



PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO HUMANO Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO



PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO HUMANO Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO

978-9962-51-203-5

Publicado por: Ministerio de Salud Panamá [MINSA]

Diseño y diagramación:
Editora Sibauste, S.A. / Tel.: 229.4576
esibauste@cwpanama.net

REPÚBLICA DE PANAMÁ

AUTORIDADES NACIONALES

DESPACHO DE LA PRIMERA DAMA

Honorable Señora Maricel Cohen de Mulino

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Fernando Boyd Galindo	Ministro de Salud
Dr. Manuel Zambrano Chang	Vice Ministro de Salud
Lic. Julio Arosemena	Secretario General
Dra. Yelkys Gill Mojica	Directora de Provisión de Servicios de Salud
Dra. Reina Roa	Directora General de Salud Pública
Dra. Emma Correa de Crovari	Directora de Planificación

CAJA DEL SEGURO SOCIAL

Mgtr. Dino Mon	Director General de la Caja del Seguro Social
Dr. Marcos Young R.	Director Ejecutivo Nacional de Servicios Prestaciones en Salud

COMISIÓN COORDINADORA Y EDITORA

Dra. María Victoria de Crespo	Coordinadora Nacional del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo
Dra. Myrna McLaughlin de Anderson	Asesora Despacho Superior
Dr. Gaspar Da Costa	Coordinador del Programa Nacional de Cuidado Paliativo
Dra. Nisla Camaño	Coordinadora Nacional de Cuidados Paliativos de la CSS
Lic. Desirée de Pérez	Secretaria Ejecutiva de la Pastoral de la Salud
Lic. Mayo Anderson	Coordinadora de la Pastoral de Salud en la Vicaría San Francisco de Paula, Panamá Oeste
Padre Marlo Verar	Coordinador de la Pastoral de Salud de la Arquidiócesis de Panamá.

COLABORADORES

MINISTERIO DE SALUD

Dra. Myrna McLaughlin de Anderson
Dra. María Victoria de Crespo
Dr. Gaspar Da Costa
Dr. Jairo Osorio
Dr. Jorge Jesús Rodríguez
Prof. Rodolfo Esteban Ruiz
Dr. Eric J. Ulloa
Dr. Julio Santamaría Rubio
Lic. Leyda Jiménez
Dra. Maytée L. Pinzón

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dra. Nisla Camaño
Dra. Gisela Garibaldo
Magister Tania Macre
Lic. Idalmis Muñoz
Lic. Tricia González
Lic. Nikole Abrego
Dra. Sara Campana
Dra. Itzel Thomas
Magister Adala Ayarza
Dr. Raymond Bedoya

HOSPITAL DEL NIÑO

Dra. Maria Sabina Ah Chú
Dra. Gabriela Pinzón

PASTORAL DE LA SALUD

Lic. Desireé de Pérez
Lic. Mayo Anderson
Padre Marlo Verar

CLINICA HOSPITAL SAN FERNANDO

Magister Nilka García Lara

HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL

Lic. Gina Stanziola

HOSPITAL SANTO TOMÁS

Lic. Maribel Borbúa
Lic. Miriam Morales

INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL

Lic. Yanileth A. de Bolívar
Lic. Yaritsel Martínez

MENSAJE DEL MINISTRO DE SALUD

El Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, aborda la Humanización y la calidad de la atención de la salud, pilares de importancia para el futuro del Sistema Público de Salud de Panamá. Toda vez que la humanización de los servicios de salud incluye el acceso y la calidad de la prestación de estos servicios.

El Programa de Acompañamiento Humano abarca a todos los actores que componen el sistema (directivos, profesionales y ciudadanos) para desarrollar las estrategias necesarias a través de pequeñas y grandes acciones que buscan un fin común: hacer lo más agradable posible el contacto de los ciudadanos con sus centros y servicios de salud.

Nos encontramos ante un documento resultado de la participación de diferentes actores sociales que concreta los objetivos y líneas de actuación relacionados con la humanización de la atención de salud, cónsono y alineado con los principios y valores establecidos en la Constitución Política de la República de Panamá, el Código Sanitario, la Ley de los Derechos del Paciente, la Política Nacional de Salud y lineamientos Estratégicos 2016-2025, el Programa de Cuidado Paliativo, entre otros. Junto a las acciones que ya se están llevando a cabo, el Programa de Humanización propone otras nuevas que, en su conjunto, suponen una consolidación y desarrollo de estrategias en aras a mantener en todo momento, instalaciones de salud en las que, junto a la calidad técnica de la prestación de salud, primen por encima de todo, la atención integral del individuo y su familia en su propio entorno.

El Sistema de Salud, reconoce la calidad técnica de los profesionales hombres y mujeres que lo integran, sin embargo, debemos hacer ingentes esfuerzos que ayuden a gestores, profesionales y ciudadanos, a consolidar y potenciar el desarrollo de aquellas facetas que tienen relación con la humanización. Mediante el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, el Ministerio de Salud hace explícito su compromiso con la calidad de la atención en sus vertientes de confort, atención personalizada, calidad de trato, información comprensible, seguridad, calidad estructural, situándolo en un nivel estratégico dentro del sistema de salud. También, realiza una apuesta porque la humanización del conjunto del Sistema de Salud sea una premisa que impregne todos los procesos de atención. En definitiva, nos ayuda a avanzar hacia una organización que suponga un Sistema de Salud progresivamente más eficiente en la consecución de su meta principal, de elevar el nivel de salud de los panameños, que cuide a la persona mas allá de la enfermedad.

Nuestro deseo es que esta Guía del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo sea una herramienta útil a la hora de diseñar y orientar las intervenciones de todos los actores del sistema de salud: los directivos, gestores, profesionales y usuarios del Sistema Público de Salud de Panamá. A todos los que, con su interés, dedicación y esfuerzo, contribuyen con su labor cotidiana en la consecución de los objetivos planteados en el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, nuestro agradecimiento.



Dr. Miguel Mayo Di Bello
Ministro de Salud de Panamá

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO HUMANO Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO

INTRODUCCIÓN

Los enfermos en nuestros hospitales e instituciones de salud merecen recibir atención integral profesional con los mejores avances tecnológicos, científicos y humanos dados con respeto, cariño y calidez. Toda enfermedad lleva consigo una carga de dolor y sufrimiento que afecta a la persona en su cuerpo, mente y espíritu. En el sistema de salud es necesario reconocer que no siempre se considera al ser humano en todas sus dimensiones como ser biopsicosocial. El énfasis de los modelos de atención tradicionalmente se ha enfocado en los aspectos físicos y psicológicos, descuidando otras dimensiones, como la dimensión espiritual.

Las políticas 2016-2025 (Política 3, Objetivo estratégico 3.4 y Línea de acción 3.4.6) contemplan el Programa **de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo**, con el propósito de recuperar el sentido vocacional de servicio y solidaridad de las profesiones sanitarias y de brindar por parte del equipo de salud una atención y acompañamiento espiritual que ayude a disminuir el sufrimiento de nuestros enfermos y de sus familias.

El Despacho de la Primera Dama convocó al ente rector de la salud en Panamá, el Ministerio de Salud, a colaborar en el desarrollo, estructuración, organización, implementación y evaluación de tan importante y necesario programa. Invitación que acogemos con regocijo y con el compromiso de conformar un equipo de trabajo multidisciplinario que haga realidad tan noble tarea.

La atención humanizada y espiritual en salud es una condición indivisible e ineludible a la cual nos debemos en nuestro ejercicio profesional todos los equipos de trabajo de salud. Esta atención humanizada al mismo tiempo mejora la calidad de la atención en salud. La humanización de la salud es más que un cambio necesario, es una nueva forma de pensar y de actuar; es desaprender lo aprendido, para aprender que además del hacer se requiere estar.

En esta época en que vivimos tenemos que reconocer que la ciencia ha prestado un servicio invaluable a la humanidad, salvando muchas vidas. Grandes avances se han logrado en la prevención de riesgos, en la curación y rehabilitación de enfermedades y en la promoción de la salud.

Estos avances técnico científicos al mismo tiempo han reducido al hombre a una estadística, una atención fría, calculada y carente de humanismo, haciendo más difícil la enfermedad y agudizando el sufrimiento. Por esto es necesario este programa para retomar el interés en la humanización, la espiritualidad y la sensibilidad; ya que la persona que sufre por la pérdida de la salud necesita, además, de la tecnología y de los medicamentos de última generación, de seres humanos que brinden una voz de apoyo y confianza, una mano amiga de quien tomarse, un escucha honesta y sincera que se ocupe de sus preocupaciones y necesidades. Nuestros enfermos necesitan calidad de la atención con calidez humana, con corazón y con alma.

La humanización nos lleva a afirmar que “el estar” con el enfermo es tan importante como nuestro quehacer. Encontramos sentido a la crisis a través de la humanización, acompañando a nuestro enfermo en su proceso de enfermedad y duelo. Es por esta causa que orientar la práctica de la atención de la salud hacia el servicio del enfermo, para ofrecerle una atención integral que satisfaga sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual, social y espiritual con la dignidad y respeto que se merecen es realmente alcanzar nuestra meta.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ACOMPañAMIENTO:

Conjunto de personas que en las representaciones teatrales figuran y no hablan¹. Podemos decir que el acompañamiento es la presencia que culmina siempre en un encuentro interpersonal: Yo-Tú. Es una respuesta al otro, en que la respuesta personal no necesariamente es verbal².

ENFERMEDAD:

Alteración del sistema en cualquier nivel físico, psicológico, social cognitivo y espiritual.

ESPIRITUALIDAD:

Forma en que habitualmente una persona conduce su vida en relación con la Trascendencia. La espiritualidad es la necesidad consciente de un ser superior, se expresa en todas las personas incluso en las que no tienen un determinado credo religioso.

HUMANIZACIÓN:

“Acción o efecto de humanizar o humanizarse”³. Hacer una realidad más digna del hombre, coherente con los valores que el hombre siente como peculiares e inalienables.

RELIGIÓN:

Conjunto de creencias, textos y rituales que práctica una comunidad en particular, en relación con Lo Trascendente.

DIGESA:

Dirección General de Salud Pública.

DIGNIDAD:

Deriva de adjetivo latino “dignus, a, um,” que se traduce por valioso. La dignidad es la calidad de valioso de un ente. Es el valor intrínseco y supremo que tiene cada ser humano independientemente de su situación económica, social, cultural, así como de sus creencias y formas de pensar. La dignidad se basa en el reconocimiento de la persona.

TANATOLOGÍA:

Ciencia que se encarga de darle sentido al proceso de muerte.

PÉRDIDA:

Es la carencia o privación indeseada y por la fuerza de lo que se tenía.

DUELO:

Es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo. Involucra reacciones de tipo físico, emocional, social, conductual y espiritual cuyo fin es adaptarse a la vida sin lo que se perdió.

1. Real Academia de la Lengua Española 2005

2. Arnaldo Pangrazzi, El Mosaico de la Misericordia (2005)

3. Real Academia de la Lengua Española.

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO HUMANO Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO

PROPÓSITO DEL PROGRAMA

Lograr que el equipo de salud brinde, tanto al paciente, como a la familia apoyo humano y espiritual durante el proceso desencadenado por la enfermedad, logrando generar confianza en las Instituciones de salud.

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La percepción de la población panameña de la calidad de la atención que reciben los enfermos, medida a través de los medios de comunicación y de la observación directa nos habla de una separación entre la realidad y el ideal, que en muchas ocasiones supera los límites tolerables. Esta distancia entre la realidad del mundo de la salud (deshumanización) y su deber ser (humanización), se manifiesta en diferentes sectores o áreas:

- ❑ Deterioro de la relación personal de salud – paciente – familia
- ❑ Condiciones inadecuadas en que los profesionales de salud laboran
- ❑ Demandas de atención ante las necesidades insatisfechas del paciente y su familia.
- ❑ Comunicación inadecuada del personal de salud hacia el paciente y su familia.
- ❑ Mora de la atención.
- ❑ La atención de salud guiada en ocasiones por criterios reductivos. (despersonalización)
- ❑ Estructuras arquitectónicas, poco acordes con las exigencias de un servicio de salud más humano.

En función de esta realidad, proponemos la implementación del PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO HUMANO Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO en el sistema público de salud, considerando las necesidades de la persona enferma y su familia, las necesidades de los trabajadores de la salud, los factores estructurales y organizativos.

ALCANCE

Este programa va dirigido a los enfermos y sus familiares; al personal y a las autoridades del sector público de salud del país. Se asume que ser familiar de un enfermo en riesgo de muerte, o con una enfermedad crónica, crea la necesidad inmediata del apoyo de este programa.

VALORES

Respeto, responsabilidad, sensibilidad, solidaridad, dignidad, compasión, tolerancia, trabajo en equipo.

MISIÓN

Transformar los servicios de salud en un sistema solidario y sensible en el que se reconozca la dignidad humana, respetando los valores y creencias, apoyados en el trabajo en equipo.

VISIÓN

Instituciones de salud humanizadas, centros al servicio de la vida y la dignidad de la persona humana.

OBJETIVO GENERAL

Brindar acompañamiento humanizado y espiritual dentro de un proceso estructurado y coherente para intervenir en los contextos de salud, de manera que produzcan cambios de actitud en el personal de salud, favoreciendo la satisfacción de las necesidades del enfermo y sus familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☐ Promover la atención humanizada en los centros hospitalarios del país, según las necesidades del enfermo, su familia y los trabajadores de la salud.
- ☐ Brindar compañía espiritual a los pacientes hospitalizados desde la óptica de las creencias y necesidades individuales de cada paciente.
- ☐ Brindar capacitación constante, encaminada a sensibilizar a los trabajadores de la salud y voluntarios.
- ☐ Promover el desarrollo de modelos atención centrados en las necesidades de las personas y no en la enfermedad.

