

TRABAJO DE GRADO

LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INTENSIVO

Estudiante: Mario Enrique González Mojica

Docente Tutor: Dra. Fabiola Rey

**Maestría en Administración de Empresas de Salud
Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas
Universidad EAN**

Bogotá, D.C. Colombia – Marzo de 2019



Tabla de contenido

MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
MARCO METODOLÓGICO	15
Metodología de teoría fundada	15
Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de tecnologías	15
Investigación aplicada a la resolución de problemas locales	16
PROPUESTA DE SOLUCIÓN	17
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	28



MARCO TEÓRICO

Las aproximaciones teóricas sobre la humanización en la salud se han abordado desde perspectivas muy variadas, a partir de aspectos tanto éticos como técnicos, y respondiendo a una necesidad generalizada de la sociedad ante la situación de indefensión que presenta una persona enferma, por lo que se plantea la necesidad de construir un sistema sanitario lo más humano posible. Lo anterior sumado a la noción del servicio de salud entendida únicamente como un servicio público rentable, ha contribuido en las últimas décadas a una concepción deshumanizadora de la salud.

Hernández (2003, p. 40) sostiene que la práctica médica ostenta un importante poder sobre las personas, lo que genera la necesidad de identificar referentes éticos que enriquezcan las relaciones interpersonales. La ausencia de dichos parámetros se evidencia en aspectos como los siguientes:

- “Cosificación” del paciente, entendida como la pérdida de los rasgos personales e individuales, identificándolo con rasgos externos como “la cama tal” o “la historia clínica tal”
- Violación de los derechos del paciente (confidencialidad, privacidad, autonomía)

Para corregir estos aspectos negativos, se hace necesario construir una asistencia sanitaria cada vez más humanizada y humanizadora, que aborde aspectos *filosóficos*, entendiendo al ser humano como un valor en sí mismo, siendo su dignidad uno de los principales elementos a proteger; y *éticos*, asumiendo el deber ético de asistir, cuidar y acompañar a los seres humanos. Este deber ético se relaciona fundamentalmente con la vocación médica, y la competencia

profesional, entendida como la capacidad de desarrollar una profesión de un modo óptimo, siendo dicha competencia un pilar fundamental para asistir a un ser humano, reduciendo al mínimo los riesgos de ocasionar un daño mayor a los que se pretende aliviar (Hernández, 2003, p 56.).

Por otra parte, Ceballos (2010, p. 34.) plantea que dentro del cuidado humanizado es fundamental el desarrollo de habilidades en comunicación, escucha, y empatía, capacidades que deben ser complementarias al desarrollo técnico y científico. Correa (2016) plantea que la humanización en salud implica un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir la intervención médica, y el plan de cuidado con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento y en la rehabilitación. También aporta la definición de humanización del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia:

“La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman” (Correa, 2016, p. 230)

En la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra (2018) se plantean acciones concretas, dentro de las cuales destacan las enmarcadas en los siguientes ejes: cultura de la humanización, a través de formación en intimidad y espacios organizados para la participación de pacientes; calidez del trato, favoreciendo aspectos como el descanso de los pacientes hospitalizados, formación en comunicación eficaz en situaciones sensibles (por

ejemplo de duelo), establecimiento de protocolos de detección y atención de casos de agresión sexual, impulso de actividades relacionadas con la atención al nacimiento a la lactancia y la promoción de procesos de muerte digna. Sobre la adecuación del entorno, hay que destacar iniciativas en temas de señalización, información sobre tiempos de espera (principalmente en el servicio de urgencias); mientras que temas de información-comunicación destacan la elaboración y difusión de una carta con compromisos de humanización, elaboración de material informativo sobre enfermedades, cuidados, complicaciones de tratamientos, y ofertas de información protocolizada al ingreso y al alta de los centros de salud.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (2016), se ponen en evidencia las áreas de intervención a abordar:

- El cuidado del trato, la comunicación y la información
- Cuidado de la relación, a través de tiempos de atención, intimidad y confidencialidad.
- Bienestar y confort, humanizando los entornos, el cuidado de los acompañantes de los pacientes, vestimenta y confortabilidad.
- Cuidado del respeto, reconociendo la singularidad, respetando la dignidad, y reconociendo las responsabilidades de los pacientes.
- Sensibilización de los profesionales como “agentes de humanización”, mediante una actitud humanizadora (cercanía, apertura, actitud comprensiva, compromiso)

Este Plan también incluye los ejes estratégicos para su implementación, entre los cuales se destacan los siguientes: *Información personalizada y acompañamiento; humanización de la asistencia en las primeras etapas de vida infancia y adolescencia; humanización en la atención*

de urgencias; humanización en la hospitalización; humanización en unidades de cuidados intensivos; humanización ante el final de la vida.

El eje de *Información personalizada* se basa en la noción de la información no como una simple transmisión de contenidos y datos, sino como la base de la relación entre las personas, que promueve la comunicación entre las partes, y a través de la cual se transmiten los principios, valores y creencias (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2016, p. 81). Este eje incluye subprocesos como la construcción de guías de acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes; protocolos de información clínica a familiares; guía de atención al duelo; y servicios de interpretación de idiomas mediante teléfonos traductores.

