son los principios que en la actualidad hacen las veces de leyes morales en ética médica: autonomía, beneficencia –no maleficencia– y justicia.

EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

En sentido general, el principio de autonomía se refiere a la libertad que tiene una persona para establecer sus normas personales de conducta, es decir la facultad para gobernarse a sí misma, basada en su propio sistema de valores y principios. La palabra autonomía deriva del griego autos que significa “mismo” y nomos que significa “regla”, “gobierno”, “ley”; es decir, expresa autogobierno, sin constricciones de ningún tipo. La persona autónoma debe determinar por sí misma el curso de sus acciones de acuerdo con un plan escogido por ella misma. Por supuesto que durante el acto médico la autonomía tiene que ver con la del paciente y no con la del médico. Sin duda, es un derecho que limita lo que debe y puede hacer el médico por su paciente. Se ha tomado tan serio, que los médicos que actúan contra los deseos del paciente, aun para salvarles la vida, pueden llegar a enfrentarse a los tribunales disciplinarios y penales. En este ámbito, la racionalidad y la libertad de acción son fundamentales para que un individuo pueda considerarse autónomo. La racionalidad puede tener dos sentidos: la

capacidad de escoger los mejores medios para alcanzar un fin, y la determinación de fines. Siendo así, los actos de verdad racionales deben basarse en decisiones relacionadas con los mejores medios que maximicen los fines escogidos. Para que esto ocurra, la persona podrá ser plenamente racional si posee aptitudes para: formular metas apropiadas, especialmente a largo plazo; establecer prioridades entre esas metas; determinar los mejores medios para alcanzarlas; actuar efectivamente para realizarlas; abandonar o modificar las metas si las consecuencias son indeseables, o indeseables al usar los métodos disponibles. En este esquema, para que un individuo pueda considerarse autónomo, debe cumplir tres requisitos necesarios: que ejecute sus actos con intencionalidad, con conocimiento y sin control externo. Para que una acción sea considerada como intencional, ésta debe ocurrir como resultado de la intención de hacerla. No puede, por lo tanto, ser accidental, ni ser hecha de manera inadvertida o por error, ni ser producto de la presión física ejercida por otro. Puede decirse que la acción intencional es llevada a cabo de acuerdo con un plan preconcebido. Que la acción se ejecute con conocimiento o entendimiento, hace referencia a que si la gente no entiende la acción, ésta no será autónoma dado que es imprescindible que se comprenda cuál es la naturaleza de ésta y cuáles sus posibles consecuencias. Sin control externo tiene que ver con el control que desde fuera pueda ejercerse sobre la persona, en relación con sus actos, y que puede hacerse de distintas formas o grados: mediante coerción, manipulación y persuasión. Por otra parte, la autonomía también puede verse interferida o restringida por factores internos, como serían alteraciones orgánicas o funcionales del cerebro (ejemplo: neurosis compulsiva).

EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA-NO MALEFICENCIA

El documento perdurable que ha servido de punto de partida y de sustento a la ética médica occidental, es el Juramento hipocrático. Uno de los principios morales recogidos en éste tiene que ver con el beneficio que el médico está obligado a proporcionar a su paciente; otro hace relación al compromiso de evitar hacerle daño: “Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré”. Este compromiso se ve reforzado con lo registrado en el libro Epidemias: el médico debe “ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño”. Se menciona también que la máxima latina *primum non nocere* (primero no hacer daño) siempre ha sido tomada como el fundamento de la moralidad en el ejercicio médico, se trata de deberes que el médico éticamente debe cumplir. No obstante que el significado de “bien moral” puede interpretarse de diferentes maneras, lo cierto es que se considera que un acto es bueno cuando está encaminado a favorecer lo que naturalmente es conveniente al hombre. No habiendo nada más conveniente al hombre que una buena salud, el mayor bien o

beneficio que puede causársele es devolvérsela cuando la ha perdido, o protegérsela cuando la posee. Si aceptamos que la salud debe, en ética médica, adquirir la categoría de valor moral, corresponde al médico velar solícitamente por ella, tenerla como fin último de su actuar profesional. Sin duda, ese debe ser el objeto, la meta del llamado “acto médico”. El principio de beneficencia es para la medicina la norma ética fundamental. El principio de no-maleficencia puede considerarse, en términos generales, como un asunto pasivo: en múltiples circunstancias abstenerse si es necesario, para no infligir daño. Mientras que el de beneficencia implica un asunto activo: actuar para mejorar o preservar la salud, el deber de no- maleficencia abarca no sólo el daño que pueda ocasionarse, sino también el riesgo de daño.

EL PRINCIPIO DE JUSTICIA

Es sabido que el concepto teórico de justicia sigue siendo discutible en el ámbito sociopolítico contemporáneo. Para unos el ideal moral de justicia es la libertad; para otros, la igualdad social; para los demás, la posesión equitativa de la riqueza, etcétera. Según la Ética nicomaquea se llama justo a lo que produce y protege la felicidad y sus elementos en la comunidad política. Aplicando este concepto de Aristóteles en la esfera médica, justo será lo que haga el médico a favor de la vida con salud de su paciente, circunstancia que favorece asimismo la felicidad.

Esta sería la justicia individual o particular, que parece haber pasado a un segundo plano alguna concepción actual de la ética médica, pues en el marco de la atención de la salud, justicia hace referencia a lo que los filósofos llaman “justicia distributiva”, es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad, y que equivale a la justicia comunitaria o social, de cuya vigencia debe responder el Estado. En el sentido más amplio, se puede decir que el deber del médico es propiciar el mayor bien para su paciente; es decir, defender sus mejores intereses, que son la vida, la salud y la felicidad. Y su comportamiento ético (Valenzuela, 2001) (Sánchez, 1994) podría manifestarse de la siguiente manera:

1. En el Diagnóstico, el médico debe tener una idea muy clara de la estructura de su propio sistema de valores y de la forma en que sus juicios personales influyen en las decisiones relacionadas con lo que es bueno o malo; Debe tener un conocimiento básico de la ética como disciplina; y el proceso por el cual él llega a las decisiones éticas y las implementa, debe ser sistemático, consistente con la lógica.

2. Durante la toma de decisiones, el médico debe reflexionar sobre si uno u otro acto alternativo, en su condición de profesional de la salud, beneficiará a su paciente y a la comunidad.

3. En la prescripción, determinar cuál es la mejor de las alternativas que pueden brindarse, y cuidar que con éstas no se lesione los intereses del paciente, o de un tercero.

4. En la terapéutica, para facilitar el juicio el médico dispone de principios morales como son el de autonomía, el de beneficencia-no maleficencia y el de justicia, como también de normas de moral objetiva, que son las que ha dictado la sociedad.

Para que tenga validez, el juicio ético debe ser coherente, razonado. No basta consultar las normas de moral vigentes y ceñirse ciegamente a éstas para aceptar que se actúa éticamente. Por su propia naturaleza, la ética es un saber ordenado a la actuación, por lo tanto, un “saber actuar”. En otras palabras, no es lo mismo conocer la ética, que actuar éticamente.

