



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Humanización de la atención en los diferentes servicios médicos, asistenciales y
administrativos de la Clínica las Vegas en Medellín, Antioquia. Año 2024**

María Camila Martínez Grajales

Informe de práctica presentado para optar al título de Trabajadora Social

Asesora

Yunia María Manco López, Magíster (MSc) en Terapia Familiar y de Pareja

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Trabajo Social

Medellín, Antioquia, Colombia

2025



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Cita

(Martínez Grajales, 2025)

Referencia

Martínez Grajales, M. C. (2025). *Humanización de la atención en los diferentes servicios médicos, asistenciales y administrativos de la Clínica Las Vegas en Medellín, Antioquia. Año 2024*. [Informe de práctica]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Clínica Las Vegas de Medellín por brindarme la oportunidad de realizar mi práctica profesional en una institución comprometida con la calidad humana en la atención en salud. Fue un espacio enriquecedor donde pude crecer tanto profesional como personalmente.

Agradezco especialmente a mi acompañante institucional, Leandra Cristina Saavedra, por su orientación constante, su disposición y por compartir conmigo su conocimiento y experiencia. Su apoyo fue fundamental para el desarrollo de este proyecto y para mi proceso formativo.

Gracias por confiar en mí y permitirme aportar a los procesos de humanización en la atención en salud.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 8 |
| Abstract..... | 9 |
| Introducción | 10 |
| 1 Contextualización..... | 11 |
| 1.1 Principios de conducta ética (Primero, las personas)..... | 12 |
| 1.2 Misión “Somos la salud, persona a persona” | 12 |
| 1.3 Visión..... | 13 |
| 1.4 Historia Clínica las Vegas | 13 |
| 1.5 Valores corporativos | 14 |
| 1.6 Organigrama..... | 14 |
| 1.6.1. Dirección Médica..... | 15 |
| 1.6.2. Dirección Comercial | 15 |
| 1.6.3. Dirección administrativa y financiera..... | 15 |
| 1.6.4. Dirección de gestión humana | 16 |
| 1.6.5. Dirección ciclo económico y cliente..... | 16 |
| 1.7 Políticas institucionales..... | 16 |
| 2.Planteamiento del problema ¿Por qué es importante hablar de humanización en la atención en salud?..... | 18 |
| 3 Justificación..... | 20 |
| 4 Objetivos | 23 |
| 4.1 Objetivo general | 23 |
| 4.2 Objetivos específicos | 23 |
| 5 Marco teórico conceptual..... | 24 |
| 6 Metodología | 27 |

| | |
|---|----|
| 6.1. Recolección de información..... | 27 |
| 6.2. Encuesta | 28 |
| 6.3. Observación Participante..... | 29 |
| 6.4. Observación no participante..... | 29 |
| 7 Hallazgos..... | 31 |
| 7.1 Proyección de la situación..... | 33 |
| 7.2 Recursos y medios de acción existentes y potenciales/ Capacidad instalada que posee la institución..... | 34 |
| 7.3 Determinación de prioridades..... | 34 |
| 7.4 Análisis de contingencias | 35 |
| 7.5 Estrategias y líneas de acción..... | 35 |
| 8 Resultados | 37 |
| 8.1. Logros relevantes..... | 37 |
| 8.2. Proyecto de práctica CLV | 39 |
| 9 Conclusiones | 41 |
| 10 Recomendaciones | 43 |
| Referencias..... | 44 |
| Anexos | 46 |

Lista de tablas

Tabla 1 Descripción de actividades e impacto 39

Siglas, acrónimos y abreviaturas

| | |
|--------------|--|
| CLV | Clínica Las Vegas |
| NPS | Net Promoter Score |
| PPSS | Política de Participación Social en Salud |
| PQRSF | Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones |
| UdeA | Universidad de Antioquia |

Resumen

Este documento presenta el desarrollo del proyecto de práctica profesional llevado a cabo por la estudiante María Camila Martínez Grajales en la Clínica Las Vegas de Medellín, desde el área de experiencia al usuario, bajo el enfoque del Trabajo Social. La intervención tuvo como eje central la humanización de la atención en salud, buscando fortalecer las relaciones entre el personal tanto clínico como administrativo y los usuarios de los diferentes servicios, a través de procesos de capacitación, participación institucional y análisis de experiencias.

Durante este proceso formativo, se realizó acompañamiento constante en la implementación de estrategias dirigidas al cliente interno, enfocado a mejorar los indicadores de trato, fomentar la empatía y promover el bienestar integral de los pacientes y sus acompañantes. Además, se propusieron diversas alternativas innovadoras como el uso de herramientas audiovisuales y el diseño de un proyecto de arteterapia, contribuyendo al fortalecimiento de la política de humanización de la institución.

Este documento recoge los principales avances, logros y dificultades enfrentadas, al tiempo que plantea acciones de mejora y proyección de impacto a futuro, con el fin de consolidar una atención en salud más cálida, respetuosa y centrada en las personas.

Palabras clave: humanización, cliente interno, arteterapia, atención en salud.

Abstract

This document presents the development of the professional practice project carried out by student María Camila Martínez Grajales at Clínica Las Vegas in Medellín, within the user experience department and under the approach of Social Work. The core focus of the intervention was the humanization of healthcare, aiming to strengthen relationships between both clinical and administrative staff and the users of various services through training processes, institutional participation, and experience analysis.

Throughout this formative process, continuous support was provided in the implementation of strategies targeting internal clients, aimed at improving service interaction indicators, fostering empathy, and promoting the overall well-being of patients and their companions. Additionally, several innovative alternatives were proposed, such as the use of audiovisual tools and the design of an art therapy project, contributing to the strengthening of the institution's humanization policy. This document outlines the main advancements, achievements, and challenges faced, while also proposing improvement actions and projecting future impact, with the goal of consolidating a more compassionate, respectful, and person-centered healthcare approach.

Keywords: humanization, internal client, art therapy, healthcare.

Introducción

Este proyecto de práctica se desarrolló en la Clínica las Vegas (CLV) de la ciudad de Medellín, Antioquia, que cuenta con diferentes estrategias para la humanización de la atención desde su actual política de humanización, a lo que se quiere llegar con esta es a que el enfoque de la atención en el ámbito de la salud evolucione hacia una perspectiva que priorice la dignidad y el bienestar del paciente, así como su tratamiento y/o diagnóstico. Dicha humanización no sólo implica ofrecer un servicio de calidad a sus usuarios, sino también fomentar un ambiente donde cada persona, sea paciente o parte del personal de la clínica, se sienta valorado y escuchado.

La humanización de la atención en salud implica más que un simple acto de cortesía o cordialidad; pasa a ser un compromiso con el bienestar integral del paciente, donde se deben priorizar no solo sus necesidades físicas, sino también sus emociones y su dignidad. Esto con el fin de promover una relación más cercana y empática entre personal de la salud, en este caso Clínica las Vegas, con sus pacientes, lo que puede llevar a mejores resultados clínicos, hablando de efectividad de tratamientos y a una mayor satisfacción en la experiencia de los usuarios/pacientes.

El presente proyecto de intervención busca visibilizar estrategias de humanización que no son consideradas aún por diferentes instituciones de salud, así como las diferentes problemáticas que afectan indicadores de trato en la CLV con el fin de minimizarlas y de-construirlas obteniendo mejores resultados.

