

### **Información Importante**

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea del CRAI-Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-Biblioteca  
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**Elaboración del Contenido básico de la Dimensión de Religiosidad en el Plan Educativo Terapéutico para Pacientes Hospitalarios de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca**

**Pedro Antonio Frattali Anceschi**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al Título  
de Licenciado en Filosofía y Educación Religiosa**

**Director**

**Vicerrectoría Universidad Abierta y a Distancia Santo Tomas**

**Facultad de Educación**

**Departamento De Humanidades**

**Área de Filosofía y Educación Religiosa**

**Bucaramanga**

**2017**

## **DEDICATORIA**

A mi padre, el gran motivador que a temprana edad me enseñara que la “Filosofía debía estudiarse porque era un requisito para existir, de lo contrario solo sobreviviría”.

Y a mi sobrino Juan Pablo por estar presente y motivar este estudio.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco especialmente al personal de enfermería, médico y administrativo del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca que me ofrecieron todo el respaldo para adelantar la presente tesis, y en especial a la oficina de Calidad y Planeación que facilitó la documentación y los espacios de encuentro humano que permitieron contextualizarla.

A la Universidad Santo Tomas por su comprensión fraternal durante mi carrera, y a sus profesores por haber compartido sus conocimientos, convirtiéndose en un regalo apreciado y significativo para mi propia existencialidad.

Al Doctor Raúl Gómez Torrado, que permanentemente direcciono mi trascurrir estudiantil permitiendo que alcanzara el objetivo académico.

**TABLA DE CONTENIDO**

Introducción .....	12
1. Especificaciones del Proyecto.....	14
1.1 Situación Problema .....	14
1.2 Justificación.....	15
1.3 Objetivos .....	16
1.3.1 Objetivo General .....	16
1.3.2 Objetivos Específicos .....	16
1.4 Contextualización.....	17
1.4.1 Contexto Institucional Sociodemográfico .....	17
1.4.2 Contexto institucional asistencial.....	20
2. Marco de Antecedentes.....	24
2.1 Referentes Investigativos .....	24
3. Marco Conceptual.....	29
3.1 Atención Centrada en el Usuario en el Mejoramiento de los Procesos de Calidad de la Atención en Salud. ....	29
3.2 Dimensiones y Aspectos que se Evalúan en la Atención Centrada en el Usuario.....	30
3.3 Atención Humanizada como Enfoque para el Mejoramiento de la Atención en Salud .....	31
3.3.1 Definición de Humanización en Salud.....	32

3.3.2 Aspectos de la atención Humanizada que Deben Desarrollar los Programas de Salud para el Cumplimiento de los Estándares de Acreditación .....	33
3.3.3 La Espiritualidad como Componente o Dimensión de la Atención Centrada al Usuario Bajo un Enfoque de Servicio Humanizado.....	34
3.4 Componente Espiritual en los Estándares de Acreditación en el Nuevo Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario .....	36
3.5 Los Planes Educativos Hospitalarios como Criterios de Calidad en la Atención Integral del Paciente.....	38
3.6 Referentes Académicos Específicos de Abordaje de la Religiosidad en Pacientes a Nivel Intrahospitalario. ....	39
4. Educación Terapéutica en los Pacientes como Estrategia de Atención Integral en Salud.....	51
5. Diagnóstico Institucional de la Dimensión Espiritual en el Proceso de Atención en Salud de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca .....	66
5.1 Percepción de la Calidad de la Atención por parte de los Usuarios. ....	66
5.2 Determinación de la Dimensión Espiritual en los Resultados de las Encuestas de Percepción de la Calidad en la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca. ....	71
6. Diseño Metodológico.....	72
6.1 Contextualización de la Investigación. ....	72
6.2 Enfoque y Diseño General del Proceso de Investigación .....	72
6.3 Técnica e Instrumentos Aplicados .....	78
6.3.1 Convocatoria y Desarrollo del Grupo Primario de Mejoramiento en la Evaluación de la Existencia o Nivel de Reconocimiento del Componente de	

Religiosidad en el Proceso de Atención en Salud a Nivel Hospitalario de la ESE. .....	78
6.3.2 Encuesta de percepción de la Religiosidad y Espiritualidad en la Atención Médica Hospitalaria del Personal Médico General y Especializado encargado del Área de Hospitalización. ....	88
6.4 Recolección de la Información.....	91
6.4.1 Grupo primario de mejoramiento.....	91
6.4.2 Encuesta de Percepción de Religiosidad y Espiritualidad en la atención médica. ....	100
6.5 Análisis e interpretación de la información. ....	110
6.5.1. Grupo primario de mejoramiento. ....	110
6.5.2. Encuesta de Percepción de Religiosidad y Espiritualidad en la Atención Médica Hospitalaria. ....	115
6.6 Elementos claves y prevalentes para la Integración de la Información como Base del Objetivo General de la tesis. ....	121
6.7 Selección del Contenido Básico de la Dimensión de Religiosidad en el Plan Educativo Terapéutico de los Pacientes a Nivel Hospitalario.....	122
7. Conclusiones. ....	131
8. Recomendaciones .....	135
Bibliografía .....	136
Apéndices.....	143

**Lista de Tablas**

Tabla 1. <i>Reseña Histórica de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca</i> .....	18
Tabla 2. <i>Comparativo de Cobertura Poblacional de IPS, Población de II nivel área Jurisdiccionala</i> .....	19
Tabla 3. <i>Municipios con la mayor población jurisdiccionala del área de Influencia de la ESE</i> 19	
Tabla 4. <i>Relació de Número y peso porcentual de personal misional y de apoyo con el tipo de vinculación laboral.</i> .....	23
Tabla 5. <i>Parámetros de Búsqueda de literatura Científica.</i> .....	41
Tabla 6. <i>Criterios de Selección Bibliográfica</i> .....	41
Tabla 7. <i>Dimensión de Seguridad valroada en la encuesta de percepción de calidad de la atención</i> .....	69
Tabla 8. <i>Dimensión de la Empatía Valorada en la Encuesta de Percepción de la Calidad de la Atención</i> .....	70
Tabla 9. <i>Dimensión de Confiabilidad Valorada en la Encuesta de Percepción de la Calidad de la Atención</i> .....	70
Tabla 10. <i>Dimensión de Responsabilidad Valorada en la Encuesta de Percepción de la Calidad de la Atención</i> .....	70
Tabla 11. <i>Dimensión de Bienes Materiales y Tangibles valorada en la Encuesta de Percepción de Calidad de la Atención</i> .....	71
Tabla 12. <i>Diferencias y similitudes entre el grupo primario de mejoramiento ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca (2016) y los grupos de Discusión según Ibañez (1979)</i> .....	80

Tabla 13. <i>Explicitación del Grupo Primario e Mejoramiento sobre la Existencia o Nivel de Reconocimiento del Componente de Religiosidad en el Proceso de Atención en Salud a Nivel Hospitalario</i> .....	91
Tabla 14. <i>Agrupación de Datos por Categorías</i> .....	96
Tabla 15. <i>Registro de Respuestas Sociopersonales</i> .....	100
Tabla 16. <i>Características Profesionales</i> .....	101
Tabla 17. <i>Registro de Respuestas sobre la Existencia de un Dios o Creador con o Sin Intervención</i> .....	102
Tabla 18. <i>Registro de Respuestas Sobre la Influencia de la Enfermedad en la Percepción de la Espiritualidad y Religiosidad y el Estado de Salud</i> .....	103
Tabla 19. <i>Registro de Respuestas sobre los Efectos de la Enfermedad en la Percepción de la Espiritualidad y Religiosidad en el Estado de Salud en Forma Específica (Impacto)</i> .....	104
Tabla 20. <i>Registro de Respuestas sobre los Efectos Negativos de la Religiosidad y Espiritualidad</i> .....	106
Tabla 21. <i>Registro de Respuestas sobre la Perspectiva Personal de la Espiritualidad en la Práctica Médica</i> .....	107
Tabla 22. <i>Registro de respuestas sobre el tiempo que dedica en la consulta médica o valoración hospitalaria para realizar el abordaje espiritual al paciente</i> .....	108
Tabla 23. <i>Registro de Respuestas sobre el Abordaje Espiritual Actual y que Ofrecería</i> .....	109
Tabla 24. <i>Registro de Respuestas sobre las Causas del No Abordaje Espiritual</i> .....	109
Tabla 25. <i>Premisas que Contribuyeron Sinérgicamente en el Cumplimiento del Objetivo General de la Tesis</i> .....	121

Tabla 26. *Contenido Básico de la Dimensión de Religiosidad en el Plan Educativo Terapéutico para Pacientes Hospitalarios de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.....* 129

## Lista de Figuras

Figura 1. <i>Lineamientos de la Atención Integral de Salud</i> .....	32
Figura 2. <i>Preguntas Relacionadas con la Espiritualidad en la Encuesta</i> .....	71
Figura 3. <i>Ruta Metodológica</i> .....	74
Figura 4 . <i>Identificación Socio-Personal: Afiliación Religiosa</i> .....	100
Figura 5. <i>Identificación Socio-Personal:Número de Hijos</i> .....	100
Figura 6. <i>Identificación Socio-Personal:Estado Civil</i> .....	100
Figura 7. <i>Identificación Socio-Personal:Edad</i> .....	100
Figura 8. <i>Características Profesionales: Especialidad</i> .....	101
Figura 9. <i>Características Profesionales: Universidad</i> .....	101
Figura 10. <i>Perspectiva Personal Sobre la Existencia de un Dios Viviente que Interviene</i> .....	102
Figura 11. <i>Perspectiva personal sobre si cree en la Existencia de un Principio Creador sin la Intervención Divina</i> .....	102
Figura 12. <i>Frecuencia en que la Enfermedad Genera Mayor Conciencia de la Religiosidad y Espiritualidad</i> .....	103
Figura 13. <i>Grado de Influencia que la Religiosidad y Espiritualidad tiene en el estado de salud del Paciente</i> .....	103
Figura 14. <i>La influencia de la Religiosidad y Espiritualidad es positiva o negativa</i> .....	104
Figura 15. <i>Dios u otro ser sobrenatural alguna vez interviene en la salud de los pacientes</i> .....	104
Figura 16. <i>La Religiosidad y Espiritualidad Ayuda a Prevenir los Resultados Médicos</i> .....	105

Figura 17. <i>La Religiosidad y Espiritualidad Ayuda a los Pacientes a Hacer Frente para Soportar la Enfermedad y el Sufrimiento</i> .....	105
Figura 18. <i>La Religiosidad y Espiritualidad Ofrece a los Pacientes un Efecto Positivo, en el Estado de Anímo de sus Pacientes</i> .....	105
Figura 19. <i>La Religiosidad y Espiritualidad Causa que la Culpa, Ansiedad, u Otras Emociones Negativas Conduzcan a un Mayor Sufrimiento al Paciente</i> .....	106
Figura 20. <i>La Religiosidad y Espiritualidad Lleva a los Pacientes a Rechazar, Retrasar o Dejar de Aceptar Indicaciones de la Terapia Médica</i> .....	106
Figura 21. <i>Cuántas Veces sus Pacientes han Usado la Religiosidad y Espiritualidad como una Razón para Eludir la Responsabilidad de su Propia Salud</i> .....	106
Figura 22. <i>Reconoce Usted la Importancia de Abordar la Dimensión Espiritual de los Pacientes</i> .....	107
Figura 23. <i>Los efectos que sobre la salud tiene los abordajes integrales terapéuticos, aquellos que incluyen la espiritualidad, tiene un respaldo científico suficiente</i> .....	107
Figura 24. <i>Respuestas Sobre las Causas del No Abordaje Espiritual</i> .....	110

## Introducción

Es un imperativo administrativo y ético que las instituciones de salud contribuyan a enriquecer los criterios que demuestren el cumplimiento de los estándares de alta calidad con fines de acreditación asumiendo y adoptando acciones específicas en las dimensiones de la espiritualidad y la religiosidad que hacen parte, junto con otros aspectos, del enfoque de humanización en la atención médica.

Las dimensiones anteriormente anunciadas están contempladas en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, pero su despliegue, como veremos en el desarrollo de la presente tesis, resulta limitado en la medida que los criterios de abordaje de la espiritualidad y religiosidad en el área clínica son de carácter normativo y en lo procedimental adolece de una especificidad, impidiendo esta circunstancia que los agentes de salud ejecuten acciones encaminadas a reconocer lo humano como una concepción **biopsicosocial y espiritual**.

El propósito por tal motivo es la elaboración de contenidos que sustenten y direccionen las acciones que permita a los médicos a través de un Plan Educativo Terapéutico abordar la dimensión específica de la religiosidad, partiendo de una historia de praxis médica reduccionista y una intencionalidad de humanización de la atención asistencial.

Por tal razón, la religiosidad como dimensión humana del paciente se vincula a otras actividades médicas que si están instituidas, y de esta manera no queda aislada como una actuación adicional.

Para tal fin, se construyó capitularmente una ruta de investigación que está representada por aspectos que hacen parte constituyente del documento en la medida que generan premisas que contribuyen al cumplimiento del objetivo general de la tesis como resultado de la valoración análisis e interpretación del Contexto institucional de la ESE Hospital San Juan de Dios de

Floridablanca; de la percepción de calidad institucional; de los referentes bibliográficos; del grupo primario de mejoramiento; y la Encuesta de Percepción de Religiosidad y Espiritualidad en la atención médica hospitalaria.

Su producto es un contenido que se define como básico pero no significa de ningún modo una subestimación de la capacidad actitudinal y cognitiva del personal médico, este acto preventivo se debe realizar con el fin de dar seguridad que la selección obedece a circunstancias y contextos que exigen una posición prudencial por parte del nivel directivo que convierte en una política institucional el abordaje de la religiosidad en los planes de atención con fines terapéuticos.

De lo consagrado *ut supra* se obtiene entonces la posibilidad de evaluar con mérito de desempeño la actividad de la religiosidad con fines terapéuticos, lo que constituye una aproximación al entendimiento que la multidimensionalidad del ser es un fin categórico medible.

## **1. Especificaciones del proyecto**

### **1.1 Situación Problema**

La atención humanizada como enfoque para el mejoramiento de la atención en salud se convierte en un imperativo operacional en las instituciones prestadoras de servicios de salud, discutir la necesidad de un servicio más humano resulta, hoy por hoy, en una obligación de todos los agentes que hacen parte de esa atención, pero no se debe entender como un proceso humanizador, ni mucho menos civilizador, porque quienes hacen parte de esa relación, ya sea en calidad de prestador de servicios o demandante de él, ostentan la calidad de seres humanos, con una similitud evolutiva y unas dimensiones compartidas de orden biológico, psicológico, social y espiritual que con frecuencia se desconocen mutuamente.

Las dimensiones aquí expuestas, o por lo menos tres de ellas, a saber: la biológica, la psicológica y la social, hacen parte del concepto de salud emanado de la Organización Mundial de la Salud, convirtiéndose en un paradigma aún vigente en la actualidad, pero la dimensión de espiritualidad es un agregado que espera ser incorporado a un nuevo concepto de salud, sin embargo, la espera de esta decisión no impide que los sistemas de salud incorporen en los procesos de mejoramiento continuo estándares de humanización, como en el caso colombiano, donde se han incluido en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia Versión 003, un grupo de estándares de humanización del servicio.

Al evaluar este nuevo grupo de estándares de acreditación, encontramos dos componentes, el de espiritualidad y religiosidad, pero éste último se limita al cumplimiento de carácter legal, normativo y ético del respeto a las creencias religiosas y el apoyo espiritual y religioso a las

víctimas de violencia ya sea sexual, maltrato infantil o intrafamiliar sin especificar acciones y en el grupo de estándares de planeación de la atención exige que la organización tenga estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones y entre éstos puntos claves se encuentra el apoyo espiritual o religioso.

No existen criterios específicos de abordaje que permitan direccionar una actuación asistencial orientada a intervenir la dimensión de religiosidad, por tal razón el abordaje integral bajo la concepción biopsicosocial y espiritual, queda representado en una acción normativa y el cumplimiento por lo general de una valoración profesional o de apoyo externo en el área espiritual o religiosa, relegando la posibilidad que el personal médico incorpore en su práctica asistencial hospitalaria dentro de su plan educativo para la salud o terapéutico, acciones encaminadas en un nivel básico el abordaje de la dimensión de religiosidad, y de esta forma dar cumplimiento a la intencionalidad del estándar en un rango de excelencia superior, en correspondencia al valor supremo que representa o significa la espiritualidad humana en los pacientes y porque de igual manera el ostenta ese valor.

## **1.2 Justificación**

Como se presentó en la definición del problema, dentro del grupo de estándares de planeación de la atención, solicita que durante el proceso de atención; se definan los puntos clave del cuidado y el tratamiento, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones, y dentro de los criterios de este estándar se encuentra el apoyo espiritual y religioso.

En otros términos, si el apoyo espiritual y religioso impacta la oportunidad y la efectividad de las intervenciones asistenciales, se justifica que dichas dimensiones se intervengan a nivel

hospitalario por sus efectos favorables en la evolución de la enfermedad, calidad y esperanza de vida.

Por otro lado, así no se tuviera en cuenta en los estándares de acreditación los criterios de humanización, la sustentación científica en los últimos años en lo concerniente a los efectos o la relación de la religiosidad y la salud, y su influencia en la calidad de vida, es suficiente para construir contenidos específicos de la religiosidad en un plan educativo terapéutico a nivel hospitalario de manejo médico, si su efecto es terapéutico o dignifica la condición humana del ser en un estado no pleno de salud, obliga a los diferentes agentes de salud a incluir en el plan educativo terapéutico multidimensional el componente de religiosidad.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Elaborar el contenido básico de la dimensión de religiosidad en el plan educativo terapéutico para pacientes hospitalarios de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Desarrollar un escenario de participación activa del personal asistencial para abordar el tema de religiosidad en la atención médica de pacientes hospitalarios en la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.

Revisar en forma sistemática los referentes de orden investigativo, académico y normativo del desarrollo de la dimensión de religiosidad en el proceso de atención en salud.

Evaluar la dimensión de religiosidad y espiritualidad en los médicos del área de hospitalización de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca a través de una encuesta.

Seleccionar el contenido básico de la dimensión de religiosidad en el plan educativo terapéutico tomando como insumo los objetivos específicos anteriormente anunciados.

## **1.4 Contextualización**

### **1.4.1 Contexto Institucional Sociodemográfico**

La ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca se encuentra ubicado en el municipio de Floridablanca del Departamento de Santander,

La historia de la entidad inicia en el año 1817, cuando funcionaba una casa de salud exclusiva para pacientes de tercera edad en el mismo lugar o terreno que se ubica el hospital hoy en día. Solo hasta el año de 1963 se registra históricamente el inicio de la prestación de consulta externa a cargo del médico rural Alejandro Villalobos en forma permanente.

La participación comunitaria del municipio de Floridablanca y las donaciones de terrenos aledaños facilitaron reformar la parte antigua asistencial y construir una infraestructura que permitió habilitarse como centro de salud con capacidad hospitalaria de 9 camas y atención de parto, todos estos servicios a cargo de un médico rural.

En el año 1985, recibe una donación de 65 millones por parte de la Beneficencia de Santander, y se realiza la última donación de terrenos, esta vez ofrecidos por el fraterno ser, Dr. Eduardo Rueda Clausen, contribuyendo lo anterior a la construcción de la actual planta física del hospital.

La historia del hospital denota una evolución institucional en constante crecimiento tanto en lo concerniente a la complejidad de la atención como en la infraestructura, permitiéndole hoy en día ofertar un portafolio de servicios amplio y competitivo evidenciándose en forma resumida en la tabla 1.

**Tabla 1.**

*Reseña Histórica de la ESE Hospital San Juan de Dios De Floridablanca*

AÑO	SITUACIÓN
1817	Casa de salud para ancianos
1963	Consulta Externa
1964	Reforma de la Infraestructura, cambio a centro de salud, mayor cobertura (médico rural- urgencias y partos)
1985	Construcción planta física actual, mayor cobertura (hospitalización, lavandería, consulta externa, alimentación)
1995	E.S.E. Segundo nivel
2003	Ajuste institucional (80 cargos de planta)
2004	Se amplían servicios de las 4 especialidades básicas a 24 horas
2012	Ampliación de capacidad instalada 20 camas Adultos, servicio de hospitalización
2015	Apertura de servicio Unidad de Cuidado Intensivo Adultos 8 cubículos. 2 cubículos de unidad de cuidado intermedio adultos

Fuente: Oficina de Calidad y Planeación de la ESE, 2017.

A través de su reseña histórica se evidencia un crecimiento progresivo, con tres saltos cualitativos y cuantitativos a saber; se tipifica como hospital de II nivel en el año 1995, pero en la práctica funciona como tal desde el año 2004, y en los últimos 5 años amplía su infraestructura hospitalaria; al ofertar 20 camas más de medicina interna, y mejorar su complejidad del portafolio de servicios al construir la unidad de cuidados intensivos con una capacidad de 10 cubículos.

La tabla 2 permite dimensionar la importancia del ente hospitalario desde el punto de vista de cobertura poblacional a nivel del Departamento.

Es así que la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca comparada con otros hospitales homólogos del departamento de Santander, cubre porcentualmente en calidad de hospital de segundo nivel, la mayor población del departamento, equivalente al 27,61 %.

**Tabla 2.**

*Comparativo De Cobertura Poblacional De IPS Publicas De Segundo Nivel Por Área Jurisdiccionada*

Hospital Regional (II Nivel)	FLORIDA	MALAGA	SANGIL	VELEZ	BARRANCA
Total DANE 2017, Municipios Área de Influencia	718.570	66.229	124.689	147.654	316.782
Población R. Subsidiado	234.741	54.353	70.632	89.251	160.097
Población PPNA y L.C.	41.772	3.953	6.933	9.055	29.017
Total Población Jurisdiccionada	276.513	58.306	77.565	98.306	189.114
Total Población R. Subsidiado en Santander	880.245	880.245	880.245	880.245	880.245
Total PPNA y LC en Santander	121.382	121.382	121.382	121.382	121.382
Total Población Jurisdiccionada en Santander	1.001.627	1.001.627	1.001.627	1.001.627	1.001.627
% Participación R. Subsidiado en Santander	<b>26,67%</b>	<b>6,17%</b>	<b>8,02%</b>	<b>10,14%</b>	<b>18,19%</b>
% Participación PPNA y LC en Santander	<b>34,41%</b>	<b>3,26%</b>	<b>5,71%</b>	<b>7,46%</b>	<b>23,91%</b>
% Participación Población Jurisdiccionada en Santander	<b>27,61%</b>	<b>5,82%</b>	<b>7,74%</b>	<b>9,81%</b>	<b>18,88%</b>

Fuente: Oficina de Calidad y Planeación de la ESE, 2017

Se resalta en la tabla 3, el peso de participación poblacional de la ESE en el área metropolitana, constituyéndose en la única institución de segundo nivel de complejidad a nivel público de los Municipios que la componen.

**Tabla 3.**

*Municipios con la mayor población jurisdiccionada del área de influencia de la ESE*

MUNICIPIO	AREA JURISDICCIONADA			
	R. Subsidiado	PPNA	TOTAL	%
FLORIDABLANCA	67.354	12.073	79.427	31,0%
GIRON	56.655	6.819	63.474	24,8%
PIEDRECUESTA	43.102	6.352	49.454	19,3%
<b>TOTAL AREA INFLUENCIA</b>	<b>226.851</b>	<b>29.134</b>	<b>255.985</b>	<b>75.1%</b>

Fuente: BASE CERTIFICADA DNP SISBEN METODOLOGIA III A 31 DE MAYO 2017

Base de afiliados cargados activos en BDUA régimen contributivo a 30 de junio de 2017

Proporcionada por el consorcio SAYP

Su área de influencia predominantemente abarca tres municipios del área metropolitana de Bucaramanga, siendo el 75,1 % de la población que se encuentra bajo su jurisdicción.

Como se puede observar, el Hospital San Juan de Dios de Floridablanca tiene un radio de acción preponderante dentro de la red de servicios hospitalarios en la región.

#### **1.4.2 Contexto institucional asistencial**

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, conforme al Modelo de Red de Prestadores de Servicios de Salud Públicas del Departamento de Santander es una institución de Segundo Nivel de Complejidad, que presta servicios de salud a la población no solamente de Floridablanca, sino a nueve Municipios más, como lo son: Betulia, Cepitá, Girón, Lebrija, Piedecuesta, Los Santos, Santa Bárbara, San Vicente y Zapatoca.

Al clasificarla como un hospital de Segundo Nivel de Complejidad, significa que cuenta con especialidades básicas que le permite garantizar permanentemente en forma ambulatoria u hospitalaria los servicios de atención materna y ginecológica, pediatría, Cirugía general, Medicina Interna y traumatología y ortopedia, con el apoyo de anestesia según si se trata de un evento quirúrgico.

Ofrece como punto de entrada de los pacientes, el servicio de urgencias y consulta externa con el manejo de médicos generales y el apoyo de médicos especialistas.

La misión de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca expresa una esencialidad que es el mejoramiento de los niveles de salud cuyo cumplimiento depende de la calificada y humanística intervención en las actuaciones; preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitadoras.

De conformidad con el Plan de Desarrollo del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca (2016 – 2019) tiene la siguiente Misión:

Somos una institución pública de orden departamental que brinda atención de primer y segundo nivel de complejidad en salud, que trabaja en la búsqueda interminable de nuevos retos de desarrollo y de perfeccionamiento institucional, en el campo técnico científico y en la gestión del talento humano como base imprescindible de la formación académica de agentes de salud en los niveles técnicos, tecnológicos y profesionales, a través de convenios docente servicios y de cumplimiento de la esencialidad misional consistente en el mejoramiento de los niveles de salud para el municipio de Floridablanca y su área de influencia, en una calificada y humanística dimensión preventiva, diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación. (Plan de desarrollo institucional de la ESE HSJDF-2016-2019).

En cuanto a su visión institucional basa finalmente su cumplimiento prospectivo en gente idónea con profundo sentido humano y ético.

De igual forma, el Plan de Desarrollo del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca (2016 – 2019): consagra en su visión:

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Floridablanca busca ser un protagonista en el mejoramiento y bienestar de su comunidad a través del constante liderazgo en tecnología y servicios de calidad asistencial para satisfacer las necesidades de su jurisdicción poblacional, trabajamos por ser una entidad reconocida a nivel departamental y nacional, por la integralidad en los servicios humanizados de prevención, curación y rehabilitación. La expresión de un sano equilibrio entre el balance social y económico es la que dará la solidez estructural necesaria para adaptarse a los cambios del medio, permitiendo un continuo desarrollo e innovación institucional apoyados en gente idónea con profundo sentido humano y ético.

Se refleja igualmente en esta institución hospitalaria un claro sentido y orientación de atención humanizada en el documento marco denominado Manual de Atención al Usuario 2013,

encontrándose un contenido altamente humanístico al determinar las diferencias de la atención del paciente basadas en comunes y particulares acciones de intervención a los pacientes.

Determinan como generalidades los aspectos comunes a todos los usuarios que demandan los servicios como son; la atención sin barreras y el proceso en sí de atención sustentado con un plan.

En cuanto a las particularidades, la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca determino como características fundamentales de las particularidades de los usuarios; la criticidad originada por la vulnerabilidad socioeconómica y biopsicologica, el impacto psicosocial, la dignidad de la persona y finalmente las condiciones específicas de tipo legal del usuario.

Se demuestra que este contenido documental esta direccionado a una atención integral bajo un criterio humanístico, base fundamental para generar una atención centrada en el usuario.

El recurso humano que tiene relación directa en la ejecución del proceso de atención en salud en la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca suma 132 colaboradores, pero indirectamente en calidad de agentes de apoyo asistencial se cuenta con 76 colaboradores.

Desde el punto de vista funcional se cuenta con la siguiente población laboral que tiene relación directa en la ejecución del proceso de atención en salud:

- Enfermeras profesionales: 17
- Auxiliares de enfermería: 59
- Médicos generales: 27
- Auditores Médicos: 2
- Especialistas: 14
- Nutricionistas: 2
- Fisioterapeutas: 2

- Trabajo Social: 1
- Psicólogo: 2
- Auxiliares de laboratorio: 6
- Bacteriólogos: 5

Al relacionar el personal misional directo e indirecto y administrativo de planta y contratación de servicios personales encontramos porcentualmente la siguiente participación en la tabla 4:

**Tabla No 4.**

*Relación de Número y peso porcentual de personal misional y de apoyo con el tipo de vinculación laboral*

Tipo de Vinculación Laboral	Misional	% Participación	Apoyo Administrativo	% Participación	Total	% Participación
Planta de Personal	26	12.5%	10	14.5%	36	13%
Contratistas por intermedio de operadores externos	182	87.5%	58	84%	240	86.6%
CPC	0		1	1.5%	1	0.4%
<b>Subtotal</b>	<b>208</b>	<b>75.4%</b>	<b>69</b>	<b>24.6%</b>	<b>276</b>	

Fuente: Oficina de Talento Humano de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca 2017.

De la tabla anterior, se desprende las siguientes consideraciones:

- El 75.4% del personal que labora en la institución hace parte de lo misional y el 24.6% se desempeña como talento humano de apoyo administrativo a lo asistencial.
- El 13% del personal, tanto administrativo y misional lo representa la planta de personal propia de la ESE.
- Por cada empleado de planta, hay 6,6 colaboradores contratados a través de operadores externos.
- Por cada tres personas en calidad de talento humano misional, hay una persona vinculada para apoyo administrativo.