En el ejercicio de la medicina hay situaciones morales que no pueden ser dilucidadas sólo con normas objetivas, sino que su respuesta adecuada requiere además el concurso de la virtud y el carácter del médico, vale decir de su propia conciencia. Retomando a Kant: “Al hacer algo guiado por un buen sentimiento, lo hago por deber y la acción es ética, pero si lo hago únicamente por coacción, la acción sólo es correcta jurídicamente” (Sánchez, 1994). Esta idea nos obliga a no caer en el error de pensar que “lo que no está prohibido, está permitido”.

CÓDIGO DE NÚREMBERG Tribunal Internacional de Núremberg, 1947 Experimentos médicos permitidos

Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen -generalmente- la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otros métodos de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales:

1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad

de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.

2) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.

3) El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del problema en estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.

4) El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.

5) No debe realizarse experimento alguno cuando hay una razón a priori para suponer que puede ocurrir la muerte o una lesión irreparable; excepto, quizá, en los experimentos en los que los médicos investigadores son también sujetos de experimentación.

6) El riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento.

7) Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger al sujeto implicado de las posibilidades incluso remotas de lesión, incapacidad o muerte.

8) El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. En todas las fases del experimento se requiere la máxima precaución y capacidad técnica de los que lo dirigen o toman parte en el mismo.

9) Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible.

10) En cualquier momento durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo si tiene razones para creer -en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso- que la continuación del experimento puede provocar lesión incapacidad o muerte al sujeto en experimentación.

JURAMENTO HIPOCRATICO

El Juramento Hipocrático es un símbolo de la moral colectiva y la promesa ética de los médicos unidos por un único propósito de curar y aliviar a sus pacientes. El juramento recibe su nombre de Hipócrates, un médico griego que nació en el año 460 A.C. Aunque sus palabras han cambiado con el correr de los siglos, muchos estudiantes de medicina modernos hacen alguna forma de juramento para seguir con las guías establecidas por el documento original. El Juramento Hipocrático es una promesa solemne de curar y no lastimar.

Con los siglos el juramento evolucionó, como así también lo hizo la práctica de la medicina. El juramento original hace jurar lealtad a las deidades griegas como Apolo, Asclepio, Higia y Panacea, mientras que las interpretaciones más modernas del juramento lo limitan al fuero personal. Aunque el documento original hace jurar una lealtad absoluta hacia los maestros y mentores, el texto moderno simplemente reconoce los logros académicos de los antepasados, y destaca la voluntad de compartir el conocimiento con los demás.

El texto antiguo también hace jurar al médico no practicar abortos ni eutanasia, estableciendo "Jamás le daré una droga letal a alguien que me lo solicite, ni sugeriré nada a tal efecto. Tampoco daré a una mujer una medicina abortiva. Que mi vida y mi arte se mantengan puras y sagradas". El juramento moderno no hace tal promesa, sino que versa "Si puedo salvar una vida, lo haré. Pero puede que también esté en mí poder quitar una vida: esta es una responsabilidad enorme que debe enfrentarse con gran humildad y conciencia de mi propia fragilidad. Por sobre todas las cosas, no debo jugar a ser Dios". Esta traducción vaga se adapta a los cambios de los tiempos modernos, donde la legalidad de las prácticas que en otros tiempos estuvieron prohibidas hace que los juramentos de esta naturaleza sean un asunto de la conciencia personal.

El texto moderno del Juramento Hipocrático está menos atado a cuestiones prácticas, pero es más empático respecto del propósito moral de la profesión médica. Se enfoca en tratar al ser humano enfermo en lugar de tratar una enfermedad, y en participar responsablemente como parte de una comunidad humana mayor. Es una promesa solemne de brindar cuidado y curación, prevenir las enfermedades en la medida de lo posible y tratar a las personas con respeto y

compasión. Principalmente, sin embargo, se usa como un barómetro en lugar de como una regulación estricta. Aunque es una parte común de la ceremonia de graduación en la escuela de medicina, no es un requisito. Es un símbolo de ética general en oposición a las reglas estrictas. La excepción a esto es si el médico rompe el juramento, y si es culpable de un crimen, como mala praxis o negligencia.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de la propuesta de la guía de buenas prácticas administrativas y asistenciales para la humanización de los servicios de salud de la nueva Empresa Social del estado Hospital San Rafael de Jericó se hizo necesario realizar un análisis situacional de la humanización de la prestación de servicios de salud en el hospital de Jericó, para esto se tuvo en cuenta la información recolectada a través de las encuestas de satisfacción aplicadas a 744 usuarios durante el año 2013. Así mismo fueron analizadas las quejas presentadas por los usuarios de la institución en este mismo periodo de tiempo, las cuales fueron categorizadas en administrativas y asistenciales.

Otro instrumento utilizado para la recolección de la información en el presente estudio fue la matriz de marco lógico que es una herramienta del enfoque ZOPP que facilita llevar a feliz término los proyectos, con esta metodología se ayudó a plantear los problemas, las causas, los efectos, así como las posibles soluciones y resultados esperados.

Este enfoque pretende a través de una serie de momentos facilitar la gestión de los proyectos, permitiendo la participación de los involucrados, la concreción de las acciones en productos verificables y la transparencia de las decisiones.

Es de este modo como se realizó el análisis del problema a través de una serie de técnicas realizadas con participación de los miembros de la institución, con el fin de analizar la situación problemática. Es así como se identificaron los problemas principales que dan origen a la guía de buenas prácticas para humanizar la atención en salud.

Adicionalmente se realizó una revisión bibliográfica donde se recopiló información acerca de la humanización y la relación médico-paciente en la historia de la medicina, así como la humanización en Colombia. De igual modo se realizó un compendio de diferentes elementos incluidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC como lo son el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia y la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.

ANALISIS DE FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD

La factibilidad para la realización de la propuesta de elaboración de una guía de buenas prácticas administrativas y asistenciales para la humanización de los servicios de salud se sustenta básicamente en la posibilidad de éxito fundamentada en los recursos requeridos para lograr los resultados previstos, como ya ha sido mencionado lo que se pretende en este trabajo es realizar una recopilación de varias fuentes de información bibliográfica así como de la relación documental de algunos estándares establecidos en la Normatividad de Acreditación en Salud y las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, para lo cual se considera se cuenta con los recursos tanto humanos, materiales, físicos y financieros para su realización.

Por otro lado la viabilidad también hace prever la posibilidad de éxito, debido a que se cuenta con el respaldo y el aval de la dirección de la institución donde se realiza el trabajo y los resultados surgidos de éste tienen el propósito de mejorar la prestación del servicio en esta institución. Además es importante tener en cuenta que el tema propuesto para el trabajo, está alineado y orientado con las políticas y valores presentes en la plataforma estratégica de la organización.

