



**FACULTAD DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD**

TEMA:

**“PLAN GERENCIAL DE LA HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA DEL IESS EN EL ECUADOR”**

DOCENTE:

MBA. Galo Wenseslao Chávez Chimbo

AUTOR:

Dra. Karina Elizabeth Cruz Córdova

2024

RESUMEN EJECUTIVO

Este proyecto gerencial proporcionado estrategias y herramientas que permite enfocarse en los elementos más importantes del plan de humanización de las unidades de terapia intensiva, englobados en la familia, el paciente y los profesionales de la salud, fortaleciendo de esta manera los aspectos no relacionados con la ciencia y la tecnología, que garantice una prestación de atención de salud holística, protegiendo la dignidad del ser humano en armonía con la ética, la moral y los valores.

Este plan de humanización, sus estrategias y actividades se basan en la infraestructura y entorno humanizados, apertura de la UCI, colaboración de los familiares, protección del personal, y considera a la comunicación asertiva y empática en todas sus formas como la mejor herramienta de está; el camino es complejo y se requiere compromiso y determinación para cambiar la cultura tradicional de atención, el proceso de humanización es parte fundamental de la calidad de atención.

Palabras claves: Humanización, Atención holística, calidad de atención, empatía.

ABSTRACT

This management project provided strategies and tools that allow focusing on the most important elements of the humanization plan for intensive care units, encompassed by the family, the patient and health professionals, thus strengthening aspects not related to the science and technology, which guarantees the provision of holistic health care, protecting the dignity of the human being in harmony with ethics, morals and values.

This humanization plan, its strategies and activities are based on the humanized infrastructure and environment, openness of the ICU, collaboration of family members, protection of staff, and considers assertive and empathetic communication in all its forms as the best tool of this ; The path is complex and commitment and determination are required to change the traditional culture of care. The humanization process is a fundamental part of quality care.

Keywords: Humanization, Holistic care, quality of care, empathy.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	I
ABSTRACT	II
TABLA DE CONTENIDO	III
ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	9
1. ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL	9
1.1. Análisis de la Situación Actual de Gestión Gerencial	9
1.1.2 Estructura Administrativa	10
1.1.3 Financiera	12
1.1.4 Operativa	12
1.1.5 Oferta y Demanda de Servicios	13
1.1.6 Análisis geoespacial y geopolíticos	13
1.1.7 Oferta de Servicios	14
1.1.7.1 Población atendida	14
1.2 Objetivo de plan de gestión	15
1.2.1 Planteamiento del Problema	15
1.2.2 Árbol de problemas:	17
1.2.3 Justificación del planteamiento del problema	18
1.2.4 Objetivos del plan de gestión	19
CAPÍTULO II	23
2. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL DE LA INSTITUCIÓN	23
2.1 Diagnóstico de la gestión organizacional.	23
2.2 Planeamiento estratégico	24
2.3 Análisis PESTEL – FODA - CAME	25
2.3.2 Análisis FODA	28
CAPÍTULO III	31
3. DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN	31
3.1 Plan de gestión gerencial	31
3.2 Cultural organizacional:	31
Estrategias 1:	34

Estrategia 3 :	41
Estrategia 4:	45
3.4 Cronograma:	48
3.5 Presupuesto:	53
CAPITULO IV	58
4. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN	58
4.1 Evaluación del plan gerencial	59
4.2 Monitoreo del Plan	59
4.3 Evaluación del plan	64
4.4 Limitaciones	65
CAPÍTULO V	66
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1 Conclusiones	66
5.2 Recomendaciones:	67
Referencias	68

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1.....	22
TABLA N° 2.....	28
TABLA N° 3.....	29
TABLA N° 4.....	49
TABLA N° 5.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico N°1.....	11
Gráfico N°2.....	17
Gráfico N°3.....	25
Gráfico N°4.....	27

INTRODUCCIÓN

La Medicina Crítica es una área que ha tenido un crecimiento enorme, potencializado por la tecnología y avances de la ciencia, la cual la vuelve muy dinámica (Elizalde, 2018), y con una mejora notable en el pronóstico de vida de los paciente ingresados, pero también ha ocasionado que la tecnología desplace las necesidades humanas tanto de los pacientes, familiares y de personal médico a segundo plano, apoyado en muchas ocasiones por la estricta organización y normas que tienen las unidades de cuidados intensivos y las múltiples máquinas de monitoreos que se encuentren inverso los pacientes donde lo más importante son los resultados que arrojan los sistema de monitoreo sobre el estado de salud, provocando en su conjunto la deshumanización de la UCI, centrándose exclusivamente en la patología o enfermedad como el único objetivo de actuación (De la Fuente-Martos C, 2018), ocasionando el síndrome postcuidados intensivos (PICS), ya que lo pacientes que sobreviven presentan secuelas físicas, psicológicas y cognitivas, que dificulta la incorporación a su vida diaria por un tiempo prolongado, y en ocasiones de por vida, esto también puede suceder en los familiares presentando también un cuadro PICS- familiar (Calle, 2020), por ende en la últimos tiempos han existido múltiples debates en relación a la acción de humanización la atención de salud, tomando énfasis en las unidades de cuidados intensivos, Bermejo en el año 2014 define que “humanizar es todo lo relacionado con promover y proteger la salud, garantizando un ambiente que favorezca un bienestar físico, emocional, social y espiritual que está enmarcada en la dignidad intrínseca y sus derechos de todo ser humano”, (Ochoa M. , 2017) enfatizando lo que en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la “salud es un estado de complejo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de la enfermedades” (Rojas, 2019).

La conciencia del paciente que cursa por una patología no es siempre tratada con la dignidad que le es inherente, en esos momentos de fragilidad y vulnerabilidad, determinado por el sufrimiento y el miedo donde se requiere ser más humano entre nosotros mismos, mejorando a cabalidad las interacciones humanas, preservando la dignidad y los valores de cada paciente como persona única e irrepetible, incluyendo a los familiares y haciéndoles participe del proceso, respetando las diferentes esferas sociales, culturales y económicos con equidad, y no que sean tratados con frialdad e indiferentes ante su situación de salud. (Bermejo, 2014) ¿porqué sigue siendo la humanización una utopía en las unidades de terapia intensiva?, si ya la constitución del estado del Ecuador en el 2008 en su Art 32 “garantiza el derecho a la salud bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, preocupación y bioética, y enfoque de género y generacional” ¿Porque el avance tecnológico y científicos no puede ir a la par con los valores humanos?.

Se propone un proyecto gerencial para la humanización de las unidades de terapia intensiva del seguro social (IESS), proporcionado estrategias y herramientas que permite enfocarse en los elementos más importantes del plan de humanización englobados en la familia, el paciente y los profesionales de la salud, fortaleciendo de esta manera en los aspectos no relacionado con la ciencia y la tecnología, que garantice una prestación de cuidados más justa e igualitaria, adaptada a las necesidades de los pacientes y con una mejora en la calidad de atención.

CAPÍTULO I

1. ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL

1.1. Análisis de la Situación Actual de Gestión Gerencial

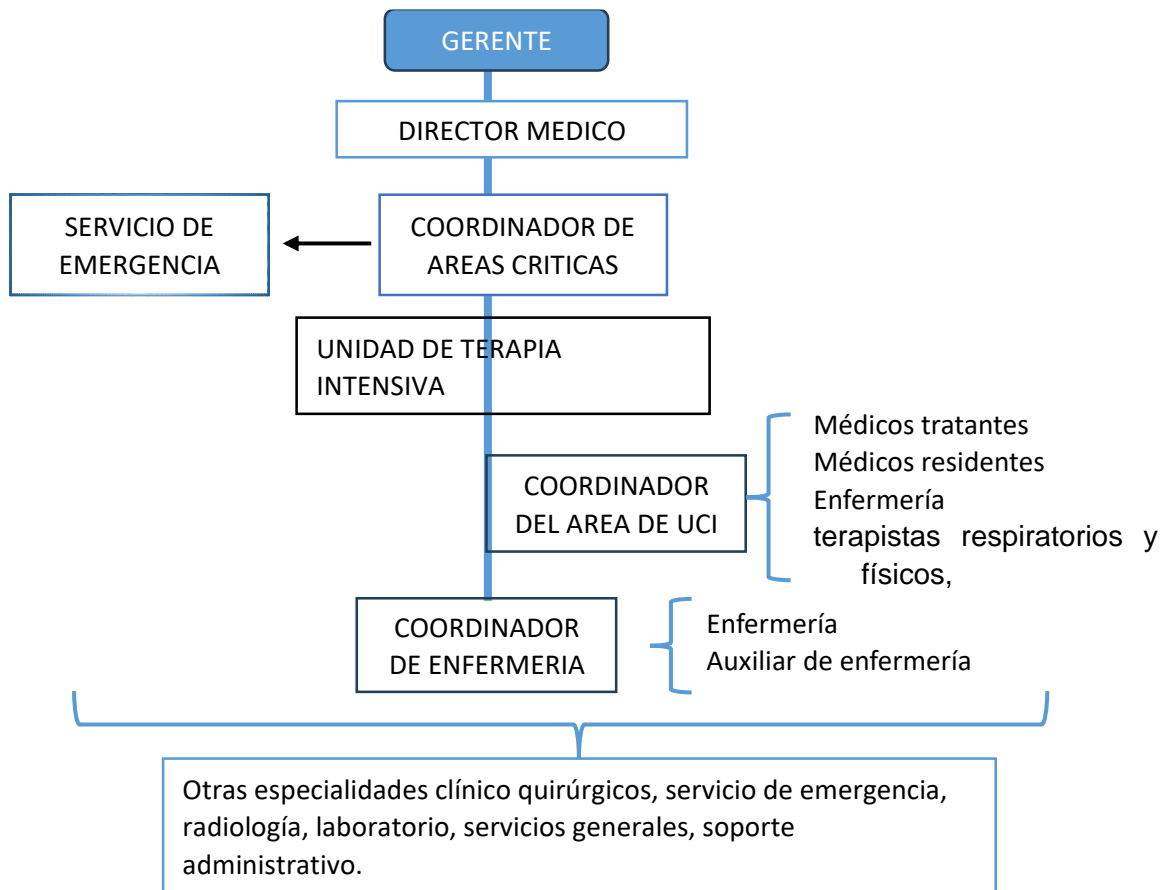
Las unidades de terapia intensiva se constituyeron con el fin de brindar atención de manera prioritaria, especializada y cuidado constante las 24 horas, a los pacientes que se encuentran en peligro de muerte, su infraestructura permite mantener y dar soporte a las funciones vitales de los pacientes que lo amerite, hasta su recuperación (Martínez, 2017), en esta área trabajan médicos, enfermeras, y distintos técnicos y paramédicos entrenados en medicina crítica. El inicio de esta especialidad no está clara, pero existen indicio desde la guerra de Napoleón Bonaparte en Egipto (1799), cuando se requirió realizar un triage de los heridos más graves; en el año 1850 durante la guerra de Crimea, la enfermera Florence Nightingale, concentro a los soldados heridos de gravedad cerca a la estación de enfermería, para mantenerlos con cuidado de enfermería constante, luego de 70 años, en 1920 Walter Dandy introdujo el concepto de recuperación postquirúrgica, debido a la necesidad de agrupar a los pacientes neuroquirúrgicos graves que requerían una vigilancia constante; la introducción de la ventilación mecánica asistida se dio en el año 1940 y 1950, por la alta incidencia de polio bulbar que ocasionaba parálisis neuromuscular, iniciandose el uso de sistemas de ventilación mecánica, conocidos pulmones de acero (pulmotor) (Granillo, 2015), y la primera unidad de terapia intensiva se formo en el hospital Comunitario de Copenhage en 1953 por Bjon Ibsen, quien es el padre de la Terapia intensiva, en el Ecuador en la decada de 1970, en el hospital Teodoro Maldonado Carbo en guayaquil, se constituye la primera unidad de cuidados coronarios (UCC), el 30 de mayo de ese mismo año en Quito se forma la primea UCI oficialmente en el hospital Carlos Andrade Marin, (Ochoa M. , 2017) y luego en el hospital Teodoro Maldonado Carbo

el 10 de octubre, a partir de ahí las unidades de cuidado intensivo, han ido evolucionando con el pasar del tiempo y hoy en día diversos hospitales tanto públicos como privados cuenta con unidades de terapia intensiva específicas para las diferentes especialidades de salud. Hasta la actualidad Ecuador cuenta con 1.607 camas de UCI a nivel nacional (Carrasco, 2021) de las cuales 377 camas de UCI corresponden a Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y del ministerio de salud pública 469 camas, las instituciones privadas con fines de lucro 868 camas según el registro de cama y egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (INEC, camas y egresos hospitalarios, 2022).