## 2. Marco de antecedentes

### 2.1 Referentes Investigativos

El presente documento no tratara las diferencias entre espiritualidad y religiosidad, pero enfatizara que dentro del enfoque de humanización en la atención al paciente se ha incluido la espiritualidad y la religiosidad como dimensiones que la componen.

En un informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre el Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer (1990) define la palabra espiritual, al señalar lo siguiente:

La palabra espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana relacionados con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. Esto no es lo mismo que religioso, aunque muchas personas incluyen un ingrediente religioso en la dimensión espiritual de la vida.

El aspecto espiritual de la vida humana puede considerarse como un componente que aglutina los aspectos físico, psicológico y social de la persona. A menudo se lo considera relacionado con el significado y propósito de la vida, y en el caso de la persona que se acerca al fin de la vida, se relaciona también con el perdón, la reconciliación y la afirmación de valores. (Organización Mundial de la Salud, 1990, p. 56)

Es importante enfatizar, que la presente tesis no abordara con profundidad los efectos de la religiosidad en la salud a pesar de contarse hoy en día con volúmenes crecientes de investigaciones sobre esta línea temática con diferentes niveles de confiabilidad y validez, siendo entonces un tema no superado en el campo investigativo.

La intencionalidad de este capítulo es de carácter introductorio e integrador, para tal fin, en primer lugar; enfatiza que las actuales investigaciones que relacionan la espiritualidad y la religiosidad, ya sea como una unidad dimensional o por separado, o como componentes del enfoque humanizado de la atención médica, se han desarrollado con mayor intensidad en el campo del cuidado paliativo, y en segundo lugar; contextualiza con precisión que los enfoques holísticos por parte de los agentes de salud son una condición fundamental para comprender la

multidimensionalidad del ser humano y en correspondencia es deber reconocerlos y abordarlos dentro de un plan educativo terapéutico no optativo.

En el encuentro sobre espiritualidad en la práctica clínica diaria, realizado en la Universidad de los Andes de Chile, el Dr. Mario Marchant, académico de la Facultad de Medicina de la misma Universidad expuso lo siguiente:

La consideración de la espiritualidad en la práctica clínica de todas las especialidades, en especial en el campo de la medicina paliativa, ha tomado gran relevancia en el campo de la investigación lo que se demuestra en el explosivo aumento de publicaciones sobre la relación y sus positivos efectos. (Universidad de los Andes de Chile, 2017).

Declara el médico en mención en este mismo enlace virtual la siguiente consideración:

Entre sus objetivos se busca incorporar la conciencia de la espiritualidad en el cuidado de los pacientes en diversos contextos clínicos; el reconocimiento de la propia espiritualidad y su efecto en la forma de relacionarse con los pacientes; ser conscientes de la necesidad de responder no sólo a las necesidades físicas, sino también a las necesidades emocionales, socioculturales y espirituales. (Universidad de los Andes de Chile, 2017).

La Dra. Christina Puchalski, Médico Internista, Especialista en Medicina Paliativa y Directora del *George Washington University's Institute for Spirituality and Health (GWish)*, USA, que asistiera a ese mismo encuentro, es un referente a nivel mundial sobre la inclusión de la espiritualidad en la práctica clínica, es así, que su aporte ha sido base sustancial de guías de manejo clínico paliativo y en pacientes independientemente de su estado patológico.

Como ejemplo de sus conceptos sustanciadores, los encontramos en el Manual para la Atención Psicosocial y Espiritual a Personas con Enfermedades Avanzadas, Intervención Psicológica y Espiritual, documento auspiciado por la Fundación Española Obra Social “La Caixa”, que según Álvaro Gándara Presidente de la SECPAL en la presentación de esta obra expresa con gran relevancia al punto de señalar: “Gracias a la visión que en su día tuvieron los responsables de la

Obra Social la “Caixa” de esas necesidades, se desarrolló un programa único en el mundo” (Gándara, 2016).

Si se evalúa por ejemplo la población que más debería demandar la atención medica integral y en especial en su aspecto de espiritualidad y religiosidad, se encontrara los pacientes con enfermedades graves, crónicas o terminales, en estos casos es coincidente el planteamiento de actuación especial de autoridades como la OMS en calidad de orientadora supra organizacional de la salud en el mundo y plasmado en la resolución WHA67.19;

que los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, planteamiento que se concreta en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y terapia del dolor y otros problemas, ya sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual (Organización Mundial de la Salud, 2014, p.39)

Complementa igualmente la OMS al señalar:

reconociendo que los cuidados paliativos, cuando están indicados, son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, aumentar su alivio y reforzar su dignidad humana, puesto que son un servicio de salud efectivo centrado en las personas, que tiene en cuenta la necesidad de los pacientes de recibir información adecuada sobre su estado de salud, adaptada específicamente a ellos y a su cultura, y el papel primordial de esos pacientes en la adopción de decisiones sobre el tratamiento recibido. (Ibíd., p.39)

Refiere además en el mismo documento;

Que es responsabilidad ética de los sistemas de salud proporcionar cuidados paliativos y que los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de aliviar el dolor y el sufrimiento, ya sea de orden físico, psicosocial o espiritual, independientemente de que la enfermedad o afección se pueda o no curar, y que los cuidados terminales son uno de los componentes esenciales de los cuidados paliativos (Ibíd, p.39)

Tal propósito exige de un cuerpo médico integrado interdisciplinariamente, pero más importante aún, es su actitud capaz de dimensionar al ser humano en forma holística y sistémica, en comunicación permanente con sus colegas y pacientes, pero existe el riesgo reduccionista en

los profesionales médicos , al igual que evocaba en el área de la ciencia, la afirmación y pregunta de Kenneth Ewart Boulding, economista inglés, referenciado al inicio del artículo Mas Allá de la Economía por Óscar Carpintero:

...los físicos solo hablan a los físicos, los economistas a los economistas y, todavía peor, los físicos nucleares a los físicos nucleares y los económetras a los económetras. A veces uno se pregunta si la ciencia no llegara a detenerse en una colección de celdas de ermitaño amuralladas en las que cada uno masculle para sí mismo en un lenguaje particular que solo él puede entender. (Carpintero, 2012).

Ese grupo humano en calidad de galenos, no puede abstraerse de la dignidad de la persona humana y de la relación entre la religión y las necesidades de los individuos, más aun, en momentos de dolor, sufrimiento y frustración como comunes situaciones que acompañan la adversidad existencial de un enfermo.

Manifiesta Setién: “La religión ayuda a liberar las tensiones personales que producen la muerte o cuando los medios disponibles no permiten alcanzar a los individuos los fines deseados, contribuyendo esto a la frustración personal”. (Setién, 1993, p. 366)

De igual forma la autora expresa:

La tragedia y la tensión parecen inherentes a la vida humana; en todas las sociedades existe una brecha, mayor o menor, entre los deseos y esperanzas que los hombres conciben culturalmente y su cumplimiento. Todo hombre ha de enfrentar a acontecimientos que es incapaz de prever o controlar, y en determinados casos la ciencia no puede dar respuesta a estas situaciones. La religión aparece, así, como uno de los medios más importantes que el hombre utiliza para adaptarse a las situaciones de tensión. (Ibíd, p. 366).

Desde esta perspectiva sociológica, podríamos asimilar, que ante la tensión individual generada por la afrenta nosológica, es deber del agente sanitario y clínico facilitar un ambiente de distensión, más cuando su acerbo científico no da respuesta a sus necesidades manifiestas u ocultas en el campo espiritual, entonces, en el momento crucial de encuentro entre el médico y el paciente, debe el profesional garantizar el básico y primario derecho de libertad religiosa de este ser, es decir el

paciente, y primordialmente de manifestarla cuando así lo requiera o considere que es su hora de creer.

No siempre es fácil que los pacientes expliciten sus necesidades religiosas, por tal razón debe el tratante asistencial comprender, que si bien debe ser intervenida la dimensión de religiosidad en su actuar cotidiano, se presentara el momento de solicitud por parte del paciente, y es en ese preciso instante que su intervención se convierte en un deber ético impostergable.

Siendo entonces un deber ético ofertar la atención religiosa y espiritual en la práctica médica, se somete entonces esta consideración al nivel de derecho del paciente, bien establecía Luis Francisco Sastoque Poveda en su libro *Dignidad de la Persona Humana, Concepto Fundamental de Antropología Teológica*:

La persona humana tiene derecho a la libertad religiosa, derecho fundamental e inviolable, que reclama un digno respeto. De aquí se sigue que nadie ha de sentirse forzado a creer; pero nadie puede tampoco verse impedido a la hora de creer o de profesar su fe, derecho elemental de la persona humana. (Sastoque, 1993, p. 251).

Revisada la literatura o referencias bibliográficas no se encuentra la incorporación de la dimensión de religiosidad dentro del concepto de educación terapéutica (ET), pero si se hace referencia en las recomendaciones generales del apoyo espiritual por parte del personal de enfermería y médico en los planes de cuidado al paciente tanto en el momento del ingreso, durante la atención y la salida (egreso hospitalario).

En el presente trabajo de investigación se considera como la mejor estrategia de intervención incluir el contenido de religiosidad a la Educación Terapéutica, porque conceptualmente contextualiza una atención integral con fines terapéuticos, con claros efectos favorables sobre el desarrollo (evolución) de la enfermedad y adicionalmente genera la obligatoriedad de su aplicación por parte de los actores directos de la relación con los pacientes que serían los médicos tratantes.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1 Atención Centrada en el Usuario en el Mejoramiento de los Procesos de Calidad de la Atención en Salud.

Es de suma importancia asimilar que un paso obligatorio para la comprensión del concepto “Enfoque humanizado de la salud”, es conocer que es una atención centrada en el usuario, por esta razón se recurre a exponer el Decreto correspondiente.

Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, consagra en su artículo 3° lo siguiente:

ARTÍCULO 3o.- CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Adicionalmente, el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario, Versión 003, establece que éstos estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia.

Consecuente con el enfoque del mejoramiento continuo de la calidad, para que una institución obtenga la categoría de acreditado en salud, no solamente debe exhibir buenos procesos y/o estructura; es necesario que estos se traduzcan en resultados en salud centrados en el usuario.

### **3.2 Dimensiones y Aspectos que se Evalúan en la Atención Centrada en el Usuario**

El documento Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007), del Ministerio de la Protección Social, en su marco conceptual determina que:

El otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; la norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo. No significa esto que a la luz del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud no sea importante la satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, sobre todo en la medida

en que su satisfacción es un prerequisite para obtener los resultados centrados en el usuario.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale.

Los principios en que se fundamenta la atención centrada en el cliente son:

- Las instituciones, sus programas y sus servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio.
- La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el resultado de los procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso.
- El respaldo y el compromiso gerencial son factores claves para el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad. Así, los directivos de las instituciones juegan un papel preponderante en el desarrollo de esta cultura. (Ministerio de la Protección Social, 2007, p. 22)

### **3.3 Atención Humanizada como Enfoque para el Mejoramiento de la Atención en Salud**

De acuerdo al anexo Técnico Calidad y Humanización en la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes (GNNA) de la Dirección de Promoción y prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, en conceptos básicos establece los siguientes lineamientos representados en la figura:



Figura 1. Lineamientos de la Atención Integral de Salud

Fuente: Anexo Técnico Calidad y Humanización en la Atención en salud a Mujeres, Gestantes, Niños, Niñas y Adolescentes. Ministerio de salud, 2014

En el numeral 2.1.2 Calidad y humanización, lo define como un imperativo ético de la atención integral en salud; hace referencia a la obligación que tienen los actores que intervienen en dicha atención de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención a GNNA, respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio cultural y la diversidad poblacional y territorial que se expresa en la particularidad de su desarrollo.

### 3.3.1 Definición de Humanización en Salud

Se adopta como definición rectora de humanización en salud, lo establecido en el Glosario del Manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario del ministerio de salud de Colombia, definición que es tomada de José Carlos Bermejo Higuera Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética. Centro de Humanización de la Salud de Madrid:

*Es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar*

*cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 8)

### **3.3.2 Aspectos de la atención Humanizada que Deben Desarrollar los Programas de Salud para el Cumplimiento de los Estándares de Acreditación**

Tomando como base el Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorios y Hospitalarios, versión 003, en su capítulo 7.1, intencionalidad del Grupo de Estándares Asistenciales (As), se puede definir el resultado esperado al desarrollar un plan de atención con un enfoque de humanización, lo siguiente:

- Que durante su atención, a los pacientes les sean respetados los derechos (a la información, a aceptar o rechazar la participación en investigaciones, a la intimidad y confidencialidad, a su buen nombre, a las decisiones sobre su cuerpo, a la dignidad y el respeto por sus creencias, costumbres y valores, a la libertad, entre otros) y se les expliquen cada uno de estos derechos.
- Que conozcan cuáles son los deberes que tienen en su condición de usuarios, que se promueva el respeto y el cumplimiento de estos deberes y existan mecanismos explícitos para solucionar controversias alrededor de dichas definiciones. Para el efecto, la institución debe diseñar o adoptar tanto los derechos como los deberes (de conformidad con pautas reconocidas nacional e internacionalmente), darlos a conocer al cliente interno y al cliente externo (incluye las estrategias para que los pacientes, o en su defecto sus familias o apoderados, los entiendan), desplegarlos en los procesos y evaluar el respeto hacia ellos.
- Que los pacientes reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad. Para ello, la organización debe diseñar los ciclos de atención con las interfaces entre los procesos que los componen, las rutas de pacientes cuando se trate de redes y varios puntos de atención, las estrategias para eliminar las barreras que pueda haber para el acceso, la información que se debe dar para orientar a los pacientes durante los ciclos de atención, la posibilidad de la libre elección según la disponibilidad institucional, los tiempos de atención para el acceso y la asignación de citas. Deben desarrollarse estrategias para la difusión y el despliegue de ciclos, rutas, interfaces, mecanismos de información al paciente y tiempos de espera. Asimismo, deben establecerse estrategias de medición y evaluación de los propósitos descritos.
- Que la atención del paciente y su familia se realice de manera congruente con las características socioculturales individuales y consulte sus necesidades y expectativas sobre la atención. Para tal efecto, la organización debe contar con procesos para identificar y evaluar esas características socioculturales individuales del paciente y su familia, así como las necesidades del paciente en el momento de su ingreso, y documentarlas para que el equipo de salud responsable de su atención las conozca y actúe en consecuencia. Esto incluye la evaluación de las necesidades educativas del paciente, la evaluación del conocimiento, las expectativas, las necesidades de información y educación del paciente y la familia sobre su enfermedad, la calificación del equipo de salud responsable del paciente para identificar y responder a las necesidades y expectativas, las necesidades relacionadas

- con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y la identificación de las necesidades de aislamiento del paciente.
- Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud. Para lograr esto la organización debe contar con procesos para planear la atención, el cuidado y el tratamiento de cada paciente. Esta planeación debe estar basada en la mejor evidencia disponible y definir las acciones de diagnóstico y tratamiento y las acciones de implementación, desarrollo y seguimiento del plan, así como el consentimiento informado sobre el plan de cuidado y tratamiento.
  - Que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados esperados de la atención. Para esto, la organización debe contar con procesos para implementar las intervenciones planeadas.
  - Que se evalúe la implementación del plan de cuidado y tratamiento para que el paciente obtenga los resultados esperados de la atención. Para el efecto, la organización debe contar con procesos de evaluación individual de resultados, la lectura de la percepción del paciente y su familia sobre la atención recibida, la retroalimentación y el ajuste de los procesos y la monitorización centralizada en caso de actuación en red.
  - Que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso. Para ello, la organización debe contar con procesos de egreso y de seguimiento posterior.
  - Que al paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y, si es necesario, el regreso a la institución. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos generales para definir y aplicar criterios de referencia y condiciones de traslado del paciente, para brindar la información clínica y administrativa al paciente y para que el profesional remitente conozca los resultados y lo registre en la historia clínica. Igualmente, cuenta con procesos específicos para remisión al laboratorio e imágenes diagnósticas, a urgencias, a provisión de medicamentos, a servicios ambulatorios de complejidad superior, a hospitalización y a programas de promoción y prevención. Cuando la institución se comporte como la entidad receptora, tiene procesos para informar sobre la atención del paciente a la entidad o profesional referente.
  - Que el paciente se beneficie de las acciones de mejoramiento de los procesos de cuidado y tratamiento. Para el efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de manera sistemática, con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad. (Ministerio de la Protección Social, 2011, p.27-28)

### **3.3.3 La Espiritualidad como Componente o Dimensión de la Atención Centrada al Usuario Bajo un Enfoque de Servicio Humanizado**

Los criterios relacionados con la espiritualidad y en calidad de componente de la atención centrada en el usuario bajo un enfoque de servicio humanizado los encontramos en el manual de Acreditación Hospitalario y Ambulatorio, en particular en el estándar 32, el cual establece:

**Estándar 32. Código: (AsPL11)**

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:  
Criterios:

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. parte del grupo de estándares de planeación de la atención, se establece lo siguiente:
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.
- Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.
- Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.).
- El desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados.
- Gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 38-39)

### **3.4 Componente Espiritual en los Estándares de Acreditación en el Nuevo Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario**

El componente espiritual o religioso lo podemos evaluar en los siguientes estándares dentro de la intencionalidad o criterios del Manual en su versión 003, de antemano señalando que su especificidad es baja, pudiéndolos encontrar en los estándares 1, 28 y 43, como se referencia a continuación:

#### **Estándar 1. Código: (AsDPI)**

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

El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes

Criterios:

- Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
- La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.
- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.
- La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.
- Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta. • La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología. • La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

#### **Estándar 28. Código: (AsPL7)**

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

Criterios:

- Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.
- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno- infantiles).
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno- infantiles).

- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
- Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
- Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.
- Soporte nutricional especial.
- Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
- Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.
- Abordaje interdisciplinario de casos complejos.
- Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.
- Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.
- Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.
- Apoyo espiritual o religioso.
- En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica prequirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.
- Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.
- Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
- Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.
- Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.
- La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
- Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

#### Estándar 43. Código: (AsEJ4)

La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas).

#### Criterios:

- La organización adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales.

- La organización tiene documentadas las estrategias para la detección e intervención de estos casos de violencia y controla la adherencia a su aplicación.
- La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, incluida la constancia del reporte en la historia clínica.
- Los profesionales han sido capacitados para detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 29, 36-37, 43)

### **3.5 Los Planes Educativos Hospitalarios como Criterios de Calidad en la Atención Integral del Paciente.**

Los planes educativos o de cuidados hospitalario son acciones contempladas como criterios de calidad que hacen parte de los estándares de acreditación, parten del principio que el paciente debe estar informado plenamente desde el inicio de la atención, durante y al egreso sobre temas específicos que debe comunicar el médico, en el mejor de los casos, o la enfermera jefe del servicio.

Sus contenidos varían según la institución y su presentación es de forma verbal, y por escrito en forma de plegables cuando el proceso dentro de la organización ha interiorizado su gran efecto sobre la evolución de la enfermedad.

Sus contenidos hacen hincapié en los aspectos relacionados con:

- Conceptualización de la enfermedad que se tiene o se desea identificar.
- Plan investigativo con exámenes para determinar el diagnóstico, corroborar o desarrollar un seguimiento de la enfermedad.
- Plan terapéutico de ingreso e intrahospitalario. Medicamentos que se les suministrara, por cual vía, dosis, días de tratamiento y posibles efectos secundarios.
- Información de las posibles complicaciones.
- Controles posterior a la salida.

- Plan terapéutico de egreso. Medicamentos que se les suministrara, por cual vía, dosis, días de tratamiento y posibles efectos secundarios
- Controles profesionales con la fecha respectiva y solicitud de laboratorios o estudios imagenológicos después de la salida.
- Recomendaciones de estilos de vida saludable.
- Signos de alarma que debe tener presente el paciente para consultar en forma prioritaria.

### **3.6 Referentes Académicos Específicos de Abordaje de la Religiosidad en Pacientes a Nivel Intrahospitalario.**

A continuación se procede a realizar una revisión bibliográfica de contenidos académicos que clasificables como referentes normativos, actitudinales, procedimentales generales y procedimentales específicos del componente de religiosidad que puedan ser introducidos en el plan educativo terapéutico dirigido a los pacientes del servicio de hospitalización de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.

Se registraran en una tabla que permitirá evidenciar la fuente bibliográfica y los criterios de selección.

Se procede a continuación a describir los criterios de selección que guiaran el registro de las referencias bibliográficas cuyos contenidos se enmarcan en una perspectiva normativa, actitudinal y procedimental.

Normativo: hace referencia al marco legal y normativo que exige el cumplimiento de cualquiera de los criterios relacionados con la religiosidad en los pacientes y por supuesto en la relación de este con el paciente y la institución, este criterio será incluido en el procedimental

dado que por su propia naturaleza se convierte en una acción específica de cumplimiento estricto.

Actitudinal: disposición personal para realizar una actividad en particular, en este caso es una competencia que se relaciona con el saber ser y el saber hacer cuando debe abordar la educación terapéutica en su componente de religiosidad.

Procedimental: son las acciones generales y específicas que deben desarrollarse para abordar la educación terapéutica en su componente de religiosidad en forma sistemática y evaluable.

En el registro de los contenidos de selección no siempre un referente bibliográfico contendrá el aspecto actitudinal, lo anterior obedece a la intencionalidad preponderante del autor en su respectivo documento de índole académico, clínico o investigativo de enfatizar o focalizar el aspecto procedimental.

Es importante que todos los criterios de selección cumplan con las siguientes propiedades y características, no siendo excluyentes:

- Confiable y/o validado científicamente.
- Culturalmente aceptado.
- Medible, que permita evaluar su aplicación y calificar el desempeño dentro de un plan de mejoramiento institucional.
- Aplicable independientemente de la fe religiosa que se profese, entendiéndose que los pacientes bajo la categoría de ateos se les aplicara.
- No exigible para su aplicación, que el agente de salud profese una fe religiosa.
- No Optativo por parte del agente de salud.
- Aceptación voluntaria por parte del paciente.

Como estrategia de búsqueda de revisiones sistemáticas de la literatura científica se utilizó los siguientes parámetros:

**Tabla 5**

*Parámetros de búsqueda de literatura científica*

Fecha de búsqueda	De Octubre 2016 a junio 2017
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricción del idioma	Inglés o Español
Tipo de estudio	Sin filtro

En la tabla siguiente se presentan los criterios de selección bibliográficos con sus respectivas fuentes.

**Tabla 6**

*Criterios de selección bibliográfica*

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
1. SECPAL, Sociedad Española de Cuidado Paliativo. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos. La junta directiva de SECPAL 31 de enero 2008 aprueba el material elaborado. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta.		<u>Necesidad</u> <u>De</u> <u>Expresar</u> <u>Sentimientos</u> <u>Y</u> <u>Vivencias Religiosos.</u>	La demanda de la visita del sacerdote puede ser la expresión de una apertura a la trascendencia. Los amigos de su comunidad pueden contribuir a mantener al paciente en una relación de proximidad a su creencia.  - Lectura de los salmos: Puede encontrar en su adhesión al mensaje evangélico la expresión cristiana de su nueva jerarquía de valores. -La petición del sacramento de los enfermos, –la Unción Este sacramento es también la expresión simple de la fe en la acción concreta de Dios, principalmente en unas circunstancias donde la medicina alcanza sus límites.

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
<p>1. SECPAL, Sociedad Española de Cuidado Paliativo. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos. La junta directiva de SECPAL 31 de enero 2008 aprueba el material elaborado. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta.</p>		<p><u>Exploración De Necesidades Y Recursos Espirituales</u> <u>Guía Básica Para La Exploración De Necesidades Espirituales</u></p>	<p>Formular las preguntas, sentado, en un lugar protegido, en un contexto empático, con contacto ocular, y dando tiempo para una escucha activa tan prolongada como sea necesaria.</p> <hr/> <p><b>Se consideran dos niveles:</b> <b><u>Nivel general:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo está de ánimos? ¿Bien regular, mal, o Ud. qué diría?</li> <li>- ¿Hay algo que le preocupe? ¿Qué es lo que más le preocupa?</li> <li>- ¿Hasta qué punto se le hace difícil la situación en que se encuentra? ¿Por qué?</li> <li>- En general, ¿cómo se le hace el tiempo? ¿Lento, rápido o Ud. qué diría? ¿Por qué?</li> <li>- En su situación actual, ¿qué es lo que más le ayuda?</li> <li>- ¿Hay algo, que esté en nuestra mano, que crea podamos hacer por Ud.?</li> </ul>
<p>1. SECPAL, Sociedad Española de Cuidado Paliativo. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos. La junta directiva de SECPAL 31 de enero 2008 aprueba el material elaborado. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta.</p>	<p>El acompañante ha de tener, algunas actitudes no suficientes, pero sí necesarias. Descripción: – Hospitalidad: crear un lugar libre, sereno y sin temores para que el visitante, el paciente, pueda acercarse a exponer sus heridas, como condición inicial para después poder cerrarlas.</p>	<p><b><u>El Acompañamiento Espiritual</u></b></p>	<p>Ingredientes esenciales del acompañamiento espiritual. A saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un vínculo basado en la confianza, como primera y necesaria herramienta.</li> <li>– La presencia y la atención activas. Se trata de no huir de las preguntas y de las ansiedades y miedos que hay detrás..</li> <li>– La escucha activa. Supone el desarrollo de las distintas estrategias de escucha activa que proporcionan metodologías como el counselling.</li> <li>– La compasión. Según Ekman existe una “empatía compasiva” y sería el grado más alto de empatía, denominado por Goleman “preocupación empática”.</li> </ul>

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
<p>1. SECPAL, Sociedad Española de Cuidado Paliativo. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos. La junta directiva de SECPAL 31 de enero 2008 aprueba el material elaborado. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta.</p>	<p>Para ello, el profesional va a necesitar hacer trabajo personal previo sobre su propia vida espiritual. – La decisión y la apuesta por crear vínculo, de confianza y con una determinada vocación de continuidad y permanencia.</p>	<p><b><u>El Acompañamiento Espiritual</u></b></p>	
<p>1. SECPAL, Sociedad Española de Cuidado Paliativo. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos. La junta directiva de SECPAL 31 de enero 2008 aprueba el material elaborado. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta.</p>	<p>La actitud de fidelidad es compatible con la de asumir que el paciente puede escoger a otro interlocutor una vez iniciada o terminada la exploración, porque los pacientes –afortunadamente– hablan con todos, pero escuchan sólo a quienes ellos eligen. – Actitud no sólo de detección, sino también de exploración; no sólo de espera, sino también de búsqueda. Una actitud activa ante una la dimensión espiritual que suele estar infraevaluada. Por dos razones.</p>	<p><b><u>El Acompañamiento Espiritual</u></b></p>	<p>En nuestro contexto se trata de algo muy distinto. Se refiere a la actitud que nos mueve –desde la conmoción interna ante la necesidad o el sufrimiento del prójimo– hacia la acción eficiente para acompañar al paciente y ayudarlo a salir de su situación. – La historia. Acompañar espiritualmente supone acoger y trabajar tanto la historia vital (personal) del sujeto, como la tradición espiritual (colectiva) en la que está inmerso. Tanto las personas como las comunidades o colectivos desarrollan un determinado itinerario biográfico-espiritual.</p>

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
<p>1. SECPAL, Sociedad Española de Cuidado Paliativo. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos. La junta directiva de SECPAL 31 de enero 2008 aprueba el material elaborado. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta.</p>	<p>La primera porque es importante remarcar que nuestro objetivo no es sólo reducir el malestar espiritual –si existiese– sino también promover el bienestar espiritual. Como ya hemos comentado, las necesidades espirituales no son sólo carencias o vacíos, sino también expectativas o potencialidades no trabajadas. En segundo lugar, porque la detección y exploración precoz de necesidades y recursos espirituales nos permite situarnos en una necesaria dinámica preventiva, aunque inicialmente no haya una solicitud expresa de acompañamiento. Obviamente, el modo de explorar ha de ser prudente y claramente no iatrogénico. Puede ser que un momento determinado –incluso al principio– el paciente decida no profundizar más, pero al menos ya sabe que si en algún momento desea abordar estas cuestiones, tiene con quién contar para hacerlo.</p>	<p><u>El Acompañamiento Espiritual</u></p>	<p>– Apoderarse del miedo. Tiene que ver con el miedo a lo inexplorado, a lo desconocido, a lo intangible, a la oscuridad profunda del ser. Después la experiencia podrá decir que uno descubre maravillas, pero inicialmente el miedo puede limitar o bloquear a la persona en su proceso de búsqueda. El acompañante ha de saber que le permiten entrar en zona de penumbra y que sostener en ese espacio puede no ser fácil ni agradable.</p>

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
2. Medicina y espiritualidad, Dr. Julián H. Ramírez Urrea. Primera edición 2013 Página 99	<p>1. Brindar nuestro servicio profesional con empatía. El terapeuta conjuga una alta capacidad técnica y una alta calidez humana. La calidez humana esta cimentada en tres realidades</p> <p>1. Deseo de servir, con los atributos de compromiso y confiabilidad, un servicio sin barreras.</p> <p>2. La compasión.</p> <p>3. Empatía que nazca de las siguientes habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomarse el tiempo para escuchar.</li> <li>- Apertura, relacionado con la intimidad del paciente y sus propias heridas.</li> </ul>	<u>La Espiritualidad Del Terapeuta</u>	<p>2. Tamizar las necesidades espirituales de los pacientes, establecer las prioridades de actuación con cada enfermo, en la dimensión espiritual.</p> <p>3. Intervenir el área espiritual cuando sea posible (teniendo en cuenta nuestro nivel de competencias y habilidades). De lo contrario, referir a un experto. Formas concretas para expresar empatía y compasión en el acto terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplea tiempo en tus pacientes, sostén sus manos y habla acerca de lo que es importante para ellos.</li> <li>• Practica la presencia compasiva: estar completamente presente y atento, escuchando los temores, esperanzas, dolores y sueños del paciente.</li> <li>• Piensa ¿Cómo me gustaría que mis padres o mis hermanos fueran atendidos? ¿Qué si esta fuera mi mamá, mi papá o un hermano míos? Esta pregunta hace surgir sentimientos de empatía y compasión.</li> <li>• La calidez y la amabilidad, son frutos espirituales. Sonreír, saludar con un apretón de manos, saludar a todos los acompañantes del paciente y tener contacto visual; son todas ellas maneras de iniciar, de manera formidable, una relación terapéutica.</li> <li>• Antes de entrar a la habitación del paciente, considera, tomando una gran bocanada de aire; ¿por qué me convertí en terapeuta? Recuerda, antes de entrar, que estas para servir a ese enfermo.</li> </ul> <p>Practica la empatía: fija tus ojos en los de tu paciente y trata de sentir su ansiedad o su felicidad.</p> <p>Procura entender, como está el paciente medicamente hablando, pero también como se siente ese día.</p> <p>Que tu interés permanezca en el ser humano, no tanto en el ser enfermo.</p>

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
2. Medicina y espiritualidad, Dr. Julián H. Ramírez Urrea. Primera edición 2013 Página 99	<p>1. Brindar nuestro servicio profesional con empatía.</p> <p>El terapeuta conjuga una alta capacidad técnica y una alta calidez humana. La calidez humana esta cimentada en tres realidades</p> <p>1. Deseo de servir, con los atributos de compromiso y confiabilidad, un servicio sin barreras.</p> <p>2. La compasión.</p> <p>3. Empatía que nazca de las siguientes habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomarse el tiempo para escuchar.</li> <li>- Apertura, relacionado con la intimidad del paciente y sus propias heridas.</li> </ul>	<p><u>Modelos De Historias Clínicas Espiritual</u></p> <p><u>Abordaje En Situaciones Especiales</u></p> <p><u>Situaciones De Emergencia Cuyas Preguntas Pueden Extenderse En La Práctica Médica Hospitalaria</u></p>	<p>1. Modelo FICA</p> <p>¿Tiene usted alguna creencia espiritual que en el pasado le ha ayudado a superar situaciones difíciles?</p> <p>Si el paciente responde no entre comillas a esta pregunta, puede preguntarse: “interrogante ¿Qué le da sentido a su vida?”. ¿Estas creencias le son importantes e influyen en la forma en que usted se preocupa de sí mismo? ¿Pertenece a alguna comunidad o grupo religioso? ¿Cómo le gustaría que sus tratantes se preocupen de sus inquietudes espirituales?</p> <p>2. Modelo “HOPE”</p> <p>H: “Hope” (esperanza). Recursos de esperanza, significado, consuelo, fortaleza, paz, amor y conexión.</p> <p>P: “Personal spirituality and practices” (personalidad espiritual y practicas espirituales)</p> <p>E: “Effects on medical care” (efectos en el cuidado médico y asuntos que tienen que ver con el fin de la vida)</p> <p>Modelo HOPE.</p> <p>Adaptado de Anandarajah.</p> <p>¿Qué podía ayudarle a estar tranquilo y sobrellevar esta situación?</p> <p>¿Existe alguien que podría asistirle en este momento, y ayudarle a mitigar su pena?</p> <p>¿Tiene algún tipo de práctica espiritual que podría ayudar en este momento?</p> <p>¿Existe algo más que podamos hacer por usted?</p>

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
Ministerio de Salud y Protección Social Resolución número 00001216 de 2015. 20 de abril 2015 "Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamientos de los comités para hacer efectivos el derecho a morir con dignidad."		Artículo 4° Derechos a cuidados paliativos	Las personas con enfermedades en fase terminal tienen derecho a la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familiares, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales. Además incluye el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente.
3. LEY NÚM. 20.584 REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD Santiago, 27 de marzo de 2012		Artículo 6°	- Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico.  Asimismo, toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica (Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS Ministerio de Salud y Consumo, Gobierno Español) Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2014.	Mostrarse receptivo respecto a las necesidades culturales y religiosas del paciente y de su familia	<u>Atención Del Enfermo Y Su Familia En Los Últimos Días U Horas De La Vida</u>  Influencia de los aspectos espirituales en la evolución de los pacientes: - Sentido de la fe Todos los estudios que hablan de fe se refieren a su aspecto religioso, mostrando que la fe otorga fuerza, se asocia a actitudes positivas con relación al diagnóstico y a la calidad de vida y sirve de apoyo a los individuos con cáncer terminal.	Facilitar el acceso del paciente a ritos, visitas de religiosos, etc. si así lo desea.

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica (Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS Ministerio de Salud y Consumo, Gobierno Español) Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2014.	Mostrarse receptivo respecto a las necesidades culturales y religiosas del paciente y de su familia	<b><u>Valoración De Las Necesidades Espirituales</u></b>	<p>Bayés y Borrás aconsejan establecer un instrumento sencillo de cribado y tener en cuenta que los pacientes prefieren conversar a rellenar cuestionarios.</p> <p>El instrumento adecuado es la técnica básica de comunicación: preguntas abiertas, escucha activa, silencios y contacto físico.</p> <p>Algunos autores han propuesto cuatro cuestiones que los equipos que atienden a pacientes en CP podían plantearse para explorar las necesidades espirituales en este contexto:</p> <p>¿Cuál es tu fe o cuáles son tus creencias?</p> <p>¿Qué papel juegan en el cuidado de tu salud?</p> <p>¿Formas parte de un grupo espiritual o religioso?</p> <p>¿Cómo podrían manejarse estas cuestiones por el equipo que atiende al paciente?</p> <p>En cualquier caso, no existe unanimidad respecto a la conveniencia de utilizar instrumentos y menos todavía acerca de cuál sería el indicado.</p>
5. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas, Intervención psicológica y espiritual, documento auspiciado por la fundación española obra social “la Caixa”. Cap. 15 Espiritualidad 15.3. La experiencia religiosa, José Carlos Bermejo Higuera 15.3.1. Descripción del tema 15.3.2. Revisión de la experiencia y evidencia relevante 15.3.3. Objetivos terapéuticos específicos 15.3.4. Abordaje terapéutico		<p><b><u>Exploración Explícita De La Dimensión Religiosa:</u></b></p> <p>La dimensión religiosa puede resultar un recurso personal importante a potenciar y, también, en ocasiones, una fuente de posibles sufrimientos añadidos. Por lo tanto, debe ser explícitamente explorada, dentro del abordaje global de la experiencia espiritual, para ser utilizada en clave terapéutica con respeto, naturalidad y competencia.</p>	<p>Si el paciente afirma que es una persona religiosa o que, en alguna medida, vive experiencias de este tipo, se puede utilizar otra batería de preguntas para explorar el tipo de vínculo con Dios, las prácticas religiosas que le son de potencial apoyo, etc. En este proceso de exploración, puede ayudar el cuestionario FACIT, 1 que, en formato preguntas exploratorias, podría ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « ¿Se siente usted en paz?»</li> <li>• « ¿Cree que tiene una razón para vivir?»</li> <li>• « ¿Siente que su vida ha sido productiva?»</li> <li>• « ¿Tiene dificultades o facilidades para alcanzar la paz mental?»</li> </ul>

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
<p>5. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas, Intervención psicológica y espiritual, documento auspiciado por la fundación española obra social “la Caixa”. Cap. 15 Espiritualidad 15.3. La experiencia religiosa, José Carlos Bermejo Higuera 15.3.1. Descripción del tema 15.3.2. Revisión de la experiencia y evidencia relevante 15.3.3. Objetivos terapéuticos específicos 15.3.4. Abordaje terapéutico</p>		<p><b><u>Exploración Explícita De La Dimensión Religiosa:</u></b></p> <p>La dimensión religiosa puede resultar un recurso personal importante a potenciar y, también, en ocasiones, una fuente de posibles sufrimientos añadidos. Por lo tanto, debe ser explícitamente explorada, dentro del abordaje global de la experiencia espiritual, para ser utilizada en clave terapéutica con respeto, naturalidad y competencia.</p>	<p>« ¿Siente que su vida tiene sentido?» « ¿Puede encontrar consuelo dentro de sí mismo?» « ¿Se siente en conflicto o en armonía interior?» « ¿Encuentra consuelo en su fe o sus creencias espirituales? ¿Y fuerza?» « ¿Los tiempos difíciles han fortalecido su fe o sus creencias espirituales?»</p> <p>Intervenciones recomendadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar una exploración.</li> <li>- Desvelar en qué momento de la historia del paciente la dimensión religiosa fue utilizada como un recurso importante, con la posibilidad de ser retomada.</li> <li>- Comprender significados: personalización y proceso de counselling centrado en la persona.</li> <li>- Interesarse por las asociaciones de las creencias con las conductas y paradigmas interpretativos de la enfermedad, las implicaciones cognitivas y comportamentales.</li> <li>- Identificar la posible necesidad de algún representante de la religión que facilite la celebración de ritos, medie en hábitos religiosos (oración, por ejemplo), vincule con otros miembros de la comunidad creyente, refuerce dinamismos solidarios, etc.</li> <li>- Confrontar posibles dinamismos no adaptativos a nivel psicoespiritual procedentes de interpretaciones fundamentalistas o no purificadas de algunos aspectos de la religión (las religiones son propuestas y experiencias humanizadoras en sí mismas).</li> <li>- Controlar posibles contratransferencias y prejuicios del terapeuta no nacidos de la competencia cultural, espiritual y religiosa adecuada a la intervención.</li> </ul>

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
6. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción) Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia Guía completa 2016 Guía No 58.	Mostrarse receptivo respecto a las necesidades culturales y religiosas del paciente y de su familia	Atención del enfermo y su familia en los últimos días u horas de la vida  Algunos autores han propuesto cuatro cuestiones que los equipos que atienden a pacientes en cuidados paliativos podían plantearse para explorar las necesidades espirituales en este contexto: Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics.	Aspectos espirituales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el acceso del paciente a ritos, visitas de religiosos, etc. si así lo desea.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es tu fe o cuáles son tus creencias?</li> <li>• ¿Qué papel juegan en el cuidado de tu salud?</li> <li>• ¿Formas parte de un grupo espiritual o religioso?</li> <li>• ¿Cómo podrían manejarse estas cuestiones por el equipo que atiende al paciente?</li> </ul> <p>En cualquier caso, no existe unanimidad respecto a la conveniencia de utilizar instrumentos y, menos todavía, acerca de cuál sería el indicado</p> <hr/> <p>Apoyo espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual, se recomienda ofrecer dicho apoyo como parte integral de los cuidados, cualquiera que sea el contexto de atención, y con un enfoque basado en los principios de la comunicación efectiva.</li> <li>- El equipo que atiende a una persona en cuidados paliativos debería tener en cuenta sus creencias y necesidades espirituales.</li> <li>- Es importante considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad, sin que ello justifique la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a grupos culturales distintos al nuestro.</li> </ul>

FUENTE BIBLIOGRÁFICA	ACTITUDINAL	PROCEDIMENTAL GENERAL	PROCEDIMENTAL ESPECIFICO
7. MORIR CON DIGNIDAD, FUNDAMENTOS DEL CUIDADO PALIATIVO, Atención interdisciplinaria del paciente terminal, Pedro F. Bejarano, M.D., Isa de Jaramillo, Psic. la atención espiritual al enfermo terminal Álvaro Jiménez Cadena, S.J. PhD.	Contacto humanizado y personal	El agente pastoral Limita la acción a un rol definido en la medida que la función es la de brindar ayudar religiosa al enfermo.  La finalidad de la pastoral de enfermos debería ser la aceptación espiritual de la enfermedad como llamada de Dios a la reflexión, a la conversión, a la penitencia; como posibilidad de una renovación de la vida, como participación en la cruz de Cristo, que da un sentido a todo dolor por su referencia al prójimo (sufrir por otros), y lo introduce en la promesa de una victoria definitiva sobre los padecimientos en la resurrección de Cristo. (Sacramentum Mundi, T.V., Pastoral, p. 282.1).	Las funciones pastorales con el enfermo terminal son: -Evangelización -Catequesis

#### 4. EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES COMO ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

La diferencia de los planes educativos en los pacientes con respecto a la educación terapéutica, es su contenido limitado a una información práctica que favorece el entendimiento de la enfermedad, adherencia y cumplimiento al tratamiento y seguimiento de la evolución de la enfermedad como estrategia para evitar complicaciones.

Educación con fines terapéuticos es una estrategia recomendada con claros efectos favorables sobre la salud, pero al introducir el componente de religiosidad debemos tener en cuenta que “*La espiritualidad no puede ser enseñada, tan sólo puede ser descubierta*” (Mate, 2007)

Esta afirmación es fundamental para comprender, que si bien se puede diseñar un instructivo o construir contenidos básicos para abordar la religiosidad en la práctica médica, y adoptadas con fuerza de obligatoriedad, su adherencia dependerá al igual que cualquier guía de manejo clínico, de la disposición del personal de los servidores asistenciales y en el caso de la religiosidad se le agrega la dinámica de descubrir su propia espiritualidad y la del otro ser, de lo contrario estaríamos inmersos en el cumplimiento de un libreto estandarizado.

Las dos observaciones anteriores permiten iniciar la conceptualización de la educación terapéutica en la práctica médica en cualquier nivel de atención.

La educación terapéutica contiene igualmente los aspectos tratados en los planes educativos o atencionales, pero su aplicación recurre a un proceso de aprendizaje que va más allá de una información, por tal razón el paciente y los allegados logran un nivel de empoderamiento sobre la enfermedad que les permite asumir una corresponsabilidad para el logro de los objetivos terapéuticos y de mejoramiento en líneas generales de la calidad de vida.

Conforme a un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulado *Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases*, en su consideración general nos permite conceptualizar que:

La educación terapéutica del paciente debe permitir a los pacientes adquirir y mantener habilidades que les permitan manejar de manera óptima sus vidas con su enfermedad. Por lo tanto, es un proceso continuo, integrado en el cuidado de la salud. Está centrado en el paciente; incluye la conciencia organizada, la información, y el aprendizaje del autocuidado y el apoyo psicosocial en relación con la enfermedad, el tratamiento prescrito, el cuidado, a nivel hospitalario y otros ajustes del cuidado médico, organización y comportamiento relacionados con la salud y la enfermedad. Está diseñado para ayudar a los pacientes y a sus familias a entender la enfermedad y el tratamiento, cooperar con los proveedores del cuidado de la salud, vivir saludable y mantener o mejorar su calidad de vida. (World Health Organization, 1998)

Esta definición busca un fin primordial educativo centrado en el paciente, que le permita adquirir y mantener conocimientos que se traduzcan en pensamientos y prácticas personales que contribuyan favorablemente en su propia salud, en otros términos, el ser enfermo participa en el proceso de tratamiento, en este sentido, tiene la educación y la adquisición de aprendizajes significativos un efecto terapéutico.

La definición se enmarca en un modelo relativamente reduccionista biopsicosocial, al no contemplar la dimensión espiritual, no por esto, la estrategia educativa terapéutica pierde valor, al contrario, su concepción de empoderamiento permite al paciente plantear, exigir o reclamar contenidos de espiritualidad en doble vía, que sumado a los otros componentes de la educación terapéutica sinérgicamente se traduce en un plan de intervención terapéutico.

La OMS señala también que dentro de las Esferas y facetas adoptadas en el instrumento para evaluar la calidad de vida debe integrarse la espiritualidad como esfera y las creencias espirituales y la religión como facetas, (OMS, 1996)

Si se integra el concepto de educación terapéutica, calidad de vida y cuidados paliativos, nos encontraremos con una realidad atencional médica de una dimensión holística trascendental que se traduce en la identificación de un ser objeto de consideración bio-psico-social y espiritual y que la ausencia o desconocimiento de uno de ellos sería una acción de parcelación de lo humano propiamente dicho.

Es por esta razón que la presente tesis referencia especialmente el manejo paliativo clínico, por ser un planteamiento investigativo por grupos de trabajo académico y clínico que consideran la integralidad del manejo de los pacientes, si bien es cierto focalizado a los que se encuentra es estado terminal, cubre igualmente el manejo de enfermedades independientemente de su gravedad.

Debido a la importancia del cuidado paliativo es necesario resaltar y recurrir de nuevo bajo una especificidad documental que incorpore la integralidad de las consideraciones de la OMS sobre esta práctica clínica.

En el documento de la OMS, se puede observar como dicha organización en el año 2014 recomendó a la 67ª Asamblea Mundial de la Salud la adopción de la resolución sobre Fortalecimiento de los Cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la totalidad del proceso asistencial.

Entre sus consideraciones se encuentra el examen del informe sobre el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida y la consideración que:

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, planteamiento que se concreta en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y terapia del dolor y otros problemas ya sea de orden físico, psicosocial o espiritual. (OMS, 2014, p. 39)

Agrega otra consideración sustentadora al reconocer:

Que los cuidados paliativos, cuando están indicados, son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, aumentar su alivio y reforzar su dignidad humana, puesto que son un servicio de salud efectivo centrado en las personas, que tiene en cuenta la necesidad de los pacientes de recibir información adecuada su estado de salud, adaptada específicamente a ellos y a su cultura, y el papel primordial de esos pacientes en la adopción de decisiones sobre el tratamiento recibido.( Ibíd, p.39)

Por lo anterior y otras consideraciones más, insta a los Estados miembros en el numeral 4:

a que traten de incluir los cuidados paliativos como componente integral dentro de los programas de educación continua y formación ofrecidos a los dispensadores de atención, dependiendo de sus respectivas funciones y responsabilidades”, (Ibíd, p.41)

Y de conformidad con el principio a) del mismo documento, conceptúa en relación al tema educativo lo siguiente:

La formación básica y la educación continua en materia de cuidados paliativos deberá integrarse sistemáticamente como elemento clave en todos los planes de estudios de las escuelas de medicina y escuelas profesionales de enfermería y formara parte de la formación en el servicio impartida a quienes dispensan cuidados en el primer nivel de atención, incluido los profesionales sanitarios, los cuidadores que atienden las necesidades espirituales de los pacientes y los trabajadores sociales. (Ibíd, p. 41)

Según la revisión realizada a los planes educativos de egreso existentes, ya sean generales o particulares por servicios en la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca (ESE.HSJDF), se puede concluir que estos no cumplen plenamente con la estrategia de educación terapéutica, en otros términos desarrollan planes de atención intrahospitalarios y con mayor frecuencia de egreso hospitalario en los diferentes servicios asistenciales, que se asimilan en menor o mayor proporción a la definición de educación terapéutica.

Se evidencia que el plan educativo o de atención dirigido a los pacientes por la ESE. HSJDF contempla los siguientes contenidos básicos:

-Conocimiento sobre la enfermedad: se da a conocer el nombre de la enfermedad y se explica sus posibles complicaciones.

-Formulación de medicamentos: nombre del medicamento, dosis, horarios y tiempo de toma.

-Signos de alarma: cuales son los síntomas que exigen una consulta inmediata.

-Control médico: cita por consulta externa con el médico tratante

-Apoyo paraclínico: orden de laboratorios de control.

-Recomendaciones generales y específicas: estilos de vida saludable, según el caso la lactancia materna como medio de fortalecer la unión hijo madre y efectos favorables para el recién nacido.

Conforme a lo anterior, el plan de atención institucional contiene aspectos relacionados con el cumplimiento de la orden médica de carácter farmacológico, control médico o de otros profesionales hospitalario, seguimiento paraclínico (laboratorios), recomendaciones generales y explicación general sobre la enfermedad.

El plan educativo o de atención institucional a los pacientes se desarrolla igualmente en otros dos momentos de asistencia, como lo son; ingreso y observación o estancia hospitalaria, se puede entonces afirmar que cumple con los criterios contemplados en los estándares de acreditación del área asistencial, pero no existe un criterio o aspecto que permita evaluar la dimensión de religiosidad en los pacientes durante el periodo de hospitalización o en la etapa de salida institucional.

El manual único de acreditación en salud en Colombia no contempla criterios específicos que permitan evaluar un plan educativo en salud o un proceso de educación terapéutica en la dimensión de la religiosidad, es específico en su enfoque de humanización la contemplación de la dimensión espiritual del paciente, y en el aspecto de religión o creencias personales lo objetiviza en el plano de un derecho.

Contemplar la religiosidad como un componente obligatorio de los planes educativos o de atención, y mejor aún, en la educación terapéutica, es una medida tendiente a superar la concepción normativa que se limita o circunscribe la espiritualidad religiosa al reconocimiento de un derecho que obliga respetar las creencias religiosas del enfermo.

La religiosidad es una dimensión que en el campo médico ha sido reconocido como una necesidad terapéutica dado sus efectos significativos en la calidad de vida, y los indicadores de salud como son el mejoramiento de las expectativas de vida y reducción de los tiempos de recuperación.

Organizaciones, asociaciones y por supuesto investigadores de diferentes áreas del saber desde hace dos décadas han tratado el tema, con efectos tan importantes en el área educativa, en la medida que ha sido incorporado en los currículos académicos de medicina y tan trascendental han sido los hallazgos que la AAMM, Association of American Medical Colleges, que antes del año 2000, ya definía la espiritualidad y sus efectos en la calidad de vida y evolución de la enfermedad como se puede evidenciar a continuación:

La doctora en filosofía Bernice E. Tapia González en el capítulo segundo del libro Ciencias Sociales, Sociedad y cultura contemporáneas presenta fragmentos de una entrevista de la periodista Perla Sofía Curbelo Santiago para un periódico en donde se hace referencia a varios aspectos que permiten dimensionar integralmente la espiritualidad y la religiosidad en los pacientes, las instituciones educativas y en la percepción del médico:

“Lo espiritual y la ciencia médica pueden parecer conceptos opuestos si no se reconoce que en su origen responden al mismo propósito: el bienestar del ser humano. Por esta razón, muchas instituciones de enseñanza han decidido incorporar la espiritualidad en su currículo de medicina”.

El concepto que promueve el respeto de los médicos a las creencias espirituales de los pacientes y la visualización de estas como parte del cuidado integral del manejo de la salud de un individuo, ha encontrado terreno fértil en más del 50 por ciento de las escuelas de medicina de estados unidos, según informo el doctor Nibaldo Cruzado, profesor del Recinto de Ciencias Médicas (RCM) de la Universidad de Puerto Rico y miembro del Comité de Currículo de la Escuela de Medicina de esta institución.

Cruzado impulsa que la Escuela de Medicina del RCM incorpore la espiritualidad en su programa académico. Él afirmó, “El propósito de enseñar la espiritualidad en la medicina es que el suplidor de la salud (médico, enfermera) considere los principios religiosos y de fe que pueda tener el paciente, además de tener claro sus propias creencias”.

El profesor del RCM anoto que la espiritualidad es definida por “Asociación of American Medical Colleges (AAMC) como la búsqueda del significado y propósito de la vida del individuo”, especialmente si se encuentra en medio de un sufrimiento. Según la organización, los médicos ayudan a sus pacientes a lidiar con todo tipo de sufrimiento: físico, emocional y espiritual. La AAMC entiende que escuchando las esperanzas y temores de los pacientes, los médicos pueden ayudarlos a mejorar en forma significativa su calidad de vida. Ese tipo de espiritualidad es expresada en religiones, en la creencia de Dios o un Poder Supremo, la naturaleza, la música y otras creencias espirituales.

Tanto cruzado como la profesora Lizette García del Programa de Pacientes Estandarizados y colaboradora en la implantación del concepto, se han documentado con suficientes investigaciones publicadas en Estados Unidos que prueban que las personas de fe o con alguna creencia en particular pasan por un proceso de recuperación mucho más rápido que las que no lo tienen. (Torres, 2001, p.75)

Los beneficios de la religiosidad en el campo médico no es entonces un tema académico reciente o un cambio del paradigma atencional desde una concepción sistémica de la salud, si bien es cierto, el número de investigaciones en los últimos años sobre la dimensión espiritual y religiosa ha aumentado en cantidad y calidad, debemos admitir que hace dos décadas no era tan fluida, pero era considerada por los estudios académicos incipientes como una dimensión que al ser abordada generaba un impacto terapéutico, ya el Dr. Carlos A. Reyes-Ortiz, M.D, publicaba en el año 1998 en la revista Colombia Médica Vol. 29 N° 4, la Importancia de la religión en los ancianos y afirmaba: “casi el 95% de los ancianos oran regularmente y usan la religión como recurso. En contraste, sólo 2% de las publicaciones médicas incluyen la religión”. (Reyes-Ortiz, 1998, p.155)

Hace referencia además en su publicación:

La religiosidad tiene dos orientaciones intrínseca (individual) y extrínseca (grupal). Ambas orientaciones se asocian con la salud en los ancianos; disminuyen la mortalidad cardíaca, el estrés y la depresión; aumentan la satisfacción de vida y el bienestar. También hay disminución de ansiedad y depresión ante la muerte. (Ibíd., p.155)

Continuando con la conceptualización de los planes educativos terapéuticos que es la intencionalidad del presente capítulo, se debe afirmar que exigen un nivel de comunicación

efectiva en la relación médico paciente, de no existir, la explicitación de la dimensión espiritual y religiosa por parte del paciente no se dará.

En el artículo; El Proceso Comunicativo en la Relación Médico-Paciente Terminal, los autores referencian los objetivos del tratamiento de un enfermo en una condición terminal, referenciando a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que bien podría extenderse a todas las enfermedades que presentan los pacientes a nivel hospitalario, observándose una intervención integral en la medida que involucra la espiritualidad, a saber:

- Mejorar la calidad de vida.
- Aliviar el dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar el valor de la vida.
- Considerar la muerte como parte de un proceso normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo. (Gajardo-Ugas, Lavados-Montes,2010)

Ahora bien, hasta el momento el registro conceptual en el presente capítulo se ciñe fundamentalmente a definiciones, criterios y por supuesto a conceptos que se convierten todos ellos en una potencial guía de actuación para el desarrollo de un abordaje de la dimensión espiritual y religiosa del paciente, pero sin una concepción sistémica y una actitud humanística por parte del personal médico no se obtendrá en términos de desempeño ningún resultado en los niveles u objetivos de la educación terapéutica y la calidad de vida de los pacientes.

En la actualidad hay consenso entre todos los actores y agentes que participan directa o indirectamente en los sistemas de salud, desde la academia, la política, la administración, la vigilancia de la calidad de la atención y los prestadores de servicios de salud, que una atención humanizada es un enfoque hacia la búsqueda de la mejor atención centrada en el usuario.

La pregunta obligatoria frente al anterior consenso sería; ¿estamos frente a un periodo de deshumanización en la atención médica, que por tal razón exige a los diferentes actores que participan en la salubridad pública intervenir con un enfoque de humanización?

En la tesis titulada Cuidados Paliativos a Enfermos Adultos Terminales en la Atención Primaria de Salud, cuyo autor Dr. Alfredo a. Espinosa Roca, transcribe en forma unificada dos aseveraciones referenciadas (González R, 2005 y 1997) que responden en parte la pregunta establecida en el anterior párrafo:

No podemos caer en la tentación tan en boga en otros países de priorizar la información sobre la formación, la técnica sobre la compasión, la instrucción sobre la educación, y la habilidad sobre la espiritualidad. (González R. 2005) Obtendríamos así profesionales cada vez más actualizados, pero menos sensibles; cada vez más técnicos, pero menos involucrados; cada vez más entrenados, pero menos disponibles; cada vez más equipados, pero menos integrales; y cada vez más automatizados, pero menos humanizados”. (González R. 1997).

En el documento titulado; El Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos elaborado por la Sociedad Española de cuidados paliativos (SECPAL), en el capítulo 3 los autores; R. Bayés, X. Busquet, E. Juan, J. Maté, se hace referencia en la introducción del capítulo;

Que tanto en las Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, como en la Guía de Criterios de Calidad de Cuidados Paliativos se señala, como elemento fundamental de la terapéutica paliativa, una atención integral “que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales” (Bayés, Busquet, Juan, Mate, 2008, p.67)

Anotan además referenciando a Cicely Saunders como a Twycross y LacK que hablan de la necesidad de atender al “dolor total” del enfermo, el cual, señalan, está compuesto por elementos somáticos, emocionales, sociales y espirituales (Ibíd. p.67).

En el primer foro de salud y cultura realizado en la ciudad de Barranquilla en el año 2000, recuerda la práctica holística que tiene el chamán en sus comunidades:

Tiene la memoria, la administración y, muchas veces, la ejecución de la ley, luego es un **Juez**; de otra parte, por su conocimiento de la magia, puede descubrir y tratar las causas de la enfermedad, luego es un **médico**; pero es además, el oficiante de los ritos propiciatorios y de las festividades colectivas, entonces, es un **sacerdote**. (Páez, 2002, p.248).

La intervención holística por excelencia la encontramos en el tercer evangelista San Lucas, que en calidad de médico actuó en la Roma Imperial, pero su praxis se convierte en un ejemplo de lucha contra la muerte, desafiando incluso al dios de los profanos, pero abrazando finalmente la fe cristiana primitiva, no obstante la particularidad crítica a lo inmaterial dando prevalencia a la ciencia, su atención a los enfermos evidencio una comprensión de la medicina del cuerpo y del alma, que según las leyendas y el marco histórico del evangelista, lo convirtió en un gran sanador a pesar de una constante confrontación hacia cualquier dios, expresaba él: “¿Que es este pequeño mundo para cualquier dios? Mi única queja, que es diminuta, es que su mano no debiera habernos hecho para que suframos y muramos”. (Caldwell, 2012, p. 463).

En la obra de Caldwell se plasma a manera de consejo por parte de un profesor de medicina griego la indicación de tratar al ser en sus dimensiones de cuerpo y alma:

Recuerda, mi querido Lucano (Lucas)-dijo uno de los griegos (un maestro medico)- que la medicina ha estado siempre asociada con el sacerdocio, porque no hay que cuidar sólo el cuerpo y un médico debe también tratar las almas de los pacientes, y en último extremo, debe depender para la curación del Divino Medico. (Ibíd, p. 296).

Lucas recurre a un hecho que bien se podría considerar como un recurso médico que a pesar de su escepticismo tiene impacto terapéutico como veremos a continuación:

Lucas atendiendo a unos de sus pacientes (Ramus) piensa ante la situación médica de este; “¡Que búsqueda más desesperada la de aquel pobre hombre; comento para sí” (Ibíd., p. 462). Y como recurso terapéutico o abordaje personal recurrió a pensar en una estrategia que influyera sobre el estado de salud de su paciente;

pensó en la carta de Sara... Por lo menos la carta de Sara podía consolar a Ramus, quien era persticioso y susceptible. Como médico Lucano comprendía que la fe frecuentemente podía ayudar donde la medicina fracasaba”... esto me escribió una mujer a la que amo. Es judía. Si te consuela, entonces no sentiré pena por haber violado su confianza. (Ibíd., p. 462).

Ramus la desenrollo y empezó a leer. De pronto empezaron a caer lágrimas de sus ojos; sonrió extasiado. Parecía como alguien que hubiera percibido la noticia de que no moriría, y asintió una y otra vez mientras su pecho se agitaba con deleite”. (Caldwell, p. 462).

Una vez terminada la lectura, Lucas expone una posición que resulta paradójal, por no decir contradictoria, percibe con escepticismo el poder de sanación de origen divino, pero no lo limita a ofrecer testimonios de fe religiosa, lo utiliza como un medio misericordioso, o por lo menos conscientemente admite que algún resultado terapéutico obtendrá.

Lucas le dice a Ramus:

“has de comprender que esto ha sido escrito por una joven inmersa en su fe, con la promesa de un Mesías sonando continuamente en sus oídos; pero yo no lo creo. Soy médico y científico, y cada día me enfrento con la dura realidad de la vida y la muerte, y no hay en ellas significado ni para los hombres ni para mí. ¿Qué es el hijo del hombre para que Dios le visite, o el hombre para que Dios se acuerde de él? he estudiado también astronomía. Hay galaxias y constelaciones de tal magnitud que la mente se asombra ante su mera contemplación”. (Caldwell, p. 463).

Henry Marsh, eminente neurocirujano de Gran Bretaña, refleja un lado no escéptico, si no emocional del médico que afecta las contemplaciones de orden espiritual en su quehacer diario y nos lleva a reflexionar y considerar en la parte actitudinal de los agentes de salud sus propios

sentimientos, temores, barreras y encarcelamiento voluntario, que lo aísla de las demandas de un trato humanizado hacia sus pacientes, convirtiéndose en una defensa de orden psicológico.

Refiere el prestigioso especialista:

Hay muchos tumores cerebrales malignos e incurables, y muchas veces, cuando hablo con mis pacientes de su cáncer, tengo que resistirme al instinto de consolarlos y tranquilizarlos; en ocasiones no consigo hacerlo, y luego lamento amargamente haberme mostrado demasiado optimista antes de una intervención. (Marsh, 2016, p. 56).

Durante una atención que realizaba a una paciente, anota una de sus experiencias relacionadas con las prevenciones y por supuesto la actitud cautelosa hacia los pacientes por parte de los galenos, que se insiste es una situación frecuente durante la praxis médica, así la intencionalidad sea éticamente servir;

“tras presentarme, le pedí-con la cautelosa solidaridad de un médico deseoso de ayudar, pero también con la intención de evitar las exigencias emocionales de los pacientes hacia su doctor- que me hablara de los problemas que la habían llevado a hacerse un escáner cerebral. (Marsh 2016, p. 120).

Es un referente autobiográfico de un profesional de la neurocirugía, pero que se presenta en las demás especialidades y generalistas médicos, una posición prevenida y en ocasiones distante así su deseo sea brindar un espacio de unidad emocional y espiritual.

Un plan educativo terapéutico debe sustentarse en una definición de salud que marque la soberanía de actuación de los agentes médicos, La Organización Mundial de la Salud en el año 1978 celebró la conferencia internacional sobre atención primaria en salud (Alma Ata), y definió la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

Es evidente que la dimensión espiritual según esta definición no hace parte de lo que puede ser objeto de bienestar por la simple razón que no ha sido incluida.

Es un paradigma que según el Dr. Julián H. Ramírez Urrea, nadie podría ser considerado saludable, expone el autor referido que “ciertas situaciones hacen que sea difícil estar bajo un completo estado de bienestar físico, mental y social”. (Ramírez, 2013, p.28)

El mismo autor hace referencia al médico colombo-canadiense Alejandro Jadad, que junto con otros académicos definieron la salud como: “capacidad de las personas o las comunidades para adaptarse, o para autogestionar los desafíos físicos, mentales o sociales que se presenten en la vida”. (Ramírez, 2013, p.28)

Es de obligatoria referenciación dar a conocer que el municipio de Bucaramanga adopto el concepto de salud de Alejandro Jedad dentro del Plan de Desarrollo del municipio de Bucaramanga en la actual vigencia administrativa (2016-2019), en el capítulo correspondiente a salud pública, convirtiéndose en la sustentación de la participación comunitaria en la construcción de sus propios planes y programas de salud.

Tan importante es esta inclusión social, que la guía de práctica clínica en cuidados paliativos en Colombia en desarrollo por parte del Ministerio de Salud de Colombia, contempla en su análisis DOFA como amenaza dentro de los servicios de salud, “la falta de programas de atención primaria para el abordaje de pacientes con necesidades de cuidados paliativos y la incorporación de actores primarios dentro del sistema de salud, como trabajadores comunitarios y cuidadores ambulatorios”.(Ministerio de Salud de Colombia, 2016)

Por eso se puede afirmar que el cuidado del paciente en sus momentos de mayor necesidad espiritual no es un asunto de actores exclusivos como los médicos, y el lema del Plan de Desarrollo

en Salud del municipio de Bucaramanga, “salud con todos y para todos” se ajusta a una concepción de salud participativa y actuante en la atención primaria en salud.

Podemos concluir por ahora, que existe un interés y un imperativo en desarrollar una atención centrada en el paciente, que se busca en los planes educativos o atencionales o educación terapéutica dirigido a los pacientes un abordaje integral y participativo, pero las dimensiones que se establecen y se intervienen son de índole biológico, psicológico y social, la dimensión espiritual es considerada dentro de la integralidad pero no se contempla en forma específica en el plan educativo terapéutico.

Existe un consenso académico de los efectos terapéuticos de la espiritualidad en la evolución de la enfermedad, incluso en la prevención de la enfermedad, y en correspondencia se han protocolizado o construido guías de manejo de la espiritualidad en determinadas patologías, la presente tesis como se indicó con anterioridad incorpora la dimensión de la religiosidad en un plan de educación terapéutica intrahospitalaria de cumplimiento obligatorio, cuyo contenido se determina gracias; al diagnóstico institucional, instrumentalización de la información a través del grupo primario de mejoramiento institucional y encuesta de percepción de la dimensión religiosa y espiritual a nivel del servicio de hospitalización, y referentes externos en especial las que contemplen prácticas de abordaje de estas dimensiones.

Se afirma por tal razón, que dentro de una concepción ampliada de la salud, que contempla las dimensiones; biológica, psicológica, social y espiritual, cada una de ellas puede y debe ser intervenida, porque todas inciden sobre el estado de salud del paciente, y frente a esta consideración, es objeto de evaluación el cumplimiento o desempeño por parte del agente de salud el abordaje de cada una de las dimensiones.

El manual único de acreditación en su versión última en Colombia promueve a través del cumplimiento de ciertos estándares la atención humanizada, que pueden por tal motivo ser objeto de evaluación explícita en las instituciones de salud.

La religiosidad es un componente de la atención humanizada por ende es un criterio evaluable que puede ser construido por la institución hospitalaria así no sea explícita o concreta su existencia en el estándar de acreditación.

## **5. Diagnóstico institucional de la dimensión espiritual en el proceso de atención en salud de la ese hospital san juan de dios de Floridablanca**

Este capítulo cumple su objetivo en la medida que presenta los recursos o medios que tienen los pacientes para manifestar su percepción sobre aspectos relacionados en líneas generales con la espiritualidad, aunque no se denominan como tal, ya sea por el paciente, familiar o tutor.

### **5.1 Percepción de la Calidad de la Atención por parte de los Usuarios.**

La percepción de la calidad por parte de los usuarios de los diferentes servicios del hospital se evalúa a través de una encuesta que se describe a continuación:

La encuesta se realiza en forma individual al usuario del hospital San Juan de Dios de Floridablanca – Santander; se selecciona de forma aleatoria la población usuaria, tomándose una muestra representativa de 300 personas de las diferentes unidades funcionales durante un periodo mensualizado, tales como: Urgencias, Maternidad, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Cirugía y Hospitalización, para la aplicación del instrumento (encuesta), con el fin de conocer e

identificar las principales causas de satisfacción e insatisfacción que percibe el usuario con respecto al proceso de atención en las instalaciones de la Entidad.

Identificadas las causas de insatisfacción, se diseña el plan de mejoramiento, con el fin de disminuir la brecha entre lo esperado por el usuario y lo suministrado por la Entidad.

La institución oficialmente destina un mayor valor a las dimensiones de calidad que hacen un servicio idóneo para el bienestar del usuario; a cada una de las dimensiones se le otorgaron un porcentaje, los cuales son: dimensión de confiabilidad con un 24%, dimensión de la responsabilidad con un 19%, dimensión de seguridad con un 24%, dimensión de empatía con 20% y dimensión de bienes materiales o tangibles con el 13%.

Cada uno de los porcentajes se relaciona y tabulan con las respuestas de la persona según su dimensión para conocer el nivel de satisfacción e insatisfacción que percibe el usuario según su necesidad.

El tamaño de las sub-muestras (por servicios), obedecen a un valor preseleccionado por el Comité SIAU, cuyas proporciones fueron determinadas de acuerdo al volumen de las actividades asistenciales realizadas en cada unidad funcional y capacidad de recurso humano en calidad de encuestador.

La encuesta utilizada para tal fin por parte de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca se denomina; encuesta Multidimensional Calidad de La Atención, implementada por el área de Sistema de Información y Atención al Usuario, SIAU - Hospital San Juan De Dios Floridablanca desde el mes de octubre del año 2012; la cual es adaptada y diseñada con base al modelo SERVQUAL, desarrollado por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry, con el auspicio de Marketing Science Institute en 1988 y adoptada por la ESE por su validez y confiabilidad, es la herramienta multidimensional más aceptada y utilizada para medir la

satisfacción de los usuarios externos, permitiendo visualizar la percepción que tiene el usuario de la calidad de los servicios y la atención en las áreas de intervención de la ESE.

La encuesta comprende de 5 dimensiones, percepción de la dimensión de confiabilidad, que trata de la habilidad que tiene la institución para ejecutar el servicio prometido de forma adecuada y constante. La dimensión de responsabilidad, que responde a la disposición de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y adecuado. La dimensión de seguridad, son los conocimientos y atención mostrada por los empleados respecto al servicio que están brindando, además de la habilidad de los mismos para inspirar confianza y credibilidad. La dimensión de empatía, es el grado de atención personalizada que ofrece la entidad a sus usuarios. La dimensión de bienes materiales o tangibles, representan las características físicas y apariencia del servidor, es decir, de las instalaciones, equipos, personal y otros elementos con los que el usuario está en contacto al utilizar el servicio. De igual forma se evalúa la percepción global de atención, en relación al trato brindado por parte de los siguientes servidores: vigilantes, cajeros, facturadores y auxiliares de citas, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, auxiliares de servicios generales, fisioterapeuta, trabajadora social, bacteriólogas, camillero, médico cirujano, médico general, ginecología, ortopedia, medicina interna, pediatría, gastroenterología, nutricionista y técnicos de radiología. Teniendo en cuenta finalmente su experiencia con respecto a los servicios que ha recibido a través de su IPS, para así conocer si recomendaría o no dicha institución prestadora de servicios de salud.

En cuanto al tiempo de aplicación de la prueba, oscila entre 5 a 10 minutos por usuario, dado que permite tener un tipo de entrevista donde se abordan las preguntas que puntúan un valor por debajo de tres, puesto que es un instrumento cuantitativo, cuyo objetivo es la recolección de información en cuanto a la percepción que tiene el usuario sobre la atención brindada en las

diversas áreas. Así mismo la escala de medición tiene como rango de 1 - 3: Total Desacuerdo, donde se evalúa el nivel de insatisfacción para así implementar acciones de mejora y de 4 - 5: Total Acuerdo, lo que indica el nivel de satisfacción del usuario en relación al servicio de salud.

Al revisar los informes de las encuestas realizadas por el SIAU durante los años 2014, 2015, 2016, y primer semestre del año 2017, no se encuentra ninguna queja relacionada con la dimensión denominada religiosidad.

Se resalta que la muestra evaluada corresponde a 10.764 encuestas, y que estas permiten la posibilidad de exponer inconformidades a través del formato adjunto de quejas o solicitudes, no registrándose ninguna relacionada con la dimensión de religiosidad.

Se explica en parte por el hecho que no existen preguntas directas que exploren la percepción del paciente sobre la atención o servicio en la dimensión de religiosidad.

Pero la dimensión de espiritualidad, en el concepto amplio si, como se observa particularmente en las Dimensiones de Seguridad y empatía, cuya ponderación en la evaluación es del 44%, con un resultado porcentual de percepción de cumplimiento mayor al 95%, en los periodos de evaluación 2015-2016 y primer semestre del año 2017.

En las siguientes tablas se pueden observar las diferentes dimensiones y criterio de calificación de cada una de ellas.

**Tabla 7**

*Dimensión de Seguridad valorada en la encuesta de percepción de calidad de la atención*

<b>Dimensión de Seguridad:</b> Son los conocimientos y atención mostrada por los empleados respecto al servicio que están brindando, además de la habilidad de los mismos para inspirar confianza y credibilidad.		Total Desacuerdo			Total Acuerdo	
		1	2	3	4	5
<b>Ponderación de la Dimensión:</b> 24%		1	2	3	4	5
1	Nosotros le inspiramos confianza					
2	Nosotros lo tratamos con cortesía					

- 3 Nosotros tenemos el conocimiento para responder sus preguntas
- 4 El médico le explicó sobre su enfermedad
- 5 El médico le informó cómo tomar los medicamentos
- 6 El médico lo educó sobre estilos de vida saludable

**Tabla 8***Dimensión de Empatía valorada en la encuesta de percepción de calidad de la atención*

<b>Dimensión de Empatía:</b> Grado de atención personalizada que ofrece la entidad a sus usuarios		Total Desacuerdo			Total Acuerdo	
<b>Ponderación de la Dimensión:</b> 20%		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Nuestra atención fue personalizada					
2	Considera Usted que nosotros cuidamos sus intereses					
3	Considera Usted que entendemos sus necesidades					

**Tabla 9***Dimensión de Confiabilidad valorada en la encuesta de percepción de calidad de la atención*

<b>Dimensión Confiabilidad:</b> Habilidad que tiene la institución para ejecutar el servicio prometido de forma adecuada y constante		Total Desacuerdo			Total Acuerdo	
<b>Ponderación de la dimensión:</b> 24%		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Nosotros cumplimos con los horarios de consulta					
2	Nosotros mostramos interés en atenderlo o resolver sus problemas					
3	En caso de haberse presentado un problema respondimos oportunamente					

**Tabla 10***Dimensión de Responsabilidad valorada en la encuesta de percepción de calidad de la atención*

<b>Dimensión Responsabilidad:</b> Disposición que tiene la entidad para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y adecuado.		Total Desacuerdo			Total Acuerdo	
<b>Ponderación de la Dimensión:</b> 19%		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Los empleados mostraron disposición de ayuda					
2	El tiempo dedicado por nuestros empleados (médico) para atenderlo fue					
3	El tiempo dedicado por nuestros empleados (administrativo) para atenderlo fue					
4	Se sintió discriminado					

**Tabla 11**

*Dimensión de Bienes Materiales y Tangibles valorada en la encuesta de percepción de calidad de la atención*

<b>Dimensión de bienes materiales y tangibles:</b> Representan las características físicas y apariencias del servido, es decir, de las instalaciones, equipos, personal y otros elementos con los que el usuario entra en contacto al utilizar el servicio.	Total Desacuerdo			Total Acuerdo	
	1	2	3	4	5
<b>Ponderación de la Dimensión:</b> 13%					
1 Nuestras instalaciones físicas como las considera Usted?					
2 La presentación de nuestros empleados es?					
3 Nuestros horarios de atención son convenientes?					

**5.2 Determinación de la Dimensión Espiritual en los Resultados de las Encuestas de Percepción de la Calidad en la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.**



*Figura 2. Preguntas relacionadas con la espiritualidad en la encuesta*  
Fuente: Del autor

Al evaluar los contenidos de las preguntas de la encuesta de percepción de calidad de la ESE. HSJDF, se encuentra en algunas de ellas una relación directa con la espiritualidad que se representó en la figura 2.

## **6. Diseño metodológico**

### **6.1 Contextualización de la Investigación.**

La presente investigación se realiza en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca-Santander de II nivel de complejidad, cuya cobertura poblacional Jurisdiccionada es de 276.513 habitantes, representando el 27.6 % de la población pobre no asegura y del régimen subsidiado del Departamento de Santander. (Oficina de Calidad y Planeación, junio 2017).

### **6.2 Enfoque y Diseño General del Proceso de Investigación**

El autor Hernández Sampieri, en su libro Metodología de la Investigación 6ta Edición, recurre a un ejemplo a nivel del campo médico que resulta ilustrativo y esclarecedor por su pertinencia y ruta sugerida de investigación.

Un médico que indague sobre qué elementos debe tener en cuenta para tratar a pacientes en fase terminal, para que enfrenten su situación de mejor manera, revisaría las teorías vigentes, consultaría investigaciones cuantitativas y cualitativas al respecto para efectuar una serie de observaciones estructuradas de la relación médico-paciente en casos terminales (muestreando actos de comunicación y cuantificándolos). Además, entrevistaría a enfermos y médicos mediante técnicas cualitativas, organizaría grupos de enfermos para que hablen abiertamente de dicha relación y del trato que desean. Al terminar puede establecer sus conclusiones y obtener preguntas de investigación, hipótesis o áreas de estudio nuevas. (Hernández Sampieri, Fernández, Baptista 2014, p. 16).

En la presente tesis, se busca construir los contenidos básicos de la Dimensión de Religiosidad en el Plan Educativo Terapéutico para Pacientes Hospitalarios de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, para el logro de este objetivo se diseña una ruta metodológica que

contempla los siguientes puntos y aspectos en forma sincrónica y con efecto sinérgico; contexto social, demográfico y asistencial de la ESE HSJDF institución que aplicara dentro del proceso de la atención clínica los contenidos básicos de la religiosidad; contexto intrahospitalario sobre la percepción de la espiritualidad por parte de los pacientes de la ESE HSJDF; conceptualización del proceso asistencial denominado plan educativo terapéutico en la práctica clínica y de atención humanizada a la luz de los estándares de acreditación en salud en Colombia; revisión teórica sobre experiencias y prácticas del manejo de la espiritualidad y religiosidad en el área clínica, que conlleve a unas observaciones estructuradas sobre el abordaje específico de esas dimensiones; evaluación de la existencia o nivel de reconocimiento del componente de religiosidad en el proceso de atención por parte de un grupo de personal médico y de apoyo administrativo de la ESE HSJDF; determinación de la percepción de la espiritualidad y religiosidad en el personal médico encargado del área de hospitalización del HSJDF.

En la siguiente figura se esquematiza la ruta metodológica planteada con sus respectivos recursos y técnicas de investigación utilizadas:



Figura 3. Ruta Metodológica

En correspondencia o en virtud al problema planteado, se recurre a un estudio descriptivo, dado que su alcance permite desarrollar la investigación propuesta.

Afirma Hernández Sampieri:

Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Ibíd, p.92)

Establece Hernández Sampieri: “En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos)”. (Ibíd, p.92).

De igual forma en la presente investigación utiliza el enfoque cualitativo y cuantitativo, pudiéndose afirmar que es una investigación mixta.

Una de las autoridades más reconocidas en el campo académico en temas metodológicos como lo es Hernández Sampieri a lo largo de sus diversos trabajos se puede inferir como diversos aspectos han sido modificados por el mismo autor, quizá representando un nivel de eclecticismo y a su vez reconocimiento de la difícil tarea en la precisión conceptual de estos temas en la medida que esgrime una flexibilidad definatoria, un ejemplo concreto de ello se puede detallar en el siguiente párrafo:

En cuanto al enfoque cualitativo, Hernández Sampieri en la cuarta edición de su libro publicado en el año 2006 establecía 13 características que él denominaba *relevantes* y a diferencia en su sexta Edición publicada en el año 2014, las señala como *enfoque o aproximación* cualitativa, de las cuales se seleccionan tres por su pertinencia en la presente tesis, a saber:

El enfoque se basa en métodos de recolección de datos *no* estandarizados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos) [...]

Así el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, interacción e introspección con grupos o comunidades.

Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo, convergen varias “realidades”, por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce mediante la interacción de todos los actores. Además son realidades que van modificándose conforme transcurre el estudio. Estas realidades son las fuentes de datos. (Hernández Sampieri, 2014, p.9)

Otro horizonte de análisis metodológico para la presente tesis podría ser las técnicas de investigación social para las empresas, tomando en cuenta que el contexto de la investigación delimita la acción investigativa a realizarse dentro de una empresa categorizada como *social* y del *Estado*, se debe en consecuencia aclarar que el planteamiento del problema es de carácter institucional por su impacto en la calidad de la prestación del servicio y por ende su repercusión en el cumplimiento de su esencialidad misional, es decir, su *ratio essendi* por obvias razones, exige que las técnicas de investigación deben estar direccionadas hacia una empresa, porque solo así se respetara las particularidades y singularidades de la organización humana que bajo un direccionamiento reglamentario, normativo y estatutario la tipifica como una *institución prestadora de servicios de salud*.

Por lo anterior, las técnicas de investigación que se utilizaran son precisamente aquellas que pueden aplicarse a la empresa, recurriéndose al enfoque social en correspondencia a lo que se denominaría con anterioridad como una *Empresa Social del Estado*.

Antonio Lucas Marín en su libro *SOCIOLOGÍA PARA LA EMPRESA* citando a Jesús Ibáñez señala dentro de las técnicas de investigación social a nivel empresarial, clasificándolas en técnicas distributivas como la encuesta, técnicas estructurales como el grupo de discusión y técnicas dialécticas. (Marín, 1994, p. 110)

En la obra de Andrés Hueso y María Josep Cascant, *Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación*, manifiestan:

La metodología de investigación cuantitativa se basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se está estudiando.

Se utiliza en diferentes ámbitos, desde estudios de opinión hasta diagnósticos para establecer políticas de desarrollo. Descansa en el principio de que las partes representan al todo; estudiando a cierto número de sujetos de la población (una muestra) nos podemos hacer una idea de cómo es la población en su conjunto- concretamente, se pretende conocer la distribución de ciertas variables de interés en una población.

Dichas variables pueden ser tanto cosas objetivas (por ejemplo número de hijos, altura o nivel de renta) como subjetivas (opiniones o valoraciones respecto a algo). Para “observar” dichas variables, o recolectar la información, se suelen utilizar distintas técnicas, como las encuestas o la medición. Como se ha dicho, no hace falta observar todos los sujetos de la población, sino solamente una muestra de la misma. Siempre que la muestra se escoja de manera aleatoria, será posible establecer hasta qué punto los resultados obtenidos para la muestra son generalizables a toda la población. (Hueso, Cascant, 2012, p.1).

En cuanto al rigor investigativo los autores coinciden en afirmar:

No hay un consenso claro sobre en qué consiste el rigor o la calidad de una investigación. Un prerrequisito en el que sí hay consenso es que el diseño de la investigación responda a los objetivos planteados. En cuanto al diseño en sí, según la perspectiva epistemológica y la disciplina, se suelen enfatizar unos criterios u otros. Tradicionalmente la metodología cuantitativa (desde una perspectiva positivista) debe

cumplir los siguientes cuatro criterios. Nótese que no todos los autores utilizan los mismos nombres para describirlos:

- Validez: la adecuada operacionalización de las preguntas de investigación, de forma que las variables que se estudian sean relevantes y abarquen todas las dimensiones que incorporan las preguntas de la investigación.
- Generalizabilidad: también llamada validez externa, consiste en que la muestra sea representativa de la población. Para ello debe evitar sesgos a través de marcos muestrales adecuados y muestreos aleatorios.
- Fiabilidad: la medición ha de tener la precisión suficiente, se relaciona con la minimización del error aleatorio y requiere de un tamaño de muestra suficiente.
- Replicabilidad: la posibilidad de que se pueda repetir la investigación y que los resultados no se contradigan. (Ibíd, p.6)

### **6.3 Técnica e Instrumentos Aplicados**

#### **6.3.1 Convocatoria y Desarrollo del Grupo Primario de Mejoramiento en la Evaluación de la Existencia o Nivel de Reconocimiento del Componente de Religiosidad en el Proceso de Atención en Salud a Nivel Hospitalario de la ESE.**

El grupo primario de mejoramiento instituido en la Empresa Social del Estado, como se verá posteriormente, es una adaptación de los equipos primarios de mejoramiento en la medida que asimila algunos elementos de la estructura general de estos, enfatizándose que en la Empresa Social del Estado no se denomina como equipos, sino como grupos por decisión de la oficina de calidad y planeación, al considerar que el termino equipo representaba una óptica limitada a lo laboral, en cambio la denominación de grupo conllevaba a un abordaje multidimensional propio de las concepciones holísticas que deben darse en las autoevaluaciones institucionales con fines de mejoramiento continuo.

En este particular asunto, no se establece diferenciaciones conceptuales entre los equipos de trabajo con respecto a los grupos de trabajo que suele realizarse en el campo empresarial, dándole una superioridad funcional a los primeros.

La definición formal de grupo primario apareció en el año 1909, fecha en la que Charles Horton Cooley la incluyó dentro de la clasificación de los grupos sociales.

Según María José Rodrigo del Blanco tomando como referencia a Horton Cooley señala que:

El concepto de grupo primario, que aparece por primera vez en la obra *Social Organization. A Study of the Larger Mind*, estaba íntimamente unido a la construcción del "yo social", es decir, a la imagen social de nosotros mismos, a cómo creemos que somos vistos por los demás. Pues esa construcción del "yo social" es la que se elabora en el proceso de socialización primaria en el contexto de estos grupos primarios. (Rodrigo del Blanco, 2004, p.31)

En cuanto a las características principales, señaladas por Rodrigo del Blanco citando a Cooley, las simplifica de la siguiente manera:

Cooley tratará de precisar lo que entiende por grupos de este tipo y especificará las siguientes características, pues, de lo que él denomina grupo primario:

1. Asociación cara-a-cara.
2. Carácter espontáneo y no especializado de esa asociación.
3. Relativa permanencia.
4. Pequeño número de personas envueltas.
5. Una relativa intimidad entre los miembros". (Ibíd., p. 38)

La metodología utilizada por la institución hospitalaria no corresponde a la definición original de grupos primarios, pero se asimila como veremos a continuación a los grupos de discusión de Ibáñez Jesús 1979.

El instrumento denominado grupo primario de mejoramiento de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca se asimilara como un grupo de discusión, no obstante sus diferencias, la dinámica conversacional entre sus participantes es común, y su objetivo discursivo es equivalente en la medida que se enfoca en conocer una situación o realidad de su entorno, de utilidad informativa a un investigador o para aquellas personas que en calidad de agentes directivos tienen la responsabilidad de decisión.

Desde el punto de vista metodológico, “Las investigaciones mediante grupos de discusión difieren en dos aspectos fundamentales de las investigaciones mediante encuesta estadística: el diseño es abierto, y en el proceso de investigación está integrada la realidad concreta del investigador (constituyen una tecnología (concreta))”. (Ibáñez, 1979, p. 263)

Expresa además el autor estudiado:

Los criterios de la selección de actantes en grupos de discusión son criterios de comprensión (de pertinencia), se refieren a los conjuntos –a su estructura y a su génesis- incluir en el grupo a todos los que reproduzcan mediante su discurso relaciones relevantes (Ibíd, p. 264).

Los participantes deben reunir condiciones personales que permitan generar diferentes discursos, que si bien no puede resultar coincidente inicialmente, el encausamiento del preceptor (moderador neutro) delimitara el tema establecido y así el logro de un consenso general, que en otros términos, es la fuente de información buscada por el investigador, por eso es fundamental según el autor: “la selección de los actantes pertinentes es un problema de enfoque: cuanto más enfocada esté la selección, más definida será la información que obtengamos, pero aún una selección muy desenfocada proporciona alguna información” (Ibíd, p. 265).

En la siguiente tabla se establecen en forma sintética las diferencias y similitudes entre el grupo primario de mejoramiento adoptado por la empresa social del Estado y los grupos de discusión de conformidad con lo planteado por el autor Ibáñez, 1979.

**Tabla 12**

*Diferencias y similitudes entre el grupo primario de mejoramiento ESE HSJDF (2016) y los grupos de discusión según Ibáñez (1979)*

<b>Grupo primario de mejoramiento ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.</b>	<b>Grupos de discusión según Ibáñez</b>
Invitación: los participantes se citan previamente	invitación: los participantes se citan previamente
Número de participantes de 4 a 10	Número de participantes de 5 a 7
Saben que se está haciendo una investigación en el momento de la reunión	Saben que se está haciendo una investigación en el momento de la reunión
No conocen el tema con anticipación	No conocen el tema con anticipación

Los participantes hacen parte de una organización.	No hay nada que los una en común, no hacen parte de un grupo definido, instituido o formalizado
No hay moderador, solo una persona que se encarga de registrar textualmente lo que se explicita.	Hay un moderador denominado preceptor, es un ser neutro, aunque tiene la capacidad de encausar el tema cuando el grupo se desvía de la intencionalidad del investigador. no hay cuestionamientos ni cuestionarios por parte del moderador
Se da inicio exponiendo el tema de invitación, por lo general por el jefe de talento humano quien no participa en el grupo primario.	El tema es expuesto por el investigador que no participa, y el escenario permite la presentación de este.
Los participantes hablan para el conjunto El cierre depende de los tiempos laborales, por lo general de 2 a 4 horas. Dentro de la metodología el grupo se invita a un segundo tiempo, permitiéndosele la oportunidad de profundizar sobre el tema y construir un plan de mejoramiento.	Los participantes hablan hacia el conjunto El cierre depende de un acuerdo que los une, de un consenso, pero igualmente hay limitantes según las posibilidades individuales de asistir o permanecer mayor tiempo en el grupo de discusión. Puede incluso dársele continuidad al grupo de discusión en un segundo tiempo de encuentro. Su duración puede ser de 1 a 2 horas.
El grupo existe institucionalmente, es permanente y los temas que se tratan pueden ser de carácter asistencial o administrativo.	Como grupo solo existe el día de la reunión o encuentro.
Los participantes son una población homogénea desde el punto de vista laboral en la medida que tienen en común ser funcionarios de un hospital público, y participar en cálida de líderes asistenciales y o administrativos en los procesos de atención al paciente.	Se buscan que los grupos sean homogéneos para facilitar el discurso, existiendo la prevención sobre las diferencias sociales y económicas entre los participantes.
Las diferencias de tipo social, económica y de nivel educativo no son barreras dentro de la dinámica de explicitación del tema que convoca.	Los participantes conversan.
Los participantes conversan. Ellos concluyen <i>esto lo que hemos dicho</i> Lo que se dice son datos que se convierten en información objeto de investigación que en esta dinámica se denomina explicitación.	Ellos concluyen <i>somos esto que hemos dicho</i> Lo que se dice son datos, que se convierten en información objeto de investigación que en esta dinámica grupal se le denomina discurso

La ESE HSJD el día 16 de septiembre del año 2016, realizo una actividad denominada grupo primario de mejoramiento que sin lugar a duda se convirtió en una guía importante y de respaldo

fundamental para la construcción del contenido básico de la dimensión de religiosidad dentro del plan educativo terapéutico dirigido a los pacientes intrahospitalarios, en otros términos, es la base primigenia de la presente tesis de grado.

La citación fue realizada por el jefe de talento humano de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca del Departamento de Santander por solicitud del autor de la presente tesis de grado.

En este capítulo se evidenciará igualmente el origen institucional de la conformación y labor del grupo primario de mejoramiento, cuyo fin es el de realizar una autoevaluación permanente de las diferentes áreas asistenciales y administrativas de la organización y que en esta ocasión se convocó para evaluar la dimensión de religiosidad en la atención medica hospitalaria, que más allá de un diagnóstico de pre saberes por parte de los integrantes, se convirtió en la base de selección de contenidos que harán parte del plan educativo terapéutico.

Para dimensionar o contextualizar organizacionalmente lo que representan los grupos primarios de mejoramiento debemos precisar que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia, comúnmente llamadas IPS, están hoy en día obligadas a implementar planes de mejoramiento continuo tomando como referente ideal los estándares establecidos en el manual único de acreditación en salud, independientemente si su objetivo sea iniciar un proceso de acreditación formal.

En otros términos, las instituciones hospitalarias estan sujetas a una evaluación que supera los niveles mínimos exigidos en un proceso de habilitación, dado que estos estándares no permiten la realización de ciclo de mejoramiento, debido a que el no cumplimiento de alguno de ellos, cualquiera que sea el nivel de complejidad asistencial, estará el prestador impedido a ofrecer un servicio de salud.

El marco normativo que sustenta lo anteriormente expuesto es la Resolución 2181 de 2008, la cual expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público, artículo 2, numeral 2, expresados en los siguientes lineamientos:

LINEAMIENTOS. Para cumplir en su totalidad con los requerimientos establecidos por la Ley 872 de 2003 y el Decreto 4110 de 2004 a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud a que hace referencia la presente resolución deberán tener en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Cumplir en su totalidad las condiciones de habilitación normadas en el Sistema Único de Habilitación, de conformidad con el enfoque de riesgo a que hace referencia el artículo 60 del Decreto 1011 de 2006 y sus normas reglamentarias.
2. Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados. La opcionalidad a la que hacía referencia el precitado anexo técnico se circunscribe a partir de la vigencia de la presente resolución a la postulación ante el ente acreditador.
3. Implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 y en las pautas indicativas de auditoría expedidas por el Ministerio de la Protección Social, que permiten evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación.
4. Implementar el Sistema de Información para la calidad de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1446 de 2006. 5. Ajustarse a los contenidos de la guía aplicativa contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008)

Por otro lado, dentro del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia, Versión 003, el cual hace parte de uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, del Decreto 1011 de 2006, contiene un grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad (MCC), los cuales buscan como uno de sus resultados una vez la institución ha obtenido su cumplimiento: “Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos” (Ministerio de Protección Social, 2011).

Según Carlos Edgar Rodríguez, M.D., Director Acreditación en Salud, ICONTEC, en su artículo titulado “El mejoramiento continuo de la calidad en la Acreditación Salud”, publicado el 03 de noviembre de 2014, propone un esquema de estructura para conformar equipos “primarios” de mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones de salud que desarrollan el proceso de preparación para la acreditación, con unos objetivos específicos y unas recomendaciones prácticas de conformación. (Rodríguez, 2008, p.12)

De igual forma manifiesta que cada equipo primario de mejoramiento hospitalario debe contar con un líder, y para su conformación, la cual podrá ser mixta, con integrantes de apoyo administrativo, según complejidad, tamaño, servicios y necesidades institucionales. Sugiere como mínimo los siguientes integrantes: a nivel hospitalario, Hospitalización: “Integrado por representantes de los servicios de hospitalización de pediatría, hospitalización de ginecobstetricia y hospitalización adultos”. (Ibíd, p.12)

Esta estructura particular, que si bien es cierto se aplica para aquellas instituciones que inician el proceso voluntario de certificación en Acreditación en Salud, fue adoptada en el segundo semestre del año 2015 por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Floridablanca bajo la denominación de grupo y no de equipo, no con el objetivo de lograr la certificación, sino para aplicarlo dentro del proceso de mejoramiento continuo a través de la autoevaluación institucional a nivel de las áreas funcionales asistenciales.

En esta oportunidad se convoca el grupo primario de mejoramiento para que evaluara el componente de religiosidad en el área de hospitalización de dicha Empresa Social del Estado, y el motivo temático obedece como se indicaba con anterioridad a la solicitud realizada por el autor de la presente tesis de grado, lo anterior con el fin de explorar la capacidad de abordar temas no solo biopsicosociales por parte de los colaboradores asistenciales y administrativos, sino también la

disposición personal y grupal de tratar asuntos fuera del contexto tradicional, como lo es la religiosidad, sustentado que la integralidad en el manejo terapéutico se cierra con la dimensión espiritual.

Se motiva en correspondencia administrativa esta decisión, dado que la estructura recomendada concibe el plan de mejoramiento como una dinámica organizacional participativa y de continua comunicación en los diferentes niveles de la organización, y la religiosidad como componente del plan terapéutico o plan de atención médica es un criterio obligatorio de implementación dentro de los procesos asistenciales y por tal razón se vincula como objeto de seguimiento y evaluación en cuanto a su cumplimiento.

Como se dijera con anterioridad, el 16 de septiembre del año 2016, la Empresa Social del Estado, a través de la Oficina de Talento Humano de la Entidad, cita al grupo primario de mejoramiento del área asistencial tomando como base estructural la conformación del equipo primario de mejoramiento hospitalario, según las recomendaciones anteriormente expuestas del Doctor Carlos Edgar Rodríguez, director de Acreditación en Salud ICONTEC.

Los Participantes del equipo primario de mejoramiento hospitalario fueron:

- Gerente de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca
- Coordinador médico de la ESE Hospital san Juan de Dios de Floridablanca.
- Coordinadora de enfermería de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.
- Médico de planta especialista en ginecología y obstetricia de la ESE Hospital san Juan de Dios de Floridablanca.
- Jefe de la Oficina de Calidad y Planeación
- Auxiliar de Enfermería- Presidente Sindicato SUNET

- Médico General servicio de Urgencias

El Tema seleccionado fue:

Evaluación de la existencia o nivel de reconocimiento del componente de religiosidad en el proceso de atención en salud a nivel hospitalario.

Se motivó la invitación por solicitud del investigador de la presente tesis al jefe de talento humano de la institución:

La metodología utilizada es la siguiente:

Se invita al personal, que como se puede observar, hacen parte de diferentes áreas tanto administrativas como asistenciales, y solo el día del encuentro como equipo primario, se da a conocer el tema a tratar.

El objetivo de no informar es evitar las preparaciones temáticas que logran soslayar la espontaneidad de un tema con alto componente de subjetividad, según opinión de la persona encargada del área de calidad y planeación de la entidad afirma que los temas relacionados con los procesos de humanización de la atención médica con fines de mejoramiento de programas específicos son abordados bajo este direccionamiento.

El jefe de talento humano presenta el tema el día de la reunión del grupo primario de mejoramiento, e informa que la intencionalidad es iniciar un plan de intervención sobre el respectivo tema de la referencia y de igual forma será utilizado la información obtenida para el desarrollo de una investigación académica.

El jefe de talento humano y el investigador no participan en la dinámica del grupo primario de mejoramiento.

No existe la presencia de un líder o moderador como sucede en los casos o temas de carácter administrativo o asistencial involucrados en los estándares de calidad superior que exigen un proceso de autoevaluación.

No está permitido el desarrollo de ningún tipo de cuestionario o encuesta que dirija las respuestas por parte del grupo primario de mejoramiento, buscando con esto una participación espontánea y explorar los conocimientos previos y disposición personal frente al componente de religiosidad en la práctica asistencial.

En relación al registro de la información se procede a realizarlo lo más fielmente posible (textualmente) conforme a lo que ha explicitado cada uno de los integrantes del equipo primario de mejoramiento hospitalario, actividad que realiza el jefe de la Oficina de Calidad y Planeación de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.

Metodológicamente, una vez finalizado el grupo primario de mejoramiento se procede a agendar una segunda citación del mismo grupo de integrantes con el propósito de construir el plan de mejoramiento, en otros términos, posibilita este segundo tiempo de actuación primaria, esta vez sí, una preparación previa temática con el propósito de facilitar la generación de acciones específicas que se convertirían en criterios de evaluación del componente de religiosidad en la atención médica en el área de hospitalización, no por esto pierde importancia el primer encuentro, es claro que el grupo participante en el desarrollo de la primera actividad expresaran criterios de intervención, conceptos, opiniones y experiencias personales, e independientemente de la dinámica contemporizadora de convocatoria y reunión, tienen conciencia que su rol dentro de un grupo primario de mejoramiento es evaluar en forma técnica y bajo una dirección una situación asistencial o administrativa que requiere ser implementada para el logro de niveles superiores de calidad.

### **6.3.2 Encuesta de percepción de la Religiosidad y Espiritualidad en la Atención Médica Hospitalaria del Personal Médico General y Especializado encargado del Área de Hospitalización.**

Desde la perspectiva distributiva o el enfoque cuantitativo de la investigación según el referente teórico, se recurre a una encuesta con el fin de evaluar la percepción de la religiosidad y espiritualidad en la atención médica hospitalaria del personal médico general y especializado encargado de dicha área.

Antonio Lucas Marín en su libro *SOCIOLOGÍA PARA LA EMPRESA* citando a Jesús Ibáñez manifiesta conceptualmente:

La perspectiva *distributiva* alcanza al nivel de los elementos que se investigan (individuos). Se incluyen aquí las técnicas denominadas cuantitativas, las cuales responde a la lógica matemática de la cantidad, al parámetro; sus resultados se miden según esta lógica la aplicación más general es la encuesta y, por analogía, la entrevista cerrada. (Marín, 1994, p. 110)

La encuesta utilizada en la tesis toma como referente una encuesta publicada en *US National Library of Medicine, National Institutes of Health* titulada *Religious Characteristics of U.S. Physicians, A National Survey*, del cual se tomaron 8 preguntas (preguntas; 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11 y 12). Y se adaptó una (pregunta; 6) con el fin de ser aplicadas junto con otras al personal médico del área de hospitalización de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca; siendo sus autores: Farr A Curlin , MD, John D Lantos , MD, Chad J Roach , BS, Sarah A Sellergren, MA, y Marshall H Chin , MD, MPH.

La selección de las preguntas incluidas en la encuesta realizada por los autores mencionados anteriormente, obedece primordialmente a que facilitaba su estructura el agrupamiento de preguntas en cuatro grandes contextos;

- Perspectiva personal sobre la existencia de un Dios o creador con o sin intervención.
- Efectos de la enfermedad en la percepción de la espiritualidad y religiosidad y el estado de salud de los pacientes
- Efectos negativos de la religiosidad y la espiritualidad en los pacientes.
- Perspectiva y actividad personal de la espiritualidad en la práctica médica.

La encuesta realizada en la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca durante el periodo comprendido entre junio y julio del año 2017, consta de 18 preguntas de las cuales 2 son abiertas.

La Muestra corresponde a 10 personas con las siguientes características.

- Médicos generales y médicos especialistas.
- Realizan valoraciones médicas en el servicio de hospitalización en calidad de médicos tratantes o interconsultantes.

En este punto es necesario explicar que la muestra para efectos de confiabilidad recurre a la cobertura asistencial equivalente a horas de contacto con los pacientes y no en relación a la población o número de médicos.

Es así, que los tres médicos generales, más un médico con especialidad en salud ocupacional pero que trabaja como generalista en el servicio de hospitalización, seleccionados como muestra para la encuesta, laboran en conjunto 473 horas al mes.

El total de horas destinadas para el cubrimiento directo de medicina general en el servicio de hospitalización según el plan anual de contratación del año 2017 de la institución es de 575 horas al mes.

En conclusión, tomando la relación de las horas de los médicos generales objeto de la encuesta con respecto a las horas contratadas, los médicos encuestados representan el 82 % de la contratación, y por ende de contacto en horas con los pacientes.

En cuanto a los médicos especialistas seleccionados en la encuesta, son los interconsultantes oficiales del área de hospitalización, en otros términos representan el 100% de cubrimiento especializado del área de hospitalización.

- La encuesta se diligencia: ya sea en el lugar de trabajo, oficina de calidad y planeación de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca o vía correo electrónico.

El contenido de la encuesta se divide por grupos de preguntas según la intencionalidad del Investigador con el fin de obtener una información por contexto de identificación y percepción del encuestado, a saber:

- Identificación personal: Afiliación religiosa, Estado civil, Edad, Profesión Universidad que egresa, Especialidad, Número de hijos.
- Perspectiva personal sobre la existencia de un Dios o creador con o sin intervención.
- Efectos de la enfermedad en la percepción de la espiritualidad y religiosidad y el estado de salud de los pacientes
- Efectos negativos de la religiosidad y la espiritualidad en los pacientes.
- Perspectiva personal de la espiritualidad en la práctica médica.
- Actividad personal (abordaje) de la dimensión espiritual y religiosa en la práctica médica.

## 6.4 Recolección de la Información

### 6.4.1 Grupo primario de mejoramiento.

En la tabla 13 se registra en forma individualizada la participación de los funcionarios citados al grupo primario de mejoramiento, en la medida que se relaciona el cargo de la persona interviniente y sus explicitaciones, el contenido relacionado no obedece a una secuencia cronológica o por orden de aparición.

**Tabla 13.**

*Explicitación del grupo primario de mejoramiento sobre la existencia o nivel de reconocimiento del componente de Religiosidad en el proceso de atención en salud a nivel hospitalario*

Cargo en la Entidad	Explicitación
Gerente de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca	<p>El reconocimiento inicia al respetarse oficialmente que el paciente tiene una dimensión espiritual.</p> <p>El paciente es autónomo o mejor tiene la libertad de solicitar el apoyo espiritual, y todos nosotros debemos facilitarle ese espacio.</p> <p>El componente de religiosidad debe tenerse en cuenta en todos los pacientes en menor o mayor grado según su condición.</p> <p>Debe darse la ronda de espiritualidad donde se exprese la disposición de apoyo y solidaridad que tiene el personal de salud en la atención del paciente en todos los aspectos. Es manifestarles que estamos para ayudarlos.</p>
Coordinador médico de la ESE Hospital san Juan de Dios de Floridablanca	<p>Se respeta, pero no se practica.</p> <p>No hay una formación médica humanística.</p> <p>Debe facilitarse la visita de los que realmente saben sobre el asunto y pueden abordar al paciente, no olvidemos que en la institución se realizó a través de un médico internista con especialidad en medicina psicosomática un abordaje integral que contemplaba todas las dimensiones humanas.</p> <p>Se reconoce que la sensibilidad de las enfermeras es mayor que la de los médicos, por eso a ellas se les facilita una relación de confianza, y el paciente puede expresar con mayor facilidad sus miedos.</p> <p>Nadie puede discutir los efectos positivos sobre la salud de los pacientes, es por eso que debe aplicarse como un instructivo que ayude al profesional.</p> <p>Hace muchos años se registraba en la historia clínica a que religión pertenecía el paciente, hoy no se hace.</p> <p>Se debería aprovechar la historia clínica para tomar algunos datos sobre la dimensión.</p> <p>Se debe ser muy diplomático al hacer este tipo de preguntas, porque el paciente pensará que ya lo están declarando terminal.</p>

<p>Enfermera Jefe de la ESE Hospital san Juan de Dios de Floridablanca</p>	<p>Las personas más cercanas a la dimensión religiosa de los pacientes son las enfermeras, el medico difícilmente tratara un asunto religioso con los pacientes.</p> <p>Existen protocolos de manejo de la espiritualidad en pacientes terminales, y a nivel de enfermería el manejo paliativo de los pacientes es muy desarrollado.</p> <p>Cuando se habla de la empatía médica, ubicarse o colocarse en los pies del paciente, pues debe hacerlo en este aspecto.</p> <p>El aspecto de la religión en la atención en salud se da cuando hay comunicación sincera con los pacientes.</p>
<p>Médico de planta especialista en ginecobstetricia de la ESE Hospital san Juan de Dios de Floridablanca</p>	<p>Los tiempos destinados a la consulta médica nos impide tratar esos asuntos. Realmente no hay una preparación médica que permita tratar la dimensión de religiosidad en los pacientes.</p> <p>La espiritualidad comienza cuando se tratan temas diferentes a lo médico, como puede ser preguntarle sobre la familia, que temores tiene, siente apoyo, tiene confianza que el tratamiento servirá.</p> <p>Pienso que darle una voz de aliento y confianza es fundamental para el aspecto espiritual.</p>
<p>Jefe de la Oficina de Calidad y Planeación</p>	<p>La religiosidad es un componente de la dimensión denominada espiritualidad y en los estándares de acreditación se contempla.</p> <p>No se trata de un acompañamiento de un religioso, es incluir en la relación médico paciente un espacio donde el paciente pueda expresar su espiritualidad.</p> <p>Debe convertirse en una práctica protocolizada preguntarle al paciente si desea el apoyo espiritual o religioso.</p> <p>Se debe tener en cuenta que hay personas tanto médicas como pacientes que no creen en Dios o un ser superior, y ellos tienen derecho a un abordaje de su dimensión espiritual.</p> <p>La humanización de la atención no es más que reconocer al paciente en todas sus dimensiones y tratarlas.</p> <p>La comunicación favorecida por los agentes de salud, con preguntas específicas en este aspecto permitirá a las partes expresar su componente espiritual.</p> <p>La intervención espiritual no debe estar limitada a los casos de enfermedades graves o mortales, hay pacientes que emocionalmente están muy afectadas a pesar de tener enfermedades no graves.</p> <p>Insisto que la religiosidad está enmarcada dentro de la dimensión espiritual del paciente, y estamos obligados a explorarla, diagnosticarla e intervenirla.</p> <p>Totalmente de acuerdo en iniciar con acciones posibles, y una de ellas es invitar a los líderes religiosos o personas que puedan abordar la religiosidad.</p> <p>Si la institución elabora un plan de intervención de la religiosidad deben socializarla a todos los que participan la atención, comenzando con la familia.</p> <p>La intervención integral del paciente en este aspecto no se puede circunscribir en un líder religioso, las metodologías existentes de abordaje de la dimensión espiritual, incluido la religiosidad, contemplan la participación de funcionarios de la salud que asumen el rol.</p> <p>No preguntar desde un principio si profesa una religión, representa en mi opinión una barrera comunicativa amplia. Debe ambientarse con una introducción que consistiría en explicarle al paciente y familiares cuales son las dimensiones del ser humano y como todas ellas son necesaria tratar para la mejoría de su estado de salud.</p> <p>Si estamos en este grupo primario de mejoramiento, es porque tenemos que mejorar algo, y es el hecho que la espiritualidad no es un tema que se tiene en cuenta en la atención en el hospital, entonces debemos desarrollar un</p>

	<p>plan de mejoramiento con lo que tenemos y podemos. En nuestro caso es la calidad humana de los profesionales de la salud.</p> <p>No podemos esperar que las universidades resuelvan el problema de formación humanística, o que incluyan en sus currículos el tema de la dimensión religiosa, deberíamos esperar años para ver los resultados, por eso debemos actuar inmediatamente, con acciones sencillas, que sean fáciles de aceptar y realizar, y luego profundizar más la intervención.</p> <p>No se puede aceptar que el abordaje sea realizado solo por algunas personas que muestren disposición, la atención integral centrada en el paciente es un asunto que debe realizarse en todos los pacientes.</p>
Auxiliar de Enfermería	<p>La religión es de todos, todos la sentimos, y por eso todos podemos hablar de ella, en cualquier momento de la vida hemos necesitado de nuestro Dios. La religiosidad se manifiesta en la medida que se facilite espacios de oración.</p> <p>Solo si se desea puede trabajarse ese asunto, un buen ejemplo es permitir la visita de los padres, antes en el hospital venían.</p> <p>Personalmente en mi trabajo encomiendo la salud de mis pacientes a Dios en la ronda de enfermería, y públicamente y noto una respuesta positiva en ellos, les agrada, y estoy convencida que en esos momentos el dolor o el sufrimiento disminuye.</p> <p>Uno nota que los pacientes en forma espontánea no hablan de lo que ustedes hablan de necesidades espirituales, parecería que sus necesidades se limitan a una buena atención médica.</p> <p>Se debe comenzar con pequeñas cosas, preguntar sobre cosas personales de la familia, los hijos, gustos, orar conjuntamente, celebrar misas, invitar a los padres o pastores.</p> <p>Ustedes saben que un médico o una enfermera que se muestren benévolo con sus pacientes, ellos van a confiar más y pueden expresar sus temores. Simplemente es hablar de los sentimientos como cuando se habla con una persona conocida.</p> <p>Tiene que ser el medico una persona con sensibilidad pero que no se afecte por los sentimientos de los pacientes.</p>
Médico General servicio de Urgencias	<p>Estoy de acuerdo con el pensamiento religioso y que se debe respetar y facilitar el apoyo espiritual.</p> <p>Difícilmente se entiende a que hace referencia la religiosidad, significa ¿permitirle al paciente que hable de sus creencias? O ¿es crear espacios de oración colectivos o individuales?</p> <p>Se debe involucrar a la familia en este aspecto.</p> <p>Es más fácil que la dimensión se manifieste con los seres cercanos.</p> <p>Los pacientes desconfían en muchas ocasiones de la calidad de la atención médica, en su eficacia, es bien sabido que un trato humanizado reduce esta predisposición.</p> <p>Estratégicamente debe implementarse a ciertos tipos de pacientes, como en los casos de enfermedades terminales, y en consulta externa con médicos especializados en ese campo.</p> <p>Si se desea intervenir la espiritualidad, o la religiosidad con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, debe entonces prepararse a los médicos y especialmente que este no se involucre emocionalmente con el dolor.</p> <p>Una buena estrategia práctica es realizar la misa una vez a la semana en la capilla de hospitalización.</p> <p>Una buena estrategia es que los pacientes que estén más graves sean atendidos por los médicos que más disposición tengan para esto.</p>

**Nota:** Se transcribe fielmente el acta del grupo primario de mejoramiento bajo la estructura presentada en la tabla.

Posterior a la realización del grupo primario, no se registra continuidad o procesos encaminados a implementar el componente de religiosidad en la atención médica.

Con el fin de evaluar las explicitaciones de los participantes del grupo primario de mejoramiento se procede agruparlos bajo una clasificación similar al utilizado en el capítulo de referente bibliográfico, agregándole el ítem de conceptualización personal.

Este método de clasificación de datos permitirá homogenizar los aspectos objeto de revisión y facilitar posteriormente la selección del contenido actitudinal y procedimental del plan educativo terapéutico.

En otros términos, correspondería dentro del análisis de una investigación cualitativa a una acción calculada por parte del investigador para evitar que la dispersión del dato oculte la realidad que desea descubrir.

A este respecto los autores; Rodríguez, Gil y García expresan:

En el curso de un estudio cualitativo, el investigador recoge abundante información acerca de la realidad sobre la que centra su trabajo. Un primer tipo de tareas que deberá afrontar para el tratamiento de esa información consiste en la reducción de los datos, es decir, en la simplificación, el resumen, la selección de la información para serla abarcable y manejable. Entre las tareas de reducción de datos cualitativos, posiblemente las más representativas y al mismo tiempo las más habituales sean las de categorización y codificación. Incluso a veces sea considerado que el análisis de datos cualitativos se caracteriza precisamente por apoyarse en este tipo de tareas. Las capacidades humanas resultan obviamente desbordadas cuando tratan de procesar grandes cantidades de datos y se impone la necesidad de reducir la amplia información que contienen, diferenciando unidades e identificando los elementos de significado que soportan. (Rodríguez, Gil, García, 1996, p.205)

De igual forma los autores señalan que: “no obstante, también podemos advertir tareas reductoras incluso antes de contar con los datos” (Ibíd., p. 205)

Precisan además los autores en mención:

Generalmente, el análisis de datos cualitativos comporta la segmentación en elementos singulares, especialmente cuando los datos son de tipo textual. En el conjunto global de datos pueden diferenciarse segmentos o unidades que resultan relevantes y significativas. Recordemos el concepto de análisis, en el que precisamente una de las ideas es la de separación o descomposición de un todo en sus partes. (Ibíd, p.206).

Es evidente que los criterios para dividir la información en unidades pueden ser muy diversos, y al considerar que los datos aparecen en formas de texto, los autores establecen unos criterios aplicables para la segmentación, que en el caso de la presente investigación correspondería a lo que ellos denominan criterios conversacionales, el cual está representado; por las declaraciones o turnos de palabra, cuando intervienen diferentes sujetos en entrevistas o reuniones de grupo.

Afirmando los mismos autores que este criterio es: “especialmente adecuado cuando estamos interesados en la información aportada por cada sujeto en particular”. (Ibíd., p.207)

De igual forma los autores advierten una libertad denominativa, al definir que: “Codificación y categorización son respectivamente los aspectos físico-manipulativo y conceptual de una misma actividad, a la que indistintamente suelen referirse los investigadores con una u otra denominación”. (Ibíd, p. 208).

Las categorías pueden referirse a situaciones y contextos, actividades y acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos y estrategias, procesos. (Ibíd, p.208).

La explicitación de los participantes del grupo primario de mejoramiento de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, se puede entonces considerar como criterio conversacional, convirtiéndose en un aspecto de vital importancia metodológica en el análisis de los datos cualitativos dada la singularidad que permite la segmentación del texto global.

Una vez establecido el criterio, la segmentación es un producto consecuente de categorización de datos, que permiten agruparlos por aspectos y elementos más particulares en relación directa a la intencionalidad autónoma del investigador como puede evidenciarse en la tabla 14.

Se enfatiza que la identificación y clasificación de elementos -como señalan los autores Rodríguez, Gil, García.- está estrechamente unida a la síntesis, y la categorización es una operación conceptual de síntesis por cuanto permite reducir un número determinado de unidades a un solo concepto que la representa.

**Tabla 14**

*Agrupación de datos por categorías*

*Evaluación de la existencia o nivel de reconocimiento del componente de Religiosidad en el proceso de atención en salud a nivel hospitalario  
Grupo primario de mejoramiento*

Conceptual	Actitudinal	Procedimental general	Procedimental específico
El reconocimiento inicia al respetarse oficialmente que el paciente tiene una dimensión espiritual.	1. Solidaridad	1. Expresar la disposición de apoyo y solidaridad que tiene el personal de salud. 2. El componente de religiosidad debe tenerse en cuenta en todos los pacientes en menor o mayor grado según su condición. 3. Facilitar el espacio de apoyo espiritual por todos.	1. Ronda de espiritualidad.
El paciente es autónomo o mejor tiene la libertad de solicitar el apoyo espiritual,			
Se respeta, pero no se practica. No hay una formación médica humanística.	4. Sensibilidad humana de las enfermeras.	4. Relación de confianza aprovechando la sensibilidad de las enfermeras, y el paciente puede expresar con mayor facilidad sus miedos. 5. Aprovechar la historia clínica para tomar algunos datos sobre la dimensión. 6. Debe aplicarse como un instructivo que ayude al profesional. 7. Se debe ser muy diplomático al hacer este tipo de preguntas, porque el paciente pensara que ya lo están declarando terminal	2. Debe facilitarse la visita de los que realmente saben sobre el asunto y pueden abordar al paciente.
Nadie puede discutir los efectos positivos sobre la salud de los pacientes, es por eso que debe aplicarse como un instructivo que ayude al profesional.			
	7. Diplomático		

<p>Las personas más cercanas a la dimensión religiosa de los pacientes son las enfermeras, el médico difícilmente tratará un asunto religioso con los pacientes</p> <p>Los tiempos destinados a la consulta médica nos impide tratar esos asuntos. Realmente no hay una preparación médica que permita tratar la dimensión de religiosidad en los pacientes.</p> <p>La religiosidad es un componente de la dimensión denominada espiritualidad y en los estándares de acreditación se contempla. Se debe tener en cuenta que hay personas tanto médicas como pacientes que no creen en Dios o un ser superior, y ellos tienen derecho a un abordaje de su dimensión espiritual.</p> <p>Se debe tener en cuenta que hay personas tanto médicas como pacientes que no creen en Dios o un ser superior, y ellos tienen derecho a un abordaje de su dimensión espiritual</p> <p>La humanización de la atención no es más que reconocer al paciente en todas sus dimensiones y tratarlas.</p> <p>La intervención integral del paciente en este aspecto no se puede circunscribir en un líder</p>	<p>10. Empatía</p>	<p>8. Existen protocolos de manejo de la espiritualidad en pacientes terminales. 9. A nivel de enfermería el manejo paliativo de los pacientes es muy desarrollado.</p> <p>10. Empatía médica, ubicarse o colocarse en los pies del paciente, pues debe hacerlo en este aspecto.</p> <p>11. El aspecto de la religión en la atención en salud se da cuando hay comunicación sincera con los pacientes.</p> <p>12. La espiritualidad comienza cuando se tratan temas diferentes a lo médico,</p> <p>13. Dar una voz de aliento y confianza es fundamental para el aspecto espiritual.</p> <p>14. No se trata de un acompañamiento de un religioso.</p> <p>15. Incluir en la relación médico paciente un espacio donde el paciente pueda expresar su espiritualidad.</p> <p>16. Debe convertirse en una práctica protocolizada...</p> <p>17. Los no creyentes no se excluyen.</p> <p>18. La comunicación favorecida por los agentes de salud, con preguntas específicas en este aspecto, permitirá a las partes expresar su componente espiritual.</p> <p>19. La intervención espiritual no debe estar limitada a los casos de enfermedades graves o mortales, hay pacientes que emocionalmente están muy afectadas a pesar de tener enfermedades no graves.</p>	<p>12. Preguntas: -sobre la familia; -que temores tiene; -siente apoyo; -tiene confianza que el tratamiento servirá.</p> <p>16. Preguntarle al paciente si desea el apoyo espiritual o religioso.</p> <p>17. Tienen derecho a un abordaje de su dimensión espiritual.</p>
---	--------------------	--	---

<p>religioso, las metodologías existentes de abordaje de la dimensión espiritual, incluido la religiosidad, contemplan la participación de funcionarios de la salud que asumen el rol. Si estamos en este grupo primario de mejoramiento, es porque tenemos que mejorar algo, y es el hecho que la espiritualidad no es un tema que se tiene en cuenta en la atención en el hospital, entonces debemos desarrollar un plan de mejoramiento con lo que tenemos y podemos. En nuestro caso es la calidad humana de los profesionales de la salud.</p> <p>No podemos esperar que las universidades resuelvan el problema de formación humanística, o que incluyan en sus currículos el tema de la dimensión religiosa, deberíamos esperar años para ver los resultados, por eso debemos actuar inmediatamente, con acciones sencillas, que sean fáciles de aceptar y realizar, y luego profundizar más la intervención.</p> <p>No se puede aceptar que el abordaje sea realizado solo por algunas personas que muestren disposición, la atención integral centrada en el paciente es un asunto que debe realizarse en todos los pacientes.</p> <p>La religión es de todos, todos la sentimos, y por eso todos podemos hablar de ella, en cualquier momento de la vida</p>		<p>20. la religiosidad está enmarcada dentro de la dimensión espiritual del paciente, y estamos obligados a explorarla, diagnosticarla e intervenirla.</p> <p>21. Iniciar con acciones posibles.</p> <p>22. Un plan de intervención institucional de la religiosidad debe socializarla a todos los que participan la atención, comenzando con la familia.</p> <p>23. No preguntar desde un principio si profesa una religión, representa una barrera comunicativa amplia...</p> <p>24. La religiosidad se manifiesta en la medida que se facilite espacios de oración.</p> <p>25. Recomendar la salud de los pacientes a Dios, como medio</p>	<p>21. Invitar a los líderes religiosos o personas que puedan abordar la religiosidad.</p> <p>23. Debe ambientarse con una introducción que consistiría en explicarle al paciente y familiares cuales son las dimensiones del ser humano y como todas ellas son necesaria tratar para la mejoría de su estado de salud.</p> <p>24. Visita del Padre</p>
--	--	---	---

<p>hemos necesitado de nuestro Dios.</p> <p>Difícilmente se entiende a que hace referencia la religiosidad, significa ¿permitirle al paciente que hable de sus creencias? o ¿es crear espacios de oración colectivos o individuales? Los pacientes desconfían en muchas ocasiones de la calidad de la atención médica, en su eficacia, es bien sabido que un trato humanizado reduce esta predisposición.</p> <p>Si se desea intervenir la espiritualidad, o la religiosidad con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, debe entonces prepararse a los médicos.</p>	<p>26. Benevolencia</p>	<p>para generar respuesta positiva (reducción del dolor y sufrimiento).</p> <p>26. Los pacientes en forma espontánea no hablan de necesidades espirituales, parecería que sus necesidades se limitan a una buena atención médica.</p> <p>27. Se debe involucrar a la familia en este aspecto. Es más fácil que la dimensión se manifieste con los seres cercanos.</p> <p>28. Estratégicamente debe implementarse a ciertos tipos de pacientes, como en los casos de enfermedades terminales, y en consulta externa con médicos especializados en ese campo.</p> <p>29. Estrategias prácticas de abordaje de la espiritualidad y la religiosidad.</p>	<p>25. Acción pública en la ronda de enfermería</p> <p>26. intervención basada en sencillas acciones: -Preguntas personales: -Orar conjuntamente -Celebrar misas, -Benevolencia -Invitar a los padres o pastores. -Expresar sentimientos</p> <p>29. -Realizar la misa una vez a la semana en la capilla de hospitalización. -Los pacientes que estén más graves sean atendidos por los médicos que más disposición tengan para esto. -No involucrarse emocionalmente el médico.</p>
---	-------------------------	--	---

## 6.4.2 Encuesta de Percepción de Religiosidad y Espiritualidad en la atención médica.

### Identificación Socio – personal

**Tabla 15.**

*Registro de respuestas socio personales.*

Afiliación Religiosa	Número de Hijos		Estado Civil		Edad			
Católico	8	0 hijos	3	Casado	Católico	5	Menor de 30 años	2
Cristiano	2	1 hijo	1		Civil	2	30-40 años	2
		2 hijos	6	Soltero		3	40-50 años	1
							Mayores de 50 años	5
Total Encuestas	10		10			10		10

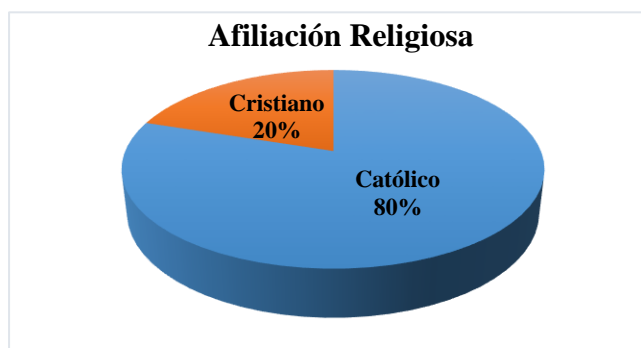


Figura 4 Identificación Socio- personal: Afiliación Religiosa

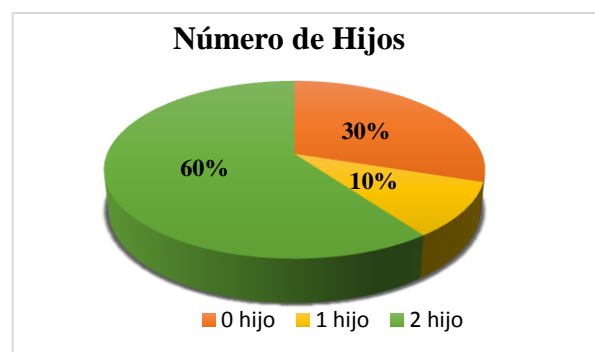


Figura 5 Identificación Socio- personal: Número de Hijos

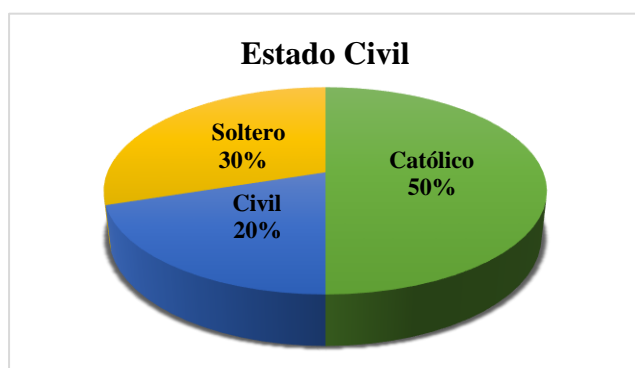


Figura 6 Identificación Socio- Personal: Estado Civil

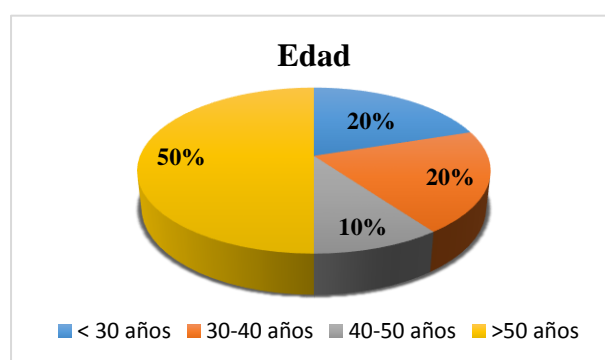


Figura 7 Identificación Socio- personal: Edad

Todos profesan una fe religiosa, Predominando la filiación católica con un 80 %, teniendo en común la creencia en Cristo.

Predomina en el 60% de los encuestados un número de 2 hijos.

El 70% de la muestra están casados, predominando el matrimonio católico con un 50%.

Los mayores de 50 años corresponden al 50%, con un promedio de edad global de 46,3 %

En cuanto a las características de orden profesional encontramos:

**Tabla 16.**

*Características profesionales*

PROFESIÓN		Especialidad		Universidad	
Médico	10	Gastroenterología	1	UCC	1
		Internista	2	U. Libre Barranquilla	3
		Ortopedia	1	UDES	1
		Pediatría	1	UIS	4
		Salud Ocupacional	1	UNAB	1
		Ginecobstetra	1		
Total Encuestas	10		10		10

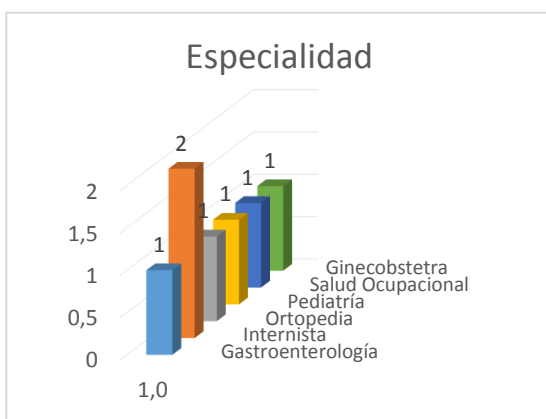


Figura 8 Características Profesionales: Especialidad

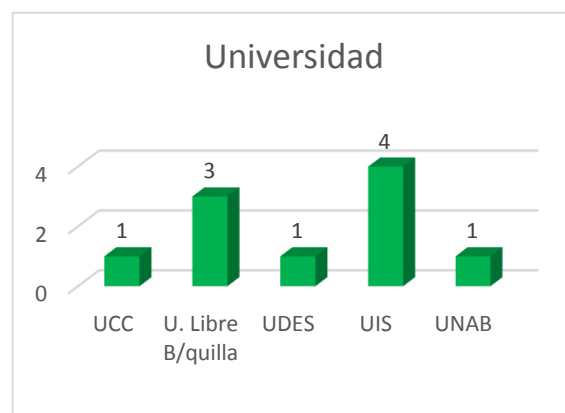


Figura 9 Características Profesionales: Universidad

El 70% de los encuestados tienen una especialidad clínica, quirúrgica o en salud ocupacional.

El 30% son médicos Generales.

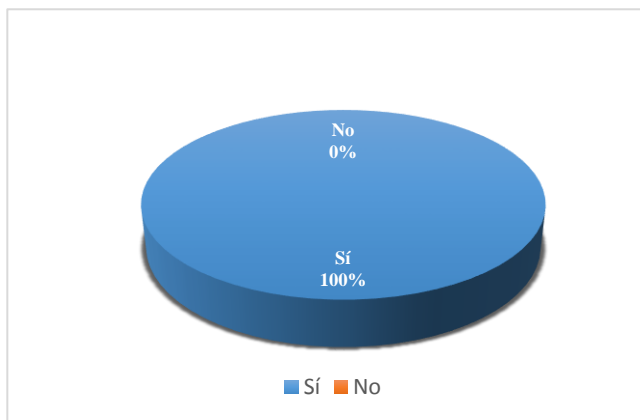
Son egresados de instituciones públicas el 70%.

### Perspectiva personal sobre la existencia de un Dios o Creador con o sin intervención

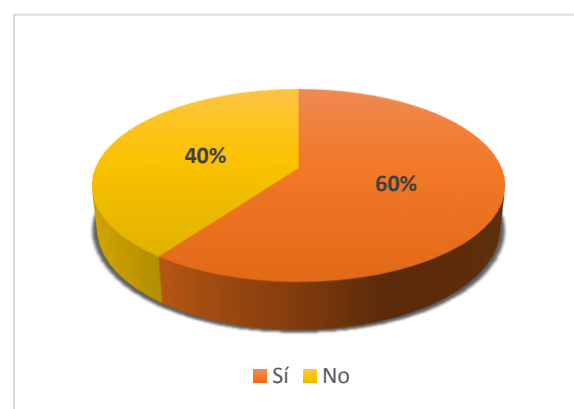
**Tabla 17**

#### *Registro de respuestas sobre la existencia de un Dios o creador con o sin intervención*

Cree en la existencia de un Dios viviente, que interviene en el curso del mundo y en la vida humana		Cree en la existencia de un principio creador sin la intervención divina	
Sí	10	Sí	6
No	0	No	4
Total Encuestas	10		10



*Figura 10* Perspectiva personal sobre la existencia de un Dios Viviente que interviene



*Figura 11* Perspectiva personal sobre si cree en la Existencia de un Principio Creador sin la Intervención Divina

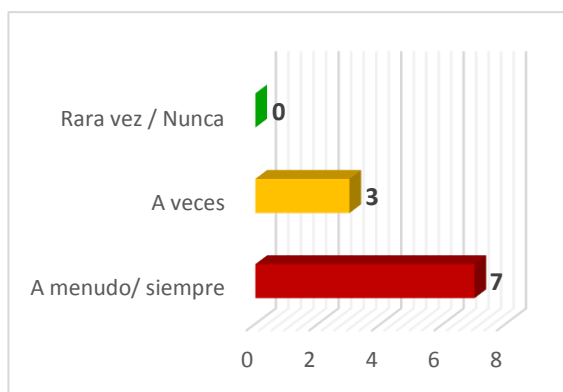
Todos los médicos creen en la intervención de un Dios viviente en el curso de la vida, 6 contestan de un principio creador que no interviene.

Efectos de la enfermedad en la percepción de la espiritualidad y religiosidad y el estado de salud de los pacientes: Los cuadros 18 y 19 se diferencian primordialmente porque el segundo enfatiza sobre sus efectos específicos en situaciones de carácter patológico, emocional o psicológico.

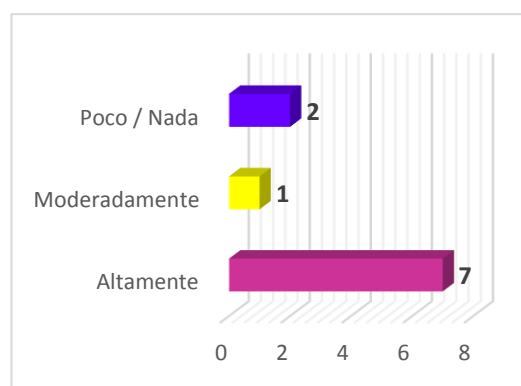
**Tabla 18.**

*Registro de respuestas sobre la influencia de la enfermedad en la percepción de la espiritualidad y religiosidad y el estado de salud.*

Con qué frecuencia en sus pacientes la enfermedad aumenta una mayor conciencia sobre la Religiosidad y la Espiritualidad		El grado de influencia que tiene la Religiosidad y la Espiritualidad en el estado de salud de los pacientes es		La influencia de la Religiosidad y Espiritualidad en la salud es positiva o negativa		Piensas que un Dios u otro ser sobrenatural alguna vez interviene en la salud de los pacientes	
A menudo/ siempre	7	Altamente	7	Positiva	9	Sí	9
A veces	3	Moderadamente	1	Negativa	0	No	1
Rara vez / Nunca	0	Poco / Nada	2	Igual	1	Indeciso	0
				No tiene ninguna influencia	0		
<b>Total Encuestas</b>	<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10</b>



*Figura 12* Frecuencia en que la enfermedad genera mayor conciencia de la Religiosidad y Espiritualidad



*Figura 13* Grado de influencia que la Religiosidad y Espiritualidad tiene en el estado de salud del paciente

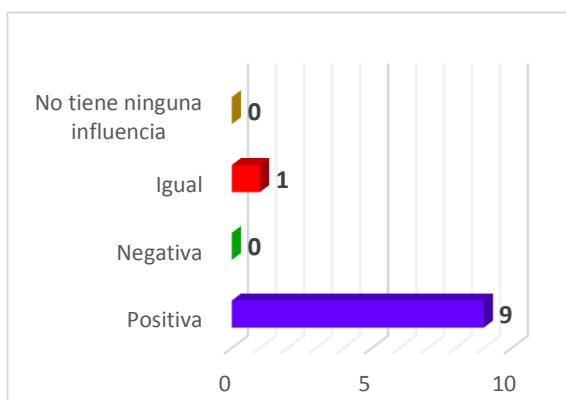


Figura 14 La influencia de la Religiosidad y Espiritualidad es positiva o negativa

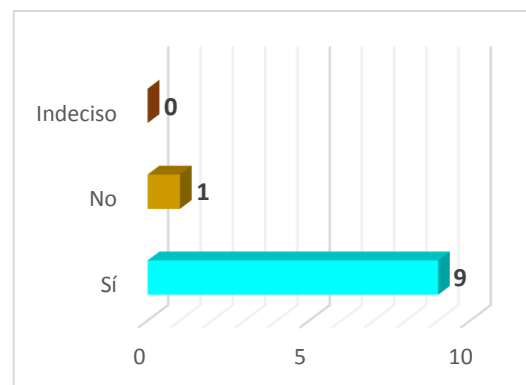


Figura 15 Dios u otro ser sobrenatural alguna vez interviene en la salud de los pacientes

Los médicos de la encuesta le otorgan a la religiosidad un efecto influyente en la conciencia de espiritualidad y religiosidad ante una enfermedad en un 70%.

El 90% establecen un impacto positivo sobre la salud y la intervención **alguna vez** del ser divino.

Al preguntársele el grado de influencia que tiene la Religiosidad y la Espiritualidad en el estado de salud de los pacientes, señalan **altamente** el 70%.

### Tabla 19.

*Registro de respuestas sobre los efectos de la enfermedad en la percepción de la espiritualidad y religiosidad en el estado de salud en forma específica (impacto).*

La Religiosidad y Espiritualidad ayuda a prevenir los resultados médicos como ataques al corazón infecciones o incluso la muerte	La Religiosidad y Espiritualidad ayuda a los pacientes a hacer frente para soportar la enfermedad y el sufrimiento	La Religiosidad y Espiritualidad ofrece a los pacientes un efecto positivo, en el estado de ánimo de sus pacientes
A menudo/ siempre	A menudo/ siempre	A menudo/ siempre
A veces	A veces	A veces
Rara vez / Nunca	Rara vez / Nunca	Rara vez / Nunca
Total Encuestas	Total Encuestas	Total Encuestas

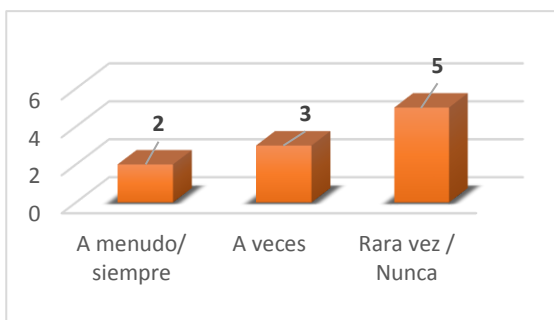


Figura 16 La Religiosidad y Espiritualidad ayuda a prevenir los resultados médicos

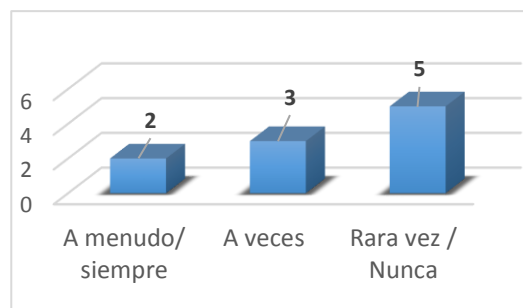


Figura 17 La Religiosidad y Espiritualidad ayuda a los pacientes a hacer frente para soportar la enfermedad y el sufrimiento

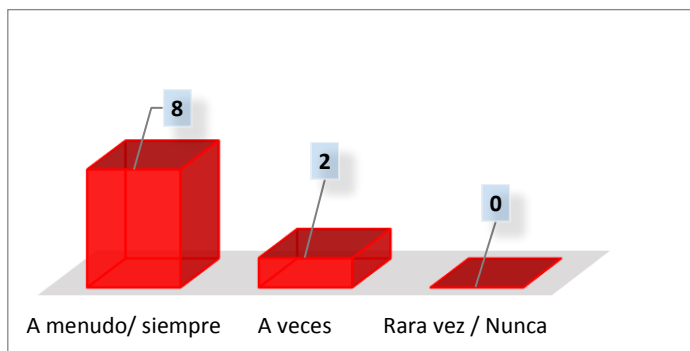


Figura 18. La Religiosidad y Espiritualidad ofrece a los pacientes un efecto positivo en el estado de ánimo de sus pacientes

En cuanto a la ayuda preventiva; contestan el 70%, **A veces-Rara vez/Nunca**.

Soporte para enfrentar la enfermedad y el sufrimiento considera el 20%.

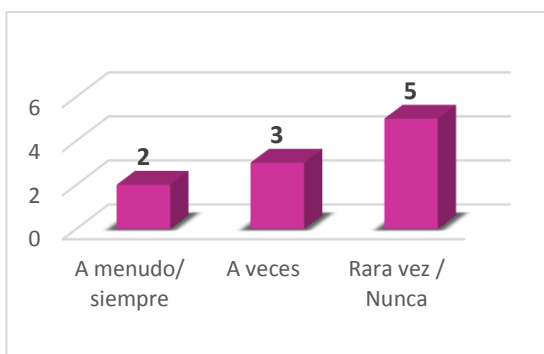
Efecto positivo en el estado de ánimo responde el 80%.

Efectos negativos de la religiosidad y la espiritualidad en los pacientes: La siguiente perspectiva permite evaluar en los encuestados la posición personal sobre la religiosidad y la espiritualidad en el proceso atencional específico.

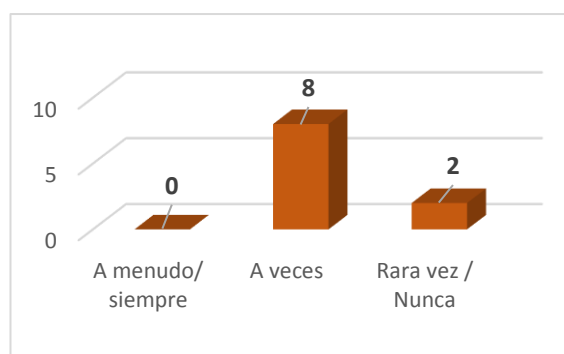
**Tabla 20.**

*Registros de respuestas sobre los efectos negativos de la religiosidad y espiritualidad.*

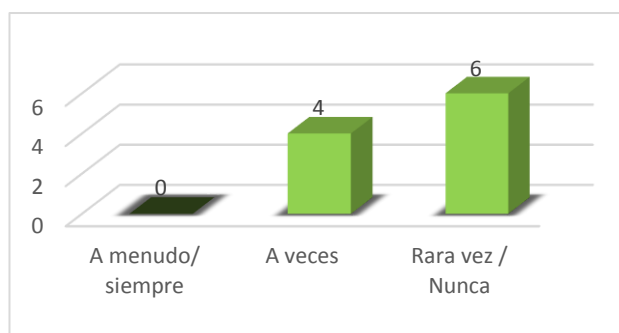
La Religiosidad y Espiritualidad causa que la culpa, ansiedad u otras emociones negativas conduzcan a un mayor sufrimiento al paciente	La Religiosidad y Espiritualidad lleva a los pacientes a rechazar, retrasar, o dejar de aceptar indicaciones de la terapia médica	Cuántas veces sus pacientes han usado la Religiosidad y Espiritualidad como una razón para eludir la responsabilidad de su propia salud			
A menudo/ siempre	2	A menudo/ siempre	0	A menudo/ siempre	0
A veces	3	A veces	8	A veces	4
Rara vez / Nunca	5	Rara vez / Nunca	2	Rara vez / Nunca	6
Total Encuestas	10	Total Encuestas	10	Total Encuestas	10



*Figura 19* La Religiosidad y Espiritualidad causa que la culpa, ansiedad u otras emociones negativas conduzcan a un mayor sufrimiento al paciente



*Figura 20* La Religiosidad y Espiritualidad lleva a los pacientes a rechazar, retrasar, o dejar de aceptar indicaciones de la terapia médica



*Figura 21* Cuántas veces sus pacientes han usado la Religiosidad y Espiritualidad como una razón para eludir la responsabilidad de su propia salud

El 50 % de los médicos consideran que la religiosidad y espiritualidad causan emociones negativas sobre el paciente entre **a veces** y **a menudo/siempre**.

El 80% responden que la religiosidad y la espiritualidad pueden afectar el plan terapéutico **a veces**.

El 40 % de los encuestados registran que **a veces** los pacientes usan la religiosidad o espiritualidad para no asumir la responsabilidad de su salud.

