

**HUMANIZACION DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACION EN CLINICA NUESTRA CON RELACION AL
LIDERAZGO INSTITUCIONAL**

Participantes:

**ANDRES FELIPE RUEDA QUINTERO
PAOLA ALEXANDRA MONCADA SANTAFE
MAGDA ODETTE CLAVIJO VASQUEZ**

**UNIVERSIDAD EAN
ESPACIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
IBAGUE**

2019

**HUMANIZACION DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACION EN CLINICA NUESTRA CON RELACION AL
LIDERAZGO INSTITUCIONAL**

Participantes:

**ANDRES FELIPE RUEDA QUINTERO
PAOLA ALEXANDRA MONCADA SANTAFE
MAGDA ODETTE CLAVIJO VASQUEZ**

**Proyecto de grado como requisito para optar el título de
ESPECIALISTAS EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**UNIVERSIDAD EAN
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
IBAGUE**

2019

CONTENIDO

| | Pág. |
|-------------------------------|---|
| TITULO | 2 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA | 5 |
| 2. OBJETIVO GENERAL | 6 |
| 2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS | 6 |
| 3. CRONOGRAMA | 7 |
| 4. PRESUPUESTO | 8 |
| 5. METODOLOGIA | 9 |
| 5.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO | 9 |
| 6. MARCO TEORICO | 10-12 |
| 6.1 MARCO HISTORICO | Error! Bookmark not defined. 12-14 |
| 6.2 MARCO LEGAL | 15-17 |
| 7. INSTRUMENTOS | 18-26 |
| 8. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA | 27-28 |

TITULO

HUMANIZACION DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CLINICA NUESTRA CON RELACION AL LIDERAZGO INSTITUCIONAL

RESUMEN

Objeto del estudio: Establecer cómo influye el tipo de liderazgo en la atención humanizada por parte del personal de hospitalización de Clínica Nuestra. **Metodología:** El tipo de investigación es correlacional, mide el grado de relación entre el estilo de liderazgo Institucional de la Clínica Nuestra y la influencia de este en la prestación del servicio por parte de los profesionales de la salud en el área de hospitalización. La relación que existe entre el personal de salud y un paciente es un vínculo que ha tenido múltiples interpretaciones de cuál es la ideal, pero trascendiendo esto, se convierte en la base para que se forme ese vínculo entre la persona que requiere de ayuda y el prestador de servicios de salud. Se tomaron herramientas en el estudio: la encuesta para identificar perfiles de Liderazgo y el cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos.

Palabras clave: Humanización, Estilos de liderazgo Institucional, personal de salud, servicios de Hospitalización.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

Para cuando se habla del ser humano siempre se debe especificar un componente integro, viéndolo como un ser biopsicosocial, es por esto que cuando una de estas líneas se ve alterada y esta requiere de una atención y cuidados especiales se hace evidente la importancia de cuidados por profesionales en el área de la salud para que en consecuencia se retome el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización mundial de la salud, s.f.).

Es innegable que los tiempos cambian y que las relaciones son dinámicas, y que esto hace que la atención de un médico a un paciente conlleve modificaciones de acuerdo a la cultura en la cual nos situemos. Lo que no se altera es la dignidad intrínseca que existe en el ser humano, y muchas veces un saludo, una sonrisa, una mirada del médico puede generar una atención completamente diferente, aunque sea de 15 minutos (Zeppelin, 2016).

La relación que existe entre el personal de salud y un paciente es un vínculo que ha tenido múltiples interpretaciones de cuál es la ideal, pero trascendiendo esto, se convierte en la base para que se forme ese vínculo entre la persona que requiere de ayuda y el prestador de servicios de salud.

No obstante, Colombia no se encuentra alejada de la deshumanización en los servicios de salud, Para Juan Carlos Giraldo quien representa al gremio de los prestadores de salud de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), el tema de la deshumanización pasa por un desplazamiento motivado por lo financiero:” si el sector logra

resolver los problemas financieros que tiene, deberá girar luego en torno a un eje: el humanismo que ha ido perdiendo”. Así las cosas, la preocupación por los asuntos financieros como consecuencia del instinto de supervivencia institucional e individual de quienes intervienen en el sector salud, ha desplazado el eje del mismo sistema, pues de ser el usuario el centro del mismo, pasó a ocupar un lugar periférico, siendo hoy el eje de dicho sistema lo puramente financiero (López, 2014).

Según un estudio de la pontificia universidad javeriana en el 2017 El término humanización se ha utilizado en Colombia principalmente con relación a tres escenarios: la guerra, la educación y la salud.

En el escenario de la salud es donde más se habla de humanización hoy en Colombia. La falta de un verdadero acceso a una atención en salud oportuna y de calidad, así como las crecientes quejas sobre el mal proceder y abusos de muchos profesionales de la salud, han convertido a este escenario en terreno de desesperación, angustia, impotencia y rabia.