RECURSOS Y PRESUPUESTO

Tabla : Recursos y presupuestos del trabajo de grado

Recurso	unidad/ hora	valor unidad/ hora	total horas/ unidades	total
Investigadores	2	50.000	200	20.000.000
Computador	2	1.000.000		2.000.000
Internet	500	1.000		500.000
Transporte (pasajes)	24	25.000		600.000
Fotocopias	1000	100		100.000
Impresiones	1000	200		200.000
Total				23.400.000

ASPECTOS ETICOS

El presente trabajo de grado surge de la recopilación de varias fuentes de información bibliográfica así como de la relación documental de algunos estándares establecidos en la Resolución 123 de 2012, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia y la Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.

De igual modo fueron tenidas en cuenta las encuestas de satisfacción y las quejas y sugerencias presentadas por los usuarios de la Nueva ESE Hospital San Rafael del municipio de Jericó durante el año 2013. Esta información es utilizada con la autorización y aval del Gerente de la Institución, por lo cual lo contenido en ella se encuentra disponible sin ningún conflicto para la confidencialidad de la información.

ANALISIS SITUACIONAL DE LA HUMANIZACION EN LA NUEVA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE JERICÓ

Para realizar el análisis situacional sobre la humanización en la Nueva ESE Hospital San Rafael del municipio de Jericó se tuvo en cuenta algunos de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción realizadas en la institución mes a mes durante el año 2013, con el propósito de conocer de una mejor manera la percepción que tienen sus usuarios frente a la prestación de los servicios de salud, de igual modo se recopilieron algunas de las sugerencias que más se presentan en cada uno de los servicios.

Para este periodo se aplicaron un total de 744 encuestas con el propósito de medir la calidad de la atención prestada en términos de amabilidad en la atención; información brindada por parte del personal de la institución, al igual que medir los tiempos de espera, entre otros aspectos, además de analizar situaciones que permitan el mejoramiento continuo en sus procesos y los procedimientos aplicados en cada uno de ellos.

Para medir la satisfacción de los usuarios en la atención brindada por el personal de la ESE en cuanto a la amabilidad e información adecuada, se aplicaron 744 encuestas de éstas el 74,1% de los usuarios manifestaron estar satisfechos con la atención y de la totalidad de las encuestas realizadas se evidenció que el personal que atendió con amabilidad a los usuarios fue de un 94% y el 95% brindó información adecuada a las personas que requirieron de alguno de los servicios de la institución.

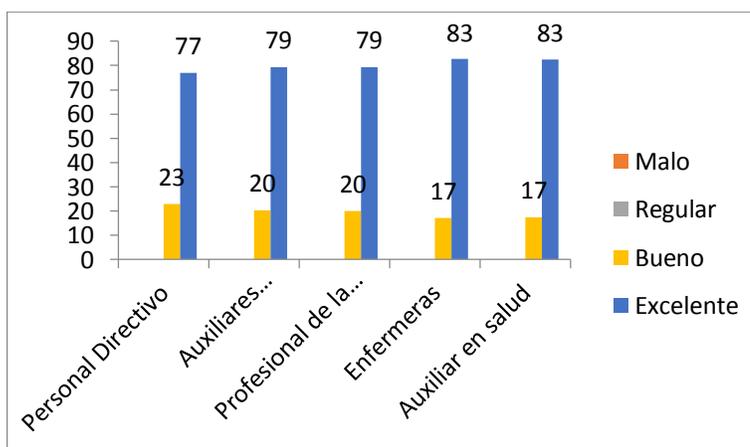


Figura 1. Porcentaje de amabilidad por parte de los funcionarios en la atención en los diferentes servicios ofrecidos en la Nueva ESE Hospital San Rafael, 2011

Como se puede observar en la gráfica anterior el 80% de los funcionarios tanto administrativos como asistenciales atienden cordial y amablemente a los usuarios obtuvieron una calificación de excelente, el 19 % como bueno y sólo 1% fueron calificados como inadecuados.

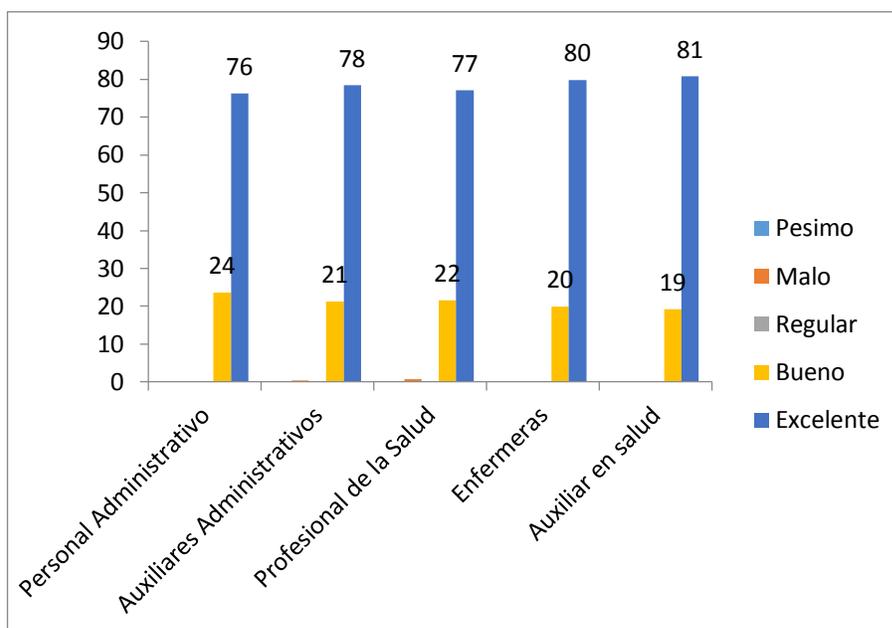


Figura 2. Porcentaje de calificación de la información brindada por parte de los funcionarios en la atención en los diferentes servicios ofrecidos en la Nueva ESE Hospital San Rafael, 2011

La grafica anterior describe la satisfacción por parte de los usuarios cuando solicitaron conceptos o explicaciones sobre los servicios prestados por la institución, los funcionarios que los atendieron y la forma en la que se dieron a entender de acuerdo a las necesidades de los mismos, de este modo el 78% fue de excelente, el 21% para bueno y 1% para malo; lo anterior evidencia que los funcionarios de la entidad tienen conocimiento sobre el funcionamiento de la institución y tienen la capacidad de transmitirlos.