### Perspectiva personal de la espiritualidad en la práctica médica

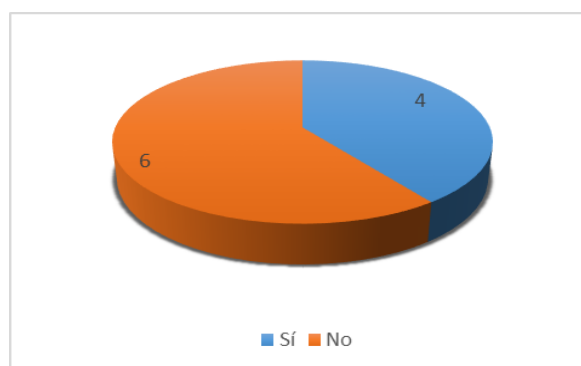
**Tabla 21**

*Registro de respuestas sobre la perspectiva personal de la espiritualidad en la práctica médica.*

Reconoce Usted la importancia de abordar la dimensión espiritual de los pacientes	10	Los efectos sobre la salud que tiene los abordajes integrales terapéuticos, en otros términos aquellos que incluyen la espiritualidad del paciente, tiene un respaldo científico suficiente	4	Cuánto tiempo dedica en su consulta médica y/o valoración hospitalaria para realizar el abordaje espiritual al paciente	4
Sí	10	Sí	4	0 minutos	4
No	0	No	6	1 minuto	3
				1-4 minutos	2
				Mayor a 4 minutos	1
Total Encuestas	10		10		10



*Figura 22* Reconoce Usted la importancia de abordar la dimensión espiritual de los pacientes



*Figura 23* Los efectos que sobre la salud tiene los abordajes integrales terapéuticos, aquellos que incluyen la espiritualidad, tiene un respaldo científico suficiente

Todos los médicos ponderan la importancia de abordar la dimensión espiritual de los pacientes.

El 40 % de los médicos consideran que los abordajes de religiosidad y espiritualidad no tiene un respaldo científico suficiente.

**Tabla 22**

*Registro de respuestas del tiempo dedicado en consulta o valoración hospitalaria para realizar el abordaje espiritual al paciente*

Cuánto tiempo dedica en su consulta médica y/o valoración hospitalaria para realizar el abordaje espiritual al paciente	
<i>0 minutos</i>	4
<i>1 minuto</i>	3
<i>1-4 minutos</i>	2
<i>Mayor a 4 minutos</i>	1
	10

El tiempo de destinación del abordaje espiritual personal en la atención médica en un 90% es menor a 4 minutos, y el 70% se encuentra en el rango de 0 a 1 minuto.

Actividad personal (abordaje) de la dimensión espiritual y religiosa en la práctica médica: El 70 % de los encuestados responden abordar la dimensión de religiosidad y espiritualidad durante su actividad médica.

El 50% de los encuestados proponen un abordaje terapéutico espiritual y religioso en la actividad médica.

En la siguiente tabla, se presenta desde el punto de vista terapéutico el abordaje espiritual que realiza el personal médico objeto de la encuesta en su respectivo servicio de hospitalización.

**Tabla 23.**

*Registro de respuestas sobre el abordaje espiritual actual y el que ofrecería*

# Encuestado	Desde el punto de vista terapéutico, qué abordaje espiritual OFRECE en su praxis médica (16)	Desde el punto de vista terapéutico, qué abordaje espiritual OFRECERÍA en su praxis médica (17)
1	Inespecífico	No Responde
2	Expresa a sus pacientes la voluntad de Dios en la evolución de la enfermedad, y la fe como medio para afrontar la enfermedad	Una Oración
# Encuestado	Desde el punto de vista terapéutico, qué abordaje espiritual OFRECE en su praxis médica (16)	Desde el punto de vista terapéutico, qué abordaje espiritual OFRECERÍA en su praxis médica (17)
3	Reconciliación con la familia Arrepentimiento de sus culpas y/o errores, Ser positivo sobre el efecto del tratamiento administrado	No Responde
4	No contesta	Que muchas veces o siempre la última palabra la Tiene Dios sin importar cuál es el diagnóstico y que si creemos en un Dios hay que tener fe y esperanza
5	Que haga un acto de reconciliación, a que iglesia pertenece	Reconocer errores, tranquilidad de conciencia, y permitir un manejo integral y positivo con fe
6	No contesta	Apoyo espiritual para mejorar el estado de ánimo y la aceptación de su estado y manejo terapéutico
7	Soporte fundamental, para entender, adherir, y llevar el manejo que requiera el paciente	No Responde
8	Ninguno	Entendimiento de la enfermedad y ofrecer la esperanza según la edad del niño
9	Mi experiencia personal de vida	No Responde
10	Depende del paciente	No Responde

**Tabla 24***Registro de respuestas sobre las causas del no abordaje espiritual*

La no realización del abordaje espiritual integrado a la conducta terapéutica es debido a:	
Falta de tiempo	7
Desconocimiento de su efecto benéfico	4
No formación humanística	2
Desconocimiento del método de intervención	4
No tiene ninguna importancia	0
Tiene efectos negativos sobre la salud	0
Total respuestas señaladas	17

Nota: se presentan respuestas múltiples.

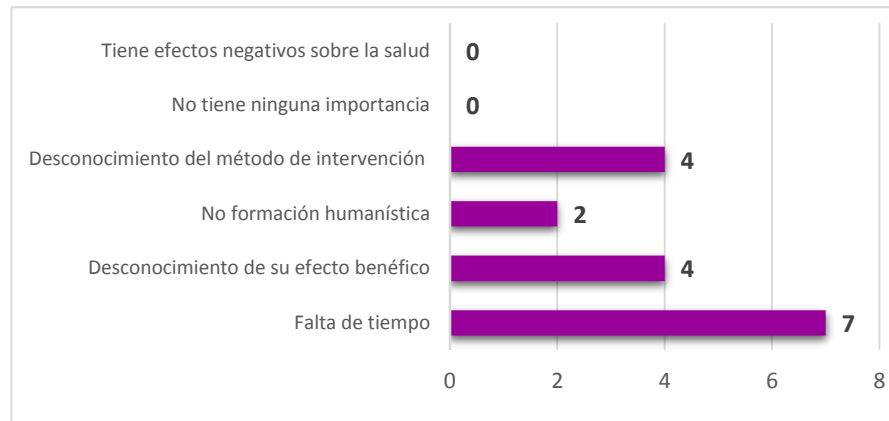


Figura 24. Respuestas sobre las causas del no abordaje espiritual

La falta de tiempo, el desconocimiento de sus efectos y el método de intervención son los motivos que más expresan los participantes de la encuesta.

## 6.5 Análisis e interpretación de la información.

### 6.5.1. Grupo primario de mejoramiento.

No se podrá realizar un análisis e interpretación de la información obtenida de la explicitación de los participantes si no se reconoce sus individualidades y generalidades como grupo dentro del escenario hospitalario.

¿Quiénes son los participantes?, son empleados de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, vinculándose a esta dinámica; una médica en calidad de gerente, una enfermera como coordinadora de su respectiva área, un médico coordinador del grupo médico general y especializado, un médico especialista en Ginecobstetricia, una auxiliar de enfermería, a su vez presidente del Sindicato, y una ingeniera a cargo de la oficina de calidad y planeación.

En común, todos hacen parte de una organización hospitalaria, cuyo objetivo es brindar servicios de salud directamente o como grupo de colaboradores y de apoyo de los asistenciales.

El grupo primario de mejoramiento, en esta oportunidad trato el tema de religiosidad, pero con anterioridad ha abordado temas circunscritos al servicio hospitalario sobre aspectos de carácter administrativo y asistencial focalizado en particular en las línea de interés institucional, como lo son la humanización de la atención en salud y la autoevaluación de los estándares de acreditación hospitalaria y ambulatoria.

Como se puede evidenciar, el grupo primario, dada su dinámica y objetivo esencial, permite abordar múltiples temas y líneas de trabajo, respetándose siempre que su fin sea la autoevaluación permanente a la luz de los estándares de calidad seguido de un plan de mejoramiento en un segundo tiempo de encuentro.

No es infrecuente temas sobre: reclamos, quejas y denuncias, generadas lamentablemente por eventos adversos o incidentes en el proceso de atención en salud, los cuales han sido tratados seria y ampliamente en los comités primarios de mejoramiento.

No es ajeno a este grupo tratar las percepciones de los usuarios que se enmarcan en la dimensión de espiritualidad, y no ha sido la primera vez que se haya citado sin aviso temático, en especial se recurre a esta estrategia en los casos de eventos adversos, entendiéndose como tal: “El resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño”. (Lineamientos para la seguridad del paciente, Ministerio de Protección Social, 2008).

Según la líder de la oficina de Calidad y Planeación de la institución afirma; que nunca una temática relacionada con la religiosidad fue tratada o expuesta en un comité primario de mejoramiento.

Por tal razón, se convierte en el primer encuentro de un grupo humano asistencial y administrativo frente una realidad cuyo discurso y su abordaje no es conocido en el interior de la institución, más cuando éste se relaciona con las creencias personales, su propia intimidad y valores doctrinales interiorizados por los pacientes.

Existen diferencias en el discurso o en la explicitación conforme a las profesiones y cargos de los participantes, se encuentra mayor profundidad y cobertura conceptual en la persona encargada de la oficina de calidad y planeación, y la persona que mayor relación tiene con sus pacientes, o mejor expone su posición de religiosidad con ellos, es la auxiliar de enfermería, en la medida que reconoce y realiza un abordaje espontaneo e incipiente en este aspecto dentro de su práctica laboral.

Los niveles de preparación o formación académica de los integrantes van desde estudio técnico a especialización tanto en el campo administrativo como médico, esto representa que las diferencias de formación en cuanto al nivel y años de estudio no se convierten en una barrera de comunicación dentro de la dinámica del grupo primario de mejoramiento.

El encuentro en líneas generales es una presentación de experiencias, impresiones y conocimientos, no avizorándose prevenciones, es más, prevaleció la espontaneidad, y las opiniones fluyeron con facilidad.

Exponen un conocimiento que surge de la experiencia, de lo que se vive en el día a día en un turno o como directivos en una jornada laboral, todos saben que existe, que está presente en cada uno de sus pacientes, incluso en ellos, pero no se explora, no se intenta descubrir, no se trata, no se incluye en su cotidianidad asistencial.

No es igual a los contenidos de los grupos primarios de mejoramiento anteriores o posteriores a este en particular encuentro, donde la tecnicidad y las prevenciones se evidencia con facilidad,

donde el rigor metodológico es exigido, los tiempos respetados, y la carga de teoría sustentadora es lo esperado.

Los encuentros presentan en algunas ocasiones seres que pretenden ser infalibles, que esgrimen su conocimiento, poder, autoridad o liderazgo., en esta ocasión no, porque nadie sabe tanto, o todos saben lo mismo, conocen la elementalidad que otorga el sentido común, pero no lo suficiente, y cuando se trata de eventos adversos o situaciones de atención inadecuada, las posiciones denotan alianzas o excesiva argumentación, es normal o natural, se trata de un juicio al desempeño, por lo contrario, en el grupo primario cuyo tema fue la religiosidad, no requirió de aliados, no se manifestaron las vanidades oratorias, no hubo un moderador o líder, a pesar de participar la primera autoridad de la empresa y el líder institucional de los grupos primarios de mejoramiento, ellos no asumieron una posición preponderante en el sentido de canalizar o destinar la atención o apreciaciones en una dirección u objetivo predeterminado.

Todo se enmarca en un transcurrir temático conversado, dialógico, y ante todo complementario en la medida que el recuso de afirmar, asentir o ampliar una opinión favoreció una continuidad lineal en la explicitación.

El tema presentado tiene un inicio preestablecido y un final que no surge de un consenso, porque no buscan esto, saben que habrá una segunda oportunidad donde construirán un plan de mejoramiento y una política institucional, lo explicitado servirá como base, y sumado a la posterior profundización sobre el tema por cada uno de ellos facilitara su ideación, contribuyendo a reafirmar, interiorizar y cumplir con el concepto de humanización como *un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano.*

De los resultados obtenidos en la explicitación de los participantes del Grupo Primario de Mejoramiento se desprende las siguientes realidades que representan integralmente aspectos de orden conceptual, institucional, prospectivo personal, posibilidades de implementación del abordaje a nivel institucional, y actitudinal como disposición de aceptación del cambio en la práctica clínica.

-Posibilitan el inicio del abordaje de la religiosidad a nivel de la práctica clínica con acciones sencillas que permitan explorar la dimensión en cuestión.

-La dimensión de religiosidad es aceptada y considerada como una necesidad de los pacientes.

-Existe una disposición prospectiva de índole espiritual y profesional de los participantes en la medida que reconocen conceptualmente; el valor de la religiosidad en la práctica asistencial, el respeto del componente de religiosidad en el paciente y su aplicabilidad previa preparación del personal.

-Resaltan en lo actitudinal; la solidaridad, la sensibilidad de las enfermeras, la diplomacia en el abordaje, la empatía y benevolencia.

-La especificidad en el aspecto procedimental se circunscribe preponderantemente; al apoyo de personas externas en calidad de líderes religiosos o expertos, oración, ritual litúrgico, rondas de personal de enfermería de carácter espiritual y preguntas exploratorias elementales de la dimensión de la religiosidad de los pacientes.

-El aspecto procedimental general está representado particularmente en; protocolización de la intervención, registro en la historia clínica de datos referentes a la dimensión, abordaje a todos los pacientes y comunicación y relación sincera generadora de confianza y empatía.

El anterior análisis permite contextualizar interpretativamente una institución hospitalaria que se enmarca en las siguientes realidades:

-La práctica médica en la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca no contempla la dimensión de la religiosidad.

-El personal médico no está preparado para abordar la dimensión de religiosidad de sus pacientes, evidenciándose en el desconocimiento de instrumentos de exploración de necesidades espirituales.

-El personal asistencial y administrativo tienen una concepción desde el punto de vista procedimental general aceptable, pero sus conocimientos sobre un abordaje específico es limitado.

### **6.5.2. Encuesta de Percepción de Religiosidad y Espiritualidad en la Atención Médica Hospitalaria.**

Al analizar los datos obtenidos desde las diferentes dimensiones de la encuesta, nos permite señalar lo siguiente:

Identificación Socio – Personal: Todos profesan una fe religiosa, predominando la filiación católica con un 80 %, teniendo en común todos los encuestados en creer la existencia de Cristo.

Predomina en el 60% de los encuestados un número de 2 hijos.

El 70% de la muestra están casados, predominando el matrimonio católico con un 50%.

Los mayores de 50 años corresponden al 50% de la muestra, con un promedio de edad global de 46,3 años, Es así que se puede caracterizar como una *población madura y creyente con una filiación religiosa definida*.

Por otro lado, encontramos que el 70 % de la población médica encuestada ha realizado una especialización en el área de la salud, y aplicables en su práctica clínica hospitalaria se evidencia en el 60% de los médicos; 2 médicos internistas, un Ginecobstetra, un ortopedista, un cirujano gastroenterólogo y un pediatra.

El peso porcentual de los médicos con especialidad clínica y/o quirúrgica representan el 60 % de la muestra, constituyéndose un grupo de profesionales con un alcance laboral que corresponde a un hospital de segundo nivel de complejidad, permitiendo por tal razón el manejo de patologías con un nivel de riesgo o severidad mayor, y altamente demandante de un abordaje de la dimensión de religiosidad.

Siete médicos son egresados de instituciones públicas. No pudiéndose establecer si en sus respectivos currículos, de igual forma en los privados, contenían como línea o materia el abordaje de la espiritualidad y/o religiosidad en la práctica clínica, aunque, como veremos posteriormente, entre las causalidades *de no realización del abordaje espiritual integrado a la conducta terapéutica, contestaron los médicos, entre otras, que es debido a razones de falta de formación humanística y desconocimiento de los efectos benéficos y modos de intervención.*

Perspectiva personal sobre la existencia de un Dios o Creador con o sin intervención: Todos los médicos creen en la intervención de un Dios viviente en el curso de la vida, 60 % contestan de un principio creador que no interviene. Resulta contradictorio que habiendo contestado mayoritariamente en la primera pregunta la existencia de un Dios interviniente, en la segunda pregunta, el principio creador que podría asimilarse a un Dios, no lo hacen, podría explicarse esta respuesta al hecho de considerar los encuestados el principio creador como una concepción espiritual que se aparta del Dios actuante, presente y determinístico.

Efectos de la enfermedad en la percepción de la espiritualidad y religiosidad y el estado de salud de los pacientes: Los médicos de la encuesta le otorgan a la religiosidad un efecto **altamente** influyente en la conciencia de espiritualidad y religiosidad ante una enfermedad en un 70%, pero el porcentaje es del 90% cuando mide el impacto positivo sobre la salud y la intervención **alguna vez** del ser divino.

Es importante en el análisis de esta perspectiva establecer la diferencia entre los efectos de la religiosidad y espiritualidad directamente sobre el **estado de salud** que es más específica por estar relacionada a la condición clínico patológica y la **influencia en la salud** que es más general porque abarca la salud sin relación a un determinado estado, en el primer caso calificaron con un 70% **altamente**, y el segundo caso con un 90% **positivamente**.

Si bien es cierto, el grupo de médicos objeto del estudio considera en un alto porcentaje la influencia positiva de la religiosidad y la espiritualidad sobre la salud de los pacientes, ante la pregunta específica de poder o efecto preventivo frente a determinadas patologías la respuesta se desvía notablemente de la esperada, en la medida que el 50% respondieron **rara vez o nunca**.

Se establece una vez más que en el grupo medico encuestado evalúan en rangos altos de frecuencia clasificada como **A menudo /siempre o positiva** el efecto o influencia sobre la salud cuando la pregunta está dirigida a la salud en general, pero cuando se hace referencia a situaciones específicas, como la prevención de patologías seleccionadas, y enfrentamiento al sufrimiento, las respuestas se agrupan en el rango de **A Veces, Raras Veces/Nunca** en un 80%.

Otra forma de análisis frente a lo inmediatamente anterior sería que: solo el 20% responden que estas dimensiones ayudan a los pacientes a enfrentar el dolor y el sufrimiento, y el 30% a veces. Otorgándole, eso sí, un efecto positivo en el estado de ánimo en un 80%.

El anterior análisis que se convierte en un hallazgo debe ser tenido en cuenta en la selección del contenido básico de intervención de la religiosidad dentro del Plan de Educación Terapéutica Hospitalaria, debido que representa desconocimiento de los efectos favorables sobre las tensiones de características psicológicas que origina la enfermedad y la carga importante de impacto preventivo contra estas.

Efectos negativos de la religiosidad y la espiritualidad en los pacientes: El 50 % de los médicos consideran que la religiosidad y espiritualidad causan emociones negativas sobre el paciente entre **a veces y a menudo/siempre**.

El 80% responden que la religiosidad y la espiritualidad pueden afectar el plan terapéutico **a veces**.

El 40 % de los encuestados registran que **a veces** los pacientes usan la religiosidad o espiritualidad para no asumir la responsabilidad de su salud.

Estas respuestas que manifiestan una **percepción negativa** de la Religiosidad y Espiritualidad por parte de los médicos frente a tres situaciones que pueden darse dentro de un plan de atención en los pacientes; emociones negativas, no cumplimiento parcial o total del plan terapéutico, y retiro de la intervención médica, pueden traducirse potencialmente en un argumento que sustente el rechazo de un abordaje educativo terapéutico por parte de los médicos tratantes.

Perspectiva personal de la espiritualidad en la práctica médica: Todos los médicos ponderan la importancia de abordar la dimensión espiritual de los pacientes, pero al contrastar esta respuesta unánime con; la percepción de la negatividad que tienen los médicos sobre el efecto de la religiosidad y la espiritualidad en los pacientes y de igual forma con los efectos sobre el estado de la salud, no representa una percepción equilibrada entre beneficios/riesgos.

El 40 % de los médicos consideran que los abordajes de religiosidad y espiritualidad no tiene un respaldo científico suficiente.

El tiempo de destinación del abordaje espiritual personal en la atención medica es muy baja, prácticamente el 90% solo dedican menos de 4 minutos, y el 70% entre 0 y 1 minuto.

Es concluyente que nos encontramos frente a un grupo humano creyente, que responde ante preguntas generales del efecto positivo de la religión y la espiritualidad sobre la enfermedad en forma favorable, pero que ante preguntas más específicas se ponen en evidencia posiciones más contundentes sobre sus no beneficios.

Los médicos encuestados en forma global no conceptúan en rangos aceptables el respaldo científico sobre este tipo de abordajes, y en la práctica médica y clínica el tiempo de dedicación no es importante por no decir que es despreciable.

De este análisis se desprende que: el personal médico que asume la responsabilidad valorativa del área de Hospitalización de la ESE Hospital San Juan de dios de Floridablanca no contempla o incorpora en sus planes de atención clínica el abordaje de la espiritualidad.

Actividad personal (abordaje) de la dimensión espiritual y religiosa en la práctica médica: Se evidencia cinco respuestas afirmativas en cuanto a la utilización de un abordaje espiritual desde el punto de vista terapéutico. Entre las respuestas específicas encontramos cuatro médicos que responden utilizando elementos o criterios que hacen parte del abordaje terapéutico en términos de espiritualidad y religiosidad, a saber:

- Reconciliación, arrepentimiento y positividad.
- Voluntad de Dios en la evolución de la enfermedad, y la fe como medio de enfrentarla.
- Reconciliación y pregunta de apertura -a que iglesia pertenece-.
- Experiencia de vida del médico.

En relación que abordaje espiritual ofrecería en la práctica médica, se encuentra cuatro respuestas individuales que permiten por su claridad registrarlas por grupos, siendo estas:

- Expresiones médicas que motivan la esperanza: la última palabra la Tiene Dios sin importar cuál es el diagnóstico y que si creemos en un Dios hay que tener fe y esperanza.
- Procedimental general y específico: reconocer errores, tranquilidad de conciencia, y permitir un manejo integral y positivo con fe, la oración, apoyo espiritual para mejorar el estado de ánimo y la aceptación de su estado y manejo terapéutico, Entendimiento de la enfermedad y ofrecer la esperanza según la edad del niño.

Se puede analizar que no se encuentra un abordaje que denote la utilización de un instrumento específico de reconocimiento o exploración de necesidades espirituales a los pacientes.

Al analizar como posibles causalidades de la no realización del abordaje espiritual integrado a la conducta terapéutica, encontramos la falta de tiempo como primera causa, seguida del desconocimiento de los efectos benéficos y métodos de intervención que unidas estarían en primer lugar con 8 respuestas.

Se podría interpretar que el factor tiempo es una variable que impide el abordaje espiritual según los médicos, pero su validación en primera instancia no corresponde a una causalidad determinante, si bien es cierto fue explicitada igualmente en el Grupo Primario de Mejoramiento, el tiempo limitado no explica la no utilización de herramientas de exploración y procedimientos específicos de manejo de la dimensión de la espiritualidad y la religiosidad en el área de hospitalización, pero si, potencialmente puede afectar un Plan Educativo Terapéutico integral debido que el tiempo no debe ser una limitante como sucede en otras actividades médicas que se someten a indicadores de rendimiento que surgen de la relación entre el número de acciones y el tiempo en minutos.

## 6.6 Elementos claves y prevalentes para la Integración de la Información como Base del Objetivo General de la tesis.

Antes de desarrollar el aspecto capitular consistente en la Selección del Contenido Básico de la Dimensión de Religiosidad en el Plan Educativo Terapéutico de los Pacientes a Nivel Hospitalario se determinaron los elementos claves y prevalentes que se convierten en premisas que deben ser tomados en cuenta en dicha selección.

La siguiente tabla contiene las premisas –no conclusiones finales- de los aspectos que hacen parte constituyente del documento en la medida que contribuyen en el cumplimiento del objetivo general de la tesis como resultado de la valoración de; contexto institucional de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, percepción de calidad institucional, referentes bibliográficos, Grupo Primario de Mejoramiento y Encuesta de Percepción de Religiosidad y Espiritualidad en la atención médica hospitalaria.

**Tabla 25.**

*Premisas que contribuyeron sinérgicamente en el cumplimiento del objetivo general de la tesis.*

Aspectos constitutivos del documento	Premisas
Contexto institucional de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca	-Su esencialidad misional depende de la calificada y humanística intervención en las actuaciones; preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitadoras. -La población que atiende son de escasos recursos económicos (población pobre no asegurada y subsidiada), predominando según el sisben el nivel I y II. -Su atención está oficialmente centrada en el paciente utilizando un enfoque de humanización atencional.
Percepción de calidad institucional	-La <b>Dimensión de Empatía:</b> Grado de atención personalizada que ofrece la entidad a sus usuarios, presenta una calificación mayor al 95 % (periodo 2015-2016- primer semestre 2017). -No se evidencia solicitudes, quejas, sugerencias o reclamos por escrito por parte de los pacientes en cuanto a temas referentes a la religiosidad. (Periodo 2015-2016-primer semestre 2017).
Referentes bibliográficos	El componente de religiosidad y espiritualidad desde el punto de vista procedimental es más profundizado en las guías de manejo clínico paliativo.

Aspectos constitutivos del documento	Premisas
Grupo primario de mejoramiento	-La práctica médica no contempla la dimensión de la religiosidad. -La dimensión de religiosidad es aceptada y considerada como una necesidad de los pacientes. -El personal médico no está preparado para abordar la dimensión de religiosidad de sus pacientes. -El personal asistencial tiene una concepción desde el punto de vista procedimental general aceptable, pero sus conocimientos sobre un abordaje específico es limitado.
Encuesta de Percepción de Religiosidad y Espiritualidad en la atención médica hospitalaria.	-Existe una percepción no equilibrada y favorable entre los efectos positivos de la religiosidad y la espiritualidad en la salud de los pacientes con respecto a la influencia negativa de estas. -No existe un conocimiento pleno o satisfactorio sobre el ejercicio o procedimientos específicos de abordaje de la religiosidad por parte de los médicos a sus pacientes.

## 6.7 Selección del Contenido Básico de la Dimensión de Religiosidad en el Plan Educativo

### Terapéutico de los Pacientes a Nivel Hospitalario.

A continuación se procede a seleccionar los contenidos básicos respetando la unidad de cuerpo que estableció el Diseño General del Proceso de Investigación de la tesis, al clasificar los contenidos desde una perspectiva normativa, actitudinal, procedimental general y procedimental específica del componente de religiosidad que se consideran en primera instancia como **contenidos generales** que puedan ser introducidos en el Plan Educativo Terapéutico dirigido a los pacientes del servicio de hospitalización de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.

Por lo anterior, el contenido básico se presentara bajo la estructura expuesta y sus respectivos criterios de selección en correspondencia a lo que se podría señalar como contexto institucional, percepción de los agentes de la institución hospitalaria representada en este caso por la explicitación realizada dentro del Grupo Primario de Salud y la Encuesta de Percepción de la Religiosidad y Espiritualidad en la Atención Medica Hospitalaria y finalmente al marco referencial externo, tomando como perspectiva orientadora lo que se denominó en su respectivo

capítulo como “Elementos claves y prevalentes para la Integración de la Información como Base del Objetivo de la tesis”.

Por tal motivo, se pueden asegurar que estos criterios serán más específicos en la medida que se adaptan a las circunstancias organizacionales, actitudinales del agente de salud, relacionales del binomio médico-paciente, y experiencias de buenas prácticas clínicas en campo de la religiosidad.

Teniendo en cuenta lo anterior se describen los **criterios generales de selección** del contenido básico:

**Normativo:** hace referencia al marco legal y normativo que exige el cumplimiento de cualquiera de los criterios relacionados con la religiosidad en los pacientes y por supuesto en la relación de este con el paciente y la institución, este criterio será incluido en el procedimental dado que por su propia naturaleza se convierte en una acción específica de cumplimiento estricto. En este caso particular los aspectos normativos se focalizan en el marco contextual de los estándares de acreditación emitidos por el Ministerio de salud de Colombia y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Actitudinal:** disposición personal para realizar una actividad en particular, en este caso es una competencia que se relaciona con el saber ser y el saber hacer cuando debe abordar la Educación Terapéutica en su componente de religiosidad. En este particular aspecto los contenidos deben ajustarse a las características de los agentes intervinientes del área de hospitalización de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca asumiendo que su disposición para la aplicación del contenido no dependerá de elevados recursos espirituales, es más la metodología utilizada predominantemente basada en entrevistas le permite desarrollar los contenidos con facilidad y recurrir según el caso a un apoyo especial.

Procedimental: son las acciones en este punto ya específicas que deben desarrollarse para abordar la educación terapéutica en su componente de religiosidad en forma sistemática y evaluable, en términos de calidad debe ser evidenciable dentro del registro de la historia clínica. Se centrara en gran medida en la conceptualización y manejo clínico de pacientes altamente demandantes de religiosidad en la atención médica, resultando finalmente en la inclusión de preguntas dirigidas a los pacientes con el fin de explorar sus necesidades espirituales y religiosas según las referidas por las diferentes fuentes bibliográficas revisadas y que por sus características pueden adaptarse a la población médica y de usuarios de la ESE.HSJF.

En consecuencia se generan los criterios de selección específicos que cumplan con las siguientes propiedades y características, no siendo excluyentes:

- Confiable y/o validado científicamente.
- Que permita un registro de la identificación de la dimensión de la religiosidad y de los hallazgos de necesidades de espiritualidad en la historia clínica.
- De fácil aplicación para una población de profesionales médicos generales y especialistas que no tienen conocimiento de abordajes de este tipo, ni experiencia en el respectivo campo hospitalario.
- De fácil aplicación para una población de pacientes con una condición social, económica y educativa correspondiente a un nivel de SISBEN (sistema de selección de beneficios para programas sociales) I y II.
- Que el abordaje de la dimensión de la espiritualidad y religiosidad contemple una metodología o instrumento de exploración y manejo de las dimensiones adaptada a las circunstancias limitantes como lo son; deficiente conocimiento previo y no abordaje de las dimensiones en la actualidad.