1 Contextualización

La importancia de hablar de humanización en la atención médica, asistencial, administrativa: A lo largo del tiempo se puede evidenciar una des-humanización en la atención en salud, esto, probablemente por la mecanización y automatización de los servicios, considerando que son casos o temas que pueden ser repetitivos y hasta un poco monótonos. Lo que se busca con los protocolos y políticas de humanización es justamente intentar que esto no sea así, de que antes de tratar a un usuario como paciente se dé un trato como persona, sujeto de deberes, derechos y valores, teniendo empatía, poniéndose en el lugar de los usuarios que presentan vulnerabilidades y buscando un punto en donde prime la profesionalidad, pero a la vez se cree un entorno de confianza y cercanía con los usuarios y pacientes.

La inmersión en este sector y un debido rastreo bibliográfico, hizo posible identificar diferentes razones por las cuales la humanización en el sistema de salud ha pasado a un segundo plano, esto, puede ser primero, debido a sobrecargas y la creciente demanda de atención, lo que puede generar que el personal se concentre únicamente en lo técnico ya que no cuenta con el suficiente tiempo para generar una interacción real, segundo, puede deberse a la falta de formación a personal enfocada principalmente en las personas, considerando que, la humanización empieza desde el cliente interno, por esto, es importante abordar los diferentes temas con ellos, puesto que de estos depende que el servicio sea de calidad y brinde satisfacción en la experiencia del usuario. Esto, implementado desde acciones propias como el cuidado del lenguaje corporal, el autocuidado de los trabajadores como seres sentipensantes, el cuidado de la mente y de las emociones puesto que, de ello va a depender la manera en cómo se vea y el trato que se dé a los que están a nuestro alrededor, teniendo en cuenta pequeñas acciones que pueden pasar desapercibidas pero que realmente marcan la diferencia en el momento de la atención.

Se empezará aquí a abordar contexto a cerca de la institución en mención, puesto que desde su misión abarca todo lo que implica la humanización de los servicios y la importancia de esta, lo primero es mencionar que la Clínica Las Vegas, parte del Grupo Quirón Salud, es un centro médico que se destaca por ofrecer una amplia gama de servicios de salud, incluyendo especialidades médicas y quirúrgicas. Este grupo es conocido en España por su compromiso con la calidad en la atención sanitaria y la innovación, actualmente es propietario de varios centros médicos en Colombia y busca hacer de estos los mejores.

1.1 Principios de conducta ética (Primero, las personas)

El principal objetivo del grupo Quirónsalud es el de prestar servicios integrales de salud a las personas que confían en sus servicios, ya sean los de asistencia sanitaria o los de prevención de riesgos laborales, en un contexto de excelencia en cuanto a adecuación y efectividad de los medios diagnósticos y terapéuticos empleados, al trato humano y la eficiencia de la organización y el uso de recursos.

Este principio obliga a disponer de infraestructuras adaptadas a las actividades que en ellas se realizan, a emplear siempre la tecnología más avanzada y de probada eficacia, a utilizar las mejores técnicas disponibles, a contar con excelentes profesionales y a comprometerse con la formación continua y el desarrollo profesional. Todo esto se conjuga con la investigación científica más rigurosa, imprescindible para prestar una asistencia sanitaria de excelencia.

Trato brindado de la mejor forma en lo humano y en lo asistencial a los pacientes y a sus acompañantes, esto implica una labor de acompañamiento en el proceso de prevención, curación o dolencia. Cada persona es única y debe contemplarse su situación personal cuando es tratada en cualquiera de los centros del grupo Quirón, los profesionales merecen también el mejor trato, el trato más humano y el mejor de los desarrollos profesionales, esperando de su parte, esfuerzo por dar el mejor trato, que estén motivados en su formación práctica y que actúen con lealtad al grupo Quirónsalud.

1.2 Misión “Somos la salud, persona a persona”

Su misión parte de cuidar la salud y el bienestar de las personas, poniendo a disposición servicios sanitarios y de prevención de riesgos laborales de máxima calidad con los mejores profesionales, unas modernas estructuras hospitalarias, unos avanzados medios tecnológicos y unos innovadores procesos de atención.

1.3 Visión

Desarrollar una identidad sólida y una imagen propia, que genere reconocimiento y orgullo de pertenencia.

Tener una red eficiente de centros y hospitales, que ofrezca una atención integral, efectiva y adecuada a las necesidades de salud de los pacientes y sustentada en la excelencia asistencial, tecnológica y humana.

Colaborar con el sistema público de salud para que nuestros hospitales y centros médicos puedan satisfacer las necesidades de una mayor parte de la población

Promover la innovación, la investigación y la docencia con el objetivo de continuar siendo referentes en los avances médicos y asistenciales.

Buscar la mejora constante de la calidad en el equipo tecnológico, humano y asistencial de todos nuestros centros.

Los anteriores, son los objetivos planteados por el Grupo Quirón en los diferentes centros de salud que lidera y maneja, desde la clínica las Vegas se puede evidenciar que su propósito superior es en conclusión principal y primordialmente “Construir juntos un futuro sostenible de salud y bienestar para las personas”.

1.4 Historia Clínica las Vegas

1989: Se consolidaron como un proyecto de clínica y consultorios

1990: Se inició la construcción

1992: Abrieron sus puertas a los usuarios oficialmente

1993: Comienza a funcionar la fase II con 70 nuevos consultorios y 21 habitaciones

2010: Se inauguró la fase III, área con modernas instalaciones para mayor comodidad.

2011: Se inauguraron las nuevas instalaciones de los servicios de imagenología y urgencias, centro de emergencias y trauma.

2014: Se implementó la categoría premium en clínica las Vegas

2017: Cumplieron 25 años ofreciendo sus servicios médicos

2018: Ingresa al ranking de las mejores clínicas de Latinoamérica

2019: El grupo español QuironSalud adquiere más del 95% de las acciones de inversiones médicas de Antioquia

1.5 Valores corporativos

Básicamente se rigen por pilares que sustentan su forma de actuar, trabajar y hacer las cosas. Hablan sobre la manera que tienen de entender la salud y la relación que tienen con las personas. Estos pilares son los que buscan marcar una diferencia y los que muestran como tal su identidad como institución:

- Lo primero las personas: cada paciente es único y merece una atención personalizada y centrada en sus necesidades.
- Equipo: ambiente de colaboración donde cada miembro del equipo contribuye al bienestar del paciente, trabajando en sinergia para ofrecer el mejor servicio.
- Apasionados: equipo comprometido con su labor, lo que se traduce en una atención entusiasta y dedicada.
- Innovadores: Buscan constantemente nuevas formas de mejorar sus servicios y tratamientos, incorporando tecnología y métodos vanguardistas.
- Comprometidos: ofrecer la más alta calidad en atención médica, siempre dispuestos a ir más allá por el bienestar de los pacientes.
- Cercanos: creando un ambiente de confianza y empatía donde los pacientes se sientan cómodos y escuchados.
- Profesionales: equipo altamente cualificado que actúa con ética y profesionalismo en cada interacción.