La humanización de la asistencia en las primeras etapas de vida infancia y adolescencia consiste en la ejecución por parte de equipos interdisciplinarios conformados por médicos, enfermeras y trabajadores sociales, para impulsar la atención humanizada desde el final del embarazo hasta la adolescencia centrando la atención en el paciente y su familia. Para ello se plantean objetivos como potenciar la participación activa de las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio; facilitar el acompañamiento del niño por su familia en los centros sanitarios durante todas las fases del proceso asistencial; facilitar a los padres/familiares/tutores autorizados la información clínica y social relacionada con el proceso asistencial de los menores; facilitar la adecuación de infraestructuras y “ambientes amables” en los centros sanitarios (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2016, p. 92).

La humanización en la atención de urgencias se considera fundamental al estar enfocada en un elemento clave de todo sistema sanitario, en el cual interactúan distintos actores: pacientes, familiares y profesionales sanitarios. Para promover la humanización en la atención de urgencias

se abordan distintos ámbitos: el acompañamiento del paciente, la intimidad y confidencialidad, el confort en la atención y la capacitación de los profesionales (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2016, p. 101).

En cuantos a las unidades de cuidados intensivo, en el artículo *“La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo”*, con base en unas entrevistas realizadas en una unidad de cuidados intensivos en Medellín concluyen que *“la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos significa estar solo, aislado de la familia y rodeado de otros pacientes y del equipo de salud, cuya compañía, a veces, no es suficiente y en ocasiones contribuye al sufrimiento”* (Beltrán Salazar, 2009), igualmente describen el lugar como *“...un lugar de soledad, tristeza, frío, y olores propios, en donde se recibe un cuidado especial; un lugar en donde la palabra y el diálogo tienen fuerza sanadora, que motivan, emocionan y ubican en la realidad, pero también molestan y causan angustia, y en donde se debe ser buen paciente para recibir el cuidado de enfermería y merecer el elogio de los miembros del equipo de salud”*. (Beltrán Salazar, 2009).

En un estudio realizado en las unidades de cuidado intensivo de España, aunque la satisfacción global es mucho mejor al escenario Colombiano, evidenció unas oportunidades de mejora para el futuro como los son las instalaciones relacionadas con la sala de espera para los familiares, factores ambientales como el ruido, la luz y la intimidad así como las dos visitas diarias permitidas en el lugar. (Pallarés, 2003).

Igualmente, en un estudio de la percepción del paciente en una unidad de cuidado intensivo en Colombia, se reflejó una falencia relacionada con la comunicación entre el personal de enfermería y el usuario, describe que en ocasiones no recibían explicación sobre el estado de salud o procedimientos, pocas veces se facilitó el dialogo o información suficiente y oportuna

para tomar decisiones sobre la salud. (Joven, 2017)

En el artículo “*Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos*”, refieren que es necesario establecer una “*comunicación clara, precisa y asertiva entre el usuario, la familia y el personal a cargo*”, con el fin de reforzar la relación entre los actores del sistema y la participación de la familia en las fases de tratamiento, manejo y desenlace del paciente (Ramírez & Myriam Parra, 2011). Se recomienda usar folletos informativos donde se comuniquen los procesos de atención de la unidad de cuidados intensivos, referenciando el horario de las visitas, lugar y hora de la información del reporte médico y normas de acceso a la unidad (Gómez, 2015). Se ha comprobado que se pueden obtener resultados favorables para los pacientes, si se mejora la comunicación, implementa la flexibilidad en el horario e incentiva el acompañamiento y ayuda de los pacientes con sus familiares (Gómez, 2015).

Los profesionales de las unidades del cuidado crítico enfrentan particularmente situaciones de tensión y estrés, fuentes de desgaste, desmotivación y burn-out (Bermejo, 1998), por lo que el desarrollo de los profesionales en salud e implementación de la humanización en la cultura organizacional, aumentando por medio de beneficios o incentivos el bienestar profesional generaría mayor concientización y sensibilización en la prestación del servicio dirigida a pacientes logrando que estos usuarios sean considerados como seres humanos en un sentido global (Cortes, 2015). Así mismo, las Instituciones del sector salud deben proveer los procesos operacionales estándar a seguir, tecnología, insumos, herramientas, equipos, infraestructura, seguimiento y control necesarios para mejorar la satisfacción de los pacientes y familiares que ingresan a la Unidad de cuidados intensivos. (Ariza, 2011).

Sobre la *humanización en las unidades de cuidados intensivos*, se establecieron varias líneas de trabajo constituidas por un comité de expertos para construir los siguientes programas y ámbitos de intervención (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2016, p. 132): *UCI de puertas abiertas* plantea un cambio en el modelo restrictivo de visitas, flexibilizando los horarios y facilitando el acceso de los familiares de los pacientes. La *comunicación* en la UCI es un elemento clave, cuya ineffectividad causa comúnmente conflictos entre los profesionales que integran los equipos de UCI. Para fortalecer la comunicación se desarrollan herramientas que aseguren el traspaso correcto de información relevante del paciente, y facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación empática y adecuada con los familiares de los pacientes. La *presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos* se centra en integrar a las familias en el proceso de atención al paciente, permitiéndoles participar en aspectos como los cuidados básicos del paciente, y brindándoles soporte emocional y psicológicos. Como parte de la humanización de las unidades de cuidados intensivos también se propone una serie de *cuidados al profesional* que permitan detectar y reducir las consecuencias del síndrome de desgaste profesional. La *infraestructura humanizada* en las unidades de cuidados intensivos se propone promover un entorno estructural que garantice el confort de los pacientes, familiares y profesionales, fomentando la distracción del paciente y garantizando el proceso educativo de los pacientes en edad escolar durante su estancia en la UCI.