- Culturalmente aceptado.
- Medible, que permita evaluar su aplicación y calificar el desempeño dentro de un plan de mejoramiento institucional.
- Su aplicación no tiene un tiempo establecido en el Plan Educativo Terapéutico, parte del principio que la dimensión espiritual y de religiosidad no se limitara a un tiempo estandarizado como sí lo son los indicadores de rendimientos de evolución y de consulta médica.
- Aplicable independientemente de la fe religiosa que se profese, entendiéndose que los pacientes bajo la categoría de ateos se les aplicara el contenido solo de espiritualidad.
- No exigible para su aplicación que el agente de salud profese una fe religiosa.
- No Optativo por parte del agente de salud.
- Aceptación voluntaria por parte del paciente.
- Posibilidad de suspender el abordaje del religiosidad por pedido del paciente
- Que las necesidades espirituales establecidas por vía de preguntas tenga el tratamiento de privacidad y hagan parte integral de la historia clínica.
- Permita según el caso el manejo de la religiosidad por agentes externos en calidad de colaboradores del médico, en otros términos no sustitutivos.
- Que los contenidos puedan desarrollarse en espacios como las áreas hospitalarias y consultorios según la privacidad que se requiera.

Conforme a los criterios anteriores y orientaciones prevalentes se seleccionó el siguiente contenido básico de la Dimensión de Religiosidad en el Plan Educativo Terapéutico para Pacientes Hospitalarios de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, que consta desde el punto de vista procedimental de cuatro abordajes durante diferentes espacios de la atención asistencial realizados por el médico tratante que se describen nominalmente como; *apertura, valoración de*

*las necesidades espirituales, exploración explícita de la dimensión religiosa y apoyo participativo y/o confesional específico.*

La actividad de *apertura* consiste:

Partiendo del principio que **No** puede abordarse inmediatamente al paciente su esfera espiritual y particularmente el componente o dimensión de religiosidad, esta debe hacerse enmarcada dentro de la presentación que hace el médico tratante sobre el plan educativo terapéutico que será instaurado al paciente, es en ese preciso momento que expone la intencionalidad del plan con todos sus contenidos, para tal fin es mandatorio que el galeno explique sus objetivos y el concepto de multidimensionalidad, solo así entenderá el paciente que la valoración o exploración del componente de religiosidad hace parte integral de una acción médica y no es un recurso adicional por su estado de salud y que no va en contravía de sus derechos de declarar o no sus creencias, evitando de tal modo las barreras o predisposiciones ante el abordaje, sean estas por causa de considerar el paciente que este es un aspecto personal o que le asiste el derecho de no aceptar o declarar por considerar que estas preguntas representan una afectación o violación de sus libertades.

En conclusión, el abordaje de la religiosidad es un aspecto más dentro del plan educativo terapéutico, cumpliendo con exactitud el marco intencional de este.

Una vez explicado con claridad el plan educativo terapéutico y el concepto de multidimensionalidad particularizado al caso clínico del paciente, se procede a la primera actividad de registro en la historia de ingreso de la respuesta dada a la pregunta:

¿Profesa usted alguna creencia religiosa?

Si la respuesta es sí, ¿cuál?

Estas son preguntas abiertas, donde el sistema de registro de historia clínica de la ESE permite al médico escribir plenamente las respuestas y no limitarse a registrar tácitamente sí o no, al igual en el aspecto de filiación a: católicos, cristiano, ateo o no creyente, u otro. No se trata de un fin encuestal, es el primer contacto con el ser, convirtiéndose esta pregunta en una oportunidad de dar inicio formal y detallar posteriormente lo expresado.

Continúa el segundo abordaje con la *Valoración de las necesidades espirituales* de los pacientes, consistente:

Se desarrolla en el área hospitalaria a partir del segundo día de hospitalización, y debe realizarse en el mismo momento de valoración médica sintomática y física con el fin una vez más de crear en el paciente la conciencia que es un abordaje que hace parte integral del plan de atención.

Se basa su metodología en abordar las necesidades a través de preguntas agrupadas en dos niveles de profundización, esto se hace con el propósito de no generar por el tipo de preguntas una carga emocional que afecte al paciente.

El cuestionario es el resultado de una selección de preguntas contempladas en **modelos** de historias clínicas de necesidades espirituales y religiosas y las sugeridas o recomendadas por autoridades académicas y clínicas en el manejo especialmente de pacientes demandantes de atención paliativa, las cuales fueron tratadas y registradas en la tabla n° 5.

Se desprende que el cumplimiento de los dos niveles depende de las respuestas dadas por el paciente que determinaran el grado de disposición personal de darle o no continuidad al abordaje secuencial.

El primer nivel se basa entonces en preguntas exploratorias con la intencionalidad de generar una comunicación empática entre el médico y el paciente, provocando un ambiente de confianza que permita pasar al nivel de profundización de necesidades espirituales.

El segundo nivel se basa en preguntas exploratorias potencialmente generadoras de resistencia por parte del paciente dado que algunas de ellas confrontan al ser con su existencia, su trascendentalidad y recursos personales para afrontar la enfermedad.

Todas las respuestas deben ser registradas en la historia clínica, siendo necesario informarle al paciente que estas serán objeto de reserva.

Superado el segundo nivel de la valoración de las necesidades espirituales se procede a la *exploración explícita de la dimensión religiosa*, pudiéndose realizar inmediatamente o postergarse prudencialmente.

Su especificidad se manifiesta a través de la agrupación de preguntas relacionadas con; la fe, sus experiencias de fe, los efectos de esta sobre la salud o experiencias difíciles, y la capacidad de fortalecimiento de la fe por la enfermedad.

La continuidad del contenido básico del abordaje dependerá de las respuestas que el paciente origine según las preguntas:

¿Cómo podrían manejarse estas cuestiones por el equipo que atiende al paciente?

¿Desearía tal vez hacerlo con alguna persona en concreto? ¿Un amigo, un sacerdote, un líder espiritual o un psicólogo?

Si la respuesta direcciona la solicitud de un agente externo, la institución debe garantizarlo en calidad de coparticipante del abordaje de religiosidad.

La presencia del agente externo podrá desplegar las acciones de carácter confesional según las posibilidades que le ofrezca la institución.

Tanto en la exploración de necesidades espirituales y la exploración explícita de la dimensión religiosa, el médico tratante debe finalizar su abordaje dando la posibilidad de una continuidad y disposición de apoyo al expresar al paciente: **“En todo caso, queremos que sepa que un**

**miembro del equipo está siempre disponible para escucharle y, en la medida de lo posible, ayudarle a encontrar respuesta a sus preguntas y necesidades.**

A continuación se presenta en la tabla 26 los contenidos específicos de los diferentes abordajes que hacen parte integral del Plan Educativo Terapéutico en lo correspondiente a la dimensión de la religiosidad en la atención de los pacientes de área de hospitalización.

**Tabla 26.**

*Contenido básico de la Dimensión de Religiosidad en el Plan Educativo Terapéutico para Pacientes Hospitalarios de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca*

<i>“La espiritualidad no puede ser enseñada, tan sólo puede ser descubierta” (Mate, 2007)</i>			
Procedimental			
Área hospitalaria			
Abordajes			
Apertura	Valoración De Las Necesidades Espirituales	Exploración Explicita De La Dimensión Religiosa:	Apoyo Coparticipativo Y Confesional Específico
<b>ESPACIO DE LA ATENCIÓN MEDICA</b>			
<i>Durante el ingreso medico al servicio de hospitalización en la <b>entrevista</b> formal como aspecto que hace parte integral del abordaje semiológico clínico.</i>	<i>Después del segundo día de hospitalización (área de internación)</i>	<i>En cualquier momento después de haberse realizado la valoración de las necesidades espirituales.</i>	<i>En cualquier momento después de haberse realizado la valoración de necesidades espirituales por solicitud del paciente.</i>
1. Explicación del concepto de multidimensionalidad al paciente.	<b>Primer Nivel:</b> ¿Cómo está de ánimos? ¿Bien regular, mal, o Vd. qué diría? ¿Hay algo que le preocupe? ¿Qué es lo que más le preocupa?	Cuál es su fe o cuáles son sus creencias? ¿Qué papel juegan en el cuidado de su salud? ¿Tiene usted alguna creencia espiritual que en el pasado le ha ayudado a superar situaciones difíciles?	Identificar la posible necesidad de algún representante de la religión que facilite la celebración de ritos, medie en hábitos religiosos (oración, por ejemplo), vincule con otros miembros de la comunidad creyente,
2. Explicación del concepto de plan educativo terapéutico y sus fines al paciente particularizado al caso clínico de este.	En su situación actual, ¿qué es lo que más le ayudaría?  <b>¿Cómo podríamos nosotros como equipo de salud ayudar?</b>	¿Formas parte de un grupo espiritual o religioso? ¿Encuentra consuelo en su fe o sus creencias espirituales? ¿Y fuerza?	Solicitud a agentes pastorales con el enfermo que cumplan
3. Registro en la historia clínica de ingreso:	<b>¿Hay algo, que esté en nuestra mano, que crea podamos hacer por Vd.?</b>		

¿Profesa usted alguna creencia religiosa? Si la respuesta es sí, ¿cuál?	¿Los tiempos difíciles han fortalecido su fe o sus creencias espirituales? ¿Cómo podrían manejarse estas cuestiones por el equipo que atiende al paciente? ¿Desearía tal vez hacerlo con alguna persona en concreto? ¿Un amigo, un sacerdote, un líder religioso o un psicólogo...?	las siguientes funciones: -Evangelización -Catequesis -Lectura de los salmos. -La petición del sacramento de los enfermos, –la Unción
---	---	---

### ESPACIO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

1. Explicación del concepto de multidimensionalidad al paciente.	<b>Segundo Nivel:</b> ¿Se siente usted en paz? ¿Tiene dificultades o facilidades para alcanzar la paz o tranquilidad mental?	¿Cuál es su fe o cuáles son sus creencias? ¿Qué papel juegan en el cuidado de su salud? ¿Tiene usted alguna creencia espiritual que en el pasado le ha ayudado a superar situaciones difíciles?	Identificar la posible necesidad de algún representante de la religión que facilite la celebración de ritos, medie en hábitos religiosos (oración, por ejemplo), vincule con otros miembros de la comunidad creyente,
2. Explicación del concepto de plan educativo terapéutico y sus fines al paciente particularizado al caso clínico de este.	¿Hasta qué punto se le hace difícil la situación en que se encuentra? ¿Por qué? ¿Puede encontrar consuelo dentro de sí mismo?» ¿Se siente en conflicto o en armonía interior?	¿Formas parte de un grupo espiritual o religioso? ¿Encuentra consuelo en su fe o sus creencias espirituales? ¿Y fuerza?	Solicitud a agentes pastorales con el enfermo que cumplan las siguientes funciones:
3. Registro en la historia clínica de ingreso: ¿Profesa usted alguna creencia religiosa? Si la respuesta es sí, ¿cuál?	¿Cree que tiene una razón para vivir? ¿Siente que su vida tiene sentido?» ¿Siente que su vida ha sido productiva?	¿Los tiempos difíciles han fortalecido su fe o sus creencias espirituales? ¿Cómo podrían manejarse estas cuestiones por el equipo que atiende al paciente? ¿Desearía tal vez hacerlo con alguna persona en concreto? ¿Un amigo, un sacerdote, un líder religioso o un psicólogo...?	-Evangelización -Catequesis -Lectura de los salmos. -La petición del sacramento de los enfermos, –la Unción

**En todo caso, queremos que sepa que un miembro del equipo está siempre disponible para escucharle y, en la medida de lo posible, ayudarle a encontrar respuesta a sus preguntas y necesidades.**

## 7. Conclusiones

La dimensión de la religiosidad y de la espiritualidad no son temas nuevos en el mundo académico, científico y clínico, es más, existe una importante producción de contenidos referentes a estas dimensiones desde hace dos décadas atrás, siendo coincidente cuatro áreas problemáticas o líneas de investigación que han motivado el desarrollo de los estudios correspondientes, a saber:

1. Efectos de la religiosidad y la espiritualidad en el desarrollo o evolución de la enfermedad.
2. Diferenciación conceptual entre espiritualidad y religiosidad.,
3. Abordajes médicos integrales con fines terapéuticos.
4. Instrumentos de medición y validación de la espiritualidad y religiosidad en salud.

Resulta concluyente que las revisiones bibliográficas más extensas, y de riqueza práctica, las encontramos en las Guías Clínicas sobre cuidados Paliativos en los pacientes terminales, siendo adoptadas por lo general por las instituciones rectoras de la salud de diferentes países del mundo.

No se evidencio en la revisión bibliográfica una estructura tipo algoritmo, que permitiera una actuación secuenciada por parte de los médicos para abordar la dimensión de la religiosidad, dejando al criterio de los que adoptan y se adhieren, ejemplo, a las guías de manejo paliativo la selección del contenido procedimental.

Se coincide conceptualmente que la religiosidad y la espiritualidad son dimensiones constitutivas del ser humano, pero a pesar de esta afirmación, no hacen parte de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, no significando que estas dimensiones no hayan sido incorporadas por los grupos de expertos y de trabajo de dicha organización en diferentes temas

de programas y proyectos, siendo un ejemplo el manejo paliativo de los pacientes independientemente de la gravedad de la enfermedad.

Este vacío conceptual de la salud puede explicar el reduccionismo de la atención médica, ocasionando lo que denominan los expertos un servicio asistencial no centrado en el paciente y deshumanizado.

Por lo inmediatamente anterior, el direccionamiento ministerial Colombiano busca un enfoque de humanización para garantizar en últimas la calidad de la atención y respeto a la dignidad humana.

Se debe reconocer que la intervención espiritual o religiosa en los pacientes resulta ser una tarea difícil, debido a que el sustrato humano no ha incorporado aprendizajes significativos de conceptualización sobre la humanización de la atención médica, por la simple razón que los contenidos curriculares no la contemplan, y si lo hacen, no es un contenido tratado con profundidad.

Estandarizar criterios de religiosidad y espiritualidad, se convierte en un reto en la práctica asistencial, no obstante las barreras que se puedan generar frente a un Plan Educativo Terapéutico, su obligatoriedad permitirá por primera vez un contacto del médico frente a la dimensión, y esta vez sí en forma integral.

Al contextualizar la realidad institucional a través de los instrumentos de índole cualitativo y cuantitativo se pudo concluir que existe un reconocimiento sobre la importancia de la religiosidad y espiritualidad en la práctica médica, si bien es cierto se identifica un personal con filiación religiosa definida, un porcentaje significativo de ellos muestran un escepticismo o percepción valorativa no alta sobre los efectos de la religiosidad y espiritualidad en la salud de los pacientes cuando se trata de patologías o estados de salud específicos.

Es revelador e inquietante que a pesar de existir una coincidencia en todos ellos de la presencia o existencia de un Dios influyente, no dan una respuesta mayoritaria a la capacidad de la religiosidad y la espiritualidad de prevenir determinadas patologías, explicable tal situación por el hecho de no existir un conocimiento por lo menos básico sobre los efectos de la religiosidad y espiritualidad en la evolución de la enfermedad, este desconocimiento igualmente impacta negativamente en la práctica médica holística debido al no conocimiento de herramientas o instrumentos que le permitan abordar las dimensiones anunciadas con anterioridad.

Los diferentes actores - que bien podrían considerarse líderes de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca- mostraron en el grupo primario de mejoramiento el reconocimiento de la religiosidad como derecho, y necesidad de ser tenida en cuenta, pero evidencia una vez más el desconocimiento de prácticas específicas sobre el abordaje dentro de los tiempos de valoración hospitalaria de la dimensión de religiosidad.

El grupo primario de mejoramiento resulto ser una experiencia de autoevaluación institucional invaluable por ser la primera que se realizó en el hospital sobre el tema de religiosidad, y por otro lado evidencio los recursos personales de índole espiritual, que permitieron una dinámica; fluida, espontánea y armónica.

El panorama institucional en cuanto a la disposición o actitud de los médicos y su deficiente conocimiento sobre los abordajes integrales que contemplen las dimensiones de religiosidad y espiritual direcciono la presente investigación a contemplar contenidos con un nivel de complejidad que se adaptara a esa misma realidad, de lo contrario se estaría formulando un plan de intervención cuyo alcance sería un libreto y no una autentica praxis médica.

La construcción del contenido de religiosidad en el plan educativo terapéutico enriquecerá los criterios de valoración de los estándares relacionados con el enfoque de humanización, más cuando los criterios contemplados en los estándares de acreditación, partiendo del diagnóstico, no muestran una especificidad para evaluar la dimensión objeto de la presente investigación.

Los contenidos básicos seleccionados en la investigación superan sin lugar a duda la concepción jurídica del simple derecho al respeto de las creencias, porque va más allá del horizonte normado en la medida que la valoración médica se convierte en una dinámica de empoderamiento conjunto y vivencia espiritual compartida.

La base de construcción de los contenidos del plan educativo terapéutico fue el contexto institucional y humano en calidad de colaboradores de la esencialidad misional.

Finalmente representaría su implementación un factor diferenciador con respecto a las demás Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas de la región que no incluyen dentro de sus planes de atención hospitalarias este tipo de abordaje multidimensional, y no por ofrecer una práctica estandarizada, si no por generar un *impacto real de concreción y transcendencia en cada una de las dimensiones del ser constituido por unos componentes de construcción biológica, psicológica, social y creación espiritual.*

## 8. Recomendaciones

1. El contenido básico de intervención de la espiritualidad y la religiosidad debe ser adoptado por vía de resolución por la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.
2. Dicha resolución debe ser socializada al igual que los contenidos del plan educativo terapéutico a todos los colaboradores de la institución.
3. La intervención de la espiritualidad y la religiosidad debe convertirse en un criterio de autoevaluación institucional, por tal razón se afirma que es un criterio medible y susceptible de mejoramiento.
4. La Empresa Social del Estado en la búsqueda del mejoramiento continuo debe incorporar en el programa de educación continuada a los profesionales; temas relacionados con la religiosidad y la espiritualidad clínica.
5. Dentro del plan de mejoramiento continuo de los planes educativos terapéuticos y en especial su contenido de religiosidad debe tenerse en cuenta la percepción de la religiosidad y de su respectivo manejo, recurriendo a estudios bien sea por vía de encuestas o impresiones escritas por parte de los pacientes.
6. Las próximas investigaciones deben contemplar el impacto del contenido de la religiosidad en los planes educativos terapéuticos, en particular; percepción de calidad de vida por parte del paciente y medición del promedio de días estancia de los pacientes.
7. Debe elaborarse e incluir los criterios de religiosidad en la encuesta global institucional de percepción de calidad de la atención en salud.

## Bibliografía

Alcaldía de Bucaramanga. Plan de Desarrollo Municipio de Bucaramanga, 2016-2019. Gobierno de las ciudadanas y ciudadanos.

Bejarano, Pedro, De Jaramillo, Isa. MORIR CON DIGNIDAD, FUNDAMENTOS DEL CUIDADO PALIATIVO, Atención interdisciplinaria del paciente terminal, Santafé de Bogotá: Amazonas Editores Ltda. 1992.

Caldwell, Taylor. Médico de cuerpos y almas. San Lucas, el tercer evangelista en la Roma imperial. Madrid: Ediciones Planeta Madrid, S. A., 2012.

Carpintero, Oscar. KENNETH E. BOULDING: MÁS ALLÁ DE LA ECONOMÍA. Revista de Economía Crítica, n°14, segundo semestre 2012, ISSN 2013-5254.

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Memorias del primer foro de salud y cultura, volumen 2, para el siglo XXI: HACIA NUEVOS PARADIGMAS DESDE LOS SABERES. Barranquilla: Enero, 2002.

Espinosa Roca, Alfredo A. *Cuidados Paliativos a Enfermos Adultos Terminales en la Atención Primaria de Salud*. (Tesis para optar por el grado de doctor en ciencias médicas).

Instituto Superior de Ciencias Médicas Villa Clara “Dr. Serafin Ruiz de Zárate”.  
Cienfuegos. 2006.

GAJARDO-UGAS, Alejandra; LAVADOS-MONTES, Claudio. El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. **Persona y Bioética**, [S.l.], v. 14, n. 1, sep. 2010. ISSN 2027-5382. Disponible en:  
<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1687/263>.

Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL EN CUIDADOS PALIATIVOS, Una introducción y una propuesta. 2008. Recuperado de  
[http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo\\_9.pdf](http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf)

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar,  
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Cuarta edición. México: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2006

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar,  
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Sexta edición. México: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2014

Hueso González, Andrés, Cascant, Maria Josep, Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación, Cuadernos Docentes en Procesos de Desarrollo, Número 1, Editorial Universitat Politècnica de València, 2012. Recuperado de [https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodolog%EDa%20y%20t%E9cnicas%20cuantitativas%20de%20investigaci%F3n\\_6060.pdf?sequence=3](https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodolog%EDa%20y%20t%E9cnicas%20cuantitativas%20de%20investigaci%F3n_6060.pdf?sequence=3)

Ibáñez, Jesús. MÁS ALLA DE LA SOCIOLOGIA. El grupo de discusión: teoría y crítica: Málaga: Siglo XXI editores. 1979.

Marín, Antonio. SOCIOLOGÍA PARA LA EMPRESA. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U. 1994

Marsh, Henry. ANTE TODO NO HAGAS DAÑO. Barcelona: Ediciones Salamandra, 2016.

Maté J. Dimensió espiritual i malaltia. (27 de septiembre de 2007). Mesa redonda organizada por la Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Caixa Forum Barcelona.

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2007). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2011). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia, Versión 003. Recuperado de

<http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>

Ministerio de Salud y la Protección Social, GLOSARIO ACREDITACIÓN EN SALUD, Versión 1, Fecha Septiembre 2012.

Ministerio de Salud. (Junio de 2016). Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción). Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía completa 2016. Guía No 58. Recuperado de [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_paliativo/GPC\\_paliativo\\_completa.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/GPC_paliativo_completa.aspx)

Ministerio de la Protección Social, Decreto Numero 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo Curso de Vida. (2014). Anexo técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes.

Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.

Plan de desarrollo institucional de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, 2016-2019.

Ramírez Urrea, Julián. Medicina y Espiritualidad. Segunda edición, Medellín: Hospital Universitario de San Vicente Fundación. Octubre 2013.

Rodrigo del Blanco, María José. Charles H. Cooley. Los grupos primarios, claves del proceso civilizador, Serie de Clásicos de la Sociología, Cuadernos de Anuario Filosófico. Pamplona: SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. S.A. 2004.

Rodríguez Gómez, Gregorio, Gil Flores, Javier, García Jiménez, Eduardo. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Ajibe, S.L., 1996.

Obra Social “La Caixa”. (2016). Manual para la Atención Psicosocial y Espiritual a Personas con Enfermedades Avanzadas, Intervención Psicológica y Espiritual. Recuperado de <https://www.cop-cv.org/db/docu/161024144856kmPH8sA4OPaD.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1990). Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41759/1/WHO\\_TRS\\_804\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41759/1/WHO_TRS_804_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud, Volumen 17, 1996. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p385-387\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo, 134. Reunión, Ginebra, 20-25 de enero de 2014. Resoluciones y Decisiones. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258806/1/B134\\_2014\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258806/1/B134_2014_REC1-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2014). 67.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67-REC1/A67\\_2014\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf)

Rodríguez, Carlos Edgar. El mejoramiento continuo de la calidad en Acreditación Salud. Revista Normas y Calidad 102. Publicado el 3 de noviembre de 2014.

Reyes-Ortiz, Carlos A., *Importancia de la religión en los ancianos*. Revista Colombia Médica Vol. 29 N° 4. 1998.

Sastoque Poveda, Luis Francisco. Dignidad de la Persona Humana. Concepto Fundamental de Antropología Teológica. Bogotá: Ediciones USTA. 1993.

Setién, María Luisa. Indicadores Sociales de Calidad de Vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. 1993.

Tapia González, Bernice. Ciencias sociales y otras formas de conocimiento en Torres Rivera, Lina M. Ciencias Sociales, Segunda edición, *Sociedad y Cultura Contemporáneas*. México: International Thomson Editores, S.A. 2000. p. 75.

US National Library of Medicine, National Institutes of Health. (2005). Religious Characteristics of U.S. Physicians, A National Survey. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490160/?report=classic>

Universidad de los Andes. (8 de mayo de 2017). Médicos extranjeros participaron en encuentro sobre espiritualidad en la práctica clínica diaria. Recuperado de <http://www.uandes.cl/noticias/medicos-extranjeros-participaron-en-encuentro-sobre-espiritualidad-en-la-practica-clinica-diaria.html>

World Health Organization. Regional Office for Europe Copenhagen. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group. 1998. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/145294/E63674.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf)

## APÉNDICES

Apéndice 1. Encuesta de Percepción de la Religiosidad y Espiritualidad en la Atención Médica Hospitalaria, 2017.

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA									
La presente encuesta tiene como fin valorar la percepción que se tiene por parte del personal médico de la dimensión religiosa y espiritual en la relación médico paciente.									
Ha servido como fuente de referencia encuestal la investigación denominada: Physicians' Observations and Interpretations of the Influence of Religion and Spirituality on Health, cuyos autores son: Farr A. Curlin, MD; Sarah A. Sellergren, MA; John D. Lantos, MD; Marshall H. Chin, MD, MPH.									
AFILIACION RELIGIOSA									
CATOLICO		<input type="checkbox"/>							
CRISTIANO		<input type="checkbox"/>							
OTRA RELIGION		<input type="checkbox"/>							
NINGUNA		<input type="checkbox"/>							
EDAD		PROFESIÓN			ESPECIALIDAD				
ESTADO CIVIL									
CASADO		SOLTERO		UNION LIBRE		VIUDO			
CATOLICO	CIVIL								
UNIVERSIDAD QUE DIPLOMA (PREGRADO)									
NUMERO DE HIJOS									
1. Cree en la existencia de un Dios viviente, que interviene en el curso del mundo y en la vida humana?									
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
2. Cree en la existencia de un principio creador sin la intervención divina?									
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
3. Con qué frecuencia en sus pacientes la enfermedad aumenta una mayor conciencia sobre la Religiosidad y la Espiritualidad									
A menudo/ siempre	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Rara vez/ Nunca	<input type="checkbox"/>				
4. El grado de influencia que tiene la R/E en el estado de salud de los pacientes es:									
Altamente	<input type="checkbox"/>	Moderadamente	<input type="checkbox"/>	Poco/ Nada	<input type="checkbox"/>				
5. La influencia de la R/E en la salud es positiva o negativa?									
Positiva	<input type="checkbox"/>	Negativa	<input type="checkbox"/>	Igual	<input type="checkbox"/>	No tiene ninguna influencia	<input type="checkbox"/>		
6. ¿Piensas que Dios u otro ser sobrenatural alguna vez interviene en la salud de los pacientes?									
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	INDECISO	<input type="checkbox"/>				
7. La R/E ayuda a prevenir los resultados médicos como ataques al corazón, infecciones, o incluso la muerte									
A menudo/ siempre	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Rara vez/ Nunca	<input type="checkbox"/>				

8. La R/E ayuda a los pacientes a hacer frente para soportar la enfermedad y el sufrimiento?							
A menudo/ siempre	A veces	Rara vez/ Nunca					
9. La R/S ofrece a los pacientes un efecto positivo, en el estado de ánimo de sus pacientes?							
A menudo/ siempre	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Rara vez/ Nunca	<input type="checkbox"/>		
10. La R/S causa que la culpa, ansiedad u otras emociones negativas conduzcan a un mayor sufrimiento del paciente.							
A menudo/ siempre	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Rara vez/ Nunca	<input type="checkbox"/>		
11. La R/S lleva a los pacientes a rechazar, retrasar, o dejar de aceptar indicaciones de la terapia médica							
A menudo/ siempre	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Rara vez/ Nunca	<input type="checkbox"/>		
12. ¿Cuántas veces sus pacientes han usado la religión/espiritualidad como una razón para eludir la responsabilidad de su propia salud?							
A menudo/ siempre	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Rara vez/ Nunca	<input type="checkbox"/>		
13. Reconoce Usted la importancia de abordar la dimensión espiritual de los pacientes?							
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
14. Los efectos sobre la salud que tiene los abordajes integrales terapéuticos, en otros términos aquellos que incluye la espiritualidad del paciente, tiene un respaldo científico suficiente?							
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
15. Cuánto tiempo dedica en su consulta médica y / o valoración hospitalaria para realizar el abordaje espiritual al paciente?							
0 minutos	<input type="checkbox"/>	1 minuto	<input type="checkbox"/>	1-4 minutos	<input type="checkbox"/>	Mayor 4 minutos	<input type="checkbox"/>
16. Desde el punto de vista terapéutico, qué abordaje espiritual ofrece en su praxis médica?							
Si su respuesta a la pregunta anterior es negativa, proceda a contestar la siguiente pregunta, si no, pase a la pregunta 18							
17. Desde el punto de vista terapéutico, qué abordaje espiritual ofrecería en su praxis médica?							
18. La no realización del abordaje espiritual integrado a la conducta terapéutica es debido a:							
Falta de tiempo			<input type="checkbox"/>				
Desconocimiento de su efecto benéfico			<input type="checkbox"/>				
No formación Humanística			<input type="checkbox"/>				
Desconocimiento del método de intervención			<input type="checkbox"/>				
No tiene ninguna importancia.			<input type="checkbox"/>				
Tiene efectos negativos sobre la salud			<input type="checkbox"/>				