1.1.2 Estructura Administrativa

Las unidades de terapia intensiva forman parte del segundo nivel de atención y son una parte fundamente del sistema de salud del país, ofrece asistencia multidisciplinaria en un espacio específico de un hospital, cuentan con un equipo multidisciplinario y con alto grado de especialización para el manejo de los pacientes críticos, entre ellos tenemos:

Gráfico N° 1: Estructura administrativa de una unidad de cuidados intensiva



Autor: Elaborado por Karina Cruz.

- Jefe de área crítica: Desarrollo e implantación de las políticas de admisión y alta de los pacientes, protocolos asistenciales y relaciones con los familiares.
- Jefe de la UCI: es el responsable de la organización, funcionamiento y administración del área.
- Médicos tratantes: especialistas encargados del manejo directo de los pacientes
- Médicos residentes: apoyo al médico tratante para la vigilancia y manejo del paciente.
- Jefe de enfermería: responsable del proceso gerencia administrativo de la unidad en bases a sus atribuciones.

- Personal de enfermería: atención directa de los pacientes.
- Personal de apoyo: terapeutas respiratorios y físicos, laboratoristas, tecnólogos en rayos x, trabajo social, restos de especialistas.

1.1.3 Financiera

La ley de seguridad social del 2001, estipula que el Seguro General Obligatorio del IESS tiene tres fuentes de financiamiento : la aportación obligatoria de cada trabajador, la aportación obligatoria de los empleadores público y privados y la contribución del estado (Ruth Lucio, 2011), este último mediante la modificación de la constitución en el 2008, se designó un aporte a la salud de 4% de producto bruto interno (salud, 2020), para el 2023 se determinó un presupuesto de USD 3.639 millones , que equivale al 3,1% del PIB de 2022. (Tapia, 2023).

1.1.4 Operativa

Las unidades de terapia intensiva pertenecen al nivel II – III de atención de salud y brinda soporte de atención a todos los servicios de especialidades que presta el hospital, el manejo es multidisciplinario con disponibilidad las 24 horas de los servicios asistenciales y de soporte clínico - quirúrgico, como imagenología, laboratorio, banco de sangre, mantenimiento del equipamiento y diversas especialidades como anestesiólogo, cirujano general, neurocirujano, ginecólogo, cirujano torácico, cardiólogo, gastroenterólogo, etc (Alemán, 2015)

El área de Uci se requiere la necesidad presencial de un intensivista las 24 horas del día los 365 días del año, dentro de las competencias de los intensivistas en el nivel III de atención se requiere 1 intensivista por cada 4 – 5 pacientes, en el nivel II cada 6 – 10 pacientes, existen criterios claves para la admisión del paciente que se simplifica en que el paciente requiere alto nivel de cuidado y que sean recuperable con buen pronóstico, la categorización de los ingreso está basada en

la clasificación del Department of Health del Reino Unido: (Sanchez, 2010). El trabajo de enfermería es fundamental en las unidades de terapia intensiva y su relación paciente / enfermera va a estar influenciado por el estado crítico del paciente, pero se considera como referencia 2:1 (Muñoz, 2016)

1.1.5 Oferta y Demanda de Servicios

Según el Instituto nacional de estadísticas y censo (INEC) 2022, el IESS cuenta con 377 camas de terapia intensiva a nivel nacional, contando con 2.74 N° de cama por 100 mil habitantes (Torres, 2020), con una demanda en el incremento por factores que afectan la calidad de vida de la población y las comorbilidades de las mismas, teniendo una ocupación aproximadamente del 90% (Salas, 2021).

El paciente ingresado en las áreas de terapia intensiva son paciente críticos de todas las especialidades de la cartera de servicio que tiene el hospital de base, y por ende requiere un manejo multidisciplinario, con una tasa de mortalidad en el 2018, tomando como referencia el hospital Andrade Marín que oscila en el 22 %, esto esta influenciado por la condición crítica del paciente, la edad, la sepsis, las comorbilidades, la estancia hospitalaria prolonga, (Ochoa Y. G., 2021), pero en los últimos años la sobrevivencia de los paciente ingresados ha ido en aumento gracias a las investigación y tecnologías en la rama de la medicina, por ende, se ha incrementado en riesgo de presentar el síndrome postcuidados intensivos, por ellos es muy importante la supervivencia en las unidades como la calidad de vida posterior a ellos mediante la humanización de las UCIs (Sánchez, 2022)

1.1.6 Análisis geoespacial y geopolíticos

La república del Ecuador es un país pluricultural, democrático, está ubicado en la región noroccidente de américa del Sur, con una superficie de extensión de 256.370 km² según su propio gobierno, compuesto por 24 provincias (Murdo, 2014), según

el Censo de Población y Vivienda 2023, tiene una población de 16,938,986 de personas. (INEC, 2023).

El Instituto de seguro social (IESS), cuenta con 377 camas de terapia intensiva a nivel nacional, contando con 2.74 Numero de cama por 100 mil habitantes (Torres, 2020) tanto en el sector público como privado.

1.1.7 Oferta de Servicios

Las unidades de terapia intensiva polivalentes forman parte fundamental de un hospital de II y III nivel de atención, atienden a paciente con alteraciones fisiopatológica que representan una amenazada para su vida, además que requieren atención especializada las 24 horas de día con soporte cardiorrespiratorio y monitoreo continuo, de todas las especialidades clínico – quirúrgico. (Martínez, 2017). Los tipos comunes de equipos usados en la UCI incluyen monitores cardíacos, ventilación mecánica, sondas de alimentación, vías intravenosas, drenajes y catéteres.

1.1.7.1 Población atendida

Las unidades de terapia intensiva polivalente atienden a todos los pacientes afiliados al instituto de seguro social, de todas las especialidades clínico – quirúrgico, que cumplan criterios de ingreso, los cuales se engloban en pacientes que cursan un cuadro agudo y grave de una enfermedad y requieren cuidados alta complejidad y que sean recuperables. Las prioridades en el ingreso a UCI:

Prioridad I: Paciente críticamente enfermos inestables o estables, pacientes postoperatorios, que requieren monitorización continua y tratamiento invasivo, que no se puede brindar fuera de UCI. (Rodriguez, 2021)

Prioridad II: Pacientes no necesariamente críticos, pero que necesitan monitorización continua y tiene una alta probabilidad de requerir tratamiento invasivo.

Prioridad III: Pacientes críticos inestables, que cursan una patología aguda, pero esta se complica con sus patologías de base y tienen mínima posibilidad de recuperación o beneficiarse de algún tratamiento. Invasivo en UCI. Estos pacientes no son candidatos para brindar medidas de soportes extraordinarias.

Prioridad IV: No se admiten en UCI

- Demasiado bien para beneficiarse
- Demasiado enfermo para beneficiarse (Cruz, 2012)

1.1.7.2 Demanda de servicios insatisfecha

Las normas estrictas que tiene los servicios de unidad de terapia intensiva, entre ellos las restricciones de las visitas, el trato indiferente que en muchas ocasiones se presta a los familiares y paciente, ocasionan en los pacientes recuperados el síndrome postUCI que le limita una incorporación a la vida rutinaria.

1.2 Objetivo de plan de gestión

1.2.1 Planteamiento del Problema

Una de las mayores preocupaciones que enfrentan los usuarios y profesionales de la salud, durante su atención en la unidades de terapia intensiva del IESS, es la deshumanización en el sistema de salud, que es el resultado de una red de múltiples factores asociados, dinámicos Y entrelazados entre sí, de tipo sociológico, organizacional y funcionamiento del sistema sanitario, los imputables al personal de salud y lo relacionado al paciente y su entorno, dejando de lado los temas de bienestar, empatía, compasión , justicia, etc, valores englobados en la

Humanización (Rojas, 2019), sin lograr obtener una atención integral de calidad en esas circunstancias de crisis.

Cuando un paciente ingresa al área de terapia intensiva, él y sus familiares presentan un gran impacto emocional, debido a su estado de vulnerabilidad que se encuentran en ese momento; la condición crítica del paciente ocasionan que los profesionales centren su atención en el proceso patológico (tratamiento y diagnóstico), ocasionando una situación de despersonalización/ deshumanización, sin considerar que las necesidades del paciente no solo son biológicas o físicas, sino también las vinculadas a sus experiencias, valores, creencias y cultura, mediante la cual se proporciona la seguridad física, psicológica, espiritual y social de una manera personalizada, humanizada y ética que esté orientada a comprender a la persona de manera holística. (Delgado-Hito, 2023). Es muy importante enfatizar que las actuaciones deshumanizantes/humanizantes pueden no ser premeditados y pueden ser las consecuencias no deseadas de las normas culturales y las estructuras del sitio laboral. (Basile, 2021)