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

Como estrategias para la aplicación práctica del programa se ha dividido en tres áreas saber:

- ☐ Subcomisión de Humanización de la Atención de Salud
- ☐ Subcomisión de Acompañamiento Espiritual
- ☐ Subcomisión de Acompañamiento en Duelo

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

DIMENSIONES DE LA HUMANIZACIÓN

Marco Conceptual

Humanizar es un tema complejo. Se refiere a tomar conciencia de sí mismo, y nos permite reubicarnos en la realidad, mejorando nuestra capacidad para ayudar a los demás. Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores que se perciben como particulares e inalienables. Definición de lo que es un valor.

La humanización del mundo de la salud tiene que ver entonces no solo con el enfermo, sino con el personal de salud, administradores, economistas, políticos; y afecta no solo la gestión ordinaria de la asistencia de salud, sino también la investigación biomédica, la ecología y la educación en los valores. En el fondo, humanizar afecta el ámbito de la cultura. Una cultura más humana es aquella que respeta la vida, que no niega el dolor y sufrimiento como realidades a integrar, que promueve estilos de vida sanos, que se interesa no sólo por las enfermedades sino por la educación, la salud, los valores y reconoce la dignidad intrínseca de cada persona. Un sistema político será más humano cuanto más justamente distribuya los recursos económicos, cuanto más promueva la equidad en el acceso a la asistencia de la salud, cuanto más transparente sea en la gestión. Humanizar también afecta a las estructuras de salud, los edificios donde se atienden a los enfermos, su diseño, su organización, su accesibilidad, su funcionalidad, el modo como se organiza el trabajo en los mismos.

De igual manera el concepto de humanización incluye las competencias profesionales de los agentes de salud, con la importancia dada a las relaciones con los usuarios y entre los distintos profesionales, al modo como se ejerce el poder en el trabajo, al hecho de que se trabaje o no interdisciplinariamente. En último término tiene que ver con el trabajo del cuidador, con promover la autoestima y madurez personal.

Para finalizar, consideramos que la humanización es un concepto relativo, cuyo significado depende de numerosas variables, como los recursos económicos, el grado de cultura, la formación y los conocimientos científicos y técnicos. Es orientar la actuación del personal de salud al servicio del enfermo, considerándolo en su totalidad, para ofrecerle una asistencia integral que satisfaga sus necesidades a nivel físico, emocional e intelectual, social y espiritual y no solo en su dimensión patológica, es también educarlo para que colabore activamente en la promoción, prevención y participe responsablemente en el proceso de su recuperación.

ACCIONES PROPUESTAS:

Se propone el desarrollo de este Programa mediante cuatro niveles con diferentes fases:

Nivel I: Fortalecimiento de los Grupos de Humanización

Nivel II: Fortalecimiento del trabajo del grupo de humanización

Nivel III: Liderazgo en Humanización

Nivel IV: Capacitar líderes en el acompañamiento al paciente, familia y equipo de trabajo.

NIVEL I: Fortalecimiento de los Grupos de Humanización

Fase 1: Aproximación Inicial:

- Es el primer contacto con la Institución para dar a conocer el Proyecto de Humanización en la Institución y motivar la participación del personal.

Fase 2: Sensibilización y Concienciación.

- Se programa el Primer Seminario de Humanización en Salud Nivel I: Conceptualización y aspectos básicos en humanización.

Objetivo:

Dar a conocer al personal de salud y a la comunidad, qué es humanización y en qué consiste el proceso.

Objetivos Específicos:

- Profundizar en el concepto de salud como proceso dinámico y responsabilidad personal y social.
- Reconocer y valorar a la persona enferma como ser integral, respetándolo en sus derechos.
- Personalizar la relación de los trabajadores entre sí con los superiores, con los pacientes y familiares.
- Estimular el trabajo en equipo y la colaboración interdisciplinaria.
- Motivar la conformación de un Grupo de Humanización en la institución.

Fase 3: Conformación de los Grupos de Humanización de las Instituciones:

- Entrega de la Guía para formación del grupo de humanización.

Se incluirán los grupos existentes, tomando en cuenta la capellanía hospitalaria y los grupos de voluntariado reconocidos por la Institución, otros grupos religiosos reconocidos por la Institución, grupos de cuidados paliativos, grupos de atención al duelo, entre otros.

Fase 4: Evaluación Inicial

El equipo de humanización identificado y motivado lidera el proceso.

NIVEL II: Fortalecimiento del Trabajo del Grupo de Humanización.

Fase 1: Seminario de Humanización en Salud Nivel II: La dinámica del proceso de humanización

Objetivo:

- ☐ Fortalecer el trabajo de los Grupos de Humanización para el mantenimiento del proceso en las Instituciones de Salud.

Objetivos específicos:

- ☐ Profundizar en las dimensiones del trabajador de salud y de la persona enferma.
- ☐ Asesorar el trabajo de los Grupos de Humanización.

Requisito:

Haber realizado el nivel I y estar comprometido en los Grupos de Humanización.

Fase 2: Diagnóstico

Se realiza un diagnóstico mediante la aplicación de las encuestas.

Fase 3: Presentación de los resultados del diagnóstico en la Institución.

NIVEL III: Liderazgo en Humanización

Fase 1: Seminario de Humanización Nivel III

Objetivo:

- ☐ Avanzar en la formación de liderazgo para que los procesos de formación sean efectivos

Objetivos específicos:

- ☐ Revisar la conceptualización básica sobre la persona
- ☐ Definir el liderazgo en humanización
- ☐ Fortalecer los elementos de animación de grupo y trabajo en equipo
- ☐ Identificar elementos para el manejo de los conflictos
- ☐ Determinar la necesidad de la comunicación asertiva en la humanización

Fase 2: Diseño de la intervención:

La intervención está dada con la selección de los problemas prioritarios emanados del diagnóstico.

Se elaborará un Plan Operativo para cada uno de los problemas y el Equipo de Humanización trabajará voluntariamente en subgrupos para el desarrollo y evaluación de las actividades de cada Plan. En el diseño de la intervención se incluyen Programas como el de cuidados paliativos, Atención del duelo, Acompañamiento espiritual y religioso.

El Equipo de Humanización trabajará en coordinación con los departamentos de la institución para generar trabajo en equipo, aunar esfuerzo para el cumplimiento del Plan de Humanización, en el componente de desarrollo institucional.

NIVEL IV: Capacitación de Líderes en Humanización

Fase 1: Seminario de Humanización en Salud Nivel IV: Relación de ayuda.

Objetivo:

Capacitar al líder de humanización en el soporte y acompañamiento al paciente, su familia y al personal de salud.

Objetivos específicos:

- ☐ Favorecer un conocimiento personal más profundo que permita una relación auténtica con los otros, desde una perspectiva integral (espiritual-religiosa, psicológica y emotiva, social e intelectual)
- ☐ Fortalecer actitudes que posibiliten un encuentro humanizado con los otros.

Fase 2: Reforzar el liderazgo en la humanización de la salud para que dinamicen en las Instituciones, procesos educativos y vivenciales, que se expresen en un servicio humano y eficaz al enfermo y a su familia.

Figura 1. **Sinopsis de Humanización de la Atención de Salud**



4. 2005, Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, Bogotá, Colombia.

ACOMPañAMIENTO ESPIRITUAL

Recomendaciones para trabajar con la diversidad cultural y religiosa de los pacientes

- Estar dispuesto a considerar la diversidad religiosa y cultural a la hora de tomar decisiones.
- Formular preguntas abiertas para conocer la forma de pensar del paciente sus creencias, sus valores y su cultura.
- Considerar al paciente, a la familia, cuidadores o consejeros del paciente.

Cuadro 1. DIMENSIONES DE ESPIRITUALIDAD MODELO 3H ⁵

Esfera Cognitiva (Head)	Esfera Experiencial (Heart)	Esfera Conductual (Hands)
Creencias Valores Ideales Significado Propósito Verdad Sabiduría Fe	Amor Compasión, altruismo, capacidad de perdón Conexiones, relaciones con: Sí mismo Otros, comunidad Ambiente, naturaleza Lo Trascendental Energía interna Fortaleza, resistencia o capacidad de recuperación Paz interior, confort, soporte Esperanza Fe (confianza) Trascendencia	Trabajo Conducta diaria Obligaciones morales Escogencias en la Vida Escogencias médicas Prácticas específicas: Oración, meditación, cánticos, rituales, dieta, paseos al aire libre, etc. Participación en comunidades religiosas

El Modelo 3H ofrece definición multidimensional de espiritualidad que puede ser aplicable a diferentes culturas y creencias, y proporciona un vocabulario común.

5. Anandarajab, Gowri: The 3H and BMSEST Models for Spirituality in Multicultural Whole Person Medicine. Annals of Family Medicine, vol 6, N° 5, Sep-Oct, 2008

- Las opciones terapéuticas incluyen cuidados generales espirituales (compasión, presencia, y la relación que favorece la cura) hasta cuidados espirituales especializados (como los que da un capellán clínico) o el auto cuidado espiritual.

Sufrimiento Espiritual

Puede ocurrir en cualquiera de las tres dimensiones (cognitiva, experiencial, o conductual)

- Una madre a quien se le ha muerto un hijo puede pensar que es un castigo divino por un aborto que tuvo cuando era joven (sufrimiento en la esfera cognitiva)
- Un paciente que está muriendo de cáncer ha notado que, tanto sus familiares, como el personal médico se han alejado de él (sufrimiento en la esfera experiencial)
- Un inmigrante, sin acceso a su familia o comunidad religiosa, se ve incapaz de realizar ciertos rituales que lo sostienen (sufrimiento en la esfera conductual)
- Debido a que el sufrimiento tiene componentes físicos, mentales o espirituales, debe haber opciones terapéuticas a todos estos niveles.

CUIDADOS ESPIRITUALES

- Auto cuidado espiritual
- Cuidados espirituales especializados
- Cuidados espirituales generales

Auto Cuidado Espiritual

La propia persona busca medidas de mejorar su estado de salud física, mental, y espiritual.

- Autocuidado del cuerpo y la mente, como dieta saludable, ejercicio y soporte social.
- Auto cuidado espiritual, auto entendimiento y preguntas sobre creencias y valores.
- Métodos de conseguir paz y tranquilidad, como oraciones, meditación, paseos al aire libre, hacer conciencia del medio ambiente natural que nos rodea.

Cuidados Espirituales Especializados

Desarrollado por especialistas que han recibido entrenamiento específico en distintos campos.

- Para necesidades específicas cognitivas o conductuales, tales como oraciones o rituales específicos, lo más apropiado es consultar un profesional entrenado en cuidados espirituales, tales como un capellán con educación clínica pastoral.

Cuidados Espirituales Generales

Desarrollado por personal de salud, familiares o voluntarios entrenados.

- ❑ Atiende a las necesidades en base a las experiencias (corazón). La experiencia de hospitalización puede ser impersonal para el paciente, dejándole con sentimiento de vulnerabilidad, y desconectado de sus fuentes usuales de fortaleza.
- ❑ La intervención a este nivel es a la vez simple y extremadamente difícil. Requiere que el profesional de la salud traiga su dosis de **humanidad** al encuentro médico (Humanización).
- ❑ Incluye compasión, presencia, escucha verdadera, y animar a la esperanza real.
- ❑ A diferencia de los aspectos de la cabeza y las manos, estos elementos no requieren del hacer, sino del “estar”.
- ❑ No implica enmarañamiento emocional. Para esto es importante que el profesional atienda su propia salud y bienestar, incluyendo su salud espiritual.
- ❑ Capacitación del familiar y cuidadores.
- ❑ Capacitación del personal del hospital.

ACOMPañAMIENTO EN DUELO

Programa de Afrontamiento en Situaciones de Crisis

Grupo especial para intervenciones en caso de muerte traumática o inesperada, o en casos de que el centro médico lo solicite. Debe hacerse en coordinación con el grupo de Salud Mental de los hospitales.

Grupos especializados de apoyo, con personal con capacitación especial, psicólogos, trabajadores sociales o capellanes clínicos que hayan recibido entrenamiento especial.

ÁREAS DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA

Cualquier área del Hospital donde se encuentre un paciente sufriendo por una enfermedad, o un diagnóstico, o condición inesperada, bajo tratamiento y a quienes sus familiares por su propio dolor no le están dando el apoyo necesario o en aquellos casos en donde el paciente se encuentra en riesgo de abandono sea este físico, espiritual o emocional.

CRITERIOS DE INTERVENCIÓN

- ❑ Estar enfermo o en riesgo de muerte será suficiente motivo para una intervención, como de igual forma la gravedad o la enfermedad de larga data.

- ☐ Cuando el paciente manifieste deterioro emocional y psicológico, agotamiento, temor, abandono físico o espiritual de su familia.
- ☐ Cuando el paciente es un sobreviviente para garantizar que el mismo sea tratado adecuadamente y no de manera disfuncional.
- ☐ Cuando los familiares estén tan profundamente afectados ante la situación que confrontan, que no manejen bien sus propias emociones, temores y dolor.
- ☐ Cuando los familiares del paciente presenten manifestaciones psicológicas como dolor, culpa, rabia, ira, incapacidad de afrontamiento, temor con negación del riesgo.
- ☐ Cuando el personal de atención de salud se ha comprometido emocional y psicológicamente de manera tal que se esté viendo afectado en el cumplimiento de sus funciones o como ser humano.

El equipo de atención de salud podrá solicitar la atención del programa en los casos en que el paciente se encuentre en.

- ☐ Cuarto de Urgencia, Cuidados Intensivos, Áreas Críticas.
- ☐ Enfermedad crónica.
- ☐ Riesgo de muerte.
- ☐ En caso de aborto.
- ☐ Estados de gravedad con mal pronóstico.
- ☐ Paciente en tratamiento de quimioterapia, VIH, etc.
- ☐ Accidentes, pérdida de un miembro o desfiguración.
- ☐ Con limitantes culturales y económicas.
- ☐ Con deseo manifiesto de morir, con riesgo o pensamiento suicida o deprimidos.
- ☐ Conductas de no cooperación, con negación del riesgo de vida, beligerancia.
- ☐ Rechazo a procedimientos clínicos de los que dependa su vida.
- ☐ Cuando deben ser sometidos a cirugías de alta complejidad, con riesgo vital, amputaciones, secuelas deformantes o largas convalecencias.
- ☐ Cuando deban recibir alguna noticia de alto impacto de parte de su familia, como la muerte de algún miembro de ésta.
- ☐ Cuando el paciente es un sobreviviente.