Es de destacar que los auxiliares en salud fueron quienes más obtuvieron mayor calificación en la información brindada a los usuarios con el 81%, seguido de las enfermeras con el 80% y los auxiliares administrativos con el 78%

Tiempo de espera para la atención:

Como se observa en la siguiente gráfica el 61% de los usuarios manifiestan que pudieron acceder telefónicamente a alguno de los servicios luego de cinco timbres y el 35% refieren haber esperado solo tres timbres

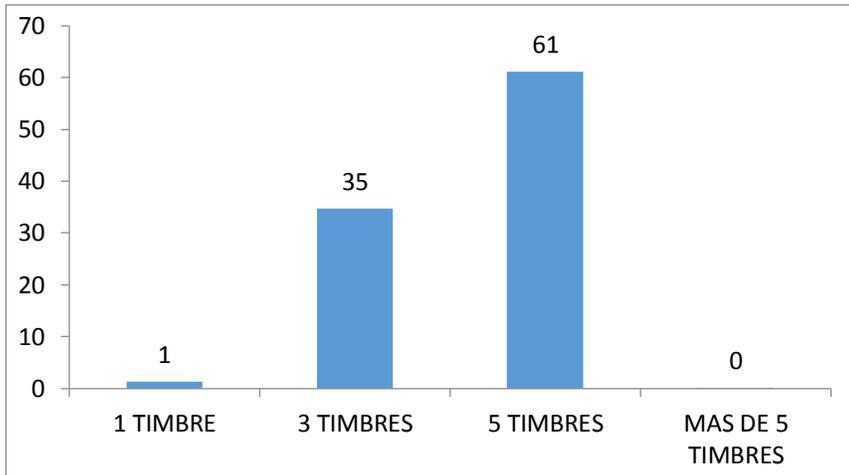


Figura 3. Tiempo de espera para solicitar algún servicio telefónicamente

Tiempo de espera en la atención personalizada:

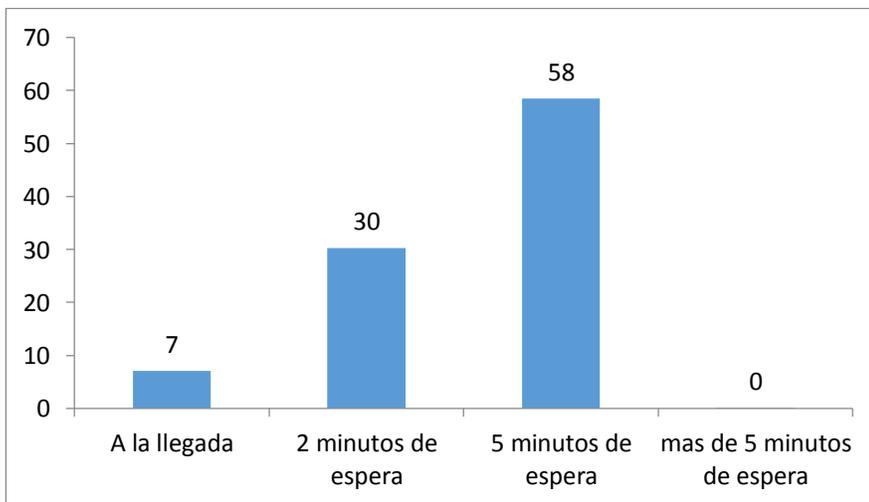


Figura 4. Tiempo de espera para solicitar algún servicio de manera personalizada

Con respecto a la solicitud de servicios de forma personalizada en la gráfica anterior se evidencia que el 58% de los usuarios debieron esperar 5 minutos, 30% dos minutos, 7% la atención fue inmediata y ninguno refirió tiempo de espera mayor a 5 minutos, indicando que la atención por parte del personal administrativo en cuanto a la espera es muy eficiente, puesto que se tiene un tiempo no mayor a 5 minutos.

Satisfacción por área:

En la gráfica siguiente se evidencia el promedio de satisfacción para los diferentes servicios ofrecidos en la institución donde cinco es la calificación máxima (excelente) y uno la calificación mínima (pésima), teniendo en cuenta lo anterior se observa que la calificación oscilo entre bueno y excelente.

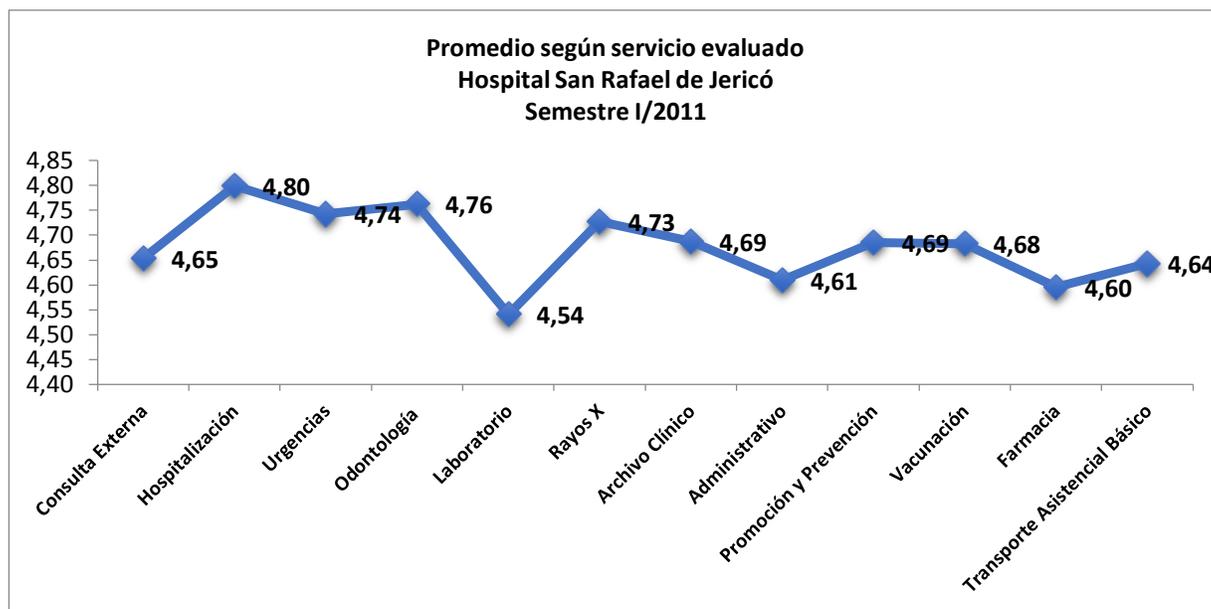


Figura 5. Promedio de calificación de los diferentes servicios

Recomendación de los diferentes servicios de la institución

Según la encuesta realizada todos los usuarios que participaron de ella recomendarían los servicios o volverían a utilizarlos, siendo un buen indicador de que la atención pese a las dificultades de la misma, es satisfactoria para los usuarios

En cuanto a la privacidad en la atención se encontró que el 82% manifestó que fue respetado y el 18% que presentaron dificultades en este aspecto.

Por otro lado, se observó que la población calificó el orden y el aseo de la institución en un 92% como excelente y el 8% como bueno.