La mayor parte de la responsabilidad de este estado es porque las corporaciones y empresas han hecho de la salud un negocio rentable donde prima la ganancia económica sobre la social y humana.

Es interesante observar que el Ministerio de Salud y la Protección Social, en su Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario (GONZÁLEZ, 2011). Colombia, incorpora “nuevos estándares de humanización, promoción y prevención específicos, odontológicos y para hospitales universitarios”. Lo que quiere decir que humanizar la salud se ha tornado parte de los procesos de acreditación, que tienen que ver más con la racionalidad empresarial y menos con una verdadera transformación del sistema (Amado, 2017):

En los sistemas de salud se encuentra siempre un grupo de personas que lideran los procesos, ocupando la mayor cobertura en las necesidades que requiere ser intervenida, es

por eso que estas personas ocupan un lugar indispensable para el fortalecimiento de la unidad de trabajo para así lograr las metas, objetivos, misión y visión institucional.

Por estas razones, el liderazgo en el sector salud se está constituyendo en un factor que contribuye a la prestación de servicios con altos estándares de calidad, como prioridad internacional para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. Diversos estudios e informes ponen en evidencia lo anterior, por ejemplo, un artículo referente al sistema de salud, hace referencia a la identificación de cinco competencias de liderazgo necesarias para los profesionales de enfermería que se encuentran en altos cargos directivos, estos son el conocimiento de sí mismo, la visión estratégica, la toma de riesgos y creatividad, la comunicación interpersonal eficiente y ser un líder inspirador de cambio, utilizando como referente el liderazgo y los servicios de salud, desde la perspectiva de análisis es necesario abordar el liderazgo desde las investigaciones realizadas en torno a la gestión de las instituciones y el liderazgo como competencia de los trabajadores en los servicios de salud (Ingebrigtsen T, 2014):

En consecuencia, de esto se hace necesaria la práctica del liderazgo efectivo institucional para la mejora continua y lograr una calidad en la atención dando gran importancia al servicio humanizado.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Frente a esta realidad, nace la incertidumbre sobre ¿en la actualidad los servicios prestados en el servicio de hospitalización de la Clínica Nuestra sede Ibagué tienen un trato humanizado con relación al tipo de liderazgo?

2. OBJETIVO GENERAL

Establecer cómo influye el tipo de liderazgo en la atención humanizada por parte del personal de hospitalización de Clínica Nuestra.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el grado de humanización en la atención en salud por parte del personal asistencial en hospitalización de la Clínica Nuestra, Ibagué.

Reconocer cuál es el tipo de liderazgo que utiliza la Clínica Nuestra con sus colaboradores del área asistencial en el servicio de hospitalización.

3. CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | | FEBRERO | | | | MARZO | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | |
|-------------|--|---------|-------|-------|-------|-------|------|---|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Planteamiento del anteproyecto | | ----- | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Primera entrega de anteproyecto | | | | ----- | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Busqueda de referencias bibliograficas | | | ----- | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Construccion del marco teorico | | | | | ----- | | | | | | | | | | | |
| 5 | Elaboracion de objetivos y metodologia | | | | | | ---- | | | | | | | | | | |
| 6 | Segunda entrega de anteproyecto | | | | | | | | ----- | | | | | | | | |
| 7 | Diseño de cronograma y presupuesto | | | | | | | | | ----- | | | | | | | |
| 8 | Elaborar o ajustar instrumento para la recolección de información | | | | | | | | | | ----- | | | | | | |
| 9 | Tercera entrega del anteproyecto | | | | | | | | | | | | ----- | | | | |
| 10 | Analisis y aplicación de las observaciones por parte del docente a cargo | | | | | | | | | | | | | ----- | | | |
| 11 | Sustentación del Proyecto | | | | | | | | | | | | | | ----- | | |

4. PRESUPUESTO

| DETALLE DE MATERIALES | | | | | |
|--|----------|----------------|-----------------------------|------------|---------------|
| Descripción | Cantidad | Valor unitario | Recursos | | TOTAL |
| | | | Fuente 1 | | |
| | | | Especie | Dinero | |
| Aportes Institucion de Apoyo - papeleria - impresiones | 600 | 150 | Recursos propios - efectivo | 90.000 | \$ 90.000,00 |
| Aportes Institucion de Apoyo - lapiceros | 60 | 1000 | Recursos propios - efectivo | 60.000 | \$ 60.000,00 |
| Transporte - visitas al sitio de estudio, reuniones grupo de investigacion | 4 | 8.000 | Recursos propios - efectivo | 288.000 | \$ 288.000,00 |
| TOTAL | | | \$ - | \$ 438.000 | \$ 438.000,00 |