Sobre la *humanización de la asistencia ante el final de la vida*, el Plan de la Comunidad de Madrid plantea objetivos relacionados con cuidados paliativos que apuntan a mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente, como la atención al dolor y otros síntomas físicos; información y apoyo emocional al enfermo y su familia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El manejo de la salud a nivel general pasa por problemas que se volvieron cotidianos, afecta a muchos países no solo de Latinoamérica y de Europa; según la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra (2018), existe una escasez de tiempo del profesional, en cuanto al espacio asignado por los aseguradores para la atención al paciente, las reducidas instalaciones disponibles para una atención cómoda y suficiente que incluya la tecnificación de la atención sanitaria, la motivación profesional la cual es afectada por las *interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento*” (Organización Internacional del Trabajo (OTI-1984)). Por otra parte, los pacientes y sus familiares esperan la mejor atención posible ya que se encuentran ante una situación de vulnerabilidad pues enfrentan situaciones estresantes ante entornos desconocidos con desenlaces inciertos, dando lugar a desacuerdos o pleitos entre el personal de salud y los parientes de los pacientes.

La deshumanización en la salud es un proceso que ha invadido los servicios de salud, generando en el personal de los centros de atención médica, un desapego por la buena atención hacia el otro, no se genera empatía por la persona enferma y solo se enfoca a desarrollar y cumplir las actividades necesarias ordenadas por las guías de manejo perdiendo sensibilidad por el dolor que presenta el paciente y su familia. (Canizales Caicedo, 2016).

Es importante tomar conciencia del trabajo permanente que se debe realizar en las instituciones y con el personal de salud, en cuanto a la sensibilización que deben desarrollar

frente a la humanización del manejo del paciente y su familia. Lo anterior se convierte en un desafío para los líderes, gestores y administradores en salud quienes deben facilitar las soluciones, identificar los mecanismos de acción y participación, con el fin de brindar procesos de mejora hacia un servicio orientado a las personas y sus familiares, cumpliendo así criterios de eficacia, eficiencia y oportunidad, garantizando acceso y calidad del servicio.

En Colombia, la ley 100 de 1993 organiza el actual Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Congreso de la Republica de Colombia, 1993) el cual busca regular el servicio público esencial de la salud, creando condiciones de acceso a toda la población, en cualquier nivel de atención, dejando en manos de las empresas promotoras en salud (EPS) el manejo de su objetivo, y esta empresa a su vez, busca un equilibrio entre lo solicitado y la capacidad máxima de beneficio económico que puedan tener. Este último objetivo no se ha logrado del todo en las EPS, (Portafolio, 2018), pues se ha generado una crisis estructural fundamentada en la ineficiencia de los servicios y la vigilancia operativa. (Diaz Cardenas, Buelvas Montes, De la Valle Archibold, & Bustillo Arrieta, 2016).

Por esta situación, se compromete la satisfacción, calidad de vida de los pacientes y personal prestador de servicio. Se ha evidenciado que, al no funcionar adecuadamente toda la red en salud en la prestación de servicios, puede afectar el bienestar físico y mental del paciente, el pronóstico, el tratamiento y su funcionalidad en su vida laboral, familiar y privada. Factores como la falta de acceso oportuno a la prestación de servicios, tratamientos, atención al usuario en tiempo y calidad, así como la comunicación médico-paciente se han relacionado con peores desenlaces clínicos de los pacientes. (Diaz Cardenas, Buelvas Montes, De la Valle Archibold, &

Bustillo Arrieta, 2016), generando el pago de costos adicionales al sistema de salud colombiano.

Se ha evidenciado en estudios sobre satisfacción y calidad, que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye (Diaz Cardenas, Buevas Montes, De la Valle Archibold, & Bustillo Arrieta, 2016). Otro estudio que evaluó la satisfacción de pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención del grupo de enfermería en una institución de cuarto nivel, se demostró que la satisfacción con el servicio es buena, pero hay una clara inconformidad con relación a la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, en cuanto a la situación de salud. (Cortés & Serrezuela Tamayo, 2008)

Según la publicación: *Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe* se compartió que mientras en los países desarrollados el 68% de los pacientes calificó la calidad de sus servicios de salud como muy buena o excelente, en América Latina y el Caribe solo el 41% tienen una buena percepción de la calidad en sus servicios de salud. En Colombia este porcentaje alcanza 30%. En Colombia, solo 31% de encuestados tuvo acceso a un servicio de atención primaria el mismo día o al día siguiente, mientras que en América Latina y el Caribe este porcentaje es 51% y en los países de altos ingresos es 54%. (Portafolio, 2018) (Guanais, et al., 2018)

“La mayoría de los países buscan reformar sus sistemas de salud para lograr la cobertura universal y mejorar la eficiencia de sus gastos sanitarios, al tiempo que cumplen con las expectativas cada vez mayores de los ciudadanos acerca de la calidad de la atención” (Guanais, et al., 2018), es por esto que es importante trabajar en uno de los pilares de la

acreditación que es la prestación del servicio bajo el esquema de humanización, mejorando así la percepción de los pacientes y sus familiares en cuanto al trato y manejo de la salud.

El Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR) es una institución prestadora de servicios de salud de IV nivel de complejidad ubicada en el sur oriente de la ciudad de Bogotá, el cual no es ajeno a la situación anteriormente descrita. Además de prestar servicios de salud, es un centro de formación en áreas de la salud en convenio con las más prestigiosas universidades de la ciudad, siendo partícipe en la educación y entrenamiento en áreas de enfermería y postgrados médico-quirúrgicos. La organización se ha visto afectada al igual de muchas otras organizaciones del sector por la crisis financiera y gubernamental que afecta al área de la salud que, además de perturbar su sostenibilidad, ha mermado de manera considerable su reputación, afectando de cierta manera al personal de la salud y a su vez la atención humana prestada en el desarrollo de sus actividades.

En lo referente al departamento de Cuidado Intensivo, el área está encargada del manejo de pacientes en estado crítico o con indicación de monitoria estricta provenientes de los servicios de urgencias, hospitalización general, salas de cirugía y remisión externa. Actualmente cuenta con 30 camas de UCI para manejo de pacientes en estado crítico y 10 camas para manejo de paciente de cuidado intermedio (indicación de monitoria). Participan 19 médicos especialistas de los cuales 4 tienen supraespecialidad en medicina crítica y cuidado intensivo, 10 médicos generales, 9 terapeutas respiratorias, 20 profesionales de enfermería, 60 auxiliares de enfermería, 4 camilleros, 8 personas encargadas de servicios generales y una secretaria. En los últimos 3 años la rotación de personal asistencial ha sido amplia esencialmente porque la remuneración

actual no es competitiva comparada con las demás instituciones del mercado.

El ingreso a la Unidad de cuidado intensivo (UCI) no es una experiencia que involucra exclusivamente al paciente; esta involucra a su familia, en el manejo de diferentes aspectos difíciles de tratar como el estrés, temores y expectativas inciertas, convirtiéndose en personas vulnerables. Es por esto que el cuidado de la familia dentro de una UCI es tan importante como el cuidado del paciente. La percepción de un manejo eficaz, podría facilitar una buena comunicación y relación con el personal de salud, lo cual favorece aspectos como la toma de decisiones con el cuidado del paciente, así como expectativas realistas asociadas con la recuperación del ser querido. (Tarquino Díaz, 2014)



MARCO METODOLÓGICO

Metodología de teoría fundada

La teoría fundada, se conoce como teoría fundamentada o *Grounded Theory*, corresponde a uno de varios diseños en la investigación cualitativa, implementándose entre otros, en los estudios relacionados con ciencias de la salud; tienen como objetivo el estudio de fenómenos sociales en contextos naturales, generar teorías que puedan explicar un fenómeno estudiado. (Vivar, Arantzamendi, López-Dicastillo, & Gordo Luis, 2010)

Se desarrolló cuando los sociólogos Glaser y Strauss aplicaron por primera vez la metodología a finales de los años sesenta, los cuales explicaban que se crea teoría a partir de datos que son sistemáticamente identificados y analizados, se conceptualizan como tal y evitan la generación de conclusiones a partir de una teoría lógica deducida. (Vivar, Arantzamendi, López-Dicastillo, & Gordo Luis, 2010) (Glaser & Strauss, 1967) (Sandoval Casilimas, 2002)

Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de tecnologías

La transferencia de conocimiento y tecnología comprende la creación, análisis, almacenamiento y recopilación de la misma para transferirlo a organizaciones en la creación de productos o servicios nuevos, así como mejorar diferentes procesos estándar, lo anterior genera beneficios importantes para la sociedad, ya que permite dinamizar la innovación, posibilita el desarrollo de una economía basada en el conocimiento, garantizando el bienestar de los ciudadanos. (Vásquez González, 2017)

Investigación aplicada a la resolución de problemas locales

La investigación comprende el trabajo creativo llevado a cabo de forma sistemática para generar conocimiento, incluido el conocimiento del humano, cultura y sociedad, así como el uso de los mismos para crear nuevas teorías, aplicaciones y algunos hacia un objetivo práctico específico (Abello Llanos, 2009), un ejemplo es la investigación orientada a problemas, el cual actualmente es un tema de interés actual en el contexto de las políticas públicas para la ciencia y tecnología.

La investigación que promueve información orientada a la solución de problemas, tiene como fin la creación de diferentes soluciones y/o condiciones para un mejor aprovechamiento de los resultados, generando impactos importantes a nivel socioeconómico, logrando así una relación más fluida entre las actividades de investigación y la sociedad que se beneficia por los resultados presentados. (Abeledo, 2003)

Como se mencionó anteriormente, la búsqueda de información orientada a la resolución de problemas locales, identifica conocimiento en el contexto de una aplicación y ayuda a la sociedad, pero su desarrollo no excluye la posibilidad que estas produzcan además avances en el conocimiento fundamental (Abeledo, 2003), ante este escenario la investigación tradicional no será tan efectiva. (Abeledo, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior, se utilizará este tipo de metodología en el presente trabajo, ya que se pretende obtener resultados sobre la teoría que conduzcan al beneficio social en el marco de una correcta atención de pacientes y familiares en una unidad de cuidados intensivos. (Cuañat Giménez, 2007).

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Objetivo Principal:

- Identificar y establecer estrategia para mejorar la satisfacción de los pacientes y familiares que ingresan a la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Clínica San Rafael, en cuanto al trato humano recibido por parte del personal de salud.