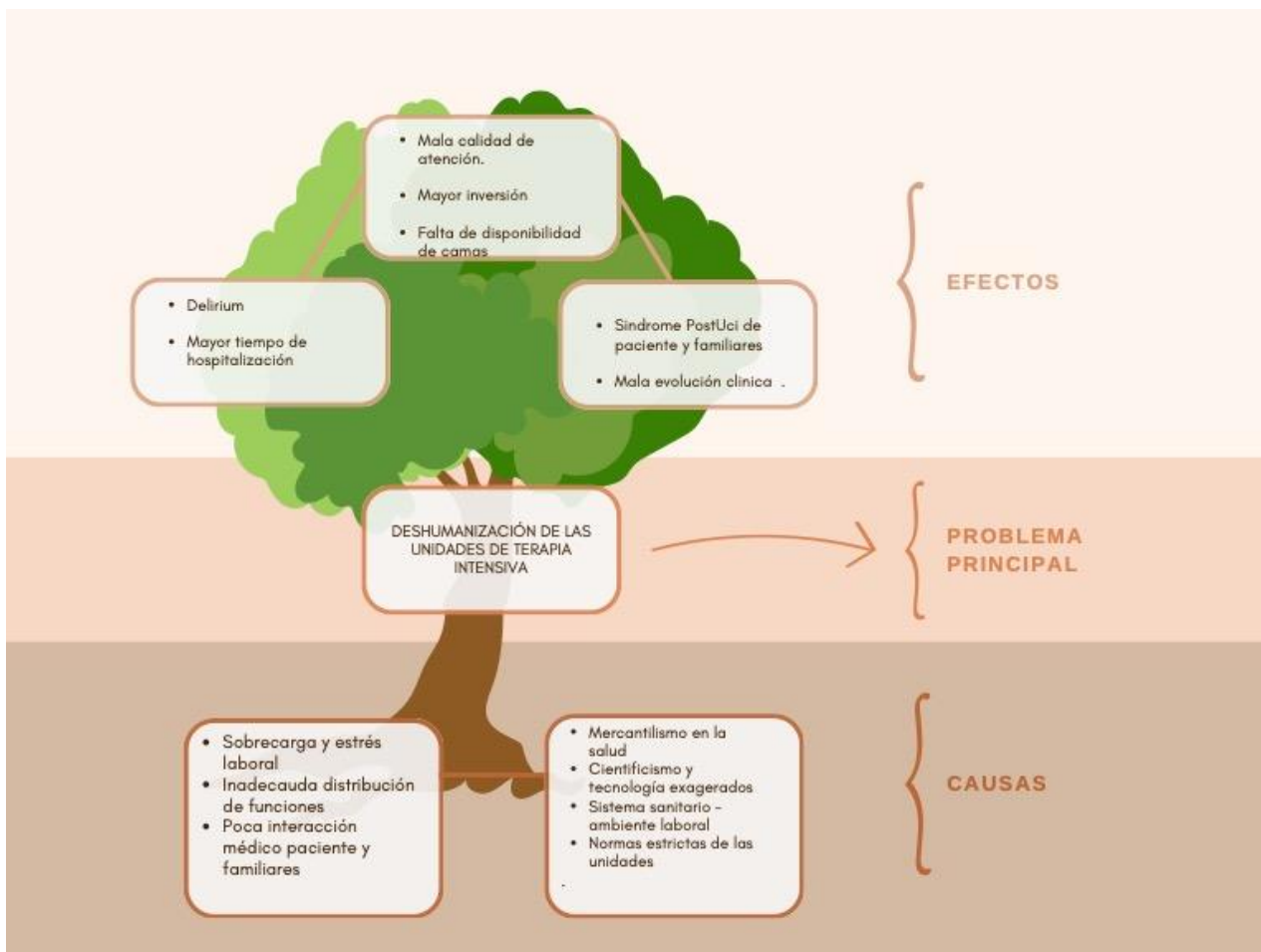
La humanización permite proteger la dignidad del ser humano en armonía con la ética, la moral y los valores, constituyendo el compromiso ético de reconocer la integridad del ser humano, con una mirada holística donde se involucre dos culturas con diferentes visiones de ver el mundo, entre ellas una que ennoblece el valor de la eficacia y eficiencia apoyado en la tecnología y la gerencia, y, por otro lado, la cultura que da la primacía al respeto por el ser humano, por su autonomía y la defensa de sus derechos. (Zambrano, 2016).

El Humanizar las unidades de terapia intensiva, permite obtener mejores resultados en la evolución clínica de los pacientes, mayor satisfacción en la familia mejorando la calidad y calidez de atención y mayor apoyo a los profesionales de la salud de las unidades, es por ello que es de gran importancia concientizar y sensibilizar al personal de salud con respecto a la humanización de la atención en las unidades

de terapia intensiva y de este modo suplir las necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social de cada uno de los pacientes.

1.2.2 Árbol de problemas:

Gráfico N° 2: Árbol de problema de la unidad de terapia intensiva.



Elaborado por Karina Cruz , 2024

1.2.3 Justificación del planteamiento del problema

“ Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”, Berard y Gubler S. XIX

El incremento de la demanda de ingresos a las unidades de terapia intensiva y las altas tasas de supervivencia, ocasionan que las secuelas físicas, mental y cognitiva sean también importantes, lo que implica generar un cambio de paradigmas en la atención de los pacientes en condiciones críticas, con la finalidad de mejorar las condiciones y calidad de vida de los pacientes ingresados en estas unidades.

En la actualidad ya se conoce, que la deshumanización causa impactos negativos sustanciales y duraderos en los pacientes y familiares, tanto físicas, psicológicas y cognitivas tales como la vergüenza, la culpa, la tristeza, la ira, la impotencia, la angustia psicológica, durante su ingreso y en su etapa de recuperación al alta, definiéndose como el Síndrome de Post Cuidado Intensivo - PICS (Post Intensive Care Syndrome) (Gómez, 2020), que está determinado por el deterioro cognitivo, físico o psicológico que presenta los pacientes posterior de su enfermedad crítica, que persiste posterior a su egreso y puede durar años, en el Ecuador no existe estadística de este síndrome, pero se considera posterior a pandemia este síndrome supero el 50 % en los sobrevivientes de la Uci, además de producir una atención deficiente y de mala calidad. (Basile, 2021).

La atención de salud en las áreas de terapia intensiva centrada en la humanización permite mejorar el cuidado de la salud a nivel físico, emocional y social, Asimismo, diferentes estudios evidencian, que solo el cambio en las normas de visita en las UCIs, redujo la incidencia de *delirium*, acortó su duración y la estancia en las UCI. La revista *Critical Care Medicine* en su artículo «*The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families*», indica la importancia de la liberación de las UCIs - ICU LIBERATION la cual permite

magnificar la dignidad humana y ayudar a preservar la autoestima en los pacientes, ambos factores amenazados durante su estancia en la UCI. (March, 2018)

Tenemos que considerar que los profesionales de la salud, son los responsables y mediadores en lograr el acoplamiento del avance de la tecnología de conocimientos entre el acogimiento de las necesidades intersubjetivas, efectuando así la humanización.

Por ende, es fundamental e importante que todos los profesionales de la salud dirijan su conocimiento al servicio de los demás, situando en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado, resaltando la dignidad humana y ofreciendo una óptima atención, comunicación e información a los usuarios, pacientes, familias y otros profesionales involucrados en el sistema.

1.2.4 Objetivos del plan de gestión

1.2.4.1 Objetivo general.

- Desarrollar un plan gerencial proyectado a la humanización de las unidades de terapia intensiva del IESS en el Ecuador.

1.2.4.2 Objetivos específicos.

- Establecer lineamientos de acción encaminadas a la humanización de las unidades de terapia intensiva.
- Promover iniciativas para proteger al profesional de salud y prevenir el síndrome de burnout.

- Sensibilizar y crear cultura al personal que se desempeña en las unidades de terapia intensiva sobre la importancia de la humanización y su efecto en el servicio de calidad y calidez

1.2.5 Selección de alternativas de solución

Para abordar la tema sobre la deshumanización que existe en las unidades de terapia intensiva, y cambiarlo a un proceso de humanización se propone un plan gerencial que involucra a todo el personal de salud, ya que ellos son capaces de generar cualquiera de las dos circunstancias durante la atención de salud, a través de protocolos eficaces y sencillos, que permitan adaptar las estructuras, procesos, servicios, normas, orientados en el cuidado de las necesidades y expectativas cambiantes de los pacientes, ofreciendo una atención de salud universal y digna, con un alto nivel de “calidad humana”, basado en valores como la comunicación asertiva, empática y compasiva, el respeto y el buen trato, palpable porque es cálido y próximo, este proyecto a la vez va a permitir concientizar al personal de salud sobre los beneficios del procesos de humanización y que constituye una parte fundamental de la calidad de atención.

En relación con las características que debe contar el plan gerencial de humanización en las unidades de terapia intensiva, contiene elementos esenciales tales como:



Elaborado por Karina Cruz

Tabla N° 1: Evaluación de alternativas y soluciones en la unidad de terapia intensiva

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD
"PLAN GERENCIAL DE LA HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DEL IESS EN EL ECUADOR"
MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

PROBLEMA	CAUSA	EFECTO	DESAFIO	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	UNIDAD DE GESTIÓN RESPONSABLE	
Deshumanización de las unidades de terapia intensiva	Sobrecarga y estrés laboral	Síndrome de Burnout	Mejorar el entorno laboral.	Analizar y adecuar las cargas de trabajo en los equipos	Departamento de Recursos humanos	
	Inadecuada distribución de funciones		Reorganizar funciones.	Revisión de entorno de trabajo seguro		
			Disminuir trámites administrativos	Habilitar espacios de descanso humanizados y adecuados para el personal de salud	Departamento de finanzas	
	Poca interacción médico, paciente y familiares	Percepción de desinterés del médico por el bienestar del paciente.	Realizar una comunicación asertiva y empática, con los pacientes y familiares		Habilitar tiempos y canales de comunicación que permitan una comunicación asertiva, afectiva y efectiva	Coordinador de unidad de terapia intensiva.
		Disconfort y desconocimiento de la evolución clínica del paciente			Adecuados espacios confortables para los familiares de los pacientes	Coordinador de las áreas críticas
					Establecer un plan de comunicación presencial y telefónica a pacientes y familiares sobre la evolución clínica y no clínica del paciente	
	Normas estrictas de las unidades de terapia intensiva	Incremento de la tasa de Delirium y síndrome PostUCI		UCIs de puertas abiertas.	Protocolizar horarios de acompañamiento que respeten las necesidades de los pacientes	Coordinador de unidad de terapia intensiva.
				Horarios de acompañamiento individualizados de acuerdo a las necesidades de cada paciente	Establecer medidas para favorecer la autonomía y la participación de pacientes y familiares	Coordinador de las áreas críticas
					Determinar condiciones que permitan el descanso de los pacientes, ej. Horarios de extracción de sangre, hora de baño, etc	
	Mercantilismo de la salud	Alto costo en la atención y pérdida de la humanización en la atención de salud		Utilizar la tecnología a favor de la humanización	Desarrollo de avances tecnológicos que fortalezcan la humanización. Ej. Wifi, biblioteca virtual	Departamento de sistema
Cientificismo y tecnología exagerada	Uso de la tecnología de información y comunicación para acercar al paciente de a sus familiares				Departamento de Recursos humanos	

Elaborado por Karina Cruz, 2024

CAPÍTULO II

2. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL DE LA INSTITUCIÓN

2.1 Diagnóstico de la gestión organizacional.

Este proyecto de plan gerencial es un tipo de investigación cualitativa, que permitirá tener un conocimiento más profundo sobre las causas de la deshumanización en las unidades de terapia intensiva de los hospitales del IESS, a la vez el método utilizado es el observacional descriptivo, ya que se enfoca en realizar una investigación exhaustiva y detallada sobre el fenómeno de estudio y sus características en su entorno natural, sin intervención alguna. (SEMAR, 2020).

El proyecto se realizara de forma metódica y bajo observación no estructurada, sin ningún tipo de instrumento y sin control de variables, partiendo en la obtención de la información sobre la problemática que se está analizando, mediante las técnica de investigación que nos permiten recolectar, procesar y analizar las fuentes de información que se requieren; Estas fuentes nos proporcionaran los datos e información de los hechos, sucesos y conocimientos del acto de deshumanización en las unidades de terapia intensiva, que nos permita contextualizar históricamente este evento y comprender los distintos modelo y acciones que se requieren emprender para mejorar la problemática situacional.