El equipo de atención de salud puede solicitar la atención del programa para un familiar del paciente cuando manifieste:

- ☐ Dificultad para aceptar la enfermedad.
- ☐ Dificultad para manejar el duelo.
- ☐ Cuando existan dificultades en la comunicación del paciente con su familia y/o de la familia con el equipo médico tratante.

Cualquier miembro del equipo de atención de salud está en la disposición de solicitar atención del programa para sí mismo.

Humanización de la Atención de Salud

Para el desarrollo del proyecto es necesaria la capacitación del personal de salud y a los voluntarios que participarán en él. Basados en los modelos desarrollados por la orden hospitalaria Camiliana proponemos las siguientes guías de trabajo para cada uno de los niveles.

Guías de Trabajo

Nivel I:

- ☐ Toma de conciencia de la realidad que vivimos:
 - ☐ Característica de nuestra sociedad y su incidencia en el mundo de la salud
 - ☐ La persona enferma y su entorno familiar, social, laboral y hospitalario
- ☐ El hombre es un ser integral
 - ☐ Salud y enfermedad
 - ☐ La salud, tarea personal y responsabilidad social y colectiva
 - ☐ Psicología y derechos de la persona enferma.
- ☐ Identidad del trabajador de la salud
 - ☐ Perfil del trabajador de la salud
 - ☐ La colaboración interdisciplinaria y el trabajo en equipo.
 - ☐ La comunidad hospitalaria

Nivel II:

- ☐ El trabajo en salud como servicio a la vida:
 - ☐ Las motivaciones y los valores que orientan la vida
 - ☐ Dimensiones y necesidades de la persona humana y su desarrollo armónico

Nivel III:

- ☐ Preservación de la dignidad de la persona
- ☐ Ser líder en humanización
- ☐ Estilos de liderazgo
- ☐ Del trabajo de grupo al trabajo en equipo
- ☐ Resolución de conflicto
- ☐ Comunicación asertiva

Nivel IV:

- ☐ La autorreflexión y auto-conocimiento como herramienta básica en la relación de ayuda.
- ☐ Qué significa ayudar y qué es la relación de ayuda.
- ☐ Actitudes que facilitan y obstaculizan el encuentro con los otros.
- ☐ Desarrollo de habilidades, la escucha, la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional.
- ☐ Acompañamiento religioso, desde la perspectiva de las distintas religiones. Animación de grupos y liderazgo
- ☐ Manejo de conflictos grupales
- ☐ Elaboración de pérdida y duelo
- ☐ Relación de ayuda.

GUÍA TÉCNICA

Implementación del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo en Instalaciones de Salud.

Marco Conceptual. La promoción de salud y prevención de los trastornos que afectan la salud es parte integral de las políticas de salud y su enfoque debe integrar, desde el nivel nacional hasta el local, una visión que abarque la acción horizontal a través de diferentes contextos, ambiente, vivienda (hotelería dentro de un hospital), bienestar social (del paciente, su familia y personal que lo rodea), trabajo (condiciones de trabajo dignas), educación (del paciente familia y personal que lo atiende), deporte, justicia y derechos humanos (todo esto aplicable aún dentro del sector salud).⁶

DIMENSIONES DE LA HUMANIZACIÓN



6. 2005, Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, Bogotá, Colombia.

“Más corazón en las manos, hermanos”

San Camilo de Lellis

Humanizar es orientar la actuación del personal de la salud hacia el servicio del enfermo considerando en su globalidad, ofreciéndole asistencia integral con calidez y competencia, que responda a las dimensiones física – emocional – social – espiritual de la persona. Implica educar y acompañar⁷ a la persona y a su familia para que colabore activamente y participe responsablemente en el proceso de atención de su enfermedad y recuperación. Para ello la relación del equipo de salud con la persona sufriente se debe basar en cuatro pilares: ciencia, sabiduría experiencia y trato humano.⁸

Hoy se garantiza cada vez más el respeto a la dignidad humana en todo escenario, y por eso la atención debe estar centrada en las necesidades del enfermo abarcando otros sectores de la organización social que antes no eran examinados desde esta perspectiva, como los servicios de protección de la salud⁹.

En el ámbito del INSALUD, en España, en 1984, el entonces, el Director General del INSALUD, Sr. D. Francesc Raventós decía:

“Podemos decir que un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las desigualdades sanitarias, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud”¹⁰.

“Muchas veces un proceso de humanización no es tanto un proceso de estructuras, de mecanismos, sino de actitudes; no es tanto un problema de recursos -tantas veces nos quejamos todos de la falta de recursos- porque todos sabemos que se puede avanzar mucho en un proceso de humanización con los recursos actuales, pero con unas actitudes distintas. Hemos dicho también que precisamente no vamos a avanzar en un proceso de humanización a través de incorporar reglamentaciones en el “Boletín Oficial del Estado”, sino, precisamente, a través de un proceso de cambio de actitudes y de voluntad de todos nosotros, de todos los que conformamos el personal sanitario para mejorar la situación actual”¹¹.

7. Pierlugi, M. Cómo humanizar nuestra vida y nuestras obras: “ser” con el enfermo puede ser más importante que el “qué hacer” Roma 1991.

8. El Buen Hacer Médico. David Mendel, Consultant Physician, St. Thomas Hospital, London EUNSA, 1991.

9. Cf. SARPELLON G., Il grado di umanizzazione dei servizi sociali e sanitari: indicazioni di metodo, en AA.VV., Il rispetto delle persone nei servizi sociali e sanitari, Fondazione Emanuela Zan, Padua 1986, 28.

10. RAVENTÓS TORRÁS F., La organización sanitaria al servicio del ciudadano, en Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD, INSALUD, Madrid 1985, 12.

11. RAVENTÓS TORRÁS F., Conclusiones, en Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD, INSALUD, Madrid 1985, 346.

Los usuarios de los servicios de salud, pacientes y sus familias, evalúan la calidad de atención a través de atributos considerados dimensiones humanas como la empatía, la confianza, la calidez o la comunicación, dejando al mismo nivel o incluso a nivel inferior los componentes técnicos¹². Esto conlleva que todos los actores involucrados en este proceso sean capaces de tomar conciencia de que en todo tiempo y en toda época como personas deben luchar para ser personas y trabajar por cuidar la salud propia y la de sus semejantes desarrollando estos atributos humanos.

Cuadro 2. Fases del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo

NIVEL ¹³	MOMENTO	FASES	PASOS
1. Articulación, Organización	Articulación y Organización	Convocatoria. 1. Aproximación Inicial 2. Sensibilización y concientización.	Unificación de Objetivos Identificación de las instancias interesadas Taller Nivel I
		Establecimiento de la estructura orgánica en red e inicio de reuniones periódicas 3. Conformación de grupos de Humanización 4. Evaluación Inicial	Definición de estructura y reglas de funcionamiento Reuniones periódicas
2. Proyección Operativa	Consolidación Fortalecer el trabajo de los grupos de humanización.	1. La dinámica del proceso de humanización 2. Análisis Situacional y Presentación de los resultados del diagnóstico en la Institución, divulgación interna y externa de los mismos y desarrollo de un Plan Operativo.	Taller Nivel II Formación de una Visión Común.
			Presentación de los resultados del diagnóstico en la Institución, divulgación interna y externa de los mismos y desarrollo de un Plan Operativo.
3. Liderazgo	Promover la formación de líderes para el proceso de humanización.	1. Encuentro con mi yo humano y trabajo en equipo 2. Diseño de Intervención	Taller Nivel III Revisión del Análisis de Situación
4. Proyección Operativa a pacientes y familias	Capacitar a los líderes en el acompañamiento al paciente, familia y equipo de trabajo.	1. Soporte y Acompañamiento al paciente, su familia y al personal de salud 2. Reforzar el liderazgo en la humanización de la salud	Taller Nivel IV Diseminación del aprendizaje de cada institución. Reflexión personal y espiritual para establecer una relación de ayuda.

Monitoreo y Evaluación

Sistema de Información Monitoreo, Evaluación y Seguimiento, construyendo y utilizando indicadores cuali-cuantitativos apropiados a cada institución y nivel.

Aclaramos que este esquema pretende ser solo una guía. Por ejemplo, el monitoreo y la evaluación debe iniciarse desde los momentos de formación y consolidación.

12. Delgado, 1997; Rodríguez, 1999; Achury, 2000; Ortega, García, Rodríguez, Núñez, Novo y Rodríguez, 2004; Martínez y Leal, 2003; Heluy, De Faria, Cabañero y Castelló, 2004; Castillo, Dougnac, Vicente, Muñoz y Rojas, 2007; Llinás, 2010; Múnera, 2011.

13. 2005, Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, Bogotá, Colombia



Una parte de cuidar también es tocar, y son innumerables sus beneficios. Tocamos a otro de muchas maneras: para consolar, calmar, agradecer, comprender, respetar y curar. Es un vehículo insuperable de comunicación, especialmente en el cuidado de los enfermos. No importa si el paciente está consciente o inconsciente, si es joven o viejo, culto o analfabeto... Con simplemente tocarlo, podemos transmitirle más amor y comprensión que con mil palabras.

Patricia Donahue ¹⁴

14. Patricia Donahue, Cancer treatment gets personal. Science 2006

GUÍA OPERATIVA NIVEL I

ARTICULACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Fase 1: Aproximación Inicial

- Definición preliminar de objetivos y ámbitos de trabajo proyectados
- Identificación de todas las instancias que potencialmente podrían interesarse en participar del programa
- Convocatoria propiamente dicha

Es necesario definir en forma concisa los objetivos de trabajo de esta fase y delimitar los niveles de actuación, de una manera preliminar, antes de la convocatoria. Por ejemplo, si es a un nivel nacional o regional administrativo, los objetivos serían revisar las normas de trabajo desde una óptica centrada en paciente, hacer un diagnóstico de los procesos para adquisición de insumos, por decir algo. En un hospital, cambia el enfoque, igual hay que revisar los procesos, pero en este caso los de atención directa, algo similar puede ocurrir en un centro de salud. Este es un análisis previo que debe ser realizado por el equipo timón o gestor nacional.

A la primera reunión de sensibilización se debe llevar una idea inicial de los contenidos, pasos y proyecciones de trabajo, que obviamente serán revisados por los equipos del nivel nacional, regional, local, según sea el caso.

Es vital dedicar un tiempo prudente a identificar participantes potenciales en la propuesta de programa de acompañamiento humano y espiritual. Este es un proceso continuo, pues en la medida que se aclare el trabajo deseado se espera que se incorporen nuevos integrantes y se retiren algunos.

Los miembros potenciales a integrarse en los equipos de humanización podrán tener diferentes roles, (variables en el tiempo de acuerdo a las circunstancias)

1. **Proveedores de Recursos:** personas que pueden aportar o gestionar fondos (dinero efectivo) así como recursos humanos.
2. **Proveedores de servicios:** personas que pueden ayudar en transporte, comunicación
3. **Aliados Estratégicos:** líderes de prestancia pública conocida, y personas con capacidad de gestión política.
4. **Miembros operativos:** personas interesadas en desarrollar el proyecto en la fase operativa en su contexto de influencia directa.

5. **Asesores técnicos:** agencias de cooperación externa, otros grupos con experiencia en este tipo de propuestas.

Es el primer contacto con la Institución para dar a conocer el Proyecto de Humanización en la Institución y motivar la participación exhaustiva, pues en las primeras reuniones se debe esperar una baja asistencia (en algunas experiencias, solo entre 5 a 10% de los convocados)¹⁵

En este primer contacto, debe haber al menos un representante del nivel directivo (gerencial), de la parte administrativa y de la parte asistencial.

Producto: Contrato gerencial para el desarrollo del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual en esa institución.

Fase 2: Sensibilización y Concienciación.

Se programa el Primer Seminario Taller de Humanización en Salud Nivel I (se pueden hacer hasta dos seminarios en este nivel):

Conceptualización y aspectos básicos en humanización.¹⁶

“En el mundo de la acción social y de la salud, donde nos encontramos con la dignidad humana que nos interpela presentándose vulnerable y precaria, la humanización consistirá en promover al máximo la responsabilidad en los procesos de integración y de salud, evitando que las relaciones de ayuda se conviertan en intervenciones paternalistas y sustitutorias allí donde la responsabilidad del individuo pueda participar –en mayor o menor medida– en la lucha por la dignidad no solo como algo debido, sino también como algo conquistado”.

José Carlos Bermejo. *ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD*, dic 2014.

Objetivo:

Dar a conocer al personal de salud y a la comunidad, qué es humanización y en qué consiste el proceso.

Objetivos Específicos:

1. Profundizar en el concepto de salud como proceso dinámico y responsabilidad personal y social.
2. Reconocer y valorar a la persona enferma como ser integral, respetándolo en sus derechos.

15. Guía Técnica: organización de redes sociales para la prevención de la depresión. OPS/OMS 2005.

16. José Carlos Bermejo. *ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD*, dic 2014.

3. Personalizar la relación de los trabajadores entre sí y los superiores, trabajadores, pacientes y familiares.
4. Estimular el trabajo en equipo y la colaboración interdisciplinaria.
5. Motivar la conformación de un Grupo de Humanización en la institución.

Se sugiere una metodología taller. El taller es una unidad productiva de conocimientos a partir de una realidad concreta, para ser transferidos a esa realidad a fin de transformarla, donde el papel de los participantes es trabajar con el objetivo de converger la teoría y la práctica.