Objetivos Específicos:

- Dignificar el trato ofrecido por parte del personal en salud del Hospital Universitario Clínica San Rafael a los pacientes y familiares.
- Fomentar la cultura de humanización dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo de la Institución.
- Proveer las condiciones necesarias para el desarrollo del programa de humanización.
- Apoyar al personal de salud en la atención de los pacientes y familiares por medio del desarrollo, coach y acompañamiento continuo.

Hoy por hoy los sistemas de salud se han visto obligados a adaptarse y a realizar transformaciones para enfrentar los retos derivados de los cambios sociodemográficos, el aumento de las patologías crónicas y el advenimiento de los avances tecnológicos, que han hecho que las necesidades y expectativas en salud de la población sean más apremiantes y costosas, sin embargo, los recursos para enfrentarlas cada vez son más limitados y el mercado se ha hecho

más exigente y competitivo, incluso esta situación se ha convertido en un tema de gran preocupación para los gobiernos. El personal colaborador de una organización prestadora de servicios de salud diariamente se enfrenta a la toma de decisiones difíciles que tienen impacto clínico y económico, muchas veces sin alinearse con los objetivos organizacionales, reflejando su frustración con los pacientes y sus familiares.

De acuerdo a lo descrito en el planteamiento del problema, se pretende crear un plan de humanización entre el personal de salud, pacientes y sus familiares buscando a través de acciones cotidianas la prestación de un servicio digno, cálido y respetuoso. Actualmente el Hospital Universitario Clínica San Rafael se encuentra en un proceso de negociación con la organización National Clinics, perteneciente al grupo TRIBECA, con la intención de lograr una fusión y posiblemente conformar una red integrada de servicios de salud. Esta nueva estructura apoya este tipo de mejoramiento continuo por lo que se cuenta con el apoyo de la Institución.

Conscientes de la importancia que tiene situar a los pacientes, sus familiares y personal de salud como eje de las políticas sanitarias, se pretende con el plan de humanización propuesto mejorar la relación entre los tres actores con su entorno. Sin renunciar a la calidad técnico-científica que garantiza y que pone valor al servicio de salud se quiere extender el servicio teniendo en cuenta a las personas como eje central a lo largo de todo el proceso asistencial haciendo que los pacientes se sientan bien tratados, manifiesten su gusto por la buena atención recibida y reconozcan la cultura del buen trato.

La unidad de cuidados intensivos aborda un momento clave en la asistencia sanitaria como lo es el manejo de pacientes en estado crítico, el acompañamiento a pacientes en la etapa final de su vida y contempla dimensiones como la información, la comunicación y el entorno

relacionando todos los ámbitos asistenciales.

Promover continuamente la mejora de la humanización en el Hospital Universitario Clínica San Rafael se convierte en un objetivo adicional de la compañía, especialmente en la unidad de cuidados intensivos. Para ello debe existir un liderazgo enfocado en el desarrollo de objetivos específicos para cumplir el objetivo global que es la humanización, teniendo en cuenta no solo un buen trato si no temas internos importantes como la forma de contratación de la gente y cómo se hacen las relaciones laborales.

Por lo anterior, se propone implementar líneas de trabajo que ayuden al cumplimiento de los objetivos planteados, las cuales varían de acuerdo a la Institución que lo desarrolla. En la literatura se encuentran varias propuestas:

1. El grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI, plantea 7 líneas estratégicas para obtener una certificación para su certificación: UCI de puertas abiertas, Comunicación, bienestar del paciente, cuidados al profesional, síndrome post cuidados intensivos, cuidados al final de la vida e Infraestructura humanizada (HU-CI, Velasco, Heras, Ortega, & Gómez, 2017).
2. La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba, España, propone un plan llamado “1 año, 12 meses para compromisos”, en el cual se plantea un objetivo por mes, así: Diciembre: La H-UCI solidaria –mercado navideño a beneficio de médicos sin fronteras; Enero: Musicoterapia en la H-UCI; Febrero: Cuidando al profesional; Marzo: H-UCI de puertas abiertas; Abril: La H-UCI sale de la UCI; Mayo: Compartir experiencias; Junio: Ver el paisaje; Julio: Rompiendo barreras con la familia; Agosto: Tecnologías para los pacientes; Septiembre: Respeto

- a la intimidad del paciente; Octubre: La vida al salir de laH-UCI; Noviembre: Una H-UCI para todos. (de la Fuente-Martos, et al., 2017)
3. La estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra que contempla todo el sistema de atención, propone cinco líneas estratégicas: 1. Línea de cultura de la humanización; 2. Línea de calidez de trato, 3. Línea de información-comunicación, 4. Línea de adecuación del entorno y 5. Línea de directrices para la gestión. (Ansa Erice, Díez Espino, & all, 2017)
 4. El plan de humanización del Hospital Vall d'Hebron en Barcelona es uno de los proyectos estratégicos propone responder a las necesidades del paciente, con edificios energéticamente eficientes, un entorno favorable para la curación, buena climatización, espacios verdes, señalización adecuada, uso de luz natural, encaminado a reducir ruidos, reducir emisiones a la atmósfera, reducir vertidos y reducir el consumo de energía. (Hospital Vallhebron, n.d.)
 5. El plan de humanización 2018 del Hospital Universitario Virgen del Rocío ubicada en Andalucía, España, propone: 1. Implantar la personalización del médico dentro de la Institución; 2. Facilitar el acompañamiento, incluyendo horario de visitas entre el paciente y su familia; 3. Implicar a las personas en la toma de decisiones compartida; 4. Procurar la intimidad y confortabilidad de los pacientes; 5. Desarrollar competencias humanísticas y relacionales en los profesionales. (Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2018)
 6. La estrategia de humanización del servicio de Oncología del Instituto Nacional de Cancerología en Colombia, desarrolla líneas de información, comunicación y diálogo;

Línea de Infraestructura y ambiente físico; Línea de acción en la dimensión del usuario externo; Línea de derechos y deberes; línea de apoyo espiritual y emocional. (Instituto Nacional de Cancerología, 2016)

7. La Clínica del Norte en Colombia, ha implementado unos de los esquemas españoles, además creó la Fundación Humanizando las unidades de cuidados intensivos (FHUCI), el 14 de junio del 2016, cuyo propósito es fomentar y establecer acciones humanizadas para el bienestar físico, psicológico, afectivo, emocional y espiritual de los enfermos críticos, familiares, cuidadores y profesionales sanitarios que conviven en las unidades de cuidado intensivo. (La Opinion, 2016)

Son bastantes las líneas estratégicas que pueden tenerse en cuenta al momento de humanizar las unidades de cuidado intensivo ya que todas ellas permiten un amplio margen de mejora. Tener una acreditación de este tipo requiere un gran compromiso de la Institución y del personal de la salud, todo ello enfocado al paciente y su familia. Los elementos de trabajo que deberá enfocarse el Hospital Universitario Clínica San Rafael serán:

- **Comunicación:** la comunicación entre los profesionales, las familias y los pacientes. Al interior del Hospital se debe trabajar por una buena comunicación entre médicos especialistas, médicos de apoyo, auxiliares de enfermería, jefes de enfermería, terapeutas físicas y respiratorias y especialistas de otras áreas, realizando una correcta entrega de turno trabajando entre todos logrando una comunicación efectiva.
- **Flexibilización:** Se tendrá en cuenta el control de las visitas, se monitoreará y controlará, pero no se limitará el horario y acompañamiento de las mismas, adaptando el servicio a la

condición de duelo que presentan los pacientes y familiares, se invitará a la presencia y participación de los familiares en el cuidado de los pacientes, eliminando barreras.

- **Tecnología:** Usar herramientas de tecnología para facilitar la comunicación entre los pacientes que no pueden hablar y familiares o profesionales de la salud. Comunicación por internet para los pacientes que tienen familiares fuera del país, minimizando la ruptura que se genera al estar en una UCI.
- **Infraestructura:** Ofrecer un espacio físico para entrega de información y toma de decisiones difíciles. Implementar campañas de manejo de ruido, revisando el volumen de las alarmas, sonido de los teléfonos, controlando las conversaciones nocturnas, iluminación de las camas de UCI así como de las zonas comunes.
- **Bienestar al paciente:** Implementar protocolos de sedación, manejo e intervención del delirio, ofrecer apoyo espiritual y psicológico, campañas de musicoterapia dentro de la estadía en la UCI y posterior seguimiento una vez sale del área tratando de normalizar lo más rápido posible la vida del paciente, programando sesiones de fisioterapia, prevención del delirio, rehabilitación neuropsicológica, coach antes de salir del hospital.
- **Bienestar a los colaboradores:** Crear programas de bienestar dentro de la Institución, manejo del estrés, relaciones conflictivas, trabajo en equipo, compasión, implementación de encuesta sobre el Síndrome de Burnout.

CONCLUSIONES

Actualmente se identifica una oportunidad de mejora importante con respecto a la relación que existe entre una institución prestadora de servicios en salud, su personal administrativo, los profesionales en salud y los pacientes con sus familiares, lo cual evidencia una necesidad importante de humanizar la prestación de servicio entre todos los actores del sistema de salud, para ello se requiere un compromiso personal y colectivo por humanizar la comunicación, la flexibilidad en el horario y acompañamiento, uso de tecnologías, infraestructura, ambiente y bienestar del profesional, para así mejorar la satisfacción de los pacientes y familiares que ingresan a la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Clínica San Rafael, dignificando su trato.

Es profundamente relevante que las instituciones prestadoras de servicios de salud (y también las universidades y demás instituciones que forman profesionales en salud) implementen capacitaciones en humanización, con énfasis en temáticas fundamentadas en la atención y formación del personal. Para lograr contextos de salud más humanizados se necesitan líderes que posean una serie de actitudes, conocimientos, motivaciones, experiencias y habilidades, como conducción de grupos, resolución de conflictos, organización del trabajo y comunicación, además la capacidad de generar cambios, de valorar y aprovechar las diferencias y potencialidades de las personas, de extrapolar el liderazgo a todas las situaciones de la vida, de ser ejemplo para los demás, de autoevaluarse y tener autoconocimiento, entre otras. Sin embargo, lo más importante es que quien desee humanizar debe caracterizarse por tener un proyecto personal dirigido a generar bienestar en diversas áreas de interacción (social, familiar, laboral, etc.).

En las Unidades de Cuidados Intensivos cada vez se considera más relevante incorporar prácticas que promuevan la atención centrada en la dimensión humana del paciente y su familia. Anteriormente estas prácticas dependían de la voluntad de los profesionales de turno, pero actualmente el concepto de humanización se ha traducido en un elemento de diferenciador que cada vez se considera más imprescindible. Esto se evidencia en capacitaciones y programas educativos dedicados exclusivamente a sensibilizar y educar a los profesionales en estos temas, así como la creciente producción de publicaciones científicas en torno a estos aspectos. La suma de factores técnicos, psicológicos y de infraestructura confluyen en un servicio que no solo resulta humano para los pacientes sino también para los profesionales de la salud. Los profesionales médicos y de enfermería, así como el resto del personal sanitario, que trabajan situaciones de personas con enfermedad severa, de cuidados críticos se pueden beneficiar de la de la reflexión y capacitación sobre el beneficio de una atención humanizadora.

Como se mencionó anteriormente, la situación actual del Hospital Universitario Clínica San Rafael es un reflejo de la realidad dentro del contexto local y regional: la crisis financiera que azota al área de la salud, sumada a la baja percepción de calidad, evidencian deficiencias propias de centros de salud latinoamericanos. Esto implica evaluar soluciones que, aunque puedan estar basadas en acciones realizadas en otros contextos (por ejemplo, el europeo o el norteamericano) sepan adaptarse a la realidad del país. En el contexto colombiano es necesario encontrar un equilibrio entre la búsqueda de beneficios económicos para el sector salud, y la de un servicio en el que prime una atención humanizadora, teniendo en cuenta las necesidades y dinámicas propias de un país con las condiciones socioeconómicas como Colombia. La necesidad de humanizar la

salud tampoco debe ser vista como un elemento problemático, o como un simple requisito, sino que puede ser abordado como una oportunidad de solucionar vacíos educativos, profesionales y técnicos.

Por último, cabe también preguntarse por las causas estructurales que han propiciado la profundización en la percepción de un servicio de salud poco humano. Aunque abordar dicha problemática requeriría un análisis interdisciplinario muy amplio y profundo, se considera pertinente realizar investigaciones que aborden y cuestionen la relación de los servicios de salud con una visión mercantil del mundo y de las personas, y exclusivamente basado en la búsqueda de beneficios económicos.



RECOMENDACIONES

La buena comunicación es básica para desarrollar cualquier actividad en la prestación de un servicio. Se debe escuchar activamente, retroalimentar a los pacientes y familiares sobre los cuidados realizados, invitando al trabajo en conjunto, compartiendo información clara, cómoda sobre la evolución diaria del paciente, así como la socialización de las características de atención de la unidad incluyendo el horario de los familiares admitidos en las visitas de la unidad (Gómez, 2015).

La humanización y el uso de la tecnología deben implementarse conjuntamente, ya que estas ayudan a mejorar las condiciones de los pacientes y pueden incrementar la satisfacción en la atención de los mismos, sin embargo, no es conveniente usar todo el poder de la tecnología para la humanización en salud, debido a que siempre será más importante el contacto personal entre los actores involucrados en la prestación en salud frente a los pacientes y sus familiares (Ariza, 2011).

Será prioritario seguir lo que menciona el Ministerio de la Protección Social, en cuanto a que se debe promover la cultura de la humanización de los servicios, preparación del personal, prestación de servicio a usuarios internos y externos, y orientar a los empleados al hábito de respeto y dignidad humana (Becerra & Pulido, 2012).

Con el fin que sea sostenible el proceso de humanización a lo largo del tiempo, se debe dedicar y planear un buen esquema de trabajo dedicado al bienestar de los profesionales en la salud, fortalecer el trabajo en grupo, crear en ellos competencias y habilidades emocionales para el correcto manejo de la frustración, crear incentivos con base en los resultados de satisfacción del cliente, así mismo, crear programas para un buen seguimiento del síndrome post-UCI

minimizando cualquier evento no esperado en la recuperación de los pacientes.



©Universidad Ean: SNIES 2812 | Vigilada Mineducación | Personería Jurídica Res. n°. 2898 del Minjusticia - 16/05/69

El Nogal: Cl- 79 n°. 11 - 45 | NIT: 860.026.058-1

Centro de contacto: (+57-1) 593 6464 | Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia, Suramérica

universidadean.edu.co



BIBLIOGRAFÍA

Abeledo, C. (2003). Investigación orientada a la solución de problemas: relevancia y desafíos para países en desarrollo. *SciELO*.

Abello Llanos, R. (2009). La Investigación en Ciencias Sociales: Sugerencias prácticas sobre el proceso. *Investigación y Desarrollo Vlm 17*.

Ansa Erice, I., Díez Espino, J., & all, e. (2017). <http://www.navarra.es>. Retrieved from Estrategia de humanizacion del sistema sanitario: http://www.navarra.es/NR/ronlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf

Ariza, C. (2011, 12 4). *Scielo*. Retrieved from Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006

Becerra, S., & Pulido, M. (2012, 06). *Iberoamericana Corporación Universitaria*. Retrieved from Diseño de una campaña pedagógica de humanización en salud: <http://repositorio.iberoamericana.edu.co/bitstream/001/474/1/Dise%C3%B1o%20de%20una%20campa%C3%B1a%20pedag%C3%B3gica%20de%20humanizaci%C3%B3n%20en%20salud.pdf>

Beltrán Salazar, Ó. (2009, Jun). <http://www.scielo.org.co>. Retrieved from La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003

Bermejo, J. (1998, 08 14). *Humanizar*. Retrieved from Estres y Burn-out en los profesionales de la salud de unidades de cuidado crítico: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_Estres_y_burn-out.pdf

Canizales Caicedo, M. T. (2016). *Impacto del currículo en las concepciones sobre la humanización de la salud en los estudiantes de enfermería de la unidad central del Valle*

del Cauca. Obtenido de Universidad Católica de Manizales:
<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1630/Marco%20Tulio%20Canizales%20C.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Congreso de la Republica de Colombia. (1993, 12 23). *Secretaria Senado*. Retrieved from Ley 100: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Cortés, D., & Serrezuela Tamayo, A. J. (2008, October). Nivel de Satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una Institución de cuarto nivel de atención en salud, en Bogotá. Bogotá, Colombia.

Cortes, J. (2015). *Universidad CED*. Retrieved from Aporte de la humanización a los servicios de salud en la E.S.E. en el área de urgencias del Centro Hospital Divino Niño de San Andrés de Tumaco: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4253/1/Salud_E.S.E_hospital_divino_nino.pdf

Cuñat Giménez, R. J. (2007). *Universidad de La Rioja*. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/>: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2499458.pdf>

de la Fuente-Martos, C., Rojas-Amezcu, M., Gómez-Espejo, M., Lara-Aguayo, P., Morán-Fernandez, E., & Aguilar-Alonso, E. (2017, 11 11). *www.medintensiva.org*. Retrieved from Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos: <http://www.medintensiva.org/es-implantacion-un-proyecto-humanizacion-una-articulo-S0210569117302206>

Diaz Cardenas, S., Buelvas Montes, L. A., De la Valle Archibold, M., & Bustillo Arrieta, J. M. (2016). *www.redalyc.org*. Retrieved from Archivos de Medicina (Col) : <https://www.redalyc.org/html/2738/273849945008/>

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. New Brunswick.

Gómez, L. (2015, 06 03). *Recercat Dipòsit de la Recerca de Catalunya*. Retrieved from El

paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia:
https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Llu%C3%ADs_G%C3%B3mez_G%C3%B3mez.pdf?sequence=1

Guanais, F. C., Regalia, F., Perez-Cuevas, R., Harris, D. O., Pinto, D. M., Pinzón, L., . . . al., e. (2018, Agosto). *iadb*. Retrieved from Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe: <https://publications.iadb.org/en/desde-el-paciente-experiencias-de-la-atencion-primaria-de-salud-en-america-latina-y-el-caribe>

Hospital Universitario Virgen del Rocío. (2018, 06). Retrieved from Plan de Humanización 2018: <https://hospitaluvroci.es/wp-content/uploads/2019/01/Plan-Humanizacion-HUVR-2018.pdf>

Hospital Vallhebron. (n.d.). Retrieved from Plan de humanizacion: <https://www.vallhebron.com/es/el-campus/proyectos-estrategicos/plan-de-humanizacion>

HU-CI, G. d., Velasco, J., Heras, G., Ortega, Á., & Gómez, V. (2017, 11). *Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos*. Retrieved from Humanizando los cuidados intensivos: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

Instituto Nacional de Cancerología. (2016, 10). Retrieved from Plan de Humanizacion: https://www.cancer.gov.co/Planeacion/2018/PLAN_DE_HUMANIZACION.pdf

Instituto Nacional de Cancerología. (2016, 10). Retrieved from Plan de Humanizacion: https://www.cancer.gov.co/Planeacion/2018/PLAN_DE_HUMANIZACION.pdf

Joven, Z. (2017). *Universidad Nacional de Colombia*. Retrieved from Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos decuidado humanizado en enfermería: <http://bdigital.unal.edu.co/56941/7/zulimilenajovenbeltran.2017.pdf>

La Opinion. (2016, 11 24). *Crean fundación para humanizar unidades de cuidados intensivos*,

- pp. <https://www.laopinion.com.co/cucuta/crean-fundacion-para-humanizar-unidades-de-cuidados-intensivos-123205#OP>.
- Pallarés, A. (2003). *Tesis Doctorales de Xarxa*. Retrieved from El mundo de las unidades de cuidados intensivos: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8436/Pallares.pdf>
- Portafolio. (2018, 10 13). Portafolio. *Colombia entre los últimos de América Latina en calidad de salud*.
- Ramírez, C., & Myriam Parra. (2011). *Universidad Nacional de Colombia*. Retrieved from Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861>
- Sandoval Casilimas, C. (2002, Diciembre). *ARFO Editores e Impresores Ltda*. Retrieved from Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social - Investigación Cualitativa: <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Tarquino Díaz, L. (2014, Noviembre). *Universidad del Rosario*. Retrieved from Repositorio: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1>
- Vásquez González, E. (2017). Transferencia del conocimiento y tecnología en universidades. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 76.
- Vivar, C., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Gordo Luis, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index de Enfermería (Edición Digital)*.

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo MARIO ENRIQUE GONZALEZ MOJICA

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 80.243310

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INTENSIVO

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).


Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio


Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizo (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>Mario Enrique Gaviria Merino</u>	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: <u></u>	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>80.243.310</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: <u>ADMINISTRACIÓN</u>	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>MBA SALUD</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: _____	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: _____	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

Fecha de firma: 
12-XI-2019.