1.6 Organigrama

CEO Grupo QuironSalud

Dirección QuironSalud Colombia

Control Interno: Gerencia → jefe jurídica

1.6.1. Dirección Médica

- Jefe departamento de enfermería
- Jefe administrativa hemodinamia y cardiología no invasiva
- Jefe administrativa de internación
- Médico intensivista
- Jefe administrativo de cirugía
- Jefe administrativo de urgencias
- Jefe biomédica y esterilización
- Jefe garantía de calidad
- Director técnico servicio farmacéutico
- Jefe estadística centro documental
- Coordinador de formación
- Jefe del centro regulador

1.6.2. Dirección Comercial

- Contratación y convenios

1.6.3. Dirección administrativa y financiera

- Jefe de contabilidad, costos y presupuesto
- Jefe de proyectos
- Jefe de servicio de alimentación
- Jefe de gestión ambiental y servicios generales
- Jefe de tecnología e informática
- Tesorera

1.6.4. Dirección de gestión humana

- Coordinadora de nómina
- Selección y desarrollo
- Líder de seguridad y salud en el trabajo
- Psicóloga organizacional
- Comunicador organizacional

1.6.5. Dirección ciclo económico y cliente

- Jefe de facturación
- Líder de conciliaciones
- Líder de auditoría
- Jefe de admisiones y autorizaciones
- Líder de experiencia al usuario (Líder de Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Felicitaciones (PQRSF), anfitriones, auxiliar paciente internacional, auxiliar de experiencia al usuario)

1.7 Políticas institucionales

Las políticas institucionales son una directriz, un conjunto de medidas y un guion básico de conducta al que los miembros de la organización deben adscribirse. En ese sentido, forman parte de la identidad de la Clínica y de los valores que determinan la visión particular de la actividad en la que nos centramos: “La Salud persona a persona”. Sirven para cohesionar, organizar y dar un mismo sentido a las distintas actividades que la Clínica lleva adelante.

- Política comunicaciones
- Política calidad
- Política SST
- Política antimicrobianos
- Política clínica sin dolor

-
- Política compensación
 - Política de humanización
 - Política de medio ambiente
 - Política no fumador
 - Política de seguridad del paciente
 - Política de participación Social en Salud (PPSS)
 - Política identificación paciente
 - Política minimizar riesgo de daño
 - Política uso seguro de medicamentos
 - Política de prevención de infecciones
 - Política comunicación efectiva
 - Política de cirugía y procedimiento seguro

El trabajo social desempeña un papel fundamental en la Clínica Las Vegas, contribuyendo de manera significativa al bienestar de los pacientes y sus familias. Algunas de las funciones clave del trabajo social en este contexto son, el apoyo emocional a pacientes y familiares de la mano de psicología, la orientación, acompañamiento, activación de rutas, defensa de los derechos del paciente y el trabajo interdisciplinario para ofrecer una atención integral, asegurando que se aborden tanto las necesidades médicas como las sociales de los pacientes.

Como practicante se me ubicó en la dirección del ciclo económico y del cliente, buscando abordar temas de humanización brindando una atención de calidad, atención focalizada y satisfacción en la experiencia del usuario/paciente y familiares, de la mano de la política de humanización implementada por la institución la cual tiene como propósito garantizar una cultura de humanización bajo principios de trato digno, respeto y reconocimiento del otro como un sujeto de derechos; apoyados en tres estrategias fundamentales relacionadas con el cuidado, formación y bienestar de colaboradores; generación de satisfacción y experiencias memorables para los usuarios, sus acompañantes y comunidad general desde un enfoque inclusivo y diferencial; y un ambiente físico de calidad y sin barreras de acceso.

2.Planteamiento del problema ¿Por qué es importante hablar de humanización en la atención en salud?

Humanizar el cuidado de los pacientes con dolor, tiene como objetivo no menospreciar el dolor o el sufrimiento, no minimizar su queja dolorosa. Aquellas personas que, por sus orígenes sociales, culturales, raciales, expresan o vivencian su sufrimiento de una forma particular, son dignas de toda nuestra atención. Tampoco juzgaremos los medios de los cuales estas personas se valen para expresar su molestia, al contrario, utilizaremos su queja, expresión o reporte, como una información valiosa para establecer un diagnóstico o instaurar un tratamiento que lo alivie. (Montealegre Gómez, 2014, p. 685).

La importancia de humanizar la atención en clínicas y hospitales radica en que los pacientes son personas, no solo diagnósticos. Cuando se les trata con empatía y respeto, se sienten más cómodos y seguros, lo que puede mejorar su experiencia convirtiéndola en memorable al igual que su recuperación. Humanizar la atención significa escuchar sus preocupaciones, reconocer sus emociones y ofrecer un trato amable. Esto ayuda a reducir la ansiedad y el estrés, lo que es fundamental en momentos difíciles. Además, una buena relación entre el personal y los pacientes fomenta la confianza, lo que puede llevar a un mejor cumplimiento de tratamientos y, en general, a mejores resultados de salud.

En resumen, al poner a las personas en el centro de la atención médica, no solo mejoramos su bienestar emocional, sino que también optimizamos su salud física.

Merhy refiere que las instituciones de salud cumplen la función de otorgar cuidados a través de un trabajo vivo, y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios; sin embargo, el acto de cuidar es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud no realizan acciones de cuidado centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos o en la técnica, lo que actualmente ha provocado la crisis de estas instituciones, además se agrega el hecho de que la hegemonía del modelo de acción clínica del médico empobrece y hasta anula las acciones cuidadoras del resto del equipo de salud. (Poblete & Valenzuela, 2007 p. 500).

La comprensión del dolor en pacientes hoy en día ha evolucionado considerablemente. Se reconoce que el dolor no es solo una experiencia física, sino que también tiene componentes emocionales, psicológicos y sociales. Esto significa que cada persona puede experimentar y expresar el dolor de manera diferente. Actualmente, se busca utilizar un enfoque más integral para tratar el dolor, que incluye la evaluación de su origen, la intensidad y cómo afecta la vida del paciente. Además, se valora la importancia de la comunicación abierta entre pacientes y profesionales de la salud para entender mejor las necesidades y preocupaciones de cada individuo.

La humanidad ha dado pasos gigantes en la comprensión de los mecanismos que desencadenan el dolor, en el estudio de la neurofisiología del dolor, en la investigación de medicamentos para tratarlo, en la aplicación de procedimientos invasivos y no invasivos para aliviarlo, en el uso de métodos convencionales, alternativos y complementarios para abordarlo, en el entrenamiento y especialización de profesionales médicos, de enfermería y demás personas que conforman los equipos de salud enfocados en el cuidado de pacientes con dolor; El logro más trascendental ha sido humanizar e individualizar el cuidado de las personas con dolor, personalizando las enfermedades y los diagnósticos, individualizando los pacientes y sus diferentes patologías. (Gómez, 2014. p. 680).

Lo que se busca con la humanización de la atención es generar una experiencia memorable que sea de manera completa, abarcando aspectos del modelo biopsicosocial en salud, el cual busca integrar factores sociales, emocionales, comportamentales además de los físicos y mentales en las prácticas y atenciones médicas.

3 Justificación

La deshumanización en los servicios de clínicas o centros hospitalarios se refiere a la falta de atención y empatía hacia los pacientes y/o usuarios, tratándose más como objetos o casos que como personas con emociones y necesidades. Esto puede tener como causal que el personal médico o asistencial se sienta abrumado por la carga de trabajo, lo que les impide ofrecer un trato personalizado.

La humanización de la salud apunta al objetivo central de orientar la actuación en el mundo de la salud hacia el servicio de la persona enferma, considerándolo en su globalidad personal y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidez, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual. Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano. Siendo más enfáticos, fundamentalmente es el reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, que logre sentirse valorado como persona con todos sus derechos, cuando se le deje de ver como un número y cuando la salud deje de percibirse como un negocio. (Correa, 2016, p. 1229).

Cuando los pacientes son tratados de manera despersonalizada, pueden sentirse invisibles y desvalidos. Esto puede afectar su experiencia de atención médica, su confianza en los profesionales de la salud y, aún más importante, su bienestar físico y emocional. Es crucial que los servicios de salud fomenten una cultura de empatía, donde se valore la relación persona-persona. Escuchar activamente, mostrar compasión y considerar la historia personal de cada paciente son elementos clave para contrarrestar la deshumanización que se evidencia en diferentes servicios y brindar un cuidado más integral y humano.