Es una novedosa forma pedagógica que intenta lograr la integración de la teoría y la práctica por medio de una instancia que llegue a una persona con su futuro campo de acción y lo lleve a comenzar a conocer su realidad. Se caracteriza por: la investigación y el descubrimiento científico. El trabajo en equipo es un elemento vital dentro del desarrollo de un taller que, en su aspecto externo, se distingue por el acopio (en forma sistematizada) de material especializado acorde con el tema tratado, teniendo como fin la elaboración de un producto tangible. Se enfatiza en la solución de problemas, capacitación, y requiere la participación de los integrantes. A menudo, un simposio, lectura o reunión se convierte en un taller si son acompañados de una demostración práctica. Para temas existenciales como la humanización mientras más experiencial será mejor.¹⁷

Las personas que asisten a estos talleres iniciales de sensibilización deben ser estimulados a dar su aporte personal, crítico y creativo, partiendo de su propia realidad y constituyéndose como personas creadoras de su propia experiencia y superando así la posición tradicional de simples receptores de la educación, con lo que estarán recibiendo las bases para ser líderes participativos del resto del proceso. Por medio del taller los participantes en un proceso de tipo gradual o por aproximaciones van alcanzando la realidad y descubriendo los problemas que en ella se presentan, por medio de la acción-reflexión inmediata o acción diferida.

FASES PARA LA PLANIFICACIÓN DE LOS TALLERES DE SENSIBILIZACIÓN (también aplicables a talleres en otras fases)

- ☐ Identificación de la población objetivo del Taller
- ☐ Evaluación inicial
- ☐ Selección y ordenamiento de los objetivos
- ☐ Elección y formulación de la actividad específica
- ☐ Búsqueda de un nombre atractivo para el Taller
- ☐ Cronograma
- ☐ Coordinación de los niveles de acción
- ☐ Determinación y adecuación del espacio físico

17. Humanización de la salud www.humanizar.es

- ☐ Recursos materiales
- ☐ Evaluación del modelo logrado
- ☐ Evaluación durante el proceso
- ☐ Evaluación del producto
- ☐ Reproducción del modelo.

Con 25 personas máximas voluntarias líderes identificadas en el (los) taller (es) nivel I se conformará el equipo de humanización que liderará el proceso de implementación del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual en esa institución o nivel de complejidad.

Se deben realizar con ellos reuniones programadas quincenales o mensuales.

Producto: personas capacitadas en nivel I y elección del equipo de humanización por institución nivel.

Fase 3: Conformación de los Grupos de Humanización de las Instituciones:

Entrega de la Guía para formación del grupo de humanización a las personas identificadas.

Se incluirán los grupos existentes, tomando en cuenta la capellanía hospitalaria y los grupos de voluntariado reconocidos por la Institución, otros grupos religiosos reconocidos por la Institución, grupos de cuidados paliativos, grupos de atención al duelo, entre otros.

*****RECORDAR LOS ROLES SEÑALADOS EN LA FASE 1*****

Este grupo deberá ejercer un liderazgo a lo interno de su institución y generar actividades que movilicen a los actores internos en torno a este tema.

Deberán tener reuniones periódicas dentro de su institución, gestionar espacio físico y tiempo para las mismas y hacer un primer Plan Operativo a ser utilizado dentro de la institución.

En el caso del nivel nacional, se deberá gestionar, a manera de ejemplo, un plan de divulgación del Programa a ser implementado en toda la red de servicios para que se conozca la existencia del mismo.

Algunas acciones concretas que se pueden incluir en esta fase:

1. Revisión y adecuación de los principios, normas, metodologías, procesos y manuales de funciones, para que sean congruentes a la filosofía del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual
2. Talleres de sensibilización Local
3. Murales
4. Logos

5. Corrección de evidentes violaciones al respeto a los derechos de los pacientes y familiares.

Criterios de Evaluación:

- ☐ La realización de un Plan Operativo Interno.
- ☐ La realización y cumplimiento de un programa de reuniones interno.
- ☐ La intervención en actividades docentes relativas al tema, como expositores y participantes.
- ☐ La realización de acciones concretas dentro de su institución.

Fase 4. Evaluación Inicial

El equipo de humanización identificado y motivado lidera el proceso para la realización de un diagnóstico cuali-cuantitativo de la institución mediante la aplicación de encuestas propias del “Proyecto Hospital Humano” o “Proyecto Centro de Salud Humano”. Esta propuesta puede ser mejorada anexando una segunda parte (que responda a preocupaciones locales), procurando que no se hagan demasiado extensas.

Se realiza un diagnóstico mediante la aplicación de las encuestas en una muestra representativa de funcionarios y usuarios; grupos focales con usuarios y funcionarios y observación directa de la institución por personas externas a la misma (pueden ser miembros de otros equipos de humanización).

Productos:

Diagnóstico cuantitativo de la Institución, nivel del grupo de funcionarios

Diagnóstico cuantitativo del grupo de usuarios

Diagnóstico de los grupos focales de usuarios y funcionarios

Diagnóstico de la observación realizada por pares externos

GUÍA OPERATIVA NIVEL II

Proyección Operativa, Consolidación

Fortalecer el Trabajo del Grupo de Humanización.

Fase 1:

Seminario de Humanización en Salud Nivel II: La dinámica del proceso de humanización

Se realizará un taller de inducción a esta fase que inicia con el análisis de los diagnósticos realizados en el nivel anterior la evaluación cuantitativa - cualitativa, FODA y árbol de problemas. Este taller es dirigido al equipo de humanización identificado en el Nivel previo.

Se utilizará el proceso de planeamiento de talleres y la identificación de roles mencionado en Guía Operativa Nivel I

Objetivo:

Fortalecer el trabajo de los Grupos de Humanización para el mantenimiento del proceso en las Instituciones de Salud.

Objetivos específicos:

Profundizar en las dimensiones del trabajador de salud y de la persona enferma.

Asesorar el trabajo de los Grupos de Humanización.

Requisito:

Haber realizado el nivel I y estar comprometido en los Grupos de Humanización (ver criterios de evaluación nivel I).

El resultado del taller deberá identificar las necesidades específicas percibidas en forma inicial por el equipo local, lo que permitirá la adecuación de la encuesta diagnóstica en su segunda parte (necesidades o preocupaciones locales).

Fase 2: Análisis Situacional

Posterior al taller, se revisarán en mayor detalle las encuestas patrón aplicadas, mediante la tabulación y análisis exhaustivo y participativo ampliado a otros actores internos y externos de la institución. De este informe, el equipo de humanización presenta a la Gerencia, la Administración

y a los equipos asistenciales los resultados de su análisis para una discusión ampliada y desarrollo de una propuesta de Plan Operativo.

Algunas acciones concretas que se pueden incluir en esta fase:

Es muy importante la realización oportuna de esta presentación de resultados en el siguiente orden sugerido

1. El equipo gestor a las autoridades de la institución
2. Las autoridades de la Institución al resto del personal
3. Las autoridades de la Institución a través de relaciones públicas a los pacientes y/o familiares cuando ya se tengan algunas soluciones inmediatas.

Este esquema de divulgación envía un mensaje de la toma de consciencia de las autoridades de la importancia del tema y que se le dará seguimiento al mismo. De no lograrse el compromiso de las autoridades este será un factor de desmotivación para los miembros del equipo gestor y el resto de la comunidad de la institución.

El equipo gestor puede y deberá realizar con la nueva información una gestión de reclutamiento de nuevos miembros a través de reuniones de motivación. También podrá gestionar la impresión de un documento que analice en detalle los resultados de la encuesta y fomente alternativas posibles de soluciones factibles y viables.

De este proceso de divulgación y seguimiento del análisis de la situación se espera lograr un Plan Operativo consensuado.

Producto:

Informe Final Impreso del análisis situacional con gráficos, recomendaciones y una primera priorización de problemas

GUIA OPERATIVA NIVEL III

Liderazgo en Humanización

Promover la formación de líderes para el proceso de humanización

Fase 1: Encuentro con mi yo humano y trabajo en equipo

Seminario de Humanización Nivel III

Al igual que en cada nivel se inicia con un taller de evaluación reflexión.

Objetivo:

Avanzar en la formación de liderazgo para que los procesos de formación sean efectivos.

Objetivos específicos:

1. Revisar la conceptualización básica sobre la persona
2. Definir el liderazgo en humanización
3. Fortalecer los elementos de animación de grupo y trabajo en equipo
4. Identificar elementos para el manejo de los conflictos
5. Determinar la necesidad de la comunicación asertiva en la humanización

Esta actividad se sugiere se realice antes de revisar el diseño de intervención para mantener el centro humano dentro de la misma. En ella se puede revisar el proceso de priorización de problemas.

Fase 2: Diseño de la intervención:

Luego del taller de evaluación de proceso el equipo gestor revisará su propuesta inicial de intervención basada en la selección de los problemas prioritarios emanados del diagnóstico. Reformulará su Plan Operativo para cada uno de los problemas, el que es diferente del Plan Operativo del Proceso de Implementación del Programa de Humanización y buscará aliados estratégicos para que lo apoyen en el trabajo voluntario en subgrupos para el desarrollo y evaluación de las actividades de cada Plan.

Para esto se requiere el apoyo del nivel de gestión administrativa para la descarga horaria requerida. El Equipo de Humanización trabajará en coordinación con los departamentos de la institución para generar trabajo en equipo aunar esfuerzo para el cumplimiento del Plan de Humanización, en el componente de desarrollo institucional.

En el diseño de la intervención se incluyen acciones coordinadas con otros Programas como el de Cuidados Paliativos, Atención del Duelo, Acompañamiento Espiritual y Religioso.

El diseño de la intervención es parte de un Plan Operativo más amplio que contempla, además, de la selección de los problemas priorizados, el desarrollo de grupos de trabajo para el desarrollo de diferentes estrategias a fin que se convierta en un proceso de mejora continua que involucre a la mayor cantidad posible de personas.

Productos:

Problemas priorizados

Plan Operativo

Equipo Capacitado en Nivel II

Propuesta de Hospital o Centro de Salud: Institución de salud humanizada

GUÍA OPERATIVA NIVEL IV

Capacitación de Líderes en Humanización

Fase 1: Seminario de Humanización en Salud Nivel IV: Relación de ayuda.

Objetivo:

Capacitar al líder de humanización en el soporte y acompañamiento al paciente, su familia y al personal de salud.

Objetivos específicos:

- Favorecer un conocimiento personal más profundo que permita una relación auténtica con los otros, desde una perspectiva integral (espiritual-religiosa, psicológica y emotiva, social e intelectual)
- Fortalecer actitudes que posibiliten un encuentro humanizado con los otros.

Fase 2: Reforzar el liderazgo en la humanización de la salud para que dinamicen en las Instituciones, procesos educativos y vivenciales, que se expresen en un servicio humano y eficaz al enfermo y a su familia.

Es hasta este momento cuando se inicia formalmente el trabajo en subcomisiones de atención directa a la población, estas pueden ser la subcomisión de acompañamiento espiritual, duelo.

Algunas acciones concretas que se pueden incluir en esta fase:

Sumarse, compartir experiencias, hacer retiros y otras actividades similares con otras iniciativas nacionales e internacionales con fines similares:

1. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Cáncer, ENT
2. Participar de Redes Solidarias de Profesionales: Globalizar la Solidaridad a través del Conocimiento.¹⁸

Productos

Equipo de Humanización y otros miembros del equipo capaces de entablar relaciones de ayuda, y modificar el entorno.

18. (DEPARTAMENTO DE LAICOS - CEPAL - CONFERENCIA EPISCOPAL ARGENTINA, Suipacha 1034, Capital, (1008), tel. 4394-6170, <http://www.deplai.org.ar>, e-mail de las redes: redeslat@yahoo.com)

CAJA DE HERRAMIENTAS CON ACCIONES E INDICADORES POTENCIALES PARA LOS PROCESOS DE HUMANIZACIÓN

Medir la humanización en un individuo o un sistema de salud es un reto aún no resuelto por los estudiosos del tema. Sin embargo, es importante identificar indicadores de estructura, procesos, resultados e impacto (Donabedian) que permitan obtener una noción de cómo aplicar estrategia y operativamente los conceptos de humanización.

Los indicadores de salud son “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro tipo de evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada. En términos generales los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla. (Tomado del Boletín Epidemiológico de la OPS, Vol 22 Nº. 4, diciembre 2001).

En lo que respecta a los procesos de humanización en los sistemas de salud reconocemos que en sí mismos son complejos e inherentes a políticas, estrategias y acciones de salud, por lo que muchos de ellos ya están plasmados en nuestros documentos de trabajo en todos los niveles de gestión.

El propósito de esta caja de herramientas o cajón de sastre es recopilar desde la óptica del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo y sus ejes correspondientes, algunas de estas acciones e indicadores pertinentes al desarrollo de los procesos de humanización, que aunque parecen extensos en su desarrollo, solo contemplan los elementos más relevantes.

No se piensan como indicadores o acciones obligatorias del Programa, más bien, como un menú de posibles acciones que podrán ser priorizadas de acuerdo a lo señalado en las Guías Operativas, dentro del proceso de desarrollo de los equipos, análisis y autorreflexión de los mismos.

El Programa de Humanización se evalúa en base a herramientas desarrolladas de manera consensuada dentro de los Planes Operativos realizados por los equipos en los niveles locales, regionales y nacionales. Una de las herramientas que pueden utilizarse en estos talleres son los cuadros desarrollados a continuación, sin que estos se constituyan en una camisa de fuerza o una limitación a la creatividad de los funcionarios de salud

El monitoreo y evaluación será constante a lo largo del proceso. A continuación se describen indicadores de humanización en 5 ejes estratégicos. De acuerdo a la realidad ustedes pueden utilizar los que se apliquen a su instalación de salud, hospital o instituto.

INDICADORES DE HUMANIZACIÓN

EJE ESTRATÉGICO 1:

LOS PROFESIONALES AGENTES ACTIVOS DE LA HUMANIZACIÓN

Objetivo General:

Mejorar la calidad de la atención y comunicación entre los profesionales y los usuarios del Sistema de Salud de Panamá.