La metodología teórica, no solo actúa como marco conceptual sino que también refleja el concepto general y nos permite interpretar mediante hechos históricos y reales sobre la causas y origen de la deshumanización de las unidades de terapia intensiva y contiene principios secuenciales necesarios que se requieren para alcanzar los objetivos planteados en relación a la humanización de las mismas unidades de terapia intensiva, además es una herramienta estructurada que permite al investigador discernir patrones, relaciones causales y determinar posibles áreas

de intervención, permitiendo una conexión directa entre la teoría y la realidad evidenciada en las unidades de gestión. (Sautu, 2005).

2.2 Planeamiento estratégico

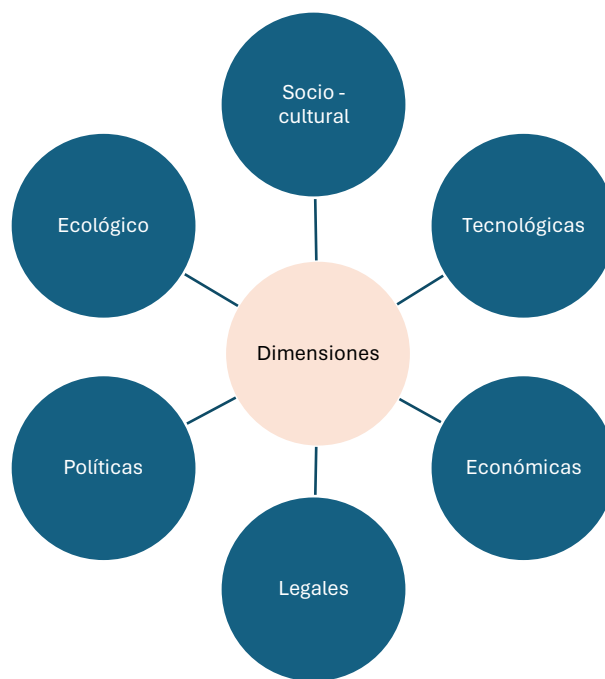
2.2.1 Análisis del entorno:

La investigación orientada en la humanización de las unidades de terapia intensiva, permite mejorar la calidad de atención y calidez del área, mediante el estudio del entorno, que es un proceso dinámico, constituyendo una herramienta clave y fundamental, permitiendo realizar un análisis temprano y efectivo de las unidades de terapia intensiva, donde se pautaran el desarrollo de las políticas, programas y proyectos, identificándose así las oportunidades, riesgo y éxito en la ejecución de las estrategias, ya que permite comprender la realidad del entorno intervenido en sus ámbitos socio-económico, político, social, cultural y científico- técnico en el que se desarrollará una determinada acción, como la conceptualización y el ajuste continuo de la acción estratégica a desarrollar para atender las demandas en un entorno cambiante (Fernández, 2020), este análisis del entorno, se base en 2 principios: el contacto externo y la acción estratégica.

En el primero no solo engloba las acciones directas en las unidades de terapia intensiva, sino también la percepción y expectativas de los familiares y pacientes en relación a su cuidado y atención, lo cual por la pluriculturalidad y diversidad social de los pacientes ingresados en esas unidades, incrementa la complejidad a la gestión organizacional, por ende el entorno social implica considerar las diferentes esferas socio- económica, socio -político, la barrera geográfica y cultura de los diferentes pacientes ingresados en las unidades de UCI, permitiendo identificar los factores que conlleva a la deshumanización de las unidades entre ellas la sobrecarga y estrés laboral, inadecuada distribución de funciones, poca interacción médico – paciente y familiares, y a la vez permite determinar las mejores acciones para lograr una atención humanizada, estableciendo una relación directa entre el entorno social, la eficacia y calidad de atención de salud.

Por ende, el sistema de salud en general, se ha visto la necesidad de desenvolverse en un entorno voluble e inestable, influenciados por fuerzas que afectan en el macroentorno de la salud tales como la globalización, el trabajo en equipo, el avance tecnológico, la calidad de la atención, la eficacia y eficiencia del servicio, pero muy pocos hospitales se han enfocado en proporcionar una atención de salud basados en la cultura de la humanización de todos los servicios que brindan, colocando énfasis en las unidades de terapia intensiva, desarrollando una cultura fuerte que trascienda la calidad y eficacia del servicio de salud. (Llanos, 2016).

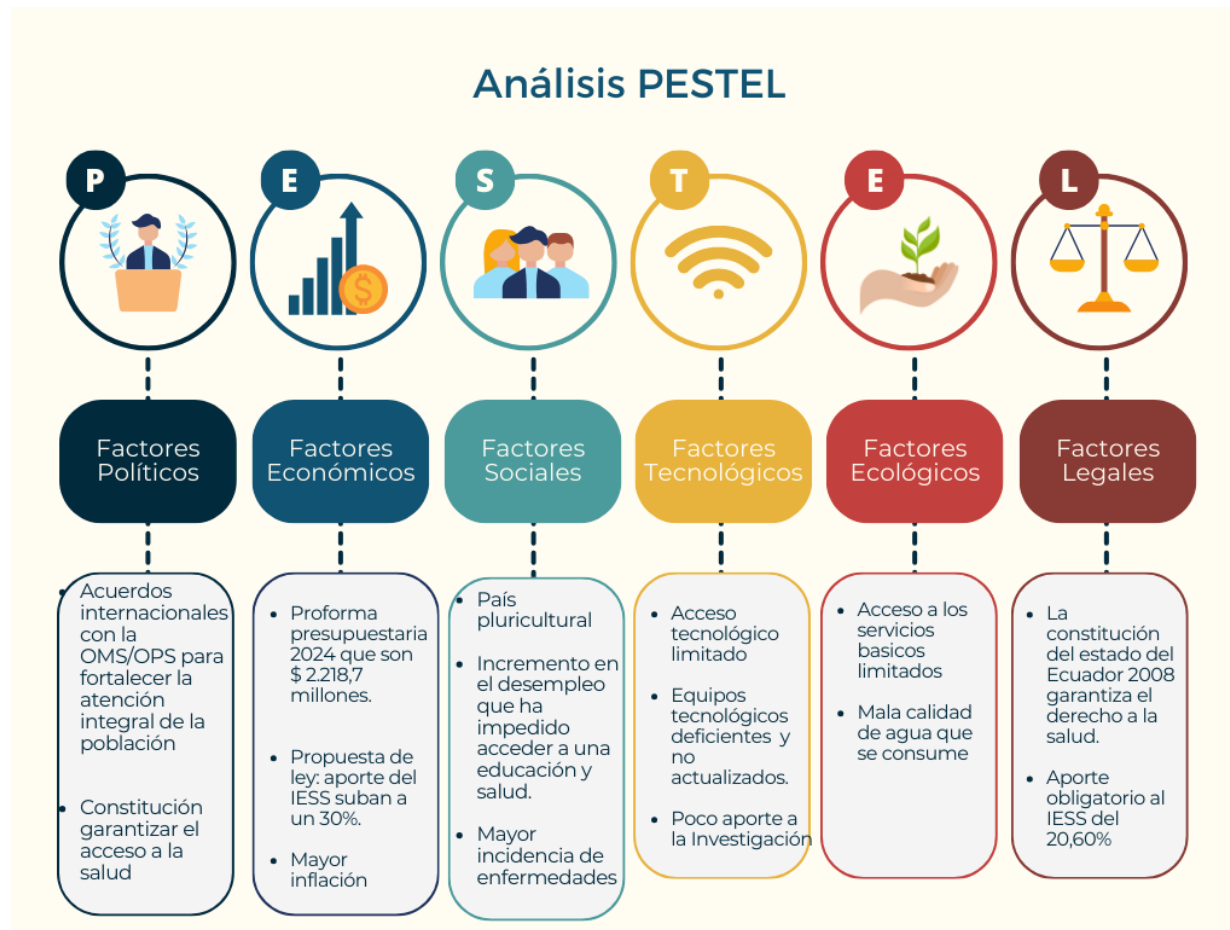
Dimensiones del entorno general:



Elaborado por Karina Cruz, fuente Porter 1982

2.3 Análisis PESTEL – FODA - CAME

Gráfico N° 3: Análisis Pestel de la Unidad de Terapia Intensiva



Elaborado por: Karina Cruz

2.3.1 Análisis de la Industria de Servicios de Salud (M. Porter)

El servicio de la salud es un conjunto de valores, normas y actores que tienen como fin desarrollar actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, con el único objetivo de proteger, restaura y promover la salud de la población en general, llevando a cabo actividades como la prevención, promover y controlar enfermedades y la atención de patologías. (Cruz, 2020)

Los hospitales se encuentran en una interacción constante tanto en el ámbito privado como público y con el medio ambiente, en este sentido su dinámica interna y su entorno constituyen una unidad dialéctica inseparable, lo cual los resultados internos del hospital, depende de su entorno en que se desenvuelve, constituyéndose 2 dimensiones: el macroambiente que está formado por las fuerzas que puede influenciar en el comportamiento del sector como el carácter económico, político, cultural, social, jurídico, ecológico , y la dimensión del sector un conjunto de empresas que producen los mismos bienes y servicios. (Fuentes, 2016)

Este análisis sirve para conocer la situación real y actual del sistema de salud y sus determinantes que han ocasionado la deshumanización de las unidades de terapia intensiva, así como el desempeño de estas, además permite identificar y determinar las acciones estratégicas y prioritarias para la realización de las políticas de salud que lleven a la humanización de la atención de las unidades de terapia intensiva, las cuales están influenciadas por factores como la competencia interinstitucional, los recursos médico que cuentan cada institución, el financiamiento institucional, los impactos de las políticas gubernamentales que producen efectos sobre la humanización de las unidades de terapia intensiva. (Baena, 2003).

Gráfico N° 4: Industria del servicio de salud.



Elaborado por Karina Cruz

2.3.2 Análisis FODA

Se realiza un análisis FODA en forma general, de todas las unidades de terapia intensiva de los hospitales del IESS

Tabla N°2: Análisis FODA de las unidades de terapia intensiva

Análisis DAFO de las unidades de terapia intensiva IESS	
Debilidades	Amenazas
D1. sobrecarga laboral	A1. Falta de personal de salud
D2. Estrés laboral	A2. Poca colaboración de los familiares
D3. Poca comunicación y no clara entre médico - Pacientes - familiar	A3. Reducción del presupuesto por el gobierno central
D4. Normativas estrictas	
D5. Espacio físico y entorno tecnificados, no confortables	A4. Cambios constante a nivel gerencial del hospital
D6. Personal médico desmotivado, con poco compromiso	
D7. Presupuesto limitado	
Fortalezas	Oportunidades
F1. Personal Especializado	O1. Atención centrada en la persona
F2. Mayor sobrevida	O2. Fortalecimiento de la Unidad de Terapia intensiva
F3. Apoyo tecnológico Avanzado	O3. Los pacientes buscan una atención con calidad y calidez
F4. Manejo Multidisciplinario	O4. Incremento de los número de afiliados

Elaborado por : Karina Cruz, 2024

Tabla N° 3: Análisis CAME de la unidad de terapia intensiva IESS
Corregir
1. Reformar las normativas de las áreas de terapia intensiva para permitir un acompañamiento oportuno a los pacientes que lo requieran , como modificar los horarios de visita según las necesidades de cada paciente
2. Rediseñar una infraestructura humanizada, centrado en mejorar el bienestar del paciente y familiares.
3. Contar con una sala adecuada de espera para los familiares y una oficina o espacio para emitir la información de sus pacientes, además los profesionales de salud tienen que tener una comunicación clara , comprensible , efectiva , asertiva y empática con los familiares y pacientes.
4. Favorecer condiciones de trabajo adecuadas para profesionales con un buen clima laboral que cuenten con entornos laborales seguros y saludables
Afrontar
1. Reorganizar horarios laborales y revalorar las necesidades de contratación según presupuesto de más especialistas
2. Con una comunicación asertiva, se espera mayor aporte y colaboración con los familiares, al contar con historia clínica hospitalaria , nos permite mayor información de los antecedentes patológicos y tratamientos
3. Permitir un acompañamiento oportuno, permite mejorar los delirium de la UCI, síndrome postUCI, con disminución de gasto y. días de hospitalización
Mantener
1. Personal capacitado constantemente
2. Mantener un manejo multidisciplinario con apoyo de la tecnología a favor de nuestros pacientes.
3. Dar mantenimiento de los equipos de soporte básicos y mantener equipos actualizados según lo requiera la unidad
4. Mantener una comunicación adecuada y de apoyo con el resto de especialidades
Explotar
1. Una atención enfocada en el paciente, permite mejorar nuestra calidad de atención y con ello nuestra referencia a nivel nacional
2. Mantener un requerimiento de espacio físico adecuado y necesario, según el incremento de nuestra población.
3. Fortalecimiento con tecnología necesaria para un adecuado manejo de los pacientes

Elaborado por: Karina Cruz

2.3.3 Cadena de Valor

Cadena de valor					
Actividades de soporte	Aprovisionamiento: compras y adquisición de los insumos, materiales y equipos para el desarrollo de los procedimientos y actividades en el área de UCI				
	Desarrollo tecnológico: equipo y tecnología de punta				
	Recursos Humanos: personal médico capacitado para el manejo de pacientes,				
	Infraestructura de la empresa : gestión gerencial, administrativa, jurídica, financiera, contable, etc				
Procesos agregadores de valor	Gestión asistencial				
	Gestión de especialidades clínico y/o Quirúrgicas	Gestión de cuidado de enfermería	Gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico	gestión de docencia e investigación	
Procesos de asesoría	Gestión de planificación	Gestión de asesoría jurídica	Gestión de comunicación	Gestión de calidad	
proceso de apoyo	Gestión de atención del usuario	Gestión de admisiones		Gestión administrativa y financiera	
Actividades primaria	Logística interna	Operaciones	Logística externa	Marketing y venta	Servicio
	Almacenamiento de insumos, materias y equipos, recepción del inventario	Mantenimiento de los equipos médicos	Pedidos, distribución, entrega y almacenaje	Posicionamiento del hospital, publicidad	Atención al usuario

Elaborado por: Karina Cruz , 2024

CAPÍTULO III

3. DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN

3.1 Plan de gestión gerencial

El plan de gestión gerencial es una herramienta administrativa, constituida por procesos como la planeación, medición y evaluación, que se encuentran coordinados entre sí, permitiendo lograr los objetivos planteados por la institución que están encaminados a brindar un servicio de salud con calidad y calidez, con la finalidad de lograr la satisfacción de las necesidades de los pacientes. (Canto, 2011), el conjunto de decisiones son el resultado de las oportunidades y peligros del entorno y a las fortalezas y debilidades internas con la finalidad de obtener ventajas competitivas. (Alvarado, 2001)

Basados en lo dicho anteriormente, este plan estratégico contiene todos los procesos y estrategias que se requieren para cumplir con el objetivo de humanización de las unidades de terapia intensiva, previo a un análisis a través del FODA y PESTEL, los cuales permiten tener una visión general de la realidad de dichas unidades y posterior a ello realizar la planificación de las acciones encaminadas al objetivo.

3.2 Cultural organizacional:

Este plan de proyecto gerencial está basado a las Unidades de terapia intensiva de los hospitales del IESS a nivel nacional:

3.2.1 Misión: Es Brindar una atención universal y digna, basada en la comunicación, el respeto, empatía, el buen trato de los pacientes de las unidades de terapia intensiva, mediante el empoderamiento de los pacientes y sus familiares, por todo el personal de las unidades que

buscan confort, calidad de vida y bienestar a través del acompañamiento en los procesos vitales más importantes del ser humano.

3.2.2 Visión: Que las unidades de terapia intensiva del IESS sean referentes en el 2028, por su modelo de atención centrados en el paciente, en el respeto a la dignidad, de la mano con el avance tecnológico y la atención humanizada como enfoque a la atención de calidad.

3.2.3 Valores

- Respeto
- Equidad
- Compromiso
- Comunicación
- Vocación al servicio
- Inclusión
- Integridad
- Compasión y empatía

3.2.4 Objetivos Institucionales:

1. Incrementar la calidad y eficiencia de atención en las unidades de terapia intensiva de IESS
2. Reforma las unidades de terapia intensiva en UCIs Humanizadas
3. Incrementar el desarrollo del talento humano en base a la Humanización de las áreas UCIS.

3.2.5 Principios Éticos

- Lealtad
- Eficiencia

- Responsabilidad
- Confidencialidad
- Imparcialidad
- Integridad
- Respeto

3.2.6 Políticas: En el numeral 5.2 de la norma ISO 9001:2015, que determina la calidad, indica que la dirección debe establecer, implementar y sostener una política de la calidad que sea adecuada al objetivo de la institución y que respalde a su dirección estratégica, además debe incluir un compromiso tactito de mejora continua en el rubro de calidad. (Tafur & Espitia, 2019).

- La dirección está comprometida en planear, desarrollar y promover, una atención de salud humanizada, basada en valores.
- El Hospital promulga el respeto a la dignidad del paciente, así como fortalece los lazos de cooperación hacia sus compañeros, el paciente y sus familiares
- El hospital cuenta con talento humano comprometido, capacitado y preparado, que permita fortalecer y establecer la cultura de humanización

3.3 Formulación del plan gerencial.

Se elaboró un plan de gestión gerencial en la labor de las unidades de terapia intensiva de los hospitales de IESS, enfocados en mejorar la atención de salud en base a los principios de la humanización de las UCIs, mediante el desarrollo de estrategias de acuerdo con el análisis situacional consolidado.

3.3.1 Gestión administrativa:

Los hospitales constituyen una organización muy compleja debido a la interacción en forma simultánea de múltiples factores como la diversidad de actividades que se realizan, los diferentes intereses tanto del personal como pacientes, y todo tipo de situaciones, por ende la gestión administrativa cumple un rol fundamental para el funcionamiento óptimo y eficiente de todo hospital o empresa, mediante la planeación, organización, integración, dirección y control de las diversas actividades y estrategias que garantice una atención de calidad. Esto incluye la gestión de recursos humanos, finanzas, tecnologías, servicios, instalaciones y procesos clínicos. (Ramírez, 2018).

Estrategias 1:

Reformar las normativas de las áreas de terapia intensiva para permitir un acompañamiento oportuno a los pacientes que lo requieran.

Actividad 1: UCIs de Puertas abiertas: El régimen de horarios de visita en las unidades de terapia intensivas son muy restringidas, ya que predomina la cultura de UCI cerrada, a pesar de que existen infinidad de investigaciones que recomiendan un régimen de puertas abiertas y la inclusión de la familia en los cuidados del paciente, ya que esto contribuye al bienestar del paciente, disminuye la ansiedad del familiar y aumenta en gran medida la percepción de la calidad de atención. Esto se requiere más aún cuando el paciente se encuentra en situación crítica o de fallecimiento inminente, apoyándolos en el proceso de duelo. El abrir las puertas de las UCIS, hace énfasis en aumentar los horarios de visita y que sean más flexibles según las condiciones clínicas del paciente, sus deseos y el área en que se encuentra, con la finalidad que los pacientes que requieran, estén acompañados el mayor tiempo posible, sin interferir en el trabajo del profesional, esto nos va a permitir mejorar la calidad, la comprensión y calidez de atención, se puede mantener

horarios individualizado en cada paciente horarios, pueden existir tres modalidades : horario abierto las 24 horas, horario diurno o visitas dos veces al día de 30 a 60 min, informando a los familiares sobre el horario amplio y flexible de su paciente según sea el caso. Para el inicio de esta actividad, se realizara reuniones con todo el personal médico del área, para realizar un consenso y determinar en forma unánime, las situaciones clínicas especiales que requieren horarios extendidos en UCIs, posteriormente a ello se elaborara un comunicado el cual estará adjunto a la puerta de visita indicando las condiciones de las misma.

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Número de pacientes con visita ordinaria / Número de paciente con horario flexible.	Registro detallado de los pacientes que requieren horarios extendidos de visita en la UCIs y su condición clínica y las actas de reuniones con el consenso establecido	El primer semestre el 100%.	Una UCIs humanizada, con mejor calidad y calidez de atención.

3.3.2 Gestión de enfermería: El equipo de enfermería son cruciales para la atención integral del paciente, de ellos depende el manejo directo de los pacientes críticos, dentro de las funciones que cumple el personal de enfermería son múltiples como administrar medicación, asistencia y cuidado integral, control de la nutrición, controlar parámetros, etc, con el fin de promocionar y proteger siempre la salud y vida de cada paciente .

- **Actividad 2: Incorporación de los familiares al manejo y cuidado del paciente:**

Las UCIs al tener un régimen de puertas cerradas, esto también limita la participación de los familiares en el cuidado del pacientes, incrementando la incertidumbre y el miedo en esos momentos tan vulnerables, si la condiciones clínicas del paciente lo requiere, se puede incorporar la participación del familiar en el cuidado del paciente entre ellos como el aseo personal, los ejercicios de fisioterapia , la administración de la comida, siempre bajo la tutela y cuidado de la enfermera o personal de salud. Que el familiar apoye en la recuperación tiene un doble efecto para el familiar y el paciente, ya que se fortalece la cercanía y la comunicación con el personal de salud.

El personal de enfermería realizará reuniones para determinar las actividades del cuidado del paciente, que se les puede incorporar a los familiares, además se realizaran capacitaciones en caso necesario.

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Número de pacientes totales/ número de paciente con apoyo familiar	Registro detallado de las actividades y del apoyo de los familiares, con firma de la licenciada a cargo.	Primer año: 100%	Una UCIs humanizada, con mejor calidad y calidez de atención ya que fortalece la cercanía y la comunicación con el personal de salud.

- **Actividad 3: Asegurar la privacidad del paciente**

En las unidades de terapia intensiva, los procesos de higiene personal y la exploración clínica por parte del médico, se realizan en muchas ocasiones, sin considerar que en el área existen otros profesiones y sin reparar en el pudor del pacientes, lo que es una falta de respeto a la dignidad y privacidad del mismo, Generalmente, los pacientes que son ingresados en las áreas, se encuentran desnudos, en muchas ocasiones innecesariamente si clínicamente están estables, lesionando su dignidad y pudor personal; se debe plantear reformar estas medidas en vestir a los pacientes que están consciente y hacer un esfuerzo adicional en proteger su privacidad. Para llevar a cabo esta actividad, se realizara reuniones del personal médico y de enfermería, para determinar el protocolo de vestimenta para los pacientes estables y en espera de pase a piso, además de elaborar normas para garantizar la intimidad del paciente entre ellas: solicitar permiso para desnudar, toca, explorar, explicando previamente el procedimiento que se va ha realizar, además enfatizara el prestar atención a la exposición física durante el traslado del paciente a estudios complementarios , se mantendrá el cubículo cerrado respetando así su espacio físico

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Registro / cumplimiento de registro	Actas de reunión de socialización con el personal	Primer semestre 100%	Proteger la dignidad del paciente

Estrategia 2:

Rediseñar una infraestructura humanizada, centrado en mejorar el bienestar del paciente y familiares.

3.3.3 Gestión financiera y económica:

Es muy importante en una institución, ya que este departamento realiza el seguimiento y la optimización de todos los recursos económicos que tiene la institución y permite realizar planificaciones financieras futuras y adquisición de fondos, proporcionar estabilidad económica y sobre todo ofrecer datos definidos en apoyo de decisiones financieras optimizando el flujo de trabajo con la asignación de recursos y fondos de manera efectiva

- **Infraestructura de las UCIs:** Las unidades de terapia intensiva, son espacios muy tecnificados donde se labora bajo presión y se toman decisiones importantes sobre la salud de cada paciente, provocando ansiedad y estrés en el personal de salud que laboran, en los pacientes y en los familiares, la infraestructura humanizada se centra en mejorar la sensación, la emoción y el bienestar de una experiencia, que no es fácil, enfocada en los tres componentes, el paciente, sus familiares y los profesiones, (Tello, 2016), por ello la infraestructura juega un papel importante que permite mejorar el estado físico y psicológicos de todos, cuidando estos factores existen múltiples beneficios como los pacientes disminuyen sus niveles de estrés y ansiedad, facilitando su recuperación y disminuyendo los días hospitalarios, en relación a los profesionales de la salud, trabajar en un espacio acogedor permiten que laboren con menos estrés , incrementando la seguridad enfermera – paciente , y ocasionando menor desgaste profesional, los familiares de los pacientes, se sentirán más acogidos y tranquilos, ya que tendrán espacios que respeten su intimidad en esos momentos difíciles además de satisfacer las necesidades . En

conclusión, la infraestructura humanizada, tiene grandes beneficios no solo físicos y psicológicos para todo, sino que también mejoran la parte económica positivamente ya que reducen los errores laborales, disminuye los días de sedación y bajas laborados por el síndrome de burnout

- **Actividad 1: Definir y evaluar las condiciones de ambiente físico relacionadas con la humanización:**

Las unidades de terapia intensiva son espacios caracterizados por tener un equipamiento altamente sofisticado, por ende se necesita tener unas instalaciones específicas y esto ocasiona ambientes pocos luminosos por luz natural y demasiado ruido ambiental, los cual supera los 40dB de día y los 20dB de noche que establece la AAP y la OMS. (Bosch & Falcó, 2017), además la ausencia de reloj, conjuntamente provocan la ausencia de referencia del tiempo y con ello alteraciones del ritmo circadiano, además la iluminación nocturna impide la secreción de melatonina, indispensable para conciliar el sueño y esto está asociado al delirio que presentan los pacientes, algunos estudios han determinado que mejorando la condición de sueño con el apagado de luces, el uso de protectores de oído y antifaces disminuye la aparición de delirio (Escudero & Viña, 2014), por ende es necesario establecer líneas de acción y estrategias donde primen el bienestar luminoso, térmico y acústico, personalizando el cubículo de cada paciente con imágenes motivadoras, con colores cálidos como el anaranjado y amarillo que se relacionan a nuestro animo, los verdes y azules nos reflejan la naturaleza, los morados son colores relacionados con lo espiritual y mantener una temperatura constante y adecuada con rangos que oscilan 21-24°C, con niveles de humedad óptimos entre 45-55%, contar con medidos de ruidos para que no excedan los valores recomendados por OMS, 40dB en el día y 20dB en la noche y sobre todo concientizar al personal la importancia de la calidad de sueño en nuestros pacientes.

- **Actividad 2: Mejorar el entorno ambiental:**

Actualmente vivimos conectados, nos relacionamos, comunicamos, infórmalos y entretenemos por medio de la tecnología, por ende es muy importante fomentar la distracción de los pacientes, mediante la instalación de televisores , música o permitir el acceso a dispositivos electrónicos que les puede proporcionar los familiares , la red inalámbrica que permite conectarse con los seres queridos, múltiples estudios han determinado que la administración excesiva de sedoanalgesia se asocia a efectos adversos como aumento del tiempo de ventilación, neumonía asociadas a ventilación, delirio, mayor estancia en uci, para ello se han considerado las medidas no farmacológicas como la musicoterapia, que ayudara no solo a disminuir la dosis de sedoanalgesia, sino que convierte la unidad en menos hostil con el objetivo de disminuir la ansiedad, el dolor, el miedo, regular las horas de sueño, disminuir el delirio.

Se realizará reuniones con el personal de salud y la gerencia para determinar las prioridades en el accionar, ajustándose al presupuesto institucional.

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Cronograma de reuniones / cumplimiento del cronograma	Registro de asistencia de todas las reuniones planificadas, con actas de acuerdo.	primer año 30%, segundo año: 30%, tercer año: 30%, cuarto año 10%	Una UCIs humanizada, con mejor relación médico- paciente – familiares, menos errores laborales y mejor manejo del estrés tanto del paciente, familiar y personal médico.

- **Gestión administrativa:**

Actividad 3: Determinar e implementar estrategias para sensibilizar al personal de la salud la importancia de guardar, silencio, respeto y confidencialidad en el área: El apoyo del personal de salud es fundamental, para llevar a cabo este proyecto, y entender este punto es muy importante, se realizarán capacitaciones sobre el tema de humanización y el gran beneficio que tiene este sobre el paciente y el personal. Se tomará referencia cursos de humanización o conocimiento sobre el tema para las nuevas contrataciones, además se Implementará un sistema de evaluación para dar seguimiento a la participación del personal de salud y el efecto en el ámbito laboral.

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Cronograma de reuniones / cumplimiento del cronograma Nº de cursos/ talleres realizados	Cronograma detallado y registro del personal a la asistencia de los cursos y talleres	En el primer semestre el 100%.	Manejos individualizados de los pacientes, mayor respeto y empatía con disminución de los estados de delirio de los pacientes.

Estrategia 3 :

- **Contar con una sala adecuada de espera para los familiares y una oficina o espacio para emitir la información de sus pacientes, además los**

profesionales de salud tienen que tener una comunicación clara, comprensible, efectiva, asertiva y empática con los familiares y pacientes, además de contar una sala adecuada para dicha función.

- **Gestión financiera y económica:**

Actividad 1: Rediseñar y/ o equipamiento de la Sala de espera confortable:

Contar con espacios de espera más cálidos y confortables para los familiares de los pacientes ingresados a terapia intensiva, asegura el bienestar de los familiares y mayor colaboración de los mismo, en esas situación de gran vulnerabilidad e intenta aliviar el dolor, las salas de espera deben contar con asientos confortables donde permita descansar al familiar, que cuenten con servicios higienes, cafetería cercana, señal de internet, televisión, debe encontrarse cerca al área de la UCI. Inicialmente se realizará reuniones entre el personal de médico y gerencial para determinar el rediseño de la sala de espera de los familiares para que sean confortables, además se incluirá a servicio varios para realizar un compromiso de la responsabilidad de mantener el área limpia, se le informara a los familiares a su ingreso las obligaciones y deberes que tienen en el cuidado del área

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Cronograma de reuniones / cumplimiento del cronograma	Encuesta a los familiares Hoja de ruta de limpieza del área	En primer semestre 40% Segundo semestre: 70% Segundo año 100%	Mas acogedor la estancia hospitalaria, con Mayor facilidad de trabajo del personal

Resultados positivos de encuestas / Resultados negativos de encuestas			médico, lo que mejora la calidad de atención
---	--	--	--

Actividad 2: Contar con una sala para dar información a los familiares: Una comunicación asertiva, clara y empática entre el personal de salud, los familiares y el paciente es la mejor herramienta de humanización en todas sus formas, la escucha activa, la mirada, el silencio, la empatía, la aceptación incondicional del otro, las respuestas asertivas y empáticas, son el punto clave de un buen proceso comunicativo. Los familiares desde el ingreso de su paciente, cursan por una situación de incertidumbre por la condición clínica de los mismos, y por lo tanto requieren estar informados constantemente sobre la evolución clínica, contar con un espacio físico confortable, donde no se dependa del tiempo transcurrido y hablar un lenguaje claro y sencillo para lograr que el familiar entienda la situación clínica es fundamental, también se tiene que definir e implementar estrategias mediante reuniones del personal médico y enfermería, orientadas al manejo del dolor, la comunicación de malas noticias de las evoluciones desfavorables, apoyo emocional por parte del servicio de psicología y espiritual durante el duelo, dar un espacio de privacidad en esos momentos es esencial. Realizar reuniones con el personal médico y gerencia para determinar un presupuesto necesario para el inicio de las modificaciones o asignar un espacio determinado sala de información, se iniciará cursos para fortalecer una comunicación efectiva, además se solicitará el apoyo del servicio de psicología para los pacientes y familiares que lo requieran o estén en proceso de duelo.

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Registro / cumplimiento de registro. Resultados positivos de encuestas / Resultados negativos de encuestas	Encuestas de satisfacción de los familiares. Acta de acuerdo con el servicio de psicología para el apoyo emocional de los familiares.	Primer año: 50% Segundo año: 50%	Familiares más colaboradores, comprensible y con menos estrés postUCI

3.3.4 Gestión de las Tecnologías de la Información y comunicaciones

Es la disciplina encargada de planificar, diseñar, implementar, monitorear y evaluar la infraestructura de tecnologías de la información que cuenta el hospital y las comunicaciones (TIC).

- Actividad 3: Realizar un monitoreo al sistema de atención al ciudadano, para identificar las quejas relacionadas con la atención deshumanizadas y darle solución:** Actualmente existe mucha disconformidad de los pacientes y familiares que cursaron hospitalización en la unidad de terapia intensiva, relacionado al trato inhumano que recibieron por parte del personal de salud en dichas unidades. Se formará un comité de humanización por el personal médico, enfermería y servicios varios, los cuales serán los responsable de realizar una monitorización trimestral de todas las quejas que se relaciones con las deshumanización de la unidad de terapia intensa para tomar correcciones y acciones en caso individualizado,

esto servirá para que la unidad tenga una retroalimentación positiva de los errores cometidos, mediante la socialización de los mismos. Se llevará un registro estricto de todas la quejas en relación a la deshumanización de la UCIs

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Número de quejas previas / número de quejas actuales.	Acta de formación del comité de humanización. Actas de Registro de queja y las medidas correctivas tomadas. Cronograma de socialización de los errores cometidos	Primer año: 100%	Mayor empatía en la atención de la salud.

- **Gestión administrativa:**

Estrategia 4:

- **Favorecer condiciones de trabajo adecuadas para profesionales con un buen clima laboral que cuenten con entornos laborales seguros y saludables.**

El síndrome de Burnout es una respuesta crónica al estrés laboral, que se caracteriza por agotamiento o cansancio emocional que puede manifestarse física o psíquicamente, produciendo una respuesta negativa distantes y fría hacia el resto de personas, además de despersonalizar los sentimientos y actitudes del individuo (Camargo, 2007), las unidades de terapia intensiva por la presencia de poco

personal médico y de enfermería ocasiona una sobrecarga de trabajo y estrés en los profesionales, Oliveria, en su investigación de Evaluación de la carga de trabajo en el postoperatorio de cirugía cardíaca según la Nursing Activities Score, realizada en el 2015, concluye que la sobrecarga de trabajo produce un incremento de fallos involuntarios durante la atención médica, entre ellos erros en la administración de medicación y/o presencia de úlceras de decúbito por la poca movilización (Oliveira, 2015), además se evidencia una mayor incidencia de síndrome de burnout, ocasionando indirectamente la deshumanización de la atención de salud, en el trabajo .

A nivel gerencial, se pueden calcular los profesionales que se requieren de acuerdo a las normativas internacionales, mejorando de esta manera la gestión de recursos humanos y con ello se garantiza la calidad de atención del paciente y mejora la eficiencia laboral.

Actividad 1: Realizar un análisis mediante encuestas anónima al personal de salud para identificar la sobrecarga laboral y la incidencia de síndrome de burnout

Se procederá a diseñar y aplicar encuestas anónimas a todo el personal, para iniciar un análisis interno y con los resultados se tomarán medidas correctivas, socializando con el nivel gerencial los resultados obtenidos.

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Total de personal / encuestas realizadas	Actas de reunión de socialización de los resultados obtenidos en el estudio	Primer año: 100%	Personal de salud mayor comprometido con

			su labor y empoderado
--	--	--	-----------------------

Gestión financiera y economía:

- **Actividad 2:** se realiza un cronograma de actividades, tanto el personal de salud conjuntamente con recursos humanos, para la revisar y reorganizar horarios para disminuir la carga laboral, a la vez solicitar presupuesto para contratación de personal.

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Reuniones con el servicio de recursos humanos para análisis los horarios laborales del personal. Incremento de recursos humanos según las normas internacionales	Actas de reuniones y cronograma	Primer año : 30% Segundo año: 70 % Tercer año: 100%	Menos ausencia de personal, lo cuales están más comprometidos con su labor.

- **Actividad 3:** Según los resultados obtenidos, establecer sesiones con el servicio de psicología, espacio donde el personal puede expresar libremente sus emociones y canalizarlas.

Indicador	Medio Verificación	Meta	Escenario Futuro
Cronograma de reuniones/ cumplimiento del mismo. <i>Asistencia del personal / reuniones programadas.</i>	Implementar un sistema de seguimiento y evaluación al personal de salud,	Primer año: 30% Segundo año: 70 % Tercer año: 100%	Mejor calidad de atención.

3.4 Cronograma:

El presente cronograma, permite organizar todas las tareas de las diferentes áreas de gestión de las unidades de terapia intensiva con la finalidad de cumplir a cabalidad el plan gerencial de la humanización de las unidades de terapia intensiva del IESS en el Ecuador, basados en los objetivos planteados cuyo propósito está orientado a mejorar la calidad de atención en dichas unidades, mediante la humanización de ese servicio.

La estructura del cronograma se basa en los doce meses del año fiscal y cada tarea planificada, está bajo la supervisión de una autoridad responsable y un determinado tiempo, todas las actividades se realizarán secuencialmente para garantizar el cumplimiento y la máxima eficacia del programa.

A continuación, se presenta el cronograma estipulado.

TABLA N 4: CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LAS UCIS															
CRONOGRAMA				MESES											
ÁREA DE GESTIÓN	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Gestión administrativa	UCIs de Puertas abiertas	Jefe de unidad	x	x	x										
	Determinar e implementar estrategias para sensibilizar al personal de la salud la importancia de guardar, silencio, respeto y confidencialidad en el área.	Jefe de docencia		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Establecer sesiones con el servicio de psicología, espacio donde el personal puede expresar libremente sus emociones y canalizarlas.	Jefe de unidad / jefe de servicio de psicología							x	x	x	x	x	x	x

	Contar con una sala para dar información a los familiares	Jefe administrativo			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Realizar un análisis mediante encuestas anónima al personal de salud para identificar la sobrecarga laboral y la incidencia de síndrome de burnout	Jefe de unidad	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gestión financiera y económica	Definir y evaluar las condiciones de ambiente físico relacionadas con la humanización	Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Mejorar el entorno ambiental	Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad						x	x	x	x	x	x	x

3.5 Presupuesto:

El siguiente presupuesto, es una proforma presupuestal que se requiere para la implementación del plan gerencial, basados en las actividades designadas en las 4 área en forma generalizada: el área organizacional, el estructural, asistencial y relacional.

Tabla N° 5: Proforma presupuestaria para la implementación de plan gerencial de humanización

PROFORMA PRESUPUESTARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PLAN GERENCIAL DE HUMANIZACIÓN

ÁREA DE GESTIÓN	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DETALLE	TOTAL
Gestión administrativa	UCIs de Puertas abiertas	Jefe de unidad	Contratación de personal de servicios varios	\$ 800
	Determinar e implementar estrategias para sensibilizar al personal de la salud la importancia de guardar, silencio, respeto y confidencialidad en el área.	Jefe de docencia	Desarrollo de cursos de humanización	\$ 600
	Establecer sesiones con el servicio de psicología, espacio donde el personal puede expresar libremente	Jefe de unidad / jefe de servicio de psicología	Abrir agenda para el personal de terapia intensiva, si se	\$1650

	<p>sus emociones y canalizarlas.</p>		<p>requiere contratar más personal</p>	
	<p>Contar con una sala para dar información a los familiares</p>	<p>Jefe administrativo</p>	<p>Disponer de mobiliario a sala determinada</p>	<p>\$ 2500</p>
	<p>Realizar un análisis mediante encuestas anónima al personal de salud para identificar la sobrecarga laboral y la incidencia de síndrome de burnout</p>	<p>Jefe de unidad</p>	<p>Realización de encuestas</p>	<p>\$ 2200</p>
<p>Gestión financiera y económica</p>	<p>Definir y evaluar las condiciones de ambiente físico relacionadas con la humanización</p>	<p>Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad</p>	<p>Infraestructura: wifi, tv, pintura, música, programa de comunicación</p>	<p>\$8500</p>

	Mejorar el entorno ambiental	Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad	Infraestructura	\$ 2800
	Rediseñar y/ o equipamiento de la Sala de espera confortable	Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad	Infraestructura : sofá cama, tv, wifi, cafetería	\$ 8600
	Revisar y reorganizar horarios para disminuir la carga laboral, a la vez solicitar presupuesto para contratación de personal.	Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad	Contratación de personal de salud	\$ 2650
Gestión de enfermería	Incorporación de los familiares al manejo y cuidado del paciente	Jefe de enfermería	Mayor adquisición de quipos de protección	\$ 1500
	Asegurar la privacidad del paciente	Jefe de enfermería	Adquisición de cortinas, divisiones	\$ 2350

Gestión de tecnología y comunicaciones	Realizar un monitoreo al sistema de atención al ciudadano, para identificar las quejas relacionadas con la atención deshumanizadas y darle solución	Jefe de comunicaciones	Personal capacitado con pago de horas extras	\$ 1000
Total Presupuesto				\$35,150

Elaborado por : Karina Cruz

CAPITULO IV

4. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

4.1 Evaluación del plan gerencial

La evaluación del plan gerencial es un componente importante en el desarrollo del proyecto, que permite realizar una apreciación sistemática y objetiva sobre el plan gerencial evaluado, mediante técnicas, analiza, mide, valora y verificar diseños, procesos y resultados con el fin de determinar si los objetivos que se trazó en nuestro plan gerencial de la humanización de las UCIs IESS, se están cumpliendo con efectividad y se está obteniendo los resultados previstos y si estos corresponde, entre otros, a cambios en materia de mejora de calidad de atención.

Chiavenato 2006 agrega que “el logro de los objetivos gerenciales diseñados y planteados determinan el éxito gerencial, de acuerdo con el grado en que los gerentes cumplan la secuencia del proceso administrativo” (Linares, 2016).

4.2 Monitoreo del Plan

MONITOREO EVALUACIÓN			MONITOREO				RESPONSABLE
ÁREA DE GESTIÓN	ACTIVIDAD	MEDIO DE CONTROL	SEMANAL	MENSUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	
	UCIs de Puertas abiertas		x				Jefe de unidad
Gestión administrativa	Determinar e implementar estrategias para sensibilizar al personal de la salud la importancia de guardar, silencio, respeto y				x		Jefe de docencia

confidencialidad en el área.						
Establecer sesiones con el servicio de psicología, espacio donde el personal puede expresar libremente sus emociones y canalizarlas.				x		Jefe de unidad / jefe de servicio de psicología
Contar con una sala para dar información a los familiares				x		Jefe administrativo
Realizar un análisis mediante encuestas anónima al		x				Jefe de unidad

	personal de salud para identificar la sobrecarga laboral y la incidencia de síndrome de burnout						
Gestión financiera y económica	Definir y evaluar las condiciones de ambiente físico relacionadas con la humanización				x		Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad
	Mejorar el entorno ambiental					x	Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad
	Rediseñar y/ o equipamiento de la Sala de espera confortable				x		Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad

	Revisar y reorganizar horarios para disminuir la carga laboral, a la vez solicitar presupuesto para contratación de personal.		x				Jefe de gestión financiera \ jefe de unidad
Gestión de enfermería	Incorporación de los familiares al manejo y cuidado del paciente		x				Jefe de enfermería
	Asegurar la privacidad del paciente	x					Jefe de enfermería
Gestión de tecnología y	Realizar un monitoreo al sistema de				x		Jefe de comunicaciones

comunicaciones	atención al ciudadano, para identificar las quejas relacionadas con la atención deshumanizadas y darle solución						
-----------------------	---	--	--	--	--	--	--

Elaborado por Karina Cruz

4.3 Evaluación del plan

Una estrategia es por un conjunto de actividades que se planifican de tal manera que la ejecución de cada una de ellas, de forma secuencial, lleva a cumplir los objetivos planteados y esto está relacionado con el crecimiento, el desarrollo y la rentabilidad de la institución.

La evaluación y control de las estrategias, permite medir el impacto que ha tenido las actividades y conocer si está acorde con los objetivos planteados, esto es un proceso holístico ya que toma como referencia datos cuantitativos y cualitativos, que nos permite conocer y comprender el alcance, su valor y la interpretación de la actividad. (Otero, 2018) , por ende es fundamental para el éxito del proyecto, ya que nos permite monitorizar los resultados de las actividades realizadas y determina si están cumpliendo los objetivos planificados e intenta encontrar las formas para mejorar la efectividad, además permite una retroalimentación del personal.

Se realizara reuniones trimestralmente, con los responsable de cada actividad con la finalidad de evaluar los avances de las actividades mediante la metodología de semaforización con la finalidad de determinar el cumplimiento de nuestros objetivos que es el desarrollar de un plan gerencial proyectado a la humanización de las unidades de terapia intensiva del iess en el Ecuador, estableciendo lineamientos de acción encaminadas a la humanización, protegiendo al personal de salud y prevenir el síndrome de burnout y sensibilizar y crear cultura sobre este tema.

Semaforización de cumplimiento	
Significado	Nivel de cumplimiento
Meta Cumplida	más del 70%
Meta parcialmente cumplida	50 - 70%
Meta incumplida	menos del 50%

Verde : Las actividades que se implementadas con éxito, están relacionadas al personal de salud y el cambio en las normativas de las UCIs. Permitiendo un mejor atención humanizada con tolerancia, empatía y respeto por el paciente y sus familiares.

Amarillo: Retrasos en la implementación debido al presupuesto limitado de los hospitales, especialmente en la infraestructura, pero con avances importantes en mejorar el entorno del paciente.

4.4 Limitaciones

Las limitaciones representan desafíos importantes en el desarrollo del proyecto, lo que dificulta llegar a los objetivos planificados, entre las principales limitaciones tenemos:

- **Financiamiento:** Los costos elevados de la implementación de una infraestructura humanizada, es el principal limitante, debido a los recursos económico limitados que cuentan los hospitales del IESS.
- **Recursos humanos:** Puede existir resistencia a los cambios en todos los niveles institucionales que conlleva este protocolo de humanización, impidiendo que este proyecto se realice a cabalidad y se logre obtener los objetivos planteados.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Realizar un plan gerencial de humanización no es fácil, ya que se requiere romper muchas paradigmas que se encuentran en la atención de salud y con mayor arraigamiento en las unidades de terapia intensa, que clásicamente siempre han estado aisladas del resto del áreas hospitalaria y de los familiares; y el compromiso del personal de salud y administrativos, para convertir la atención de cuidados intensivos en una atención holística, bajo estrategias estandarizadas a nivel mundial, este proyecto abarca las diferentes esferas de una atención humanizada centrada en la dignidad de la persona y sus derechos, mediante estrategias que fortalecen las relaciones entre personal de salud- paciente y familiares , cambio en el entorno e infraestructura hospitalaria, reformas en la condición laboral, mejorando la calidad y eficacia de la atención de las unidades de terapia intensiva.
2. El plantear la protección del personal de salud, enfocándose en el personal de enfermería, que son un pilar fundamental en la atención directa del paciente, mediante las estrategias que disminuyen el síndrome de Burnout, nos permite tener personal de salud más comprometidos, empoderado en sus funciones diarias, garantizando de esta manera la calidad de atención en las unidades.
3. Mantener cursos de humanización en el personal de salud, nos ayuda a una mejor concientización sobre este tema, además de proporcionar

herramientas necesaria para comprender las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes, reducir el estrés y ansiedad de los pacientes y personal de salud, la cual permite la transformación de la cultura tradicional a una cultura de humanización en la unidad de terapia intensiva, priorizando el bienestar del paciente y la calidad de atención.

5.2 Recomendaciones:

1. El plan gerencial de la humanización de las unidades de terapia intensiva, debe ser individualizado en cada entorno, unidad y equipo que se implemente, previo a un análisis de sus barreras y dificultades que tiene cada hospital, con objetivos y metas claras, involucrando a todo el personal del hospital tanto de salud como administrativos que son los actores de este gran cambio a la humanización.
2. Este plan gerencial representa el inicio en el enfoque de humanización de las unidades de terapia intensiva, y en este mundo tan cambiante, es importante que los hospitales se apropien de esta cultura y de manera autónoma sigan promulgando nuevas iniciativas y estrategias fortaleciendo cada vez más la cultura de la humanización, no solo a nivel de las UCIs sino a nivel institucional que tiene como objetivo una atención holística basada en el respeto, la dignidad y la empatía en el prójimo.
3. Considerando la definición que la OMS a la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, englobando una atención humanística, en futuro las nuevos proyectos gubernamentales deben centrar la construcción de las obras hospitalarias con mira y visión a tener una infraestructura humanizada que proporcione bienestar físico y ambiental para

los pacientes y personal de salud , con espacios funcionales, eficiente, ergonómicos, cálidos y amigables.

Referencias

1. Elizalde, J. (2018). El manantial de la terapia intensiva. *Anales Médico*, 306 - 311.
2. De la Fuente-Martos C, R.-A. M.-E.-A.-F.-A. (2018). Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *medicina intensiva*, 99 -108.
3. Calle, A. A. (2020). Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico . Elsevier, 122- 124.
4. Ochoa, M. (2017). Historia y evolución de la medicina Crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. *Acta colombiana de cuidados críticos*, 11.
5. Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos . *Revista Médica clínica las condes* , 120 - 125.
6. Bermejo, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Editorial desclée de brouwer S.A.
7. Martínez, A. C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica (Colegio Mexicano de medicina Crítica)*, 171-173.
8. Granillo, B. R. (2015). Historia de la medicina crítica. *Anales Medicos* , 156 - 159.
9. Carrasco, M. (9 de mayo de 2021). Ecuador tiene 1.082 camas de UCI para atender a pacientes con COVID -19, pero casi todas están ocupadas. El universo.
10. INEC. (2022). camas y egresos hospitalarios. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

11. Ruth Lucio, N. V. (2011). Sistema de salud de Ecuador . Scielo.
12. salud, O. p. (2020). LA SALUD EN LA NUEVA CONSTITUCION - ECUADOR 2008. Obtenido de <https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/comunicacion-social/Salud%20Costitu%2008.pdf#:~:text=El%20Estado%20garantizar%C3%A1%20el%20derecho%20a%20la%20salud%20mediante%20pol%C3%ADticas,la%20salud%20se%20origina%20por>
13. Tapia, E. (12 de septiembre de 2023). Salud y Educaci3n: el estado nunca ha cumplido la meta de la constituci3n. primicias.
14. Alem3n, S. D. (2015). Organizaci3n de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Gaspar Garc3a Laviana del departamento de Rivas, I -II. Universidad Nacional Aut3noma de Nicaragua.
15. Sanchez, I. P. (2010). Unidad de cuidados intensivos: est3ndares y recomendaciones. Ministerio de sanidad y politica social - Espa1a.
16. Mu1oz, M. S. (2016). Asociaci3n entre la ratio de enfermer3a y los desenlaces de los pacinetes de UCI. Estudio multic3ntrico. Elsevier, 81-83.
17. Torres, F. (2020). Latinoamerica en cuidados intensivos . Obtenido de Salud con Lupa: <https://saludconlupa.com/noticias/latinoamerica-en-cuidados-intensivos/>
18. Salas, C. C. (2021). Planeaci3n para mejorar la eficiencia creaci3n de una unidad de cuidados intermediso en el hospital de especialidades Carlos Andrade Mar3n - Quito . UDLA.
19. Ochoa, Y. G. (2021). Mortalidad bruta, neta y oculta en la undidad de terapia intensiva del hospital Jos3 Carrasco Arteaga, cuenca enero - diciembre de 2019. Universidad Catolica de Cuenca.
20. S3nchez, S. B. (2022). Sobrevicir a los Cuidados intensivos - Sindrome post UCI. NPunto, 82-103.

21. Murdo, J. M. (marzo de 8 de 2014). Britannica. Obtenido de <https://www.britannica.com/place/Ecuador>
22. INEC. (2023). Obtenido de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-crecio-en-2-5-millones-de-personas-entre-2010-y-2022/#:~:text=Quito%2C%20Ecuador%20\(13%20de%20septiembre,hombres%20suman%208%2C252%2C523%20\(48.7%25\).](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-crecio-en-2-5-millones-de-personas-entre-2010-y-2022/#:~:text=Quito%2C%20Ecuador%20(13%20de%20septiembre,hombres%20suman%208%2C252%2C523%20(48.7%25).)
23. Rodriguez, J. C. (2021). Criterios de patología que requieren ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos . *Recimundo*, 172-178.
24. Cruz, J. v. (2012). Criterios de Ingreso a UCI. Hospital General Universitario Valencia. Valencia. Obtenido de https://chguv.san.gva.es/docro/hgu/document_library/servicios_de_salud/servicios_y_unidades/Servicio_anestesia/Sesiones_clinicas/2011-2012/VALIA-Criterios_de_Ingreso_en_UCI-Sesion_SARTD-CHGUV-6-3-12.pdf
25. Delgado-Hito, P. (2023). Satisfaction of intensive care unit patients linked to clinical and organisational factors: A cross-sectional multicentre study . *Australian Critical Care*, 716- 722.
26. Basile, M. J. (2021). Humanización del paciente de la UCI: una exploración cualitativa de los comportamientos experimentados por los pacientes, los cuidadores . *Society of critical care medicine*.
27. Zambrano, M. L. (2016). LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO. *Revista cuidarte*.
28. Gómez, I. B. (2020). Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Scielo - Revista de Bioética y derecho*.

29. March, J. (2018). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Sociedad Española de Calidad Asistencial , DOI: 10.1016/j.cali.2017.10.001 .
30. SEMAR. (2020). Metodología de la investigación. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/133491/METODOLOGIA_DE_INVESTIGACION.pdf
31. Sautu, R. (2005). Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Buenos Aires: CLACSO.
32. Fernández, A. (2020). EL ANÁLISIS DEL ENTORNO: UN ENFOQUE DE PLANEACIÓN . Universidad de Veracruz.
33. Llanos, M. (2016). la cultura organizacional: Eje de acción en la gestión humana. Universidad Ecotec .
34. Cruz, P. L. (2020). Análisis estructural del sector de la salud de Colombia con el modelo de las cinco fuerzas de Porter. Universidad Santiago de Cali.
35. Fuentes, R. C. (2016). Análisis del sistema de salud del Ecuador . Revista médica. FCM, Universidad Santiago de Guayaquil.
36. Baena, E. (2003). EL ENTORNO EMPRESARIAL Y LA TEORÍA DE LAS CINCO FUERZAS COMPETITIVAS. Scientia et Technica .
37. Canto, D. (2011). GERENCIA ESTRATÉGICA Y CAPITAL HUMANO. SU PROSPECTIVA EN LOS GOBIERNOS LOCALES EN EL CONTEXTO VENEZOLANO. Revista Ciencias Estratégicas, Vol. 19, núm. 26.
38. Alvarado, T. (2001). METODOLOGIA PARA ELABORAR UN PLAN ESTRATEGICO Y REDISEÑO ORGANIZACIONAL DE UNA UNIDAD DE PRODUCCION AGROPECUARIA. Revista Mexicana de agronegocios.

39. Tafur, G., & Espitia, D. (2019). La humanización como eje central para garantizar una atención integral en salud, caso de estudio en una empresa social del estado. Universidad libre .
40. Ramírez, B. I. (2018). La gestión administrativa y la calidad de los servicios de salud en instituciones pequeñas en Mazatlán, Sinaloa. Área de investigación: Administración de la micro, pequeña y mediana empresa. Universidad autónoma de Sinaloa.
41. Tello, V. G. (2016). Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-infraestructura-humanizada-uci-un-reto-S1130239916300554>
42. Bosch, A., & Falcó, A. (2017). Factores ambientales de luz y ruido en las unidades de cuidados intensivos. Anales de pediatría.
43. Escudero, D., & Viña, L. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva .
44. Camargo, J. M. (2007). Síndrome de Burnout en Unidades de cuidado intensivo. Elsevier.
45. Oliveira, L. B. (2015). Evaluación de la carga de trabajo en el postoperatorio de cirugía cardíaca según la Nursing Activities Score. Scielo, <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xMVZXXfzCrzmPp3M6dqYPWh/?lang=pt#>.
46. Otero, E. T. (2018). LinkedIn. Obtenido de <https://www.linkedin.com/pulse/prepárate-para-el-control-y-evaluación-de-la-tu-edgar-tolentino-otero/>