Finalmente, algunas de las sugerencias por parte de los usuarios fueron las siguientes:

Agilizar los trámites para reclamar medicamentos y mejorar la atención en farmacia

Contratar más especialistas como dermatólogos, nutricionistas entre otros

Mejor asesoría en los médicos practicantes

Mejor priorización en el servicio de urgencias

Atención inmediata

Más flexibles al momento de verificar la EPS

Más amabilidad de parte de las farmacéuticas

Solicitar las citas telefónicamente

Priorizar la atención de los niños y los adultos mayores

Contratar a más profesionales de la salud

Contratar más personal de la salud con experiencia y no tanto estudiante

Adecuar una cafetería en la institución

Extender el horario de laboratorio hasta las 10 am

Menos demora para dar una cita

Mejorar la explicación del diagnóstico por parte de los profesionales de la salud

Disminuir el tiempo para asignar las citas odontológicas y mejor la forma de solicitar las mismas

Disponer de un dispensador de agua potable para los usuarios

Más orden en el momento de entregar los fichos y ampliar el número de citas a asignar

SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMOS MÁS REPRESENTATIVOS

De igual modo se ha realizado una compilación de las quejas y sugerencias más representativas que ilustran algunas prácticas administrativas y asistenciales que contribuyen a la deshumanización de los servicios de salud en la Nueva ESE Hospital San Rafael

DESDE LO ADMINISTRATIVO

AMABILIDAD EN LA ATENCIÓN

La persona que recibe al usuario en primera instancia en la institución es la auxiliar administrativa de admisiones, es ella la quien debe generar ese ambiente de confianza al usuario y muy amablemente ofertar los servicios y resolver las inquietudes, puesto que dentro de la satisfacción en la atención la amabilidad es fundamental según lo que manifiestan los usuarios. A continuación se pueden apreciar algunos comentarios de los usuarios frente a este proceso administrativo.

“...La niña de las citas debe ser un poco más tolerante cuando este atendiendo y fijarse como le responde a las personas con el fin de que el servicio prestado sea bueno”

“en estar en el puesto de trabajo correspondiente para así atender mejor a las personas.”

“Favor tener preferencia con las damas en estado de embarazo ellas no tienen por qué hacer filas de ninguna clase por el bienestar del bebe y de la señora”

INFORMACION ADECUADA

Dentro de la atención es muy importante mantener los buenos canales de comunicación con el usuario de esto depende que la atención sea satisfactoria, el personal de la institución debe velar porque la información además de oportuna sea clara y asegurarse de que el usuario lo haya entendido.

“...hace falta más información por parte de las funcionarias hacia el usuario para no perder las madrugadas”

“El horario tan restringido para asignar las citas médicas”

Uno de los aspectos a resaltar en relación a esta categoría, es que la mayoría de las quejas, reclamos y sugerencias presentados están relacionados con dificultades en la comunicación.

DIFICULTAD EN LA ASIGNACION DE CITAS Y ACCESO

La dificultad en la asignación de citas tiene que ver de una u otra forma con el conocimiento del funcionamiento de la institución y de cómo se transmite la información a los usuarios. Existen algunas barreras de tipo administrativo como son el tipo de afiliación del usuario, también el desconocimiento por parte del usuario en los horarios de atención y funcionamiento de los mismos. Además existen otros aspectos que influyen en la aparición de las quejas como el acceso por ubicación geográfica, la falta de talento humano para atender a la alta demanda de servicios, la constante rotación del personal médico,

“No es justo que uno venga a pedir cita médica de revisión, y le toque esperar 8 días para que le asignen una cita...”

“Estudiar la posibilidad de cambiar la forma de asignar las citas para los programas de promoción y prevención o atenciones especiales, para que los usuarios del campo se les facilite el acceso de los mismos.”

“Yo vivo en la vereda de estrella nueva y en repetidas ocasiones e solicitado una cita para planificación familiar y un ingreso para planificación de una hija que ya tiene una bebe y no hemos podido adquirir una dicha cita. Por favor más eficiencia en el servicio”

“En ese hospital es imposible conseguir una cita médica de control, por favor, como hacer para que nos presenten un servicio eficiente y además que nos asignen un médico, ya que toda vez que se consulta es un médico diferente”

“Por favor si un paciente necesita cita médica que se la den no a los 15 días como se está haciendo en este hospital tengan un poco de consideración y humanidad con los pacientes. Extender más el horario para las citas y nos den un espacio para las de vía telefónica. Conseguir una cita que nos atiendan. Gracias”

“... hace ocho días solicite cita y me contestaron que llamara el lunes, llamo y no había agenda, que llamara el martes llamo y me contestaron que ya estaba todo copado, que viniera el sábado a urgencias y me atendían porque estaba todo copado. Vine a urgencias y todavía no me han atendido y está sin droga.”

“quiero que estudien la posibilidad de ampliar la asignación de citas para las personas del área rural.”

“sugiero que para los días sábados asignen los 5 primeras citas para los que venimos del campo, ya que uno llega a las 6:00 a.m. hacer fila y la cita le tocan 11:00 am.”

Inconforme con el servicio de línea telefónica; ya que “manifiesta haber marcado muchas veces para cancelar una cita de limpieza odontológica y no le contestaron.”

DESDE LO ASISTENCIAL

INFORMACIÓN ADECUADA: CALIDAD EN LA ATENCIÓN

En la relación médico- paciente es muy importante la comunicación asertiva, la forma como se les explica todo respecto a su enfermedad y procedimientos que se les realizarán, un paciente mal informado es un paciente insatisfecho. Los profesionales de la salud proyectan credibilidad a través de sus acciones lo que permitirá la satisfacción del paciente. El personal de la salud debe ser muy claro al brindar información al usuario esto incluye que al explicar no lo haga en términos médicos se debe colocar a nivel del paciente. Es más que informar es involucrarlos en su cuidado de esta forma será un cuidado humanizado. Aquí se presentan algunas sugerencias en cuanto a este aspecto.

“La mala atención para mi bebe de un mes de nacida que tenía mucha fiebre y gripe, ya la había traído viernes y sábado y la respuesta que recibí de parte de los médicos de urgencias fue que eso no era una urgencia, que la volviera a bajar si se ponía morada y se le hundían las costillas y con fiebre a más de 39°”.

“cuando ingrese a los controles de maternidad la orientación recibida fue muy poca y para eso dan una cita para recibir todo lo relacionado a mi gestación y la manera de poder tener un parto normal”

“Consulté al servicio de urgencias para que le realizaran un examen de tiroides al niño que salió alterado... y me dicen por la ventanilla que ese examen no era una urgencia y sin más explicaciones me despachan”

“Soy mujer gestante que demuestra descontento puesto que soy menor de edad y a mi madre no la dejaron estar conmigo frente a las explicaciones en el servicio de urgencias”

“Creo que deberían dedicar más tiempo a la atención de los personas y menos a escribir en esos papeles”

“...me sentí mal atendida... la estudiante que me revisó me dijo, no sé qué tienes estoy total mente desubicada. Me parece que le falta mucha ética profesional a esta niña”

“Vine a cita médica y la doctora no me examino, ni me peso, me mandó unos exámenes de laboratorio por que le manifesté las enfermedades que sufro. Ni la historia clínica la toco”.