Objetivo Específico 1:

Propiciar la implicación de los profesionales y funcionarios que laboran en las instalaciones de salud en un espacio de mejora de la comunicación médico/paciente.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
1.1.- En la definición de todos los Procesos de Atención, se contemplarán medidas que permitan la mejora de la atención y comunicación profesionales de salud/paciente.	Nº de Procesos de Atención en los que se hayan contemplado medidas para la mejora de la atención y comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios/pacientes.	Verificar que se implementen los procesos de atención.	Dirección General de Salud. Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Direcciones locales de centros o instalaciones de salud.
1.2.- Participación de los profesionales y funcionarios que laboran en las instalaciones de salud en la elaboración de todos los protocolos que contemplen objetivos y líneas de actuación relacionados con la atención al usuario/paciente.	Número de reuniones realizada para este fin	Participación efectiva de los profesionales en la elaboración de todos los protocolos que contemplen objetivos y líneas de actuación relacionados con la atención al usuario/paciente.	Dirección General de Salud Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Departamento de Monitoreo y Evaluación. Direcciones locales de centros o instituciones de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
1.3.- Inclusión en todos los protocolos de atención del Sistema de Salud, de medidas y herramientas que faciliten la atención y comunicación entre los profesionales y los usuarios/pacientes.	Número de medidas y herramientas que faciliten la atención y comunicación entre profesionales y pacientes, incluidas en los protocolos de la atención del Sistema de Salud.	Verificar que se han incluido las medidas dentro de los protocolos.	Direcciones locales de centros o instituciones de salud.
1.4.- Desarrollo de actividades formativas en cada Área/Región de Salud, dirigidas a los profesionales del Sistema de Salud implicados, sobre aspectos culturales de la población inmigrante que influyen en la relación de éstos con el sistema.	Número de actividades formativas realizadas, según lo programado.	Actividades formativas desarrolladas por las Áreas de Salud en relación a las características socioculturales de la población inmigrante.	Dirección General de Salud. Dirección de Asuntos Indígenas. Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Direcciones locales y regionales de centros e instituciones de salud.

Objetivo Específico 2

Impulsar la formación específica de los profesionales del Sistema de Salud en Humanización y en habilidades de comunicación, que posibiliten la mejora de la calidad de la atención de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
2.1.- Inclusión de actividades docentes (cursos, talleres y seminarios) referidas al área de comunicación, humanización y calidad relacional, en los diferentes Planes y Programas Formativos dirigidos a los profesionales del Sistema de Salud.	Nº de actividades docentes referidas al área de comunicación, humanización y calidad relacional, incluidas en los Planes y Programas formativos dirigidos a los profesionales del Sistema de Salud.	Verificar que las actividades se realizan.	Dirección de Recursos Humanos. Unidades Docentes Regionales. Direcciones locales de centros o instituciones de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
2.2.- Impulso de talleres de habilidades de comunicación, para los profesionales, en las instalaciones de salud.	Nº de talleres de habilidades de comunicación realizados en los centros del Sistema de Salud.	Realización de los talleres.	Dirección de Recursos Humanos. Unidades Docentes Regionales Direcciones locales de centros o instituciones de salud.
2.3.- Impulso de los aspectos relacionados con la humanización de la atención de salud desde los centros de formación de los profesionales de la salud, ya sea en pregrado, en postgrado o en formación continuada.	Existencia de asignaturas de humanización dentro del pensum académico.	Coordinación con centros de formación para que se incluya el tema.	Dirección de Recursos Humanos en Coordinación con Universidades Direcciones locales de centros o instituciones de salud.

Objetivo Específico 3:

Favorecer un entorno que posibilite la atención y la comunicación adecuadas entre los profesionales y funcionarios que laboran en las instalaciones de salud y los usuarios/pacientes del Sistema de Salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
3.1- Establecimiento de espacios adecuados para que la comunicación entre los profesionales y funcionarios que laboran en las instalaciones de salud y pacientes y/o sus familiares, se pueda llevar a cabo con normalidad y privacidad.	- Existencia de espacios disponibles para la comunicación que permita la privacidad. - Incremento en la satisfacción del usuario con esta área.	Espacios creados con la finalidad de permitir la adecuada comunicación y privacidad entre profesionales y pacientes y/o familiares en los centros hospitalarios del sistema de salud. Verificación de las mejoras del entorno y mejora de resultados en las encuestas de satisfacción.	Dirección de Infraestructura de Salud. Direcciones locales de Infraestructura de centros o instituciones de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
3.2.- Incorporación de nuevas tecnologías, (sistemas de información, telemedicina, receta prolongada y digital/ electrónica, etc.) que permitan disminuir la carga burocrática de los profesionales del sistema de salud.	Número de nuevas tecnologías incorporadas, por ejemplo, el expediente electrónico.	Nuevas tecnologías disponibles implementadas.	Dirección de Informática. Direcciones Regionales.
3.3.- Impulso de la participación intersectorial de los centros y servicios del sistema de salud.	Número de reuniones realizadas con entes intersectoriales.	Funcionamiento efectivo de los órganos de participación de los centros y servicios del sistema de salud.	Direcciones Regionales, Locales de Promoción de la Salud, de centros o instituciones de salud.
3.4.- Elaboración de encuestas a profesionales, que permitan valorar e informar posibles medidas de mejora relacionadas, entre otros aspectos, con la satisfacción de los mismos.	Número de encuestas realizadas sobre las programadas.	Presentación de Resultados de Encuestas a profesionales de sistema de salud realizadas.	Dirección de Provisión de Servicios de Salud Departamento de Monitoreo y Evaluación. Direcciones Regionales y Locales de centros o instituciones.
3.5.- Creación, difusión y distribución, entre los profesionales del sector salud, de una guía con estrategias para la prevención de agresiones a los mismos.	Número de profesionales con conocimiento de las estrategias para la prevención de agresiones.	Grado de distribución, entre los profesionales del sistema de salud, de las estrategias para la Prevención de agresiones a los mismos.	Dirección General de Salud y Asesoría Legal.
3.6.- Regulación general del régimen de visitas y acompañamiento a nivel hospitalario asegurando el respeto a la voluntad y a las necesidades del usuario/paciente.	Existencia de la regulación.	Grado de implementación de regulación general del régimen de visitas y acompañamiento en los centros del sistema de salud.	Dirección General de Salud. Dirección de Enfermería Nacional Regional y Local.

EJE ESTRATÉGICO 2:

INFRAESTRUCTURA Y ACOGIDA

Objetivo General:

Mejorar la percepción de los usuarios de la Infraestructura y calidez en el Sistema de Salud de Panamá.

Objetivo Específico 4

Eliminar las posibles barreras arquitectónicas, sensoriales y mejorar el acceso a nuestras instituciones de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
4.1.- Identificar y eliminar las barreras arquitectónicas, mejorando el acceso a las instituciones de salud, considerando las personas con necesidades especiales.	Existencia de estudio que evidencie beneficios homologados a las personas con necesidades especiales.	Realización del estudio de identificación de las barreras arquitectónicas y mejoras al acceso. Acciones de eliminación de barreras arquitectónicas y de mejoras de acceso a los centros de salud.	Dirección de Infraestructura en Salud. Gerencias de Infraestructura de las Áreas de Salud.
4.2.- Mantener una adecuada señalización.	Existencia de señalizaciones.	Evaluación del programa de señalización.	Direcciones locales de centros, hospitales o instituciones de salud.
4.3.- Revisar y adecuar los horarios de visita en función del paciente hospitalizado.	Existencia de horarios flexibles de visitas.	Grado de satisfacción de los usuarios con el horario de visitas a pacientes hospitalizados.	Direcciones locales de centros, hospitales o instituciones de salud.
4.4.- Revisar para que el sistema de citación sea eficiente.	Citas de acuerdo a sistema de contra referencia.	Grado de satisfacción del usuario a sus citas médicas. Sistema de evaluación médica basada en prioridades en el servicio de urgencias.	Direcciones locales de centros, hospitales o instituciones de salud.
4.5.- Mejora continua en la accesibilidad y eficiencia en los servicios de urgencia.	Servicios de urgencia con aplicación del triage.	Evaluación efectiva del triage, en el servicio de urgencias, en las instituciones de Salud, como método de selección y clasificación de pacientes.	Direcciones locales de centros, hospitales o instituciones de salud.

Objetivo Específico 5

Adecuar las instalaciones de salud mediante un programa de mantenimiento y de dotación de personal necesario para mejorar la comodidad de los usuarios.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
5.1.- Programa de mantenimiento proactivo, que mantenga las instalaciones de salud en condiciones óptimas y dotar de personal necesario para una mejor acogida.	Existencia de un programa de mantenimiento preventivo/proactivo.	Disponibilidad de un Plan de Mantenimiento Preventivo en las instalaciones de salud. Disponibilidad y confiabilidad del equipo y personal adecuado y necesario en las instituciones de salud.	Gerencias de las Áreas de Salud Jefatura de Enfermería.
5.2.- Mejorar comodidad del paciente y familiares adoptando medidas que permitan una comunicación continua con el familiar sobre la condición del paciente.	Números de acciones dirigidas a mejorar la comunicación con el paciente y familiar, llevada a cabo por el personal de enfermería.	Paciente y familiar debidamente informado del proceso y de su condición de salud.	Gerencias de áreas de salud. Jefatura de Enfermería.
5.3.- Desarrollar estrategias que faciliten el conocimiento de las carteras de servicios que brindan las instituciones de salud; urgencias, consulta externa y hospitalización.	Números de acciones que demuestren que se está dando a conocer las carteras de servicios de las instituciones de salud.	El paciente y la Comunidad conocen y dominan las carteras de servicios de las instituciones de salud del País.	Gerencias de áreas de salud.
5.4.- Promover albergues para los familiares de los enfermos hospitalizados y pacientes de áreas alejadas del centro hospitalario con citas ambulatorias o de procedimientos.	Números de acciones dadas en la comunidad que promuevan la creación de albergues para familiares de pacientes.	Existencia de Albergues Acondicionados, para familiares de los pacientes hospitalizados.	Gerencias de las Áreas de Salud /Responsable biblioteca.
5.5 -Crear espacios diseñados para niños que acompañan a sus familiares a las citas.	Existencia, segura, de un área de espera, para menores de edad en las instituciones de salud, que prestan servicios de consulta externa.	Espacios diseñados para niños en las instituciones de salud.	Gerencias de las Áreas de Salud en coordinación con el Sistema Internet para todos.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
5.6.- Disponibilidad de teléfonos públicos, y servicio de televisión con programas educativos y de entretenimiento y facilitar las claves para el uso de internet en las instituciones de salud que lo tenga.	Existencia de teléfonos públicos en buenas condiciones y televisores con programación educativas y de entretenimiento, acceso a las claves de internet.	Medios de comunicación y Educativas favorecen las relaciones interpersonales fomentando mayores conocimientos en diversas ramas del saber.	Gerencias de las Áreas de Salud.
5.7.- Organizar un servicio de préstamos de libros y revistas a los pacientes hospitalizados y familiares que los cuidan, durante su estadía en el hospital.	Existencia de un espacio de libros y revistas para préstamos.	Área Física o virtual para el préstamo de libros y revistas.	Gerencias de las Áreas de Salud.
5.9.- Adecuación y adaptación de los espacios físicos para asegurar una muerte digna y un duelo en las mejores condiciones de dignidad a los familiares.	Existencia de normativas que permitan al familiar acompañar a su paciente moribundo y un espacio físico para su duelo inmediato y facilitar una llamada telefónica.	Pacientes mantiene una higiene personal, modestia, limpieza y perfecto estado. Atención de los familiares por el equipo multidisciplinario, cuando los pacientes se encuentren en la etapa final de su vida, en las instituciones de salud.	Gerencias de las Áreas de Salud/Coordinación con el Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
5.10.- Crear y adecuar salas de estar comunes (enfermos y acompañantes) en las salas de hospitalización de las instituciones de salud.	Existencia de áreas de estar comunes en las salas de hospitalización.	Enfermos y acompañantes cómodos en áreas de estar comunes.	Gerencias de las Áreas de Salud.
5.11-Implementar estrategias dirigidas a mejorar la comodidad del acompañante del paciente hospitalizado: facilidades para el aseo, proporcionar sillas cómodas a lado de la unidad del paciente.	Existencia de sillas cómodas para el familiar acompañante a lado de la unidad del paciente y acceso a su aseo personal.	Enfermos y acompañantes cómodos en áreas de descanso. Elementos necesarios para la comodidad de familiares/ acompañantes durante la estadía de su familiar en el hospital.	Gerencias de las Áreas de Salud.

Objetivo Específico 6

Mejorar la orientación sobre las normas en torno a su estadía en la sala de hospitalización; al mismo paciente, si su condición lo permite y/o al familiar.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
6.1-Crear un instrumento de orientación verbal y escrita que incluyan: alimentación, dietas especiales y lugares donde puedan comer familiares. Posibilidades de llevar alimentos. Permisos para acompañantes, albergues para familiares de pacientes si existen, horarios de visitas, asistencia espiritual, posibilidades de llevar o no ropa de casa. Atención escolar a niños/as y adolescentes.	Existencia de un instrumento de orientación sobre las normas en torno a su estadía y un personal para esta responsabilidad.	Reglamento escrito que da seguridad y estabilidad a los familiares del paciente hospitalizado.	Gerencias de las Áreas de Salud.