Es de gran relevancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentadas en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global. Teniendo en cuenta que el proceso

cognitivo es importante, no debemos olvidar que el ser humano es la esencia de las profesiones en salud. (Correa, 2016 p. 1230).

Abordar la humanización en una clínica de tercer nivel como la Clínica Las Vegas es importante porque es parte del día a día tratar con personas que están pasando por momentos difíciles, de vulnerabilidad. Cuando los pacientes se sienten escuchados y valorados, no solo se sienten mejor, sino que también confían más en el personal que les brinda atención. En una clínica de este tipo, donde se manejan casos más complejos, es fácil que los médicos y enfermeras se enfoquen solo en la enfermedad y se olviden de la persona detrás de ella, por diferentes causales. Pero si se toma en cuenta el bienestar emocional y físico de los pacientes, se puede mejorar su recuperación y la experiencia general en la clínica.

Además, un ambiente más humano puede reducir la ansiedad y el estrés, tanto en pacientes como en el personal. Al final, todos quieren ser tratados con respeto y dignidad, y eso puede hacer una gran diferencia en la atención que reciben.

Según el 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. Es por esto que el Estado, en la necesidad de intervenir este aspecto, exige a las instituciones políticas de calidad que logren articular la atención en salud y el control del costo y así impactar en el cuidado y humanización del servicio. El sentido de una atención integral y con calidad tiene varias orientaciones, una de ellas es lograr la articulación de los servicios de atención en salud, de manera que puedan estar organizados y proceder de la forma más apropiada a satisfacer las expectativas de los usuarios, profesionales y gestores de salud. (Como se cita en Correa Zambrano, 2016 p. 1229).

Desarrollamos nuestra labor a través de la atención directa, siempre en un marco de respeto hacia la persona y su vida, así como hacia su dignidad, individualidad, intimidad, creencias y pensamientos, y su entorno social y familiar. Este respeto implica que reconocemos al individuo y su sufrimiento. Este reconocimiento es lo que nos define como profesionales humanizados en

nuestra atención y guía nuestras acciones para utilizar todos los recursos disponibles para aliviar su dolor.

Parsons en su Teoría del Sistema Social se refiere a las instituciones como subsistemas sociales cuya función es socializar, cumpliendo la función de latencia, que significa la transmisión de patrones y pautas culturales, cuyo rol es controlar, normar y motivar a los individuos para mantener el sistema social íntegro. De este modo, los subsistemas cumplen las siguientes funciones: adaptativa, socialización de pautas, integrativas hacia la sociedad, logros de fines. (Poblete, & Valenzuela, 2007 p. 500).

En resumen, la teoría de Parsons nos dice que las instituciones son partes importantes de la sociedad que ayudan a enseñar a las personas las normas y valores. Su objetivo es controlar y motivar a los individuos para que el sistema social funcione bien. Estas instituciones se encargan de adaptarse, socializar y lograr metas, lo que contribuye a mantener la cohesión en la sociedad.

De acuerdo a la Teoría de Parsons los subsistemas institucionales tienden a ser imperturbables en sus normas y logran en los individuos que ingresan a ellos, un control social como cualquier subsistema social, de tal forma que rápidamente los individuos se adaptan a sus normas y funcionamiento, es por ello que probablemente sea el aspecto institucional, el responsable de modificar el cuidado de enfermería en la institución de salud. El rol que enfermería cumple dentro de las instituciones hospitalarias está socialmente estructurado, adquiriendo las profesionales como lo señala Watson, una conducta institucionalizada. (Poblete, & Valenzuela, 2007 p. 500).

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Acompañar y apoyar el proceso de gestión de calidad de la clínica con pacientes y personal de la misma en el ámbito de experiencia al usuario durante 2024-2 a 2025-1.

4.2 Objetivos específicos

- Fortalecer y potenciar la política de humanización en los diferentes servicios de la clínica, mejorando indicadores de trato.
- Implementar estrategias nuevas para capacitar a cliente interno en atención humanizada, resolución de conflictos y temas afines.

5 Marco teórico conceptual

Atención integral: Es la consideración de la persona como un todo en el que los elementos biológicos son una parte, pero no el objeto exclusivo de atención. La enfermedad, aunque se manifieste más en la esfera biológica afecta a todos sus componentes, psíquico, emocional, social, espiritual y valórico. Este espacio de relación que transita la persona debe ser acompañado por el profesional, en la búsqueda de la acción que mejor convenga a su salud, no solo física, sino emocional, psíquica y personal (Feito, 2018).

Dignidad: El concepto de dignidad humana tiene un carácter adscriptivo. Representa el reconocimiento de una naturaleza específica que hace del ser humano algo distinto de cualquier otra realidad y merecedor de un respeto igualmente singular. Expresa y atribuye una evaluación positiva; en este caso, moral podría decirse que, en este sentido, predicar la dignidad de X es lo mismo que predicar su humanidad. Adscribirle dignidad al ser humano viviente es algo así como colocarle una etiqueta de valor no negociable, irrenunciable, ineliminable e inviolable, que veda todo intento de auto o heterodeshumanización. Es el valor intrínseco de todo ser humano, en tanto que humano (González Valenzuela, 2008).

Dignidad es un concepto directamente ligado a la ontología (a la esencia) del ser humano. La dignidad nos viene dada por nuestra condición, es algo intrínseco y a lo que no se puede renunciar. Es en la dignidad en la que se fundamenta la humanización, puesto que lleva considerar al “otro” como igual en cuanto a consideración y respeto, de donde emanan derechos universalizables como expresó Kant: “Obra como si la máxima de tu acción debiera convertirse, por tu voluntad, en Ley Universal de la naturaleza” (Kant, 1785, p.126).

Humanizar: Es tomar conciencia de sí mismo, de la propia condición que nos permite colocarnos, de alguna manera, fuera de la naturaleza y preguntarnos por ella y por sí mismo en medio de ella. Humanizar una realidad, significa hacerla digna de la persona humana, es decir coherente con los valores que percibe como peculiares e inalienables. (Bermejo, 2003).

Humanización: Constituye el principal problema bioético, cómo humanizar la relación entre las personas que poseen conocimientos sanitarios y el ser humano frágil y, frecuentemente, angustiado, que vive el duro trance de una enfermedad que afecta hondamente a su ser personal (Gafo, 1994). Es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria y social, la formación de los

profesionales y voluntarios, el desarrollo de planes de cuidados individualizados, etc. y sin duda la gestión de la calidad en estos ámbitos. También se puede entender como actitud mental, afectiva y moral que obliga al profesional a repensar continuamente sus propios esquemas mentales y a remodelar costumbres de intervención -y sistemas terapéuticos y asistenciales para que se orienten al bien del enfermo que es, y sigue siendo, una persona que atraviesa por una dificultad y por ende vulnerable, entre otras cosas porque no siempre es capaz de formular de modo correcto directo su verdadera necesidad.(Bermejo & Centro de Humanización de la Salud, 2014).

Salud: La OMS, en su declaración fundacional, lo define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). Es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión).

Desde el Protocolo Iberoamericano de Humanización de la salud: Elementos por considerar: grado de integración en los procesos de los siguientes aspectos: Intimidad, información, participación en la toma de decisiones, trato humano y acompañamiento por parte del profesional, lenguaje accesible, sostenibilidad, integración de la perspectiva de género e interculturalidad.

- ■ Procesos asistenciales. En función de lo que cada organización considere más afín a su modelo de gestión, este apartado se puede desplegar por ámbitos asistenciales: atención primaria en salud, atención hospitalaria, atención especializada o por programas: atención en unidades especiales, atención en el parto y puerperio, atención pediátrica, atención al final de la vida, etc.
- ■ Procesos no asistenciales. Tales como información personal, gestiones administrativas, alimentación, transporte, mantenimiento y servicios generales. Se incluyen también aquí todos aquellos procesos relacionados con la capacitación inicial y continua de las personas, la innovación y el desarrollo de modelos formativos humanizados en las instituciones.
- ■ Uso de los recursos materiales. Este apartado permite evaluar la existencia de enfoques que promueven el buen uso de los recursos, así como mecanismos de prevención del uso inadecuado, el robo, el descuido de la naturaleza, la priorización en caso de escasez,

eliminación de residuos y aspectos relativos a cuidado medioambiental y de prevención de riesgos en las personas.

6 Metodología

Este proyecto se ubica en uno de los tres paradigmas de las Ciencias Sociales: comprensivo interpretativo, el cual sirve para interpretar y comprender la realidad social en la cual se está inmerso y lo que comprende el sistema de salud, este paradigma permitirá conocer a través de sus propias experiencias la percepción que tienen los usuarios sobre los servicios prestados y la atención recibida. Asimismo, la investigación se apoya en la teoría del construccionismo social, según Isbelia Farias en su artículo llamado *El construccionismo social, como construimos nuestra realidad con el lenguaje* dice que:

Los individuos y los grupos sociales construyen su realidad a través de la interacción social y el lenguaje. Las palabras y las narrativas que utilizamos para describir el mundo no simplemente reflejan la realidad, sino que también la crean y la mantienen. En otras palabras, el lenguaje no es solo un medio de comunicación, sino que también es un instrumento de poder y control. El construccionismo social enfatiza la importancia del contexto social en la construcción de la realidad y el conocimiento. La realidad no es la misma para todos los individuos, ya que cada persona construye su propia realidad a través de su interacción social y su contexto cultural. El construccionismo social también sostiene que no hay una verdad objetiva o universal, sino que todas las verdades son construidas socialmente y dependen del contexto cultural y social en el que se desarrollan. (PsicoActiva, 2023, párr. 7-8).

6.1. Recolección de información

Para llevar a cabo la recolección de la información necesaria, se implementaron estrategias como: encuesta, considerando que la encuesta nos permite posiblemente tener mayor cantidad de respuestas por parte de los trabajadores/usuarios, observación no participante, llevándola a cabo en rondas por los diferentes servicios, analizando la atención prestada a los usuarios, su postura corporal, comunicación verbal y no verbal, observación participante siendo parte de las diferentes capacitaciones de formación de enfermería, escuchando sus opiniones, pensamientos y oposiciones de ser el caso, y por último árbol de problemas, a partir de un plan de mejora se reconocieron causas

y efectos del no cumplimiento del indicador 12 estipulado por la clínica las Vegas (indicador de trato) en donde se evidencia gran cantidad de quejas por este motivo en el transcurso del presente año.

6.2. Encuesta

Se puede definir la encuesta, siguiendo a García Ferrando (1993), como:

Una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. (p. 147).

Por su parte, Sierra Bravo (1998), considera la observación por encuesta, que consiste igualmente en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de la sociedad, es el procedimiento sociológico de investigación más importante y el más empleado. Entre sus características se pueden destacar las siguientes:

- La información se obtiene mediante una observación indirecta de los hechos, a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados, por lo que cabe la posibilidad de que la información obtenida no siempre refleje la realidad.
- La encuesta permite aplicaciones masivas, que mediante técnicas de muestreo adecuadas pueden hacer extensivos los resultados a comunidades enteras.
- El interés del investigador no es el sujeto concreto que contesta el cuestionario, sino la población a la que pertenece; de ahí, como se ha mencionado, la necesidad de utilizar técnicas de muestreo apropiadas.
- Permite la obtención de datos sobre una gran variedad de temas.
- La información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los sujetos, idéntica formulación de las preguntas, etc.), lo que faculta hacer comparaciones intragrupalas.

En la clínica las vegas, además de la plataforma en donde se radican todas las PQRSF se tiene implementado el envío de una encuesta en donde se verifica la satisfacción en la atención de los usuarios, cada semana son revisados sus comentarios con el fin de escalar quejas, peticiones y reclamos, se evalúan las radicadas por inconformidad por trato del personal, se hace trazabilidad con los servicios analizando la situación y retroalimentando en base a estas.

6.3. Observación Participante

La Observación participante de acuerdo con Taylor y Bogdan (1984) parte de la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el contexto propio de los últimos. Durante esta etapa de recolección de información, se agrupan datos de modo sistemático y no intrusivo, implica la selección del escenario social, el acceso a ese escenario, normalmente una organización o institución, la interacción con los responsables de las organizaciones que favorecen o permiten el acceso del investigador al escenario, y con los informantes.

Una de los principales instrumentos para sistematizar y conservar los datos de una observación de tipo participante, es el diario de campo, que está representado por un cuaderno o una bitácora donde el investigador lleva a cabo un registro de su visita o inserción a determinado contexto. Las observaciones y las reflexiones de quien investiga quedan plasmadas en el diario de campo, es así, como llevar un diario nos permite rastrear los cambios y tener una mayor conciencia del entorno.

6.4. Observación no participante

Autores como Cerda, H. y Ruiz, J., compaginan en que solamente la acción de observar de manera general el común por donde nos movemos, ya es una manera de crear lazos para la generación de conocimiento y de esta forma despertar inspiración para realizar investigaciones más profundas. La observación, es uno de los primeros métodos utilizados dentro de la Ciencias Sociales y, es un instrumento que no pretende modificar o interferir en el mismo desarrollo social del fenómeno que se estudia, sin embargo, es una actividad que requiere identificar, conocer y analizar la realidad y todo aquello que permea este objeto de estudio. Además, la observación como

técnica de recolección de datos en la investigación implica asimismo como la vista utilizar todos los sentidos en general.

En el tipo de observación no participante, quién realiza el estudio es un sujeto ajeno a la realidad que se está observando que no necesita insertarse a esta cotidianidad, ni convivir o hacer parte de la comunidad o grupo social que se investiga, la intención no es acoger prácticas ni comportamientos sino conocer según lo que requiera la investigación aspectos, funcionalidades, comportamientos, entre otras cosas. Como se nombró anteriormente en la observación participante, el instrumento que se llevará a cabo en esta parte del proceso es un diario de campo.

Esta fue realizada en distintas jornadas de rondas por servicios, haciendo observación de cómo es la atención de usuarios, la comunicación verbal y no verbal del personal, su imagen personal entre otros aspectos importantes que consideramos pequeñas acciones pero que en realidad marcan la diferencia.

7 Hallazgos

En la **observación no participante** y el análisis de **encuestas** se pudieron visualizar que en su mayoría las quejas presentadas por pacientes con insatisfacción por trato son por temas como:

1. **Comunicación no verbal:** (gestos, posturas, muletillas inadecuadas, tono y timbre de voz); indican que su postura no muestra disposición, hacen gestos inapropiados que generan incomodidad y el tono de su voz muchas veces puede estar alto lo que ocasiona que en hospitalización los pacientes no puedan descansar de la manera que lo requieren.