“Vine al especialista...Que tristeza pagar \$50.000 para que le tomen la presión y revisen corazón y pulmones y ya.”

“Solicitamos otro auxiliar acompañante al atender en el control de crecimiento y desarrollo ya que una sola el servicio es muy lento y nos toca esperar hasta 2 horas”

GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES PARA LA HUMANIZACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

PREÁMBULO DE LA GUIA

Ante la problemática de la deshumanización en la prestación de servicios de salud se hace necesario la definición e implementación de una política de humanización de la atención en salud en cada una de las instituciones que hacen parte del sistema. Este requisito es un reto mayor para todas las instituciones prestadoras, pues es claro que la humanización debe generarse a partir de una reflexión al interior, en la que tanto directivos como trabajadores y ojalá usuarios, analicen la magnitud de las responsabilidades de los servicios de salud en la comprensión del ser humano como un ser integral: biológico, psicológico, social, cultural, ambiental; un ser integral que tiene cuerpo, pero también sensaciones, deseos, miedos y cuya vida transcurre en un entorno económico, familiar, laboral, etc. Sin embargo es importante que las empresas aseguradoras y entes territoriales puedan generar también prácticas que propendan por la humanización.

Las instituciones deberán analizar además, como los factores de humanización se tienen en cuenta frente a sus propios trabajadores y como ellos mismos ven su situación. Esta reflexión es necesaria y urgente, pues aunque están documentados los problemas que deshumanizan, por ejemplo la excesiva tecnificación, la cosificación del ser humano, la prisa, la superficialidad en el trato, el uso de un lenguaje confuso o la ausencia de comunicación, el manejo inadecuado del dolor o la omisión del mismo como fuente de sufrimiento que debe ser intervenido, el papel de la infraestructura cuando las condiciones no permiten la privacidad o se descuidan aspectos psicológicos del trato y cientos de causas adicionales, son las propias instituciones que de acuerdo con su entorno y la condición de sus pacientes, deben analizar sus propias falencias y plantearse estrategias para el abordaje del problema.

OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA

La presente guía establece algunas recomendaciones administrativas y asistenciales que pretenden incentivar, promover y gestionar prácticas que permitan la humanización de los servicios de salud en la Nueva ESE Hospital San Rafael del municipio de Jericó, las cuales se incluye cuatro grupos que buscan:

- Obtener prácticas administrativas humanizadas
- Obtener prácticas asistenciales humanizadas
- Involucrar los pacientes y sus allegados en la humanización
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.



Las buenas prácticas contenidas en esta Guía son aplicables a:

- Prestadores hospitalarios.
- Prestadores ambulatorios.
- Prestadores independientes.

REFERENTES:

Para la elaboración de ésta Guía, se han tomado en consideración algunos estándares establecidos en la Resolución 123 de 2012, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia y la Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.

CONTENIDO DE LA GUÍA

4.1 Prácticas Administrativas

4.1.1 Contar con un Política de humanización que se encuentre alineada con el direccionamiento estratégico de la institución, que contenga los elementos básicos para la dignificación de la atención.

4.1.1.1 Política institucional de Humanización.

4.1.1.2 Promoción de la cultura de la Humanización

4.1.2 Estandarización de procedimientos de atención

4.1.2.1. Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la humanización de la atención

4.1.2.2 Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.

4.1.3 La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente.

4.1.3.1 Diseñar e implementar una declaración de los derechos y deberes de los pacientes

4.1.4 Promover la creación de un reglamento para los visitantes y acompañantes en los servicios de urgencias y hospitalización.

4.1.5 La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.

4.1.5.1 La gestión del talento humano en la organización está orientada a mejorar la calidad de vida de los empleados.

4.2 Prácticas Asistenciales.

4.2.1 El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento.

4.2.1.1 La organización garantiza que el paciente y su familia sean informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.

4.2.2 La institución garantiza la estandarización de los procedimientos de atención

4.2.2.1 Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia

4.2.3 La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado.

4.2.3.1 Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.

4.2.4 En el proceso de atención, la organización garantiza el respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.

4.2.4.1 En los servicios de salud, tanto de atención como de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantenga la privacidad del paciente durante la atención, toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados.

4.3 Incentivar Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

4.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

4.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud

4.3.3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado

4.3.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

4.4 Involucrar a los pacientes y sus allegados en la humanización.

4.4.1 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su salud

4.4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la humanización de la atención.

PRACTICAS HUMANIZADAS

PRACTICAS ADMINISTRATIVAS HUMANIZADAS

4.1.1 Contar con una Política de humanización que se encuentre alineada con el direccionamiento estratégico de la institución, que contenga los elementos básicos para la dignificación de la atención.

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la humanización durante la prestación del servicio y gestionirlas para obtener procesos de atención humanizados. La política de humanización debe contener al menos los siguientes elementos:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Humanización con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la humanización de la atención en salud
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.

4.1.1.1 Política institucional de Humanización. En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad

Debe contener:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.

- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- Existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva.
- Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.
- Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.).
- El desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados.
- Gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.

-Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

4.1.1.2 Promoción de la cultura de la humanización

La cultura de humanización es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua.
- Percepción compartida de la importancia de la humanización
- Enfoque que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del trato humanizado.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos

4.1.2 Estandarización de procedimientos de atención

4.1.2.1. Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la humanización de la atención:

Esta debe incluir

- Que se garantice que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes en salas de espera o interconsultas y procedimientos en el servicio de observación.
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

4.1.2.2 Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.

- El sistema de asignación de citas esta basado en diversas como servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede.
- La organización realiza mediciones para la mejora de la efectividad de estos medios.
- El sistema cuenta con las bases de datos actualizadas de los usuarios con derecho a recibir servicios en la (las) entidad(es) prestadora(s), cuando aplique.
- Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores en los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.
- Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado, así como la forma para cancelarla.
- Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.
- La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia.
- La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención.
- La organización tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas o de aquellos servicios que no requieran cita previa para su realización.
- Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.

4.1.3 La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente.

4.1.3.1 Diseñar e implementar una declaración de los derechos y deberes de los pacientes

Incluye:

- El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.

- Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.

- Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión-

- Garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.

- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.

- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.

4.1.4 Promover la creación de un reglamento para los visitantes y acompañantes en los servicios de urgencias y hospitalización.

4.1.4.1 Diseñar un reglamento para los visitantes y acompañantes en los servicios de urgencias y hospitalización.

Debe contener:

- Educación para el personal asistencial, visitantes y acompañantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

- La aplicación de precauciones de aislamiento universales.

- Normas de Bioseguridad en los servicios, especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios.

4.1.5 La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.

4.1.5.1 La gestión del talento humano en la organización está orientada a mejorar la calidad de vida de los empleados.

Se incluye:

- Trato humano, cálido, cortés y respetuoso.
- Consideración del entorno personal y familiar.
- Análisis del panorama de riesgos.
- Remuneraciones, incentivos y bienestar.
- Medición de fatiga y stress laboral.
- Carga laboral, turnos y rotaciones.
- Ambiente de trabajo.
- Abordaje de la enfermedad profesional.
- Preparación para la jubilación y el retiro laboral.
- Mejoramiento de la salud ocupacional.

4.2 PRÁCTICAS ASISTENCIALES HUMANIZADAS

4.2.1 El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento.

4.2.1.1 La organización garantiza que el paciente y su familia sean informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.

Incluye como mínimo

- Se informa al paciente acerca de los esfuerzos conjuntos para el manejo de su enfermedad y, junto con el usuario, se presenta un plan para las actividades correspondientes.
- Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los procedimientos y medicamentos que se van a utilizar.
- Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.
- El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma: y Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario del tratamiento y sus objetivos. y El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, horarios e interacciones; se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de reacciones adversas medicamentosas.
- Información necesaria y suficiente de resultados de los exámenes o los procedimientos diagnósticos, garantizando el adecuado entendimiento por parte del usuario y/o su familia, especialmente cuando se trate de pacientes menores de edad, o con algún grado de discapacidad física y/o mental.
- Acompañamiento y asesoría especializada para información de resultados en los casos de pacientes con enfermedades catastróficas, especialmente cáncer, ETS, VIH o SIDA: y Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso (cuidados en casa, si aplica). y Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo su participación en la prevención de infecciones.

- Participación activa del usuario en promover su propia seguridad.
- La organización evalúa el entendimiento por parte de los usuarios de toda la información y la educación recibidas durante el proceso de atención.

4.2.2 La institución garantiza la estandarización de los procedimientos de atención

4.2.2.1 Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:

Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución.

- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta las patologías más frecuentes. (Tener en cuenta el perfil de morbi-mortalidad)
- Realizar evaluación de la guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto (p.e.: instrumento AGREE o equivalentes)
- Incluir las guías de procedimientos de enfermería y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía).
- Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.

4.2.3 La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado.

4.2.3.1 Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.

Esta práctica incluye:

-Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le explican el objetivo, los beneficios y los inconvenientes del mismo.

-La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología, aunque debe primar la autonomía del paciente.

-Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.

- El consentimiento informado debe incluir, como mínimo, los beneficios, los riesgos y las alternativas, de acuerdo con el procedimiento específico.

-Los profesionales responsables del consentimiento informado reciben capacitación y entrenamiento y son evaluados respecto a:

-Suficiencia del contenido de la información.

-Habilidades de comunicación y diálogo.

-En los casos de reintervenciones, se actualiza el consentimiento informado.

-Se evalúa el diligenciamiento adecuado, oportuno y veraz del consentimiento informado.

-Se capacita a los profesionales tratantes acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de la comprensión por parte del paciente.

4.2.4 En el proceso de atención, la organización garantiza el respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.

4.2.4.1 En los servicios de salud, tanto de atención como de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantenga la privacidad del paciente durante la atención, toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados.

Incluye:

-Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.

-La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).

-Se proveen elementos físicos (vestidos, batas) que garanticen la privacidad, el respeto de la desnudez y la dignidad de la persona.

- Examen en condiciones de privacidad tanto visual como auditiva

- Confidencialidad de la información del usuario

4.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

4.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

Debe incluir:

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.

- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.

- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.

- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.

- Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.

4.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud

El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la atención en salud.

Debe incluir:

- Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios
- Asignación de horas de jornada laboral.
- Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.
- Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

4.3.3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado

- Promover la cultura del consentimiento informado
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica
- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.

4.3.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

- Precisar en el convenio como se involucrarán las políticas de humanización.
- Verificar el cumplimiento del convenio docente- asistencial
- Incluir dentro del programa de inducción a los estudiantes e internos el tema de la humanización.

4.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN LA HUMANIZACIÓN.

Se deben realizar entre otras las siguientes acciones:

4.4.1 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su salud

En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:

- ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?) - ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?) - ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene? - ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?

- Ilustrar sobre la importancia de la identificación y el llamado por su nombre.

- Ilustrar sobre la importancia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido

- Ilustrar sobre la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamento

- Ilustrar sobre la importancia del consentimiento informado

- Ilustrar sobre lo que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.

4.4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la humanización de la atención:

Para ésta buena práctica se tienen, en cuenta, entre otros, que los usuarios de la institución conozcan la política de humanización y se comprometan con ella.

•Consideración en las vías de administración de medicamentos, procedimientos, tomas de muestras, considerando comodidad y dolor.

CONCLUSIONES

- ✓ Para la realización de una guía de buenas prácticas que propendan por la humanización de los servicios de salud, es indispensable que esta pueda establecer algunas recomendaciones que incentiven, promuevan y gestionen acciones que permitan obtener prácticas administrativas y asistenciales humanizadas, que involucren los pacientes y sus allegados en la humanización e incentiven prácticas que mejoren la actuación de los profesionales de la salud.
- ✓ Es necesario la definición e implementación de una política de humanización de la atención en salud en cada una de las instituciones que hacen parte del sistema. Esto debe ser un reto mayor para todas las instituciones prestadoras, pues es claro que la humanización debe generarse a partir de una reflexión al interior, en la que tanto directivos como trabajadores y ojalá usuarios, analicen la magnitud de las responsabilidades de los servicios de salud en la comprensión del ser humano como un ser integral: biológico, psicológico, social, cultural, ambiental; un ser integral que tiene cuerpo, pero también sensaciones, deseos, miedos y cuya vida transcurre en un entorno económico, familiar, laboral.
- ✓ La guía de buenas prácticas administrativas y asistenciales para la humanización de los servicios de salud, es tan solo una guía general, que puede ser aplicada a cualquier institución de salud independiente del nivel de complejidad de atención. Sin embargo, para su implementación y puesta en marcha en las instituciones de salud es necesario realizar un minucioso análisis de las características particulares de cada organización. Con esto se concluye que esta guía es tan sólo el comienzo para el desarrollo de cambio hacia la humanización y satisfacción de los clientes del sector Salud.
- ✓ Es importante que los demás actores del sistema de salud, tanto empresas aseguradoras, como entes territoriales puedan generar también prácticas que propendan por la humanización.