Objetivo Especifico 7

Eliminar las barreras arquitectónicas y sensoriales, y mejorar la accesibilidad física de los centros y servicios sanitarios del Sistema Público de Salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
7.1.- Implantación y potenciación en los servicios de atención al usuario. (SAU) de todos los centros hospitalarios, de medidas encaminadas a mejorar el confort de los pacientes y acompañantes, haciendo especial hincapié en el seguimiento in situ de los mismos. Estas medidas se realizarán en coordinación con el personal de enfermería encargado del cuidado del paciente.	Número de medidas dirigidas a la mejora del confort del paciente y acompañantes, llevadas a cabo por el personal de enfermería encargado del paciente y del SAU, realizadas.	Confortabilidad de los pacientes hospitalizados, por medio de una atención Humanizada.	Gerencias de las Áreas de Salud Jefatura de Enfermería.
7.2.- Desarrollo de una estrategia de mejora estandarizada de todos los servicios de urgencias de los hospitales de la red del Sistema de Salud Pública de la República de Panamá, dirigida de forma prioritaria a la recepción, información y salas de espera, para lograr un mayor confort y grado de atención de los pacientes y familiares.	Hospitales a Nivel Nacional Acreditados.	Evaluación de la estrategia de mejora estandarizada de los servicios de urgencias Hospitalarios.	Gerencia de las Áreas de Salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
7.3.- Incorporación en los planes funcionales de los nuevos Centros de Salud, de espacios específicamente diseñados para los niños.	Nº de espacios diseñados para niños que han sido incorporados a los planes funcionales de los nuevos centros de salud.	Lugar establecido para área de espera.	Gerencias de las Áreas de Salud.
7.4.- Disponibilidad de bibliotecas para pacientes, que contarán con un servicio de préstamo de libros y revistas en las salas de hospitalización para pacientes encamados.	Existencia de ciberespacios multifuncionales y ciber aulas en los centros hospitalarios del SPSP. Existencia de bibliotecas para pacientes ingresados en todos los centros hospitalarios del Sistema de Salud Pública.	Mantener a las personas informadas acerca de lo que sucede en el País.	Gerencias de las Áreas de Salud / Responsable biblioteca donde existe.
7.5.- Dotación y disponibilidad de uso de servicios de televisión y acceso a internet gratuitos, en las habitaciones de los pacientes, en todos los centros hospitalarios del Sistema Público de acuerdo a disponibilidad.	Número de instrumentos y equipos que sirven para comunicar y para informar en las habitaciones de los pacientes.	Disponibilidad de servicios de televisión en las habitaciones de los pacientes de los centros hospitalarios.	Gerencias de las Áreas de Salud.
7.6.- Disponibilidad del servicio de barbería y peluquería gratuitos para la atención a pacientes ingresados en todos los centros hospitalarios del País.	Existencia de servicios de barbería y peluquería gratuita.	Disponibilidad del servicios de barbería y peluquería gratuita para pacientes de los centros hospitalarios.	Gerencias de las Áreas de Salud en coordinación con el Sistema Internet para todos.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
7.7.- Adecuación y adaptación de los espacios físicos para asegurar una muerte digna, y un duelo en las mejores condiciones de intimidad y confort a los familiares, en todos los centros hospitalarios del país.	Existencia de espacios físicos en condiciones de intimidad y confort.	Evidencia de manejo del duelo de todos los hospitales.	Gerencias de las Áreas de Salud/en coordinación con barberías y salones de belleza de la comunidad.
7.8.- Creación y/o reformas para la adecuación de las salas de estar comunes (enfermos y acompañantes) en todas las plantas de los centros hospitalarios.	Evidencia de salas creadas o reformadas.	Enfermos y acompañantes cómodos en áreas creadas o reformadas.	Gerencias de las Áreas de Salud/ Coordinación con el Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
7.9.- Implantación de estrategias dirigidas a la mejora del confort del acompañante del paciente ingresado en los centros hospitalarios: uso de aseos, habilitación del sofá/cama o cama del acompañante.	Evidencias de estrategias de mejoras en salas de hospitalización.	Confortabilidad de pacientes hospitalizados y sus acompañantes.	Responsable: Gerencias de las Áreas de Salud.

EJE ESTRATÉGICO 3:

LA ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO O PACIENTE

Objetivo General:

Ofrecer atención, comunicación e información satisfactoria a usuarios, pacientes y profesionales del sistema de salud.

Objetivo Especifico 8:

Conseguir la mejora de las vías de comunicación y un grado óptimo de atención, trato e información entre los usuarios/pacientes, profesionales, trabajadores y la Administración de las instalaciones de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
8.1.- Creación y puesta en marcha de la Oficina de Atención e Información a los ciudadanos y de la Oficina de Atención e Información para el profesional, en cada una de las instalaciones de salud.	Existencia de la oficina dentro de la institución para la evaluación a nivel nacional se obtendrá tomando en cuenta el número de instalaciones en el país.	Funcionamiento de las Oficinas de Atención e Información a los ciudadanos y de la Oficina de Atención e Información para los Profesionales.	Direcciones locales de centros o instalaciones de salud.
8.2.- Puesta en marcha de un programa para la gestión de reclamaciones y sugerencias referidas al ámbito de la atención de salud, presentadas por los usuarios y trabajadores del sistema de salud, que asegure el control de las respuestas. Puede ser Buzón de sugerencias, Central de llamadas, aplicación informática centralizada, entre otros.	Existencia de un medio para la gestión de reclamaciones y sugerencias y su puesta en marcha. Número de reclamaciones resueltas / Número de Reclamaciones recibidas por mes.	Implantación de un programa de la gestión de reclamaciones, quejas y sugerencias, referidas al ámbito de salud, presentadas por los usuarios y trabajadores de las instituciones de salud. Existencia del servicio para la presentación de reclamaciones y sugerencias: Buzón de sugerencias, vía telefónica, en línea.	Dirección de Provisión de Servicios de Salud/ Direcciones regionales y locales. Direcciones regionales y locales.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
8.3- Contar con guías de información a los pacientes en todas las instalaciones de salud con criterios homogéneos, referidos a su proceso patológico, diagnóstico, tratamiento, alternativas terapéuticas y consentimiento informado y derecho a que se respete su voluntad de no ser informado.	Existencia de la Guía de Información a los pacientes a cerca de los servicios y prestaciones de la instalación.	Disponibilidad de guías de información a los pacientes en todas las instalaciones de salud.	Dirección General de Salud Pública Dirección de Promoción de la Salud.
8.4.- Creación de espacios físicos para informar a pacientes y familiares en todos los servicios de las instalaciones de salud.	Asignación de espacios físicos para información a pacientes y familiares.	Disponibilidad de zonas o espacios físicos adecuados para informar a pacientes y familiares.	Dirección de Infraestructura.

Objetivo Específico 9:

Establecer los mecanismos necesarios para mejorar la atención, la comunicación e información. Poner a disposición del paciente/usuario y de los profesionales, la información básica relativa a los centros, servicios y prestaciones del Sistema de Salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
9.1.- Elaboración y difusión de la Guía de Información al usuario donde se especifiquen sus derechos y deberes, los servicios y prestaciones disponibles, requisitos de acceso a los mismos, las características asistenciales, los procedimientos de sugerencias y reclamos, así como los recursos. (Dotación de personal, instalaciones, medios técnicos).	Existencia de la Guía de Información al Usuario.	Disponibilidad de la Guía de Información al Usuario.	Direcciones locales de centros o instalaciones de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
9.2.- En las instalaciones, que por su dimensión y/o distribución de sus dependencias así se recomiende, se colocarán de manera accesible para el usuario, planos, croquis (estáticos, en papel, en formato digital u otros) señales , etc.,	Número de instalaciones que disponen de planos de los mismos, a disposición del Usuario.	Verificación de áreas con señalizaciones.	Dirección de Infraestructura Direcciones locales de centros o instalaciones de salud.
9.3.- Elaboración y puesta en marcha, de un Plan de Alta de los pacientes, que será adaptado a todos los centros hospitalarios.	Existencia de Plan de Alta en los centros hospitalarios.	Disponibilidad y funcionamiento Plan de alta de los pacientes, que será adaptado a todos los centros hospitalarios del país.	Dirección de los centros hospitalarios.
9.4.- Actualización, desarrollo y potenciación de los medios de comunicación e información institucionales, como son: la página web de la instalación de salud. Aprovechamiento de la red en línea y servicios de TV Interno de cada instalación para la difusión de programas de información y educación de salud.	Porcentaje de instalaciones con sistemas de información y comunicación activos.	Disponibilidad y funcionamiento de los medios de información y comunicación de las instalaciones.	Direcciones locales de centros o instalaciones de salud.
9.5.- Elaboración y puesta en marcha de un protocolo de actuación para la información y comunicación de los pacientes con discapacidad.	Existencia del protocolo funcionando.	Disponibilidad y funcionamiento del protocolo de actuación para la información y comunicación de los pacientes con discapacidad.	Dirección local de centros o instalaciones de salud.
9.6.- Elaboración de encuestas de satisfacción de los usuarios, que permitirán valorar e introducir posibles medidas de mejora, relacionadas con la satisfacción percibida por los mismos.	Aplicación de Encuestas. Número de encuestas de satisfacción aplicadas y recibidas	Disponibilidad del resultado de las encuestas.	Dirección de Promoción. Dirección de Provisión, Departamento de Organización y Desarrollo Institucional.
9.7.- Fomento de campañas de información a población sobre el uso adecuado de los servicios de salud.	Número de campañas informativas relacionadas con el uso adecuado de los servicios de salud.	Disponibilidad de las encuestas de satisfacción de los usuarios del Sistema de salud.	Dirección local de centros o instalaciones de salud.

Objetivo 10:

Contribuir a la atención de calidad, en las formas y en el trato, del personal de Salud durante las prestaciones de servicios, hacia los ciudadanos/usuarios/pacientes y viceversa.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
10.1.- Promoción del servicio personalizado centrado en las necesidades de la persona no en la enfermedad.	Porcentaje de satisfacción del usuario mediante encuestas.	Incorporación del servicio personalizado hacia ciudadano/usuario/paciente, como objetivo en todos los Contratos de Gestión.	Dirección, Equipos de humanización en Instalaciones de Salud.
10.2.- Realización de talleres que promuevan actitudes y comportamientos de excelencia de los profesionales que brindan atención en salud.	Número de talleres realizados /número de talleres programados.	Actuaciones relacionadas con la promoción entre los profesionales de actitudes y comportamientos de excelencia, de forma especial aquellos dirigidos a favorecer la intimidad y la confidencialidad de los pacientes respecto a los usuarios.	Equipo de Humanización en coordinación con las direcciones de la Dirección de RRHH.
10.3.- Elaboración e implantación de protocolos de traslados de pacientes.	Existencia del protocolo de traslado.	Aplicación efectiva del protocolo de traslado.	Dirección local de centros o instalaciones de salud.
10.4.- Realizar talleres y eventos de orientación a los directivos y profesionales en materia de Humanización de los servicios de salud.	Número de actividades formativas para directivos y profesiones en materia de Humanización de los Servicios de Salud / número de actividades programadas.	Directivos y profesionales capacitados en esta materia.	Equipos de humanización en Instalaciones de Salud.

Objetivo 11:

Dar a conocer los resultados del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del enfermo y de la satisfacción de los usuarios /pacientes.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
11.1.- Presentación de los resultados del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del enfermo y de satisfacción de los usuarios / pacientes, a los medios de comunicación, a los órganos directivos, al sistema de salud, y a la población general y a los representantes y/o líderes de opinión.	Número de reuniones realizadas para la presentación de los resultados del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del enfermo / número de reuniones programadas.	Presentación de los resultados del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del enfermo y de satisfacción del usuario /paciente a los diferentes órganos y agentes.	Direcciones locales de centros o instalaciones de salud y los Equipos de humanización en Instalaciones de Salud.

EJE ESTRATÉGICO 4:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Objetivo General:

Humanizar los procesos de atención mediante la mejora de la accesibilidad, la supresión de las barreras organizativas y administrativas, el mantenimiento de un trato afable y el uso adecuado de las nuevas tecnologías.

Objetivo Específico 12:

Facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, y su movilidad, eliminando las barreras organizativas y administrativas innecesarias.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
12.-1 Desarrollar una estrategia para la mejora de la accesibilidad de los usuarios a los servicios salud, la homogeneización de procedimientos y la optimización de los recursos Centralización de citas, call center, otros) .	Número de Instalaciones con una estrategia para la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud. (Centro de Llamadas (Call Center) u otras)	Porcentaje de satisfacción del usuario medido mediante encuesta.	Dirección Nacional de Registros y Estadísticas de Salud de cada institución, Departamento de Monitoreo y Evaluación y los equipos de humanización local.
12.2.- Normar los tiempos de espera máximos de acuerdo para la primera consulta, Intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas, de acuerdo a lo normado.	Documento normativo que establece tiempos máximos de acuerdo para la primera consulta.	Cobertura de la centralización de la cita previa.	Dirección General y Direcciones Regionales.
12.3.- Reducción de los tiempos máximos de espera para la primera consulta, Intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas, de acuerdo a lo normado.	Intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas realizadas. Intervenciones programadas.	Análisis de las listas de espera. Número de procesos de atención implantados.	Direcciones Hospitalarias.
12.4.- Implantación progresiva de la gestión por proceso de atención en el país.	- Existencia o no de planes de reducción de tiempos de espera. - Porcentaje de satisfacción medido mediante encuestas. - Existencia o no de plan estratégico de gestión por procesos.	Indicadores de actividad y tiempo de respuesta en las instalaciones de salud.	Direcciones regionales y locales.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
12.5.- Introducción del concepto de atención de alta resolución en la práctica clínica. En base al mismo, se posibilitará la realización de las pruebas preoperatorias o de las pruebas complementarias diagnósticas no mayor de 1 semana y evitando desplazamientos.	Número de instalaciones con atención de alta resolución en la <u>práctica clínica implementada</u> . Total de instalaciones programadas.	Incorporación del concepto de atención de altas resolución en la práctica clínica con menos de una semana.	Direcciones regionales y locales.
12.6.- Aumentar los Servicios de Atención al Usuario para facilitar la acogida y orientación del usuario/paciente y de sus familiares/cuidadores. (notificación de pre-alta), tanto a los servicios de gestión del hospital como al paciente.	Número de Hospitales con proceso de Pre-Alta/ Total de Hospitales.	Evidencias de Actuaciones de mejora realizadas para aumentar los servicios de atención al usuario. (recursos, actividades, horarios de atención al usuario) a través de encuestas a usuarios, pacientes o familiares. Hospitales que cuentan con la norma de notificación y educación notificación pre-alta implantada.	Dirección Hospitalaria.
12.8.- Planificación de asistencia en casos de urgencia social, del egreso hospitalario, traslado en transporte/ambulancia en hospitales o instalaciones.	Número de Hospitales con capacidad de traslado en transporte / ambulancia.	Hospitales que, en los casos de pacientes en situación de emergencia social, planifiquen el alta hospitalaria, el transporte sanitario.	Dirección Hospitalaria.
12.9.- Constitución de los Equipos de Humanización en las instalaciones de salud integrados por funcionarios de cada área de la instalación.	Número de instalación con equipo de <u>humanización</u> . Total de instalación.	Creación de la Comisión de Humanización en las instituciones de Salud.	Direcciones regionales, locales y de hospitales.