2. **Comunicación verbal:** Uso de palabras no adecuadas, excesos de confianza, no tiempo dedicado al paciente, no amabilidad ni empatía, según la recepción de quejas muchas veces la atención es de 2 en 2 lo que imposibilita la resolución total y eficaz de dudas o problemas de pacientes, especifican que la atención es cortante y tosca.

3. **Atención deprisa:** No atienden al llamado o de forma oportuna y cuando lo hacen no dedican su cuidado, tratamiento o valoración con calidad sino de forma rápida.

En **observación participante** se pudo identificar que muchas veces los pacientes pueden ser personas demandantes los cuales tienen expectativas altas, pueden hacer muchas solicitudes y exigencias en poco tiempo, esperan respuestas rápidas, pueden ser meticulosos y mostrar resistencia a respuestas que no se alineen con sus demandas, este tipo de usuario es difícil abordarlo puesto que mayormente expresan inconformidad e insatisfacción así se le brinde una atención oportuna.

También se logra observar por parte del personal algo de resistencia puesto que consideran que la atención que brindan es la oportuna y de alguna manera hay una tendencia a culpar a otras áreas y a los pacientes en caso de brindar una mala atención, afectando la calidad del servicio y atención brindada.

Con el **árbol de problemas** se pudo identificar que a raíz del personal las quejas que surgen pueden ser por:

1. **Perfil del empleado:** En múltiples PQRSF se puede evidenciar la inconformidad por la falta de empatía, amabilidad y humanización del personal tanto asistencial como administrativo, es

importante tener en cuenta que para brindar un buen trato y atención oportuna al usuario es indispensable que el personal cuente con ciertas competencias como lo son: 1. **comunicación efectiva y asertiva**: capacidad para expresarse claramente de manera verbal, escuchar activamente y comprender las necesidades de los usuarios. 2. **empatía**: Comprender las emociones, preocupaciones y necesidades del usuario. 3. **actitud de servicio**: Disposición para ayudar. 4. **resolución de problemas y conflictos**: Capacidad para identificar rápidamente problemas, evaluar opciones y tomar decisiones efectivas. 5. **paciencia y tolerancia**: Mantener la calma en situaciones difíciles, interaccionando con profesionalismo y cortesía. 6. **ética profesional**: Actuar con integridad y respeto hacia el usuario y compañeros.

2. **Falta de compromiso personal e individual**: En algunas acciones se puede evidenciar falta de compromiso del personal en aspectos relacionados con el trato de los usuarios, tales como: 1. **actitud indiferente o desinteresada**: No se ve interés genuino en la resolución de problemas o necesidades. posible 2. **descuido en la atención**, Considerando que algunos usuarios se quejan por respuestas poco claras o comprensibles.

3. **No alineación con valores institucionales**: Según el análisis de diferentes PQRSF por tema en cuestión (buen trato) se evidencian en su mayoría quejas por incumplimiento o falta de valores institucionales tales como: 1. **juicios de valor** por parte de personal médico y asistencial. 2. **falta de autocontrol emocional**, debido a respuestas a través de la impulsividad, cambios de humor y explosiones emocionales. 3. **atención deprisa**, sin dedicar el tiempo ni la atención suficiente. 4. **falta de empatía** y humanización. 5. **falta de comunicación y/o información**, usan tecnicismos, no se preocupan porque el receptor comprenda la información, 6. **desentendimiento**, falta de seguimiento. 7. **comunicación no verbal inadecuada**, gestos inapropiados, actitud de indisposición.

Las quejas por trato más reiterativas o repetitivas son para personal triage, oficina soat, admisiones y en hospitalización por jefatura de enfermería, usualmente en quejas se podría evidenciar falta de herramientas de auto control emocional por parte del personal.

En el análisis de las diferentes estrategias implementadas para la recolección de información también se reflejaron diversas causas por parte de los usuarios, como se dijo anteriormente algunos muy demandantes, predispuestos y/o prevenidos en su atención. Por esto, es importante concientizar a los usuarios de sus deberes tan importantes como sus derechos, para

que de ambas partes se pueda construir un ambiente agradable, con un cuidado eficaz, respetuoso y empático.

7.1 Proyección de la situación

Se alimenta el plan de mejoramiento continuo del indicador de trato en donde se proyectan estrategias como: capacitaciones grupales, participación en formación de enfermería y grupos primarios, rondas de humanización con actividades lúdicas que permitan optimizar tiempo, éstas planeadas con usuarios y con el personal de las instalaciones, difusión creativa de información de derechos y deberes (estrategias de publicidad: afiches, tv áreas), se incluye la formulación de anteproyecto ‘Arteterapia’ que consiste en desarrollar programa de capacitación en acompañamiento de la facultad de artes de la UdeA, para el personal de la clínica sobre la intención del clown terapéutico así como las demás ramas de arteterapia y su impacto en el bienestar emocional y físico de los pacientes, esto con el fin de reducir la ansiedad y el estrés en pacientes y familiares mediante intervenciones lúdicas y humorísticas y fomentar la interacción social entre pacientes, familiares y el equipo médico, creando un ambiente más acogedor y positivo en la clínica, propuesta de creación de instructivo de rondas observacionales evaluados desde experiencia del usuario y dirección comercial para la valoración de aspectos importantes tales como: comunicación verbal y no verbal, guiones de servicio e imagen personal, además, la implementación de sistemas de reconocimiento y/o recompensa incentivando comportamientos positivos en el personal, todo esto a través de seguimiento periódico de PQRSF y la estrategia de rondas observacionales por los servicios, caracterizando temas en relación con el trato de los pacientes y/o usuarios.

Estrategias que se implementaron con el fin de obtener resultados de disminución de quejas por trato y por insatisfacción en la atención recibida por parte del personal de la clínica, así como mejorar el ambiente laboral y la coordinación e interacción entre las diferentes áreas que se tienen en la clínica.

Este proyecto tuvo como objetivo y proyección lograr sembrar una semilla de innovación en cuanto a las estrategias de humanización que a hoy funcionan y adoptan diferentes entidades de la salud, acoplándolas a la CLV y sus necesidades, así como la mejora continua de comunicación entre personal y usuarios, brindando mayor confianza y calidad de atención en los servicios.

7.2 Recursos y medios de acción existentes y potenciales/ Capacidad instalada que posee la institución

En recursos existentes y que se pudieron potenciar durante este proyecto de práctica están las encuestas Net Promoter Score (NPS) en donde los usuarios pueden dejar sus comentarios positivos o negativos a cerca de la atención recibida, las cuales han sido y seguirán siendo usadas para análisis, así como las PQRSF en torno a trato, otro medio el cual se propone seguir potenciando es la participación en formación de enfermería desde diferentes temáticas útiles para fortalecer la política de humanización, así como las rondas de humanización por los diferentes servicios, añadiendo la realización de estas con usuarios de las instalaciones, aplicadas desde el área de experiencia al usuario, también los programas implementados desde el área de talento humano y psicología de la clínica con la finalidad de brindar bienestar emocional, mental y físico al personal (liderarte y conectate).

7.3 Determinación de prioridades

Es fundamental en primera instancia reforzar temas de humanización con el personal dentro de las instalaciones de la clínica porque ellos son los que brindan atención directa a los pacientes. Si el personal comprende y practica la empatía, el respeto y la comunicación efectiva, podrán ofrecer una atención de calidad que realmente tome en cuenta las necesidades y emociones de los pacientes. Al capacitar primero al personal, se busca crear un ambiente de trabajo positivo y colaborativo, donde todos estén alineados en el mismo enfoque humanizado. Esto no solo mejoraría la relación entre el equipo de salud, sino que también busca reducir el estrés y el agotamiento, lo que se convierte en un mejor servicio.

Una vez que el personal está preparado y comprometido con la humanización, es más fácil y efectivo transmitir esos valores a los pacientes. Cuando los usuarios sienten que están siendo atendidos por un equipo que realmente se preocupa por ellos, su experiencia mejora, lo que a su vez puede aumentar su confianza en el tratamiento y su bienestar general. En resumen, la humanización comienza desde adentro, creando una base sólida para una atención centrada en la persona.

7.4 Análisis de contingencias

Entre las contingencias presentadas afectando lo que se busca en torno a mejorar la humanización de los diferentes servicios, se podrían destacar tres relevantes:

Falta de tiempo para la atención: El personal expresó sentir que no tiene tiempo suficiente para dedicar a la humanización, especialmente en entornos con alta carga de trabajo, concentrándose en el tratamiento y no en el trato.

Resistencia al cambio/Poca participación: Algunos miembros del personal mostraron resistencia a adoptar nuevas prácticas o enfoques, especialmente al estar acostumbrados a un modelo más técnico y menos centrado en el paciente, así mismo en un primer momento se evidenció poca participación por parte de estos en las actividades y capacitaciones programadas.

Evaluación de efectividad de resultados: Es muy difícil medir el impacto de las iniciativas de humanización, lo que puede generar dudas sobre su efectividad y sostenibilidad en el tiempo.

7.5 Estrategias y líneas de acción

Para abordar las quejas de insatisfacción de los pacientes, relacionadas con la atención y trato, se propuso establecer las siguientes estrategias y líneas de acción:

Capacitación en Comunicación: Talleres de Comunicación Asertiva: Realizar talleres regulares para el personal de salud enfocados en la comunicación verbal y no verbal. Incluir ejercicios prácticos sobre gestos, posturas y tonos de voz adecuados.

Mejorar la Atención al Paciente: Protocolos de Atención Personalizada: Establecer protocolos que prioricen la amabilidad y empatía en cada interacción, enfatizando la importancia de escuchar activamente a los pacientes.

Evaluación y Retroalimentación Continua: Encuestas de Satisfacción: Analizar encuestas de satisfacción al final de cada atención para recoger comentarios sobre la comunicación y la calidad del servicio. Analizar los resultados y ajustar estrategias según sea necesario, también teniendo en cuenta las rondas observacionales.

Promoción de un Entorno Agradable: Iniciativas de Bienestar: Implementar programas de bienestar para el personal que ayuden a reducir el estrés, lo que puede mejorar la actitud y la atención hacia los pacientes, capacidad instalada, programa Conectate implementado desde psicología y talento humano.

Fomentar la Empatía y Sensibilidad: Actividades de Sensibilización: Organizar actividades que promuevan la empatía, videos y discusiones sobre la importancia de una atención compasiva.

Historias de Pacientes: Compartir historias de experiencias de pacientes para que el personal pueda comprender el impacto de su atención en la vida de los demás.

Con estas estrategias se pretende mejorar la calidad de atención en los diferentes servicios que ofrece la clínica las Vegas.

8 Resultados

La identificación de las principales problemáticas presentes en los diferentes servicios de la CLV así como los hallazgos contemplados en un primer momento respecto al diagnóstico, fueron un paso fundamental para orientar de manera más precisa las acciones del proyecto de intervención. Este diagnóstico permitió no solo visibilizar las barreras que dificultan una atención humanizada, sino también el diseño e implementación de estrategias ajustadas a las necesidades reales de la clínica en general (personal y usuarios). A partir del análisis de encuestas, comentarios, NPS y PQRSF, se generaron propuestas de mejora que facilitaron una mayor participación del personal en las actividades programadas y una mejor recepción de información por parte de los usuarios. Este enfoque basado en la identificación temprana de dificultades permitió avanzar en lo que desde un principio se proyectó, fortaleciendo la política de humanización, logrando mayor aceptación por parte del personal respecto a las diferentes capacitaciones brindadas. (**Tabla1**) Las siguientes son actividades realizadas en pro del fortalecimiento y priorización de humanización en la atención:

- Rondas de humanización por servicios (1 mensual por cada uno de los servicios)
- Participación en el programa PAMEC construido para la afinación de habilidades sociales así como para fomentar la cultura institucional en el personal. (2 días completos al mes)
- Participación de espacios de PPSS como: liga de usuarios y voluntariado AVHOS (1 vez cada 3 meses)
- Participación de grupos primarios para la adecuación de guiones de servicio humanizados. (6)
- Creación de anteproyecto que permita la alianza con facultad de artes de la UdeA, respecto a propuesta de arte terapia en la clínica.
- Análisis de NPS, PQRSF, comentarios, así como realización de informes que permitan filtro de información necesaria. (1 vez cada mes)

8.1. Logros relevantes

- Aumento de reconocimiento y participación por parte del personal en actividades respecto a meses anteriores.

-
- Propuesta de humanización (ArteTerapia) presentada frente a comité de corresponsabilidad social para su aprobación, adicional se logra presentación a facultad de artes de la UdeA, contemplando la posibilidad de establecer convenios, la universidad se mostró con apertura e interés en hacer parte de este proyecto.
 - NOTA: La implementación y continuación de este proyecto con todos los componentes y sus características queda en manos de la decisión de las directivas de la institución.
 - Uso de tvs para formato de derechos y deberes así como para tips y conocimiento de servicios de Clínica Las Vegas, esto, ya que en los diferentes servicios se tenían tvs sin ninguna funcionalidad, ni proyección de imagen.
 - Posibilidades de mejora identificadas en encuestas, comentarios y PQRSF.

En el siguiente enlace se encuentran disponibles todos los listados de asistencia y participación, el registro fotográfico de las actividades realizadas, así como la caja de herramientas diseñada y utilizada en las capacitaciones dirigidas al personal durante el desarrollo del proyecto de práctica profesional, así mismo la construcción del anteproyecto de ‘Arteterapia’ y las diferentes estrategias implementadas.

8.2. Proyecto de práctica CLV

Tabla 1

Descripción de actividades e impacto

| Actividad | Descripción | Frecuencia | Impacto |
|---|--|---------------------------|--|
| Rondas de humanización | Recorridos por los servicios para promover prácticas humanizadas y observar dinámicas del trato. | 1 vez por servicio al mes | Fortalecimiento del enfoque de atención y acercamiento con el personal. |
| Participación en programa PAMEC | Capacitaciones en habilidades sociales y cultura institucional. | 2 días completos al mes | Mayor participación del personal y mejora en la actitud frente a los procesos de atención. |
| Participación en espacios de PPSS (liga de usuarios y voluntariado AVHOS) | Inclusión en espacios de participación social del entorno clínico. | 1 vez cada 3 meses | Fortalecimiento del sentido de corresponsabilidad y conexión con los usuarios. |
| Grupos primarios para adecuación de guiones de servicio | Ajuste de protocolos y discursos de atención desde un enfoque empático. | 6 sesiones | Diseño de guiones con lenguaje más humanizado y centrado en el usuario. |
| Creación de anteproyecto con Facultad de Artes (UdeA) | Propuesta para incorporar arteterapia como estrategia humanizadora. | Propuesta presentada | Interés por parte de la universidad en establecer convenios. Abierta posibilidad de alianza institucional. |
| Análisis de NPS, PQRSF, comentarios y elaboración de informes | Revisión y síntesis mensual de percepciones de usuarios sobre el servicio. | 1 vez al mes | Identificación de oportunidades de mejora. Generación de propuestas basadas en evidencias. |
| Uso de televisores informativos | Activación de TV en salas de espera para difusión de derechos, deberes y tips de atención. | Implementación puntual | Mejora en la comunicación con los usuarios y aprovechamiento de recursos existentes. |

| Actividad | Descripción | Frecuencia | Impacto |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Aumento en participación del personal | Comparación con meses anteriores mostró mayor involucramiento en actividades y capacitaciones. | Observado a lo largo del proyecto | Cambio positivo en la disposición del personal frente a los espacios formativos. |
| Presentación de propuesta de arteterapia | Socialización ante comité de corresponsabilidad social y Facultad de Artes. | Evento único | Reconocimiento institucional; apertura al trabajo y convenio con entes externos. |
| Identificación de posibilidades de mejora a través de PQRSF y encuestas | Análisis cualitativo de percepciones y sugerencias de usuarios. | Permanente | Base para fortalecer procesos y ajustar estrategias de atención. |

9 Conclusiones

La intervención realizada en la Clínica Las Vegas, muestra algunos avances en la implementación y fortalecimiento de la política de humanización, esto a través de las diversas actividades desarrolladas como las rondas de observación, capacitaciones en habilidades sociales, adecuación y construcción de guiones de servicio y el uso de diferentes medios informativos, se logró además de una mayor participación del personal, una apertura institucional hacia nuevas propuestas como la arteterapia que fue reflejada en la posible alianza con la Facultad de Artes de la UdeA.

No obstante, al analizar estos logros en consideración a las dificultades encontradas durante el proceso, tales como la falta de tiempo del personal para participar en actividades humanizadoras, debido posiblemente a la alta carga laboral, fue una de las barreras que afectó la asistencia y el compromiso del personal con las capacitaciones. Esta situación revela un desfase entre la exigencia operativa del entorno clínico y la disponibilidad para procesos formativos, lo cual limita un poco el alcance de las intervenciones. Ante esto, se propusieron actividades más cortas y dinámicas, intentando ocasionar una adaptación flexible y oportuna ante lo planeado. Este hallazgo pone en evidencia una cultura organizacional todavía anclada a modelos técnicos y poco centrados en el trato humano, que debe transformarse progresivamente mediante procesos de sensibilización sostenidos, acompañamiento cercano y liderazgo institucional comprometido.

En cuanto a la evaluación de la efectividad, se identificó como un reto el medir con precisión el impacto de las acciones de humanización, dado que en su mayoría los indicadores cualitativos no siempre se logran traducir inmediatamente en cifras claras. Sin embargo, el uso permanente de herramientas como NPS, PQRSF y encuestas permitió realizar un análisis reflexivo de la experiencia del usuario.

En conclusión, los resultados obtenidos demuestran que, a pesar de las limitaciones, es posible promover una transformación paulatina, gradual y progresiva en la atención humanizada, siempre que las estrategias se mantengan flexibles a las problemáticas que se dan día a día, contextualizadas y respaldadas por un análisis continuo. El proyecto tuvo la oportunidad de construir bases valiosas para procesos futuros, especialmente si se logra fortalecer el compromiso institucional y se incorporan mecanismos de seguimiento que garanticen la sostenibilidad del cambio.

Fue una experiencia enriquecedora que permitió conocer el impacto de estrategias centradas en la empatía y la comunicación asertiva entre las partes involucradas, consolidando no solo competencias profesionales sino también la importancia del Trabajo Social en escenarios interdisciplinarios, donde su contribución resulta esencial para el fortalecimiento del trato digno y humano en los servicios de salud.

10 Recomendaciones

Según lo evidenciado se recomienda seguir fortaleciendo los procesos de formación interna en torno a la humanización, generando más espacios de capacitación para el personal de los diferentes servicios, haciendo énfasis en la importancia de mejorar las habilidades comunicativas, de empatía y trato digno, sería gratificante el hecho de poder dar continuidad a los proyectos implementados durante la práctica, como las estrategias audiovisuales, actualizando contenido de interés constantemente y la propuesta de arteterapia, que aunque es difícil que se dé inmediatamente, se podrían ir implementando algunas actividades para iniciar, promoviendo de esta manera la participación activa del cliente interno en el diseño y gestión de estrategias, fomentando el sentido de pertenencia y el compromiso con una atención centrada en las personas.

Es importante que el rol del trabajador social pueda extenderse y aportar un poco más en el área de experiencia al usuario, trabajar de la mano dentro del equipo interdisciplinario, resaltando su aporte en la mediación, el acompañamiento psicosocial y la construcción de entornos más humanos y respetuosos dentro del sistema de salud.

Referencias

- Bandrés Moya, F., & Herreros Ruiz-Valdepeñas, B. (Eds.). (2015). *Historia ilustrada de la bioética*. ADEMÁS Comunicación Gráfica. 169–184
- Bermejo Higuera, J., & Villacieros Durbán, M. (2003). *El Compromiso de la Humanización en las Instituciones Socio sanitarias*. Fundación Caser para la dependencia.
- Bermejo, J. (2003). *Qué es humanizar la salud: Por una asistencia sanitaria más humana*. San Pablo.
- Bermejo, J. & Centro de Humanización de la Salud. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria: Aproximación al concepto*. Desclee De Brouwer.
- Bermejo, J., & Muñoz, C. (2014). *Humanizar la gestión de la calidad: Reflexiones desde el Centro San Camilo*. Centro de Humanización de la Salud [Religiosos Camilos]. Sal Terrae.
- Cerda, H. (1994). *Los elementos de la investigación: Cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. (2ª Ed.) El búho LTDA.
- Clínica Las Vegas. (s.f.). *Institucional*. <https://www.clinicalasvegas.com/institucion>
- Correa Zambrano, M. L., (2016). la humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista cuidarte*, 7(1), 1227-1231.
- Feito, L. (2018). ¿Qué significa humanizar la medicina? En: Sacristán, J; Níñez-Cortés, Millán & Gutiérrez Fuentes, J. (Eds.) *Humanizar la medicina*. 49-54. Fundación Lilly.
- Gafo, J. (1994). *10 palabras clave en bioética*. Verbo Divino.
- García Ferrando, M. (1993). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial. 141-170
- González Valenzuela, J. (2008). Dignidad Humana. En: Tealdi, J. C. (Ed.), *Diccionario latinoamericano de bioética*. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética.
- Kant, I. (1785). *Fundamentación para una metafísica de las costumbres* (R. R. Aramayo, Trad.; 1.ª ed.). Alianza Editorial.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Una Política con Valor y Sentido Humano*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
- Montealegre Gómez, D. (2014). Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Rev Cuid*. 5(1) 679-88.
- Poblete-Troncoso M. & Valenzuela-Suazo, S. (2007) Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul. Enferm*. 20(4). 499-503.
- PsicoActiva. (2023). *Construccionismo social: Realidad y Lenguaje*. <https://www.psicoactiva.com/blog/el-construccionismo-social-como-construimos-nuestra-realidad-con-el-lenguaje/>

Sacristán del Castillo, J. A., Millán Núñez-Cortés, J., & Gutiérrez Fuentes, J. A. (Coords.). (2018). *Medicina centrada en el paciente: reflexiones a la carta*. Unión Editorial; Fundación Lilly.

Sierra Bravo, R. (1998). *Técnicas de investigación social*. Editorial McGraw-Hill.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Anexos

Acceso a la carpeta: PROYECTO DE PRÁCTICA CLV

Enlace: https://drive.google.com/drive/folders/15Aub7KppJv0vLfigiaHcPtM5_AuSKgt4

Carpeta ZIP: Disponible en repositorio institucional Universidad de Antioquia