RECOMENDACIONES

- ✓ Que se elabore y se implemente en la Nueva ESE Hospital San Rafael de Jericó una Política de humanización que se encuentre alineada con el direccionamiento estratégico de la institución, que contenga los elementos básicos para la dignificación de la atención.
- ✓ Que se generen herramientas e instrumentos para la asignación de citas y la priorización de los usuarios, disminuyendo así filas y tiempos largos de espera.
- ✓ Que se establezca una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente y que sea conocida por clientes internos y externos.
- ✓ Que se brinde al usuario y su familia la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, donde se tenga en cuenta las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud
- ✓ Que además se brinde a los usuarios y sus acompañantes entrenamiento para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.
- ✓ Que se garantice la privacidad del paciente en todos los servicios de salud, tanto de atención como de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, es decir, durante la atención, toma de muestras, realización del examen y la entrega de resultados.
- ✓ Que el consentimiento informado se instaure como un acto médico donde se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.
- ✓ Que se incentiven prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucren a los pacientes y sus allegados en la humanización.

BIBLIOGRAFIA

- Ackoff, R.L. (1999). *Re-Creating the Corporation Design for the 21st. Century*, Oxford University Press, Nueva York.
- Corbella S. Botella L. *La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación*. *Anales de Psicología*. 19,2:205-221
- Coppelillo FE, Andina L, Cacace P, Giménez Lascano G. *El fenómeno de la alianza terapéutica: Investigación cualitativa*. Primer Congreso Iberoamericano CIMF Wonca. Buenos Aires. 2006
- Estrada J.L. et al. (Coord.) (1999), *Ética y economía*, UAM / Ctro. Gramsci / Plaza y Valdés, México.
- Fagothey, Ausin (1983). *Ética, teoría y aplicación*, Nueva Editorial Iberoamericana. México.
- Garzón, Francisco (2011). *La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales, Comunicación presentada en la 17ª Semana de Ética y Filosofía*. Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP). Donostia-San Sebastián, 1-2-3 de Junio de 2011
- Gutiérrez Sáenz, Raúl (1973). *Introducción a la ética*, Esfinge, México.
- Illich I. (1976). *Medical Nemesis*, Bantam Books, Nueva York, 1976.
- Lain Entralgo, Pedro (1964). *La relación médico-enfermo*, Ediciones Castilla, Madrid, España.
- Mackie, J.L. (2000). *Ética, la invención de lo bueno y lo malo*, Gedisa, Barcelona, España.
- Monroy Alvarado, G.S. (1984). "Organizational Pathology", Artículo presentado en la 26a. Conferencia Internacional de The Institute of Management Sciences. Copenhague, Dinamarca.
- _____ y E. de la Fuente R. (1998). "Las emociones como instrumentos para el desarrollo organizacional", en revista *Administración y Organizaciones*, año 1, núm. 1, pp. 69-77, UAM-X, México.

- _____, R.A. Estrada G. y M.A. Cortés C. (2002). “La administración y la ética”, en revista Administración y Organizaciones, año 4, núm. 8, pp. 131-145, UAM-X, México.
- Diccionario de la Lengua Española, 20ª. Ed., Espasa-Calpe, España.
- Ramírez B. (Comp.) (2000), Ética y administración, UAM-A, México.
- Senge, P.M. (1999), The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization, Century, Londres.
- Waddington, C.H. (1963). El animal ético, EUDEBA, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Argentina. Fuentes de información
- Beltrán Hernández, Julio y María Elena Trujillo Rexach (2003). “Contribución al estudio de los nuevos retos de la bioética”, en publicación electrónica. Cuba. www.infomed.sld.cu/revistas
- Quijano, Manuel (2000). “A propósito de la iatrogenia”, en Revista electrónica de la Facultad de Medicina de la UNAM, www.facmed.unam.mx/publica/revista/rev2-2000/un12-prop.htm.
- Sánchez Torres, Fernando (1994). “Temas de ética médica”, en publicación electrónica. Santafé de Bogotá, www.encolombia.com/etica-medica.
- Valenzuela, Fermín (2001). “La ética de la prescripción” en Revista electrónica del Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la UNAM, www.facmed.unam.mx/eventos

ANEXOS

ANEXO 1. DECALOGO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES (Resolución 13437 de 1991)

ARTICULO 1o. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación: Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1o. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

4. su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.

8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean transplantados a otros enfermos.

10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

ANEXO 2 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO



FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

CÓDIGO FT324-72	FECHA								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">VERSIÓN 1</td> <td style="width: 50%;">PÁGINA</td> </tr> </table>	VERSIÓN 1	PÁGINA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DÍA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">2010</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	12	01	2010
VERSIÓN 1	PÁGINA								
DÍA	MES	AÑO							
12	01	2010							

SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS

Para la E.S.E Hospital San Rafael es muy importante conocer su percepción y opinión acerca de nuestros servicios, en este espacio usted podrá expresarse aportando así al mejoramiento de nuestros procesos de atención. La información consignada en ésta encuesta será confidencial, de igual manera usted puede elegir si registra su identificación personal.

NOMBRE Y APELLIDO			EDAD	
IDENTIFICACIÓN	TIPO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
ENTIDAD ASEGURADORA			E-MAIL	

SERVICIO

<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Admisiones	<input type="checkbox"/> Odontología	<input type="checkbox"/> Promoción y prevención	<input type="checkbox"/> Transporte Básico Asistencial
<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Archivo clínico	<input type="checkbox"/> Vacunación	<input type="checkbox"/> Consultorio
<input type="checkbox"/> Rayos x	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Apolinar Estrada

CALIFICACIÓN

CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS CON UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE	EXCELENTE 5	BUENO 4	MALO 2	PÉSIMO 1	SI SU RESPUESTA ES MALA O PÉSIMA EXPLIQUE POR QUÉ
A. LA AMABILIDAD EN LA ATENCIÓN POR PARTE DE:					
1. Personal Administrativo					
2. Auxiliares Administrativos					
3. Profesional de la Salud					
4. Enfermeras					
5. Auxiliar en Salud					
B. INFORMACIÓN BRINDADA POR PARTE DE:					
6. Personal Administrativo					
7. Auxiliares Administrativos					
8. Profesional de la Salud					
9. Enfermeras					
10. Auxiliares del Servicio					
C. OTROS ASPECTOS:					
11. Respecto a su privacidad durante la atención					
12. ¿Cómo considera el aseo y orden de la instalación donde fue atendido?					

CALIFICACIÓN

CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS CON UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE	INMEDIATA (a la llegada)	CORTO (2 min de espera)	DEMORADA (5 min de espera)	MUY DEMORADA (más de 5 min de espera)	SI SU RESPUESTA ES DEMORADA O MUY DEMORADA EXPLIQUE ¿POR QUÉ?
D. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN:					
13. Personalizada					
CLASIFICACIÓN					
	INMEDIATA (1 solo timbre)	CORTO (3 timbres)	DEMORADA (5 timbres)	MUY DEMORADA (más de 5 timbres)	SI SU RESPUESTA ES DEMORADA O MUY DEMORADA EXPLIQUE ¿POR QUÉ?
13. Telefónica					
23. Recomendaría nuestros servicios o volvería a utilizarlos?	SI	NO			
24. Que otro aspecto considera que podemos mejorar?					