Objetivo 13:

Mejorar el entorno y las condiciones afectivas que rodean a la mujer en el proceso del parto y la atención materno-infantil.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
13.1.- Realización de estudios para la mejora de la humanización de la asistencia materno-infantil, tanto en centros con régimen de internamiento, como en los centros de atención primaria.	Nº de estudios realizados sobre la humanización en el área materno-infantil.	Hospitales que atienden partos que permitan a la mujer estar acompañadas por personas significativas durante el parto.	Dirección General de Salud Pública Programa de Salud Sexual y Reproductiva CSS Programa Materno Infantil Direcciones locales de los centros de atención o instituciones de salud.
13.2.- Información adecuada a la familia, por parte del personal de salud responsable, en los casos en que sea detectada una discapacidad infantil.	Número de casos de discapacidad infantil informada adecuadamente / No de casos de discapacidad infantil de la instalación.	Información adecuada ofrecida por el centro de atención o institución de salud a familiares de niños con discapacidad.	Dirección Local.

Objetivo 14:

Minimizar el dolor, el sufrimiento y los efectos secundarios, en el proceso general de la atención de Salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
14.1.- Implantación del protocolo de prevención y cuidados locales de úlceras por presión (UPP).	Número de hospitales con protocolos de prevención de UP/total de hospitales.	Hospitales han implantado el protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión.	Direcciones hospitalarias.
14.2.- Oferta del parto, bajo condiciones de respeto que disminuyan el sufrimiento durante el proceso en todos los centros o instituciones de salud.	Número de hospitales con protocolos para el parto bajo anestesia epidural.	Satisfacción de la puérperas con el nivel de dolor presentado durante el parto medido a través de encuestas de satisfacción de usuario.	Direcciones hospitalarias.
14.3.- Desarrollo de protocolos clínicos específicos por procesos para la Mejora del confort post-operatorio (minimización del dolor post-quirúrgico).	Número de hospitales con protocolos de manejo de dolor postquirúrgico / Total de Hospitales.	Hospitales cuentan con protocolos para la mejora del confort post-operatorio.	Direcciones hospitalarias.
14.4.- Inclusión del dolor, la disnea y las náuseas, como signos a monitorizar y manejar diariamente.	Número de hospitales con protocolos de valoración de dolor/ disnea/ náuseas /Total de Hospitales.	Hospitales monitorizan y manejan diariamente el dolor, la disnea y las náuseas.	Direcciones hospitalarias.
14.5.- Sensibilización y formación de todos los profesionales la necesidad de minimizar el dolor del paciente en todos los procesos de atención.	Número de hospitales sin dolor / Total de Hospitales.	Inclusión de la "minimización del dolor" en los planes de formación de los profesionales del Sistema de Salud.	Direcciones hospitalarias.
14.6.- Mejora de las acciones dirigidas a la prevención de eventos adversos en los pacientes durante la asistencia sanitaria a través de la creación de unidades específicamente dedicadas, a las actividades de prevención y Monitorización de riesgos clínicos.	Número de hospitales con protocolos de prevención de riesgos.	Hospitales cuentan con unidades dedicadas a las actividades de prevención y monitorización de riesgos clínicos.	Direcciones hospitalarias.

Objetivo Específico 15:

Mejorar la accesibilidad de la atención de salud y la movilidad, mediante la implantación de nuevos recursos, tecnología y procedimientos.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
15.1.- Ampliación de la cobertura de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.	Número de Unidades de Cirugía Mayor ambulatoria.	Cobertura de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.	Dirección Nacional, Regional y local de los centros o instituciones de salud.
15.2.- Desarrollo de los programas de atención domiciliaria en atención Primaria.	Programas de Visita Domiciliaria en APS / Instalaciones de APS	Centros o instalaciones de salud que han implantado programas de atención ambulatoria.	Dirección Nacional, Regional y local de los centros o instituciones de salud.
15.3.- Desarrollo de los Hospitales de Día.	Número de Hospitales de Día.	Hospitales de Día en funcionamiento.	Direcciones Hospitalarias.
15.4.- Desarrollo de acciones a cargo de asociaciones de voluntarios (fundamentalmente en los hospitales), como nuevos recursos cercanos a los pacientes que prestarán sus servicios de forma complementaria a la labor de los profesionales.	Número de asociaciones de voluntarios en hospitales/ total de hospitales	Asociaciones de voluntarios participan en el desarrollo de actividades.	Direcciones Hospitalarias.
15.5.- Desarrollo telemático del (telemedicina, tele formación, sistemas)	Número de instalaciones con Telemedicina / total de instalaciones.	Indicadores de actividad de telemedicina, tele formación, citación online, etc.	Direcciones locales y hospitalarias.
15.6.- Incorporación de indicadores de evaluación y satisfacción de los Usuarios	Existencia de indicadores de evaluación incorporados.	Resultados de indicadores muestran satisfacción de los usuarios.	Direcciones locales y hospitalarias.
15.7.- Consolidación del transporte singularizado a colectivos específicos (Pacientes en diálisis, oncológicos, etc.).	Existencia del transporte para el traslado de pacientes oncológicos, diálisis, etc.	Cobertura de colectivos con transporte a pacientes en diálisis y/o oncológicos)	Direcciones locales y hospitalarias.

Objetivo Específico 16:

Promover la donación de órganos, médula, ósea, sangre y otros, informando a la población general, paciente y familiares sobre donación de Órganos, autopsias y otros temas relacionados.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
16.1.- Plan de fomento de la nota de autorización de la donación de órganos o tejidos para el trasplante de órganos y tejidos.	Existencia de un Plan de fomento en los cuartos de urgencia y hospitales para la autorización de la donación de órganos. Existencia de Equipos de abordaje en hospitales que hacen trasplante/ Total de hospitales que hacen trasplante. Existencia o no de Campañas Nacionales de promoción de donación de órganos.	Disponibilidad de profesionales capacitados en la promoción y aplicación de la autorización de donación de órganos y tejidos en los hospitales.	Direcciones locales de centros o instituciones de salud.

Objetivo Específico 17:

Incorporar los objetivos generales del Plan de Humanización de la Atención en salud en las actividades y servicios de atención en salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
17.1.- Introducción de los objetivos y actuaciones Plan de Humanización en los procesos, actividades y servicios de atención en salud.	Existencia o no de protocolos de orientación sobre el Plan de Humanización.	Nº. de objetivos y actividades del Plan de Humanización incluidos en los procesos, las actividades y los servicios de atención en salud.	Direcciones locales de los centros de atención o instituciones de salud.
17.2.- Incentivos profesional por la consecución de los objetivos del Plan de Humanización.	Existencia o no de incentivos al profesional que logra objetivos del Plan de Humanización.	Medidas de incentivación profesional aplicadas por la consecución de objetivos de Plan de Humanización.	

Objetivo Específico 18:

Optimizar el sistema de referencia y contra referencia de los pacientes.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
18.1.- Seguimiento y mejora del Sistema de Referencia y Contra referencia (SURCO)	Evidencias de referencias y contra-referencias resueltos.	Procesos asistenciales en funcionamiento.	Direcciones locales de los centros de atención o instituciones de salud.
18.2.- Desde los centros de atención de salud proporcionará cita al Paciente que requiera atención especializada.	Evidencias de citas otorgadas.	Disponibilidad de citación a la atención especializada desde los centros o instituciones de salud.	Direcciones locales y hospitalarias.
18.3.- Elaboración de protocolos de SURCO diferentes niveles de atención.	Evidencias del protocolo de surco.	Utilización de protocolos de SURCO.	Direcciones locales y hospitalarias.

Objetivo Específico 19:

Implementar a los procesos de atención en salud (gestos de amabilidad y cortesía al usuario/paciente.)

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
19.1.- Contar con guías de Atención amable y cortes al usuario como: Felicitación a: las personas hospitalizadas con motivo de su cumpleaños; madres que dan a luz en los centros, celebración del 8 de diciembre, 25 de diciembre, día del niño etc. Proceso de Atención amable y cortés al usuario/paciente.	Existencia o no de plan operativo con los procesos asistenciales Número de instalaciones que tramitan citas de atención especializada. total de instalaciones que ofertan <u>atención especializada</u>.	Hospitales implementan la guía de proceso de atención de manera amable y cortés.	Direcciones locales de los centros de atención o instituciones de salud.
19.2.- Felicitación a las personas hospitalizadas con motivo de su cumpleaños.	Número de hospitales que felicitan a los pacientes hospitalizados con motivo de su cumpleaños.	Murales alusivos a felicitación a los pacientes hospitalizados con motivo de su cumpleaños.	Direcciones locales de los centros de atención o instituciones de salud.
19.3.- Felicitación a las madres que han dado a luz en los centros, y entrega de folletos informativos para la salud materno infantil.	Nº. de hospitales que felicitan y obsequian folletos a las madres con motivo de su alumbramiento en los hospitales.	Hospitales de la red felicitan y obsequian folletos a las madres con motivo de su alumbramiento.	Direcciones locales de los centros de atención o instituciones de salud.
19.4.- Celebración de las festividades: 8 de diciembre, 25 de diciembre, día del niño.	Nº. de hospitales que celebran el 8 de septiembre, 25 de diciembre y 6 de enero y día del niño (entrega de regalos a niños hospitalizados).	Hospitales celebran el 8 de diciembre, 25 de diciembre, día del niño.	Direcciones locales de los centros de atención o instituciones de salud.

EJE ESTRATÉGICO 5:

COMPROMISO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Objetivo General:

Fomentar la participación ciudadana en el sistema de salud panameño, promoviendo los derechos y responsabilidades con la salud propia y comunitaria. (La humanización de la atención en salud no es posible sin la participación del ciudadano/usuario/ paciente en la organización y el funcionamiento de los servicios de salud y en la protección y promoción de la Salud colectiva e individual).

Objetivo Especifico 20:

Implementar los medios necesarios para facilitar información sanitaria a los ciudadanos.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
20.1.- Establecimiento en los centros, servicios y establecimientos de salud en todos los niveles de atención espacios informativos para la exposición de contenidos de interés ciudadano en materia salud.	Número de instalaciones de salud con espacios y áreas disponibles para divulgar la información en salud y de las asociaciones no gubernamentales que brindan apoyo.	Existencia de espacios informativos en centros sanitarios.	Dirección General de Salud Pública, Promoción de Salud, Relaciones Públicas, Docencia de las diferentes instituciones. Servicio de atención al usuario. Relaciones públicas
20.2.- Desarrollo de los contenidos de interés ciudadano en materia de Sanidad y Salud para su posterior divulgación.	Nº de artículos de interés ciudadano en materia de salud.	Existencia y divulgación de contenidos de interés ciudadano.	Coordinación de relaciones públicas con Asociaciones y ONG's
20.3.- Disponibilidad de un registro de asociaciones, entidades y organizaciones no gubernamentales relacionadas con la atención y el sistema salud.	Número de asociaciones comunitarias vinculadas al sector salud.	Existencia del registro.	

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
20.4.- Creación de la sección de registro responsable de la difusión e información de las actuaciones desarrolladas por las asociaciones, entidades y organizaciones existentes.	Evidencia de la sección de registro creados.	Sección de registro de asociaciones divulgando información.	Gerencias locales.
20.5.- Fomento de las actividades desarrolladas por las asociaciones y grupos de ayuda mutua relacionados con la Salud, en el ámbito del SPSP.	Nº de actividades realizados en conjunto con <u>asociaciones y grupos</u> . Total de actividades programadas.	Actividades de colaboración realizadas.	Gerencias locales.

Objetivo Específico 21:

Promover el desarrollo de la ciudadanía para la salud, a través de su participación efectiva en los órganos establecidos al efecto.