| DETALLE DE PRESUPUESTO DE PERSONAL | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|--------------------------|-------|-----------|----------------------------|------------|------------------|
| Nombre | Función en el proyecto | Dedica ción (horas/ mes) | meses | Valor mes | Recursos | | TOTAL |
| | | | | | Fuente 1 | | |
| | | | | | Especie | Dinero | |
| PAOLA MONCADA | AUTOR INVESTIGADOR | 18 | 3 | 2.500.000 | Recursos propios- efectivo | 7.500.000 | \$ 7.500.000,00 |
| ANDRES RUEDA | AUTOR INVESTIGADOR | 18 | 3 | 2.500.000 | Recursos propios- efectivo | 7.500.000 | \$ 7.500.000,00 |
| MAGDA CLAVIJO | AUTOR INVESTIGADOR | 18 | 3 | 2.500.000 | Recursos propios- efectivo | 7.500.000 | \$ 7.500.000,00 |
| TOTAL | | | | | \$ | 22.500.000 | \$ 22.500.000,00 |

| RESUMEN DEL PRESUPUESTO | | | |
|-------------------------|----------------------|--------|----------------------|
| RUBROS | FUENTES | | TOTAL |
| | Fuente 1 | | |
| | Especie | Dinero | |
| Personal | \$ 22.500.000 | | \$ 22.500.000 |
| Materiales | \$ 438.000 | | \$ 438.000 |
| Otros , imprevistos | \$ 100.000 | | \$ 100.000 |
| TOTAL | \$ 23.038.000 | | \$ 23.038.000 |

5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación que se ha planteado demuestra que es un trabajo de tipo correlacional ya que mide el grado de relación entre el estilo de liderazgo Institucional de la Clínica Nuestra y la influencia de este en la prestación del servicio por parte de los profesionales de la salud en el área de hospitalización.

5.2 POBLACIÓN

La población de esta investigación la contemplan los profesionales del área de la salud del servicio de Hospitalización en la Clínica Nuestra de la ciudad de Ibagué.

5.2.1 MUESTRA

La muestra de esta investigación es no probabilística, Intencional.

6. MARCO TEORICO

6.1 DEFINICIONES

HUMANIZACIÓN

La humanización hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual, mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia. De esta manera, se encuentra asociada con las relaciones que se establecen, al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo (Hoyos Hernández PA, 2008).

ATENCIÓN EN SALUD

El Decreto 1011 de 2006, la define, como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Presidencia de la República, s.f.).

ETICA MÉDICA

La ética médica es aquella rama de la ética que se ocupa de promover los principios éticos que regulan la actividad de la medicina para que siempre prevalezca una actuación correcta de los profesionales de la salud en relación a los pacientes que tratan (Quevedo FJL, 1997).

LIDERAZGO

Según (Burns, s.f.)“Liderazgo es el proceso que influye sobre los miembros de un equipo, una organización, u otro; para garantizar y/o transformar el desarrollo de las actividades a realizar, con el objetivo de dar cumplimiento a lo programado”.

Si analizamos esta definición vemos que la influencia debe ejercerla alguien, que en este caso es el “líder”, y que además existen otras personas que son los seguidores de ese líder, los cuales estarán dispuestos a seguirlo en caso que satisfagan sus necesidades y/o intereses.

Apreciamos que entre ambos, líderes y seguidores, existe una diferencia de poder, contando los primeros con la posibilidad de tener además del poder legítimo que le da el cargo, con otros poderes como el de experto, el de sancionar, el de premiar y el de referencia.

Las posibilidades de liderazgo se incrementarán en la medida que el líder pueda ejercer un número mayor de fuentes de poder. Lo anterior no elimina el poder de los seguidores, que consiste en aplicar distintas variantes en la realización de sus actividades.

Es necesario destacar que todo el que dirige o administra no es un líder, para ello debe desarrollar determinados aspectos como: credibilidad, habilidades humanas, comunicar valores, sensibilidad ante sus seguidores, con su acción transformar el medio y/o el *colectivo, o sea, ser un agente de cambio, y otros aspectos que no siempre son desarrollados* por los administradores, incluso aun estos últimos con buenos resultados de trabajo.

TIPOS DE LIDERAZGO

Según, (Goleman, 2000), señala que la verdadera función que define a un **líder efectivo** es su capacidad para obtener resultados.

El experto identifica seis estilos de **liderazgo** que tienen su origen en un componente de la inteligencia emocional y advierte que los líderes más efectivos no

solamente se conforman con seguir uno de ellos, sino que son capaces de adaptarse según lo requiera su empresa. Los estilos son los siguientes.

1. Autoritario

Es un líder efectivo para situaciones de mucha presión o crisis y se enfoca en conseguir resultados en el menor plazo posible. Este personaje tiene todo el poder y los miembros del equipo nula oportunidad de aportar ideas. A largo plazo puede causar desmotivación y fuga de talentos.

2. Democrático

Recarga al 100% la toma de decisión en el equipo de trabajo, todo es consensuado y cada miembro de la organización puede proponer y sugerir. Este estilo es usado cuando un líder acaba de llegar a una organización, aunque es importante que desarrolle una visión estratégica y una capacidad para escuchar activamente a todas las voces. Corre el riesgo de que su equipo se pierda en la búsqueda de una decisión.

3. Afiliativo

Favorece el clima laboral y la confianza entre los integrantes de un equipo. Desarrolla vínculos estrechos y personales con los colaboradores, quienes pasan a ser “familia”. Prioriza las relaciones de las personas antes que los objetivos. Es ideal cuando un equipo es nuevo o padeció muchas presiones o golpes de confianza. Abusar de este estilo puede traer problemas de productividad y claridad en el desempeño del grupo.

4. Timonel

Predica con el ejemplo y corrige el rumbo de una organización. Es protagónico en todo momento y es alguien que ya conoce la estructura de una

organización y la usa a su favor. El riesgo es acortar el talento y desarrollo profesional de los miembros, pues no impulsa un cambio.

5. Coaching

Usa la capacitación y desarrollo de talento como base de su liderazgo. Genera un ambiente de constante aprendizaje, invierte en la capacitación de sus miembros y muestra interés genuino por cada uno de ellos. Permite márgenes de error porque sabe que es el precio a pagar para cubrir procesos y cambios clave. Fomenta dinámicas de retroalimentación. La desventaja es que demanda mucho tiempo en la implementación de muchos procesos y mejoras continuas. En situaciones de crisis no se puede ejercer.

6. Visionario

Inspira a los miembros de su organización a seguirlo en su visión de las cosas. Mueve masas y permea sus ideas en organizaciones, ya que tiene una imagen clara hacia dónde hay que dirigirse e intenta que el equipo comparta esta misma forma de ver el futuro. Mejora el ambiente de trabajo. Es recomendable utilizarlo en situaciones de transición importantes dentro de una empresa en donde sea necesaria una alta motivación e implicación del equipo. **Steve Jobs** fue líder de este tipo.

6.2 MARCO HISTORICO

- **Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991, Julián Darío Santacruz Bravo, junio 2016.**

La humanización versus deshumanización de la calidad de la atención clínica en los servicios de salud, ha llamado la atención de todos los sectores de la sociedad colombiana en los últimos años. La falta de sensibilización frente a los procesos sociales, que incluyen un adecuado tratamiento de los procedimientos en salud, infiere la presencia de algunos elementos que atentan contra la calidad de vida de los usuarios. Este artículo busca interpretar hasta qué punto los derechos de los enfermos, tal como están concebidos, responden fielmente con la recuperación de la salud, y con ella, la humanización del servicio.

Los primeros hallazgos de esta investigación demuestran cada vez más la insuficiencia de un modelo de calidad en la atención enfocado en el persona como proceso, por otro lado, el usuario de la salud sigue siendo entendido como un *organismo enfermo*, aislado, un *cuerpo* desprovisto de su singularidad y restringido al conocimiento técnico-científico que rodea la experiencia clínica lo que lo aleja cada vez mas de sus derechos fundamentales en el marco de una democratización de la salud. En conclusión, hablar de humanización en la calidad de la atención clínica en salud, es poner toda la producción de sus servicios al alcance de la mano de los pacientes, y no al contrario, recuperar la dignidad humana, no es otra cosa que, concentrar todos los esfuerzos en el *sujeto* del paciente y no en su exterior.

- **HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD**, Claudia Elena Ceballos Bolívar, Susana Gutiérrez González, Trabajo de Salud Pública, Medellín, 2012

Realizar una revisión bibliográfica y un sondeo de opinión sobre la humanización de la atención en salud, y crear un nuevo espacio de reflexión, que favorezca la relación entre el personal de salud y el paciente, como una forma de contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

- **LIDERAZGO EN LOS SERVICIOS DE SALUD**, Olga Pinzón Espitia, Mayo 2014, Revista Ciencia y Salud. ISSN 2145-5333.

El liderazgo en los servicios de salud, implica comprender el primero como un componente fundamental del proceso de gestión organizacional, como competencia de los trabajadores para impactar la satisfacción laboral y la calidad de la atención. El objetivo de este estudio fue revisar algunos tópicos investigados en los últimos años acerca del liderazgo en los servicios de salud.

La importancia de estudiar el efecto transformador del liderazgo a nivel de las instituciones puede contribuir a la gestión exitosa y a la satisfacción misma de los trabajadores, conllevando a plantear la necesidad de consolidar programas de formación en habilidades y competencias de liderazgo para favorecer mejores resultados en las instituciones de servicios de salud. Las ventajas relativas del liderazgo como un proceso en las organizaciones conllevan al empoderamiento de equipos, lo cual se podrá ver reflejado en el rendimiento mismo de los equipos.

Es fundamental el papel que desempeñan los departamentos de educación de los hospitales los cuales al articularse con la dirección estratégica de las organizaciones, en pro de la gestión y la eficacia de los procesos, pueden generar programas de formación en habilidades de liderazgo para favorecer mejores resultados institucionales.

6.3 MARCO LEGAL

- ***Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia.***
Resolución 123 versión 003 del 14 de julio del 2011

8.4 Grupo de estándares de gerencia del talento humano (del 104 al 120), El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es: Que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios. Para ello, la organización cuenta con procesos de:

- Identificación y respuesta efectivas a las necesidades del talento humano.
- Planeación del talento humano institucional.
- Desarrollo de estrategias para promover la seguridad del paciente, la humanización de la atención y el enfoque de riesgo.
- Educación continuada.
- Evaluación competencias y desempeño.
- Mejoramiento de la salud ocupacional y seguridad industrial.
- Evaluación sistemática de la satisfacción del cliente interno.
- Desarrollo de la transformación cultural.

Esto incluye:

- Garantizar competencias del talento humano en el rol que desempeña en la institución.

- Empoderar el talento humano para asumir las responsabilidades que le han sido asignadas.

- Aplicar los procesos al talento humano, incluidos todos los colaboradores de la institución, independientemente de la modalidad de vinculación.

- Acondicionar las áreas y puestos de trabajo para mejorar el desempeño de los colaboradores de la institución.
- Desarrollar estrategias para promover la comunicación y el diálogo permanente.

- Implementar estrategias para evaluar la transformación cultural.

- Aplicar los procesos al talento humano, incluidos todos los colaboradores de la institución, independientemente de la modalidad de vinculación.
 - Acondicionar las áreas y puestos de trabajo para mejorar el desempeño de los colaboradores de la institución.
 - Desarrollar estrategias para promover la comunicación y el diálogo permanente.

 - Implementar estrategias para evaluar la transformación cultural.

- Que la organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño del talento humano alineado con los objetivos y las metas institucionales. Para el efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico, de manera sistemática, con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad. Esto incluye:
 - La definición de un plan con objetivos y estrategias, basado en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.
 - La determinación de procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades.
 - La monitorización del mejoramiento de los procesos mediante la medición de resultados.

- La divulgación y el despliegue de los resultados del mejoramiento hacia los trabajadores de la institución.

- ***Resolución 4343 del 19 de diciembre del 2012***, Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.

Los derechos, deberes y responsabilidades de los pacientes, usuarios del sistema, profesionales e instituciones prestadoras del servicio.

La posibilidad que les asiste a los pacientes de obtener una segunda opinión. La posibilidad que les asiste a los pacientes de poder solicitar y obtener un resumen escrito de su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y cuidados recibidos.

El derecho que tienen los usuarios a la continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todas las instituciones prestadoras del servicio que puedan estar implicadas en su diagnóstico, tratamiento y cuidado.

- **RESOLUCION 13437 DE 1991.** Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

Que corresponde a la dirección Nacional del Sistema de Salud, como ente rector, desarrollar las políticas, planes y proyectos y las normas técnico administrativas para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud, que propendan por la humanización de la atención en salud, por ser un servicio público a cargo de la Nación.

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 en esta resolución

7. INSTRUMENTOS DE VALORACION

7.1 Instrumento #1

Instrumentado basado en (Boyatzis, s.f.)

Perfil de Estilos de Liderazgo: ¿Cuál es su MIX?

Marque con un **(SI)** aquellos comportamientos de cada uno de los estilos que usted considera habituales en la actuación de la persona evaluada. Solamente los comportamientos habituales, no los esporádicos o excepcionales. Sume el número total de **(SI)** para cada estilo y rellene la tabla resumen final.

| ESTILO 1: Comportamientos característicos | ¿Habituales? SI/NO |
|--|-------------------------------|
| Propone y comunica con claridad los propósitos, misiones y objetivos de la organización | |
| Descubre los intereses de sus colaboradores y los orienta hacia el objetivo común | |
| Adapta la Visión y las estrategias de la organización a las exigencias de la realidad | |
| Identifica los impedimentos y resistencias al avance de la organización con el fin de eliminarlos o sortearlos | |
| Construye su proyecto sobre el optimismo, la esperanza en el futuro y el compromiso de sus colaboradores | |
| Da un amplio margen de libertad para que cada persona avance a su manera hacia la consecución de los objetivos | |
| Sabe convertir la visión general de organización en visiones más concretas a nivel función o equipo de trabajo | |
| Recuerda constantemente a sus colaboradores cual | |

| | |
|--|--|
| es la Visión y los objetivos prioritarios a fin de que vean “el bosque sobre los árboles” (Alineación) | |
| Es honesto y transparente en las comunicaciones hacia sus colaboradores | |
| Se identifica con apasionamiento con las visiones y estrategias de su empresa que vive como propias | |
| TOTAL COMPORTAMIENTOS HABITUALES | |

| ESTILO 2: Comportamientos característicos | ¿Habituales? SI/NO |
|--|-------------------------------|
| Se interesa por las motivaciones y los objetivos profesionales de sus colaboradores | |
| Focaliza sus esfuerzos en conseguir un equipo de colaboradores crecientemente preparado, integrado y competitivo. | |
| Ofrece retroalimentación tanto positiva como negativa sobre la forma en que sus colaboradores realizan su trabajo | |
| Es exigente y minucioso en su labor de “formador” de otros a los que pide que den lo mejor de si Mismos | |
| Identifica los puntos fuertes de sus colaboradores con el propósito de promover su crecimiento Personal. | |
| Conecta las motivaciones de las personas de su unidad con los objetivos a medio y largo plazo de la misma. | |
| Exige superar continuamente las metas conseguidas con el objetivo de “despertar” y poner en acción nuevas y mejores competencias | |
| Construye su influencia en sus dotes y habilidades de descubrimiento de talentos y capacitación de Personas | |

| | |
|---|--|
| Utiliza los fracasos de las personas como estímulos | |
| para su superación (Construye sobre el error) | |
| Delega responsabilidades y resultados como mecanismo para dar autonomía y capacidad de decisión a las personas de su unidad | |
| TOTAL COMPORTAMIENTOS HABITUALES | |

| ESTILO 3: Comportamientos característicos | ¿Habituales? SI/NO |
|---|-------------------------------|
| Influye en los demás a través de cultivar y mantener una sintonía emotiva con sus colaboradores | |
| Considera la vida personal y profesional como un todo indisoluble y actúa en consecuencia. | |
| Conoce bien a sus colaboradores y establece con ellos vínculos de confianza y proximidad. | |
| Se esfuerza por satisfacer de forma simultánea las necesidades de las personas y los objetivos de su organización | |
| Trabaja activamente para conseguir armonía, cohesión y sinergia como forma de asegurar una competitividad sostenible en el tiempo | |
| Está presente y ofrece su apoyo en los momentos de crisis y dificultades personales | |
| Cultiva un clima de trabajo en el que prevalecen la fidelidad a la Misión, la ayuda mutua y la importancia central de la persona | |
| Mantiene una comunicación abierta y honesta sobre los objetivos de su unidad y su relación con las expectativas de las personas. | |
| Facilita y promueve activamente las conductas de colaboración y compromiso entre los miembros de su unidad | |

| | |
|--|--|
| Da sentido al trabajo de los individuos aun en tareas burocráticas y personalmente poco estimulantes | |
| TOTAL COMPORTAMIENTOS HABITUALES | |

| ESTILO 4: Comportamientos característicos | ¿Habituales? SI/NO |
|---|-------------------------------|
| Escucha, respeta y considera atentamente las opiniones de los demás antes de opinar/decidir | |
| Busca la participación activa de las personas involucradas a la hora de proponer planes concretos de acción | |
| Comparte con su equipo sus visiones y objetivos con el propósito de lograr un máximo acuerdo sobre los mismos | |
| Mantiene una “actitud democrática” en la gestión de los asuntos de su unidad | |
| Gestiona bien las reuniones de trabajo a fin de conseguir elevada participación y a la vez alta eficiencia | |
| Sabe asumir la responsabilidad de decidir personalmente en momentos de urgencia pero explica a “posteriori” las razones de su decisión | |
| Acepta como natural su insuficiente conocimiento de varios temas y la necesidad de escuchar atentamente a las personas expertas y en muchos casos delegarles la decisión final. | |
| Busca activamente las opiniones de los demás como fuente de ideas frescas y novedosas que mejoren sus propias opciones y soluciones | |
| Actúa de forma razonada y razonable como base en la que sustentar un dialogo fructífero con otras personas | |

| | |
|---|--|
| Gestiona con delicadeza pero a la vez con firmeza las situaciones de conflicto entre personas e intereses. diversos | |
| TOTAL COMPORTAMIENTOS HABITUALES | |

| ESTILO 5: Comportamientos característicos | ¿Habituales? SI/NO |
|--|-------------------------------|
| Espolea continuamente a su equipo para superar los resultados de la competencia | |
| Diseña y pone en marcha estrategias especialmente agresivas e innovadoras para conseguir sus objetivos | |
| Ejemplifica con su conducta un estilo atrevido, activo y claramente ganador. | |
| Considera a las personas como recursos organizativos de los que hay que obtener un rendimiento optimo | |
| Conseguir resultados visibles es su prioridad, el precio a pagar por ellos (tensión, esfuerzo,..) es una consideración secundaria. | |
| Supervisa de cerca las operaciones de su equipo para asegurarse que se hacen “a su manera” | |
| Le gusta ser el centro de atención de su equipo y que se reconozca públicamente su valía | |
| Ante el fracaso personal le cuesta reaccionar, se bloquea, puede culpar a los demás o hasta reaccionar con violencia | |
| Cambia sus objetivos muy rápidamente y sin previo aviso pudiendo generar confusión en sus seguidores | |
| Exige que todos hagan lo que él es capaz de hacer y no entiende que algunos no le sigan | |
| TOTAL COMPORTAMIENTOS HABITUALES | |

| ESTILO 6: Comportamientos característicos | ¿Habituales? SI/NO |
|--|-------------------------------|
| Muestra una gran confianza en si mismo y seguridad a la hora de tomar decisiones, especialmente en momentos de crisis | |
| Es incansable y muy tenaz a la hora de conseguir los objetivos propuestos | |
| Delega actividades y tareas pero no la autoridad para modificar o ajustar las decisiones ya tomadas. | |
| Es protector con las personas que le obedecen, respeta a los que abiertamente le contradicen pero no perdona a los que le engañan. | |
| Su comportamiento suele ser “excesivo” sea cual sea la actividad a que se dedique | |
| Le gusta que las cosas se hagan a su manera y acepta con dificultad que se contradigan sus ordenes | |
| Es parco en dar retroalimentación y cuando la ofrece es normalmente para poner de manifiesto lo que no funciona. | |
| No acepta los fracasos personales ni la sugerencia de que está equivocado en su forma de ver el mundo. | |
| Cambia de opinión en función de cuál es su estado de ánimo creando desconcierto en sus seguidores | |
| Es poco consciente respecto al clima “toxico” y tenso que puede crea a su alrededor (incomprensiblemente para sus subordinados) | |
| TOTAL COMPORTAMIENTOS HABITUALES | |

Tabla de resultados y su interpretación **:

1. Todos y cada uno de nosotros tenemos una determinada distribución de Estilos de Liderazgo. Es nuestro “MIX”
2. Alguno de ellos suele ser dominante y por lo tanto aparece de forma habitual en nuestro comportamiento como directivos.
3. Otros aparecen de forma muy esporádica y/o solamente en alguna de sus conductas.
4. Circunstancias distintas exigen comportamientos distintos y por ello la “flexibilidad de estilo” es indispensable para ejercer el Liderazgo de forma eficaz.
5. Un Líder eficaz se “mueve con normalidad” como mínimo en tres de los seis estilos propuestos. Hasta en los potencialmente tóxicos, cuando las circunstancias lo requieren
6. Cada estilo está asociado a unas competencias soporte y por lo tanto depende de ellas para su ejercicio.

| Estilo | Total conductas habituales | Ranking de resultados (1-6) |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <i>Estilo 1:</i> VISIONARIO | | |
| <i>Estilo 2:</i> TUTORIAL | | |
| <i>Estilo 3:</i> AFILIATIVO | | |
| <i>Estilo 4:</i> DEMOCRATICO | | |
| <i>Estilo 5:</i> TIMONEL | | |
| <i>Estilo 6:</i> AUTORITARIO | | |

7.2 Instrumento #2

Instrumento basado en (Correa, 2002)

*Formación de líderes en humanización en salud
Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, 2007.*

ANEXO 2 TAREA 1. Identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos¹ (Correa, 2002)

El siguiente Cuestionario tiene como objetivo identificar su percepción sobre las necesidades de humanización en salud en la institución donde trabaja. Los factores que debe valorar son: ambiente, relación trabajador de la salud-paciente, atención al paciente y su familia, relaciones entre compañeros de trabajo y el trabajador de la salud y la institución.

Para contestar a las preguntas, deberá escoger una sola opción de respuesta entre las cuatro (4) opciones posibles que se le presentan. Para esto, marque con una "X" la opción que mejor refleje su respuesta, así:

- 0: No hay problema, la situación es satisfactoria.
- 1: Hay dificultades, necesita atención.
- 2: Es un factor crítico, requiere atención en corto tiempo.
- 3: Es prioritario, urgente, uno de los más importantes de atender.

| DATOS GENERALES | | | |
|-----------------|-----------------------|--------------|--|
| Sujeto No. ____ | Género: F ____ M ____ | Institución: | |
| | Profesión: | Ocupación: | |

| AMBIENTE | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Limpieza y orden en pasillos | | | | |
| 2. Limpieza y orden en salas de espera | | | | |
| 3. Ambiente en salas de espera | | | | |
| 4. Ventilación del lugar de trabajo | | | | |
| 5. Señalización | | | | |
| 6. Aspecto de los consultorios | | | | |
| 7. Vías de acceso a los consultorios | | | | |
| 8. Iluminación | | | | |
| 9. Decoración y ambientación | | | | |
| 10. Espacios para trabajadores | | | | |
| 11. Uso de carteleras | | | | |
| 12. Control de olores | | | | |

| RELACIÓN TRABAJADOR DE LA SALUD-PACIENTE | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 13. Comunicación entre trabajadores de la salud y paciente | | | | |
| 14. Orientación e información de los trabajadores de la salud al paciente | | | | |
| 15. Información a la familia del paciente | | | | |
| 16. Soporte y escucha al paciente | | | | |
| 17. Amabilidad y acogida al paciente | | | | |
| 18. Respeto de los Derechos del paciente | | | | |

| ATENCIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 19. Tiempo de espera para conseguir una cita | | | | |
| 20. Tiempo de espera para recibir atención médica | | | | |
| 21. Flujo de historias clínicas | | | | |
| 22. Atención de los vigilantes al paciente y su familia | | | | |

¹ Prohibida su reproducción parcial o total. Protegido por Derechos de Autor.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| familia | | | | |
| 23. Atención de las secretarías y cajeras al paciente y su familia | | | | |
| 24. Atención de auxiliares de enfermería al paciente y su familia | | | | |
| 25. Atención de enfermeras al paciente y su familia | | | | |
| 26. Atención de médicos al paciente y su familia | | | | |
| 27. Sistema de orientación e información | | | | |

| RELACIONES ENTRE COMPAÑEROS DE TRABAJO | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| 28. Comunicación | | | | |
| 29. Lealtad | | | | |
| 30. Conflictos de grupo | | | | |
| 31. Comentarios, murmuraciones, chismes | | | | |
| 32. Cooperación | | | | |
| 33. Solidaridad | | | | |
| 34. Manejo de la autoridad | | | | |
| 35. Participación en actividades de integración | | | | |
| 36. Trabajo en equipo | | | | |

| EL TRABAJADOR Y LA INSTITUCIÓN | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| 37. Sentido de pertenencia | | | | |
| 38. Satisfacción con la institución | | | | |
| 39. Nivel de motivación | | | | |
| 40. Claridad en las funciones | | | | |
| 41. Nivel de compromiso | | | | |
| 42. Inducción y acogida | | | | |
| 43. Vocación por el trabajo | | | | |
| 44. Niveles de estrés | | | | |
| 45. Posibilidades de capacitación | | | | |
| 46. Bienestar y recreación | | | | |
| 47. Liderazgo | | | | |
| 48. Satisfacción con el puesto de trabajo | | | | |

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amado, E. D. (2017). *La deshumanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá, DC: Pontificia Universidad Javeriana.
- Boyatzis, D. G. (s.f.). *Recursos autoevaluación - Mireia Poch Coaching Solidario*. Obtenido de <http://www.mireiapoch.com/mireiapochweb/wp-content/downloads/ejercicios/LEAD%20Cuestionario%20Estilos%20Liderazgo%20%5BPerfi%20estilos%20liderazgo%20%20C2%BFcual%20es%20su%20mix%3F%2C%20Castellano%5D%20.pdf>
- Burns, J. M. (s.f.). *Concepto, características y estilos de Liderazgo*. Obtenido de <https://www.gestiopolis.com/concepto-caracteristicas-estilos-liderazgo/>
- colombia, m. d. (s.f.).
- Correa. (2002). Identificación de necesidades de humanización.
- Goleman, D. (2000). *Leadership That Gets Results* . HBR.
- GONZÁLEZ, M. I. (2011). *Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
- Hoyos Hernández PA, C. R. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y Educación*, 215-218.
- Ingebrigtsen T, G. A.-W. (2014). The impact of clinical leadership on health information technology adoption: systematic review. *International Journal of medical informatics*, 393-405.
- López, U. B. (1 de Octubre de 2014). *La deshumanización de los servicios de salud en Colombia*. Obtenido de <http://ulahybeltranlopez.blogspot.com/2014/10/la-deshumanizacion-de-los-servicios-de.html>
- Organización mundial de la salud*. (s.f.). Obtenido de <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Presidencia de la República, D. 1. (s.f.). Obtenido de http://proteccionpml.com/intro/index.php?option=com_content&view=article&id
- Quevedo FJL, R. E.-V. (1997). *Hacia una medicina más humana*. Médica Panamericana.
- Zeppelin, M. (12 de agosto de 2016). *La deshumanización de la salud*. Obtenido de <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/la-deshumanizacion-de-la-salud>