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	RESPONSABLE
21.1.- Consolidación de los órganos consultivos del Sistema Público de Salud Panameño (SPSP) que cuentan con participación social	Evidencias de órganos consultivos que cuentan con participación ciudadana.	Seguimiento de la evolución de actividades realizadas para consolidar los órganos consultivos del SPSP.	Dirección de Promoción. Gerencias Locales y hospitalarias.
21.2.- Impulso de las actuaciones de los órganos de consulta y participación existentes en las distintas áreas y zonas de salud del país.	Evidencias de <u>actuaciones realizadas</u> . Actuaciones programadas.	Seguimiento de la evolución de actividades realizadas por los órganos de participación, en las áreas y zonas del SPSP.	Gerencias Locales y hospitalarias.
21.3.- Creación en cada uno de los hospitales del SPSP, de un órgano colegiado de participación comunitaria para asesoramiento y consulta en materia asistencial.	Existencia del órgano colegiados con participación comunitarias creados.	Comisiones intersectoriales con participación comunitaria brindando asesoramiento.	Gerencias Locales y hospitalarias.
21.4.- Colaboración del SPSP con otras instituciones públicas, en comisiones interinstitucionales, para la mejora de la salud de los ciudadanos.	Nº de reuniones realizadas con la participación de comisiones <u>interinstitucionales</u> . Reuniones programadas.	Actividades de colaboración intersectorial realizadas por el SPSP con otras instituciones.	Gerencias Locales y hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia de la Lengua Española 2005.
2. Arnaldo Pangrazzi, El Mosaico de la Misericordia (2005)
3. Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, Bogotá, Colombia
4. Anandarajab, Gowri: The 3H and BMSEST Models for Spirituality in Multicultural Whole Person Medicine. Annals of Family Medicine, vol 6, no 5, Sep-Oct, 2008.
5. Pierlugi, M. ¿Cómo humanizar nuestra vida y nuestras obras?: “ser” con el enfermo puede ser más importante que el “qué hacer” Roma 1991.
6. El Buen Hacer Médico. David Mendel, Consultant Physician, St. Thomas Hospital, London EUNSA, 1991.
7. Cf. SARPELLON G., Il grado di umanizzazione dei servizi sociali e sanitari: indicazioni di metodo, en AA.VV., Il rispetto delle persone nei servizi sociali e sanitari, Fondazione Emanuela Zan, Padua 1986, 28.
8. RAVENTÓS TORRÁS F., La organización sanitaria al servicio del ciudadano, en Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD, INSALUD, Madrid 1985, 12.
9. RAVENTÓS TORRÁS F., Conclusiones, en Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD, INSALUD, Madrid 1985, 346.
10. Delgado, 1997; Rodríguez, 1999; Achury, 2000; Ortega, García, Rodríguez, Núñez, Novo y Rodríguez, 2004; Martínez y Leal, 2003; Heluy, De Faria, Cabañero y Castelló, 2004; Castillo, Dougnac, Vicente, Muñoz y Rojas, 2007; Llinás, 2010; Múnera, 2011;
11. Patricia Donahue, Cancer treatment gets personal. Science 2006
12. Guía Técnica: organización de redes sociales para la prevención de la depresión. OPS/OMS 2005.
13. José Carlos Bermejo. ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD, dic 2014.
14. Humanización de la salud www.humanizar.es
15. (DEPARTAMENTO DE LAICOS - CEPAL - CONFERENCIA EPISCOPAL ARGENTINA, Suipacha 1034, Capital, (1008), tel. 4394-6170, <http://www.deplai.org.ar>. e-mail de las redes: redeslat@yahoo.com

ANEXO 1:

DECRETO EJECUTIVO Nº 41 DEL 2 DE FEBRERO DE 2010 QUE CREA EL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO HUMANO Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO

MINISTERIO DE SALUD

DECRETO EJECUTIVO No. 41
(De 2 de febrero de 2010)

"Por el cual se crea el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo"

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA,
en uso de sus facultades constitucionales y legales,

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política consagra el derecho a la salud como uno de los derechos sociales esenciales y un deber fundamental del Estado para con el individuo, por lo tanto los enfermos de nuestros hospitales e instituciones de salud merecen recibir atención integral, profesional con los mejores avances tecnológicos, científicos y humanos, brindados con respeto, cariño y calidez.

Que en el sistema de salud se hace necesario reconocer que no siempre se considera al ser humano en todas sus dimensiones como ser biopsicosocial y espiritual, ya que el énfasis de los modelos de atención tradicionalmente se han enfocado en los aspectos físicos y psicológicos, descuidando la dimensión espiritual.

Que la atención humanizada y espiritual en salud, es una tarea indivisible e incluyente de los profesionales de la salud, en aras de mejorar la calidad de dicha atención, pues los avances técnico-científicos, si bien por un lado han logrado salvar vidas, implementando mejoras en la promoción de la salud, en la prevención de riesgos, rehabilitación y curación de enfermedades, por el otro han reducido al hombre a una estadística de una atención fría, calculada y carente de humanismo, haciendo más difícil la enfermedad y agudizando el sufrimiento.

DECRETA:

ARTÍCULO 1. Crear el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, en colaboración con el Despacho de la Primera Dama de la República, la Pastoral de la Salud de la Iglesia Católica, el Comité Ecuménico de Panamá, las entidades públicas y autónomas de salud y demás asociaciones afines, con el propósito de recuperar el sentido vocacional de servicio y solidaridad de las profesiones sanitarias, a bien de que los profesionales de la salud y el personal administrativo, brinden una atención humanizada y acompañamiento espiritual que coadyuve a disminuir el sufrimiento de los enfermos y de sus familiares.

ARTÍCULO 2. Valores. El Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, realizará fundamentalmente el respeto, la responsabilidad, la sensibilidad, la solidaridad, la dignidad, la compasión, la tolerancia y el trabajo en equipo.

ARTÍCULO 3. Misión. Transformar los servicios de salud en un sistema solidario, sensible y humanizado, en el que se reconozca la dignidad humana, respetando los valores y creencias, apoyados en el trabajo en equipo

ARTÍCULO 4. Visión. Lograr instituciones de salud humanizadas, centros al servicio de la vida y la dignidad de la persona humana.

ARTÍCULO 5. Objetivo General. Brindar acompañamiento humanizado y espiritual dentro de un proceso estructurado y coherente, para intervenir en los contextos de salud, de manera que produzcan cambios de actitud en el personal de salud y administrativos, favoreciendo la satisfacción de las necesidades del enfermo y sus familiares.

ARTÍCULO 6. Objetivos Específicos.

1. Promover la atención humanizada en todas las instalaciones de salud del país, según las necesidades del enfermo, su familia, los profesionales de la salud y el personal administrativo.
2. Brindar compañía espiritual a los pacientes hospitalizados y ambulatorios, desde la óptica de las creencias y necesidades individuales de cada paciente.
3. Brindar capacitación constante, encaminada a sensibilizar a los trabajadores de la salud y al personal administrativo.
4. Promover el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y no en la enfermedad.

ARTÍCULO 7. El Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, estará adscrito al Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios del Ministerio de Salud, quienes coordinarán, evaluarán y darán seguimiento al programa, en colaboración con el Despacho de la Primera Dama de la República.

ARTÍCULO 8. El Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, se desarrollará inicialmente en las instituciones públicas y autónomas de salud, sin perjuicio de incluir en el mismo a las instituciones de salud privadas, interesadas en desarrollar dicho programa.

ARTÍCULO 9. El presente Decreto Ejecutivo comenzará a regir a partir de su promulgación en la Gaceta Oficial.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969 y Decreto 75 de 27 de febrero de 1969.

Dado en la ciudad de Panamá, a los dos días del mes de febrero de 2010.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


RICARDO MARTINELLI B.
Presidente de la República


FRANKLIN J. VERGARA J.
Ministro de Salud

ANEXO 2:

Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 -2025

POLÍTICA 3

POLÍTICA 3: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD CON EQUITAD, EFICIENCIA Y CALIDAD	
Objetivos Estratégicos	Lineas de Acción
O.E. 3.1. Implementar la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud en el marco de Atención Primaria en Salud (APS)	L.A. 3.1.1. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud integrales de calidad, centrados en las personas y las comunidades
	L.A. 3.1.2. Mapeo de áreas de riesgos, amenazas y vulnerabilidades para identificación de brechas de acceso
	L.A. 3.1.3. Definición del conjunto de prestaciones diferenciadas por grupos vulnerables
	L.A. 3.1.3. Redefinición de la red de servicios de salud
	L.A. 3.1.5. Implementación del modelo de atención individual, familiar comunitario y ambiental
	L.A. 3.1.6. Desarrollo de la estrategia e Salud para el uso costo efectivo y seguro de la tecnología de la información y las comunicaciones en el campo de la salud pública
	L.A. 3.1.7. Desarrollo del Sistema Nacional Público de Salud de carácter público en su gestión. público en la provisión y público en su financiamiento.
O.E. 3.2. Garantizar la atención integral de la población según curso de vida	L.A. 3.2.1. Cumplimiento de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales en las instalaciones publicas de salud
	L.A. 3.2.2. Implementación de lactarios en las maternidades e instalaciones que tengan madres lactantes
	L.A. 3.2.3. Promoción del examen de PAP y la detección temprana del cáncer cervicouterino
	L.A. 3.2.4 Ampliación y sostenibilidad de las clínicas de Cesación de Tabaquismo
	L.A. 3.2.5. Adecuación de infraestructura y organización de las Instalaciones de Salud del MINSA y CSS en la atención de servicios amigables para adolescentes
	L.A. 3.2.6. Promoción y monitoreo de las acciones de prevención, detección temprana y cumplimiento del tratamiento a los principales canceres que afectan a la población
	L.A. 3.2.7. Promoción, prevención. detección temprana y tratamiento de las principales enfermedades crónicas no transmisibles tales como: la hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, dislipidemias, infarto agudo de miocardio y otras patologías cardiovasculares

POLÍTICA 3: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD CON EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD

Objetivos Estratégicos	Lineas de Acción
OE 3.3. Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional	L.A. 3.3.1. Implementación del Sistema de Monitoreo Nutricional (MONINUT) en todas las instalaciones de salud
	L.A. 3.3.2. Sostenibilidad y continuidad en la implementación de la estrategia de gratuidad en la atención de grupos vulnerables, de los programas de alimentación complementaria, micronutrientes, meriendas saludables y otras experiencias exitosas
	L.A. 3.3.3. Implementación de las estrategias para la promoción, prevención y atención de salud bucal tales como: comunidades libres de caries en poblaciones vulnerables, focalizando al menor de 5 años, las embarazadas, las personas con discapacidad, el binomio madre-hijo, residentes en áreas comarcales, urbanas con población indígena, población campesina y urbano marginal
	L.A. 3.3.4. Implementación del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo
	L.A. 3.3.5. Implementación, seguimiento, vigilancia y control de normas y guías de atención para cada una de las enfermedades desatendidas
	L.A. 3.3.6. Implementación, seguimiento, vigilancia y control del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
	L.A. 3.3.7. Implementación, seguimiento, vigilancia y control del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de VIH-SIDA, con énfasis en las actividades colaborativas TB-VIH
	L.A. 3.3.8. Fortalecimiento de las Estrategias para la Eliminación y Erradicación de la Malaria
	L.A. 3.3.9. Implementación, seguimiento, vigilancia y control de las normas para el manejo integral y oportuno de la Tuberculosis
	L.A. 3.3.10. Atención integral a los privados de libertad en coordinación permanente y eficaz con el Ministerio de Gobierno (MINGOS) y otras entidades vinculadas
	L.A. 3.3.11. Cumplimiento del Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis priorizando la implementación de las áreas de aislamiento en coordinación permanente y eficaz con M/INGOB
	L.A. 3.3.12. Implementación del Plan Estratégico Integral Nacional para las personas con Discapacidad
	L.A. 3.3.13. Desarrollo de acciones para lograr la meta 100% agua potable y 0% Letrinas (unidades sanitarias básicas)
	L.A. 3.3.14. Implementación del Proyecto de Extensión de Coberturas en atención a las necesidades de la población y del ambiente

**POLÍTICA 3: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA
UNIVERSAL DE SALUD CON EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD**

Objetivos Estratégicos	Lineas de Acción
OE 3.3. Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional	L.A. 3.3.15. Establecimiento de la estrategia de la compra de insumos sanitarios a través de Organismos Internacionales en el MINSA y en la CSS
	L.A. 3.3.16. Dotación y monitoreo de abastecimiento de los insumos sanitarios en las instalaciones de salud según complejidad
	L.A. 3.3.17. Reactivación de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá
	L.A. 3.3.18. Desarrollo de los convenios marco por tipo de insumos sanitarios y establecimiento de referencia de precio único
	L.A. 3.3.19. Detección, atención y tratamiento oportuno de los trastornos mentales prevalentes en la población priorizando los asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, violencias, intentos de suicidio, depresión y trastornos de ansiedad.
	L.A. 3.3.20. Dotación continua y sostenida de psicofármacos según las necesidades identificadas en las instalaciones de salud
OE 3.4. Mejorar la calidad de los servicios de salud.	L.A. 3.4.1. Conformación y/o fortalecimiento de los Comité de Calidad en las instalaciones de salud según lo dispuesto en la norma vigente y con la inclusión de la participación de Los usuarios
	L.A. 3.4.2. Conformación y/o fortalecimiento en las instalaciones de salud de los Comité de Prevención. Vigilancia y Control de las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (Infecciones nosocomiales)
	L.A. 3.4.3. Conformación y/o fortalecimiento de los Comité de Bioseguridad en las instalaciones de salud
	L.A. 3.4.4. Vigilancia del Cumplimiento de las normas, guías y protocolos de atención en todas las unidades de la red fija e itinerantes
	L.A. 3.4.5. Integración de la participación activa de la comunidad en la evaluación del grado de satisfacción del público con los servicios de salud
	L.A. 3.4.6. Implementación, seguimiento y evaluación del Programa de Humanización y del Programa de Cuidados Paliativos
	L.A. 3.4.7. Evaluación de los modelos de atención en salud, públicos y privados, focalizando a grupos de población específicos, buscando puntos convergentes de beneficio y satisfacción del usuario

**POLÍTICA 3: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA
UNIVERSAL DE SALUD CON EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD**

Objetivos Estratégicos	Lineas de Acción
OE 3.5. Reducir el impacto de los eventos naturales, las emergencias y los efectos del cambio climático, en la prestación de los servicios de salud a la población y al ambiente.	L.A. 3.5.1. Mapeo de Riesgo de las Instalaciones de Salud y de las infraestructuras de agua y saneamiento
	L.A. 3.5.2. Creación y funcionamiento de la Comisión Interinstitucional de Hospitales Seguros
	L.A. 3.5.3. Elaboración, implementación y vigilancia del cumplimiento del Plan Sectorial de Gestión Integral de Riesgo en Salud y Ambiente
	L.A. 3.5.4. Evaluación de las instalaciones de salud del MINSA y de la CSS aplicando el índice de Seguridad Hospitalaria
	L.A. 3.5.5. Ejercicio de las competencias de salud pública en el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC)