

**ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN EL TRATO
HUMANIZADO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD**

DIANA ISABEL ORTIZ LOAIZA

LAURA MELISSA MORENO RODRÍGUEZ

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD**

SANTIAGO DE CALI

2023

INVESTIGACIÓN

**ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN EL TRATO
HUMANIZADO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD**

DIANA ISABEL ORTIZ LOAIZA

LAURA MELISSA MORENO RODRÍGUEZ

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR POR EL TÍTULO
DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD**

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO: EDNA AURORA SANDOVAL

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2023

Santiago de Cali, 5 de Mayo del 2023

Doctor (a)

Nombre del decano (a)

Decano

Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

Cali Valle

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “Estudio sobre los factores que inciden en el trato humanizado por parte del personal de enfermería en una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad”.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



Diana Isabel Ortiz Loaiza

1151942603



Laura Melissa Moreno Rodriguez

1143866278

Nota de Advertencia

Artículo 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

“ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN EL TRATO HUMANIZADO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD”. Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Director Maestría en Gerencia
de Organizaciones en Salud



Carolina Gonzalez Aragon
Jurado

Edna Sandoval C

Edna Aurora Sandoval
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 13 junio de 2023

Dedicatoria

“Dedico este logro a mis padres, compañeros, maestros quienes han sido pilares para impulsar y orientar este proceso de crecimiento personal y profesional que se culmina con éxito, sin ellos y su incondicional apoyo este logro no hubiera sido posible”. Laura Melissa Moreno Rodriguez

“Dedico este logro primeramente a Dios, mis hijos, esposo y familia, por brindarme el apoyo incondicional para poder culminar este proceso académico y por ser el pilar de motivación en esta etapa de mi vida”. Diana Isabel Ortiz Loaiza

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a nuestra docente y tutora de tesis la doctora Edna Aurora Sandoval por sus orientaciones en todo nuestro proceso de investigación.

A nuestros docentes de la Universidad Javeriana Cali por los conceptos brindados que sirvieron para afianzar nuestro trabajo.

Y por último, pero con gran gratitud a la Red de salud del Sur oriente (E.S.E), sus directivos y colaboradores por el tiempo, la disposición y los espacios para aportar con sus conocimientos, perspectivas y experiencias contribuyendo al enriquecimiento profesional y al logro de nuestras metas durante este proceso.

Tabla de Contenido

Lista de tablas	10
Listas de figuras	11
Lista de anexos	12
Resumen	13
Abstract	14
Introducción	15
Planteamiento del problema	17
Justificación	22
Marco de referencia	25
Antecedentes	25
Marco Teórico	35
Objetivo general	40
Objetivos específicos	40
Metodología	41
Tipo de estudio	41
Muestra	42
Aspectos éticos	44
Resultados	45

	9
Cualidades propias del hacer de enfermería	49
Apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente	51
Disposición para la atención	53
Discusión y conclusiones	55
Referencias Bibliográficas	58
Anexos	63

Lista de tablas

Tabla 1 <i>Cualidades del hacer de enfermería</i>	50
Tabla 2 <i>Apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente</i>	52
Tabla 3 <i>Disposición para la atención</i>	54

Listas de figuras

Figura 1 <i>Perspectiva holística de la humanización</i>	17
Figura 2 <i>Edad</i>	45
Figura 3 <i>Rango de edad</i>	46
Figura 4 <i>Estrato socioeconómico y ocupación</i>	47
Figura 5 <i>Escolaridad por género</i>	48
Figura 6 <i>Datos globales de las 3 categorías</i>	49

Lista de anexos

Anexo A	<i>Formato de encuesta de percepción del cuidado humanizado en enfermería</i>	63
Anexo B	<i>Consentimiento informado</i>	71
Anexo C	<i>Aprobación del uso del instrumentos por parte de los autores</i>	72

Resumen

Objetivo: Identificar los factores que pueden incidir en el trato humanizado por parte del personal de enfermería hacia los usuarios en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de baja complejidad para contribuir hacia la mejora en la atención de los usuarios dentro del marco de la acreditación. Método: Estudio descriptivo de tipo cuantitativo, de corte transversal que mediante la aplicación del instrumento de Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ra versión, evalúa el comportamiento en el cuidado humanizado de los profesionales de enfermería hacia los pacientes. El instrumento se revisó con la participación de 144 pacientes de diferentes servicios (hospitalización, consulta externa, urgencias) y se interesa por conocer los factores que inciden en el trato humanizado de los profesionales de enfermería a los usuarios atendidos. Resultado: Se encontró que la opción de respuesta siempre, predominó en las cuatro categorías con un total de 68%, también se pudo observar que la opción de respuesta nunca tuvo un porcentaje de 0,8% y algunas veces 6,3%, ocupando así las opciones de respuesta menos votadas a lo largo de la encuesta, donde la mayor frecuencia se obtuvo en la categoría 3 donde se medía la disposición para la atención hacia el paciente. Conclusiones: El instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión” fue favorable en la IPS donde se obtuvieron resultados positivos respecto al trato humanizado describen los factores que perciben los pacientes.

Palabras Claves: Humanización, trato humanizado, enfermero-enfermera, percepción del cuidado, acreditación.

Abstract

Objective: Identify the factors that can affect the humanized treatment by nursing staff towards users in a low complexity Health Service Provider to contribute to the improvement of user attention within the framework of accreditation. **Method:** Descriptive study of quantitative type, of transversal cut that by applying the Humanized Nursing Care Behavior Perception (PCHE) instrument 3rd version, evaluates the behavior in the humanized care of nursing professionals towards patients. The instrument was reviewed with the participation of 144 patients from different services (hospitalization, external consultation, emergencies) and is interested in knowing the factors that affect the humanized treatment of nursing professionals to the users treated. **Result:** It was found that the always response option predominated in the four categories with a total of 68%, and it was also observed that the answer option never had a percentage of 0.8% and sometimes 6.3%, thus occupying the least voted response options throughout the survey, where the highest frequency was obtained in category 3 where the disposition for patient care was measured. **Conclusions:** The instrument “Perception of Humanized Care Behaviors of Nursing 3rd Version” was favorable in the IPS where positive results were obtained with respect to humanized treatment describe the factors perceived by patients.

Key Words: Humanization, humanized treatment, nurse-infirmer, perception of care, accreditation.

Introducción

El campo de la enfermería es comprendido como una disciplina en donde se abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, sanos o enfermos en todos los entornos (OMS). Dentro de la profesión de enfermería, el cuidado se comprende como una capacidad innata de los seres humanos para proteger el bienestar físico y emocional por medio de comportamientos o aptitudes que son interactivas y recíprocas, Méndez, *et. al* (2012).

Es entonces como el cuidado, constituye también una base ética y moral para la enfermería, siendo una pieza fundamental sobre la cual desarrollan y ejercen sus actividades. Respecto a esto, los cuidados que se brinden dentro de esta disciplina deben de estar caracterizados por la sensibilidad, empatía, compasión, generosidad hacia los pacientes, por lo tanto, bajo esta premisa resulta ser una profesión que se vincula directamente al trato humanizado en los servicios de salud.

A pesar de que dicha profesión posee grandes cualidades que se relacionan a la ética o la moral, el entorno cambiante del sector salud se ha caracterizado recientemente por un componente científico, técnico o administrativo, ha generado una transformación dentro de los cuidados que se entregan a los pacientes, reduciendo la condición humana a una visión clínica o biológica que hace cada vez más complejo poner en práctica la perspectiva del cuidado humanizado por lo que es relevante estudiar desde la percepción del paciente el nivel de humanización en el trato que se presta en los servicios.

Resulta entonces una situación bastante paradójico ver como en un escenario donde se cuenta con un gran desarrollo de la ciencia y la tecnología, encontrar de manera simultánea un avance lento para desarrollar el potencial de las habilidades blandas de los profesionales en

donde se inculque la visión del paciente desde un enfoque integral donde sea comprendido, como un ser frágil y vulnerable que tiene unas necesidades físicas, emocionales y espirituales en donde sean valorados o tenidos en cuenta pensamientos, emociones y expresiones. El trato humanizado consiste entonces en el conocimiento técnico o clínico del estado de salud de los pacientes, pero también en el reconocimiento de las motivaciones, necesidades, capacidades o expectativas de los mismos.

Por otra parte, el interés por la investigación de esta problemática surge a partir de la motivación por conocer cuál era la percepción de una población de pacientes en relación con los cuidados, dados por el personal de enfermería en los diferentes servicios (urgencias, hospitalización, consulta externa) de una Empresa Social del Estado [E.S.E] en la baja complejidad en fase de alistamiento para la acreditación, ubicada en la comuna 16 al Sur Oriente de Santiago de Cali en sus diferentes IPS que se encuentran en diferentes sectores de la comuna (República de Israel, Antonio Nariño, Mariano Ramos, Unión de vivienda popular) los cuales abarcan una población que hacen parte de los regímenes contributivos y subsidiados.

Así mismo, se quiso identificar los factores o prácticas que inciden, en que se garantice un trato o no humanizado hacia los pacientes y establecer una serie de recomendaciones hacía la institución para su personal de enfermería. Para esto, se aplicó el instrumento PCHÉ 3a versión, el cual consiste en una encuesta elaborada por 32 ítems teniendo en cuenta los datos sociodemográficos de la población (144 pacientes) y 3 Categorías propias del instrumento: Cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermero(a)-paciente y disposición para la atención.

Los resultados obtenidos dentro del estudio, se encontró que la opción de respuesta siempre, predominó en las cuatro categorías con un total de 68%, también se pudo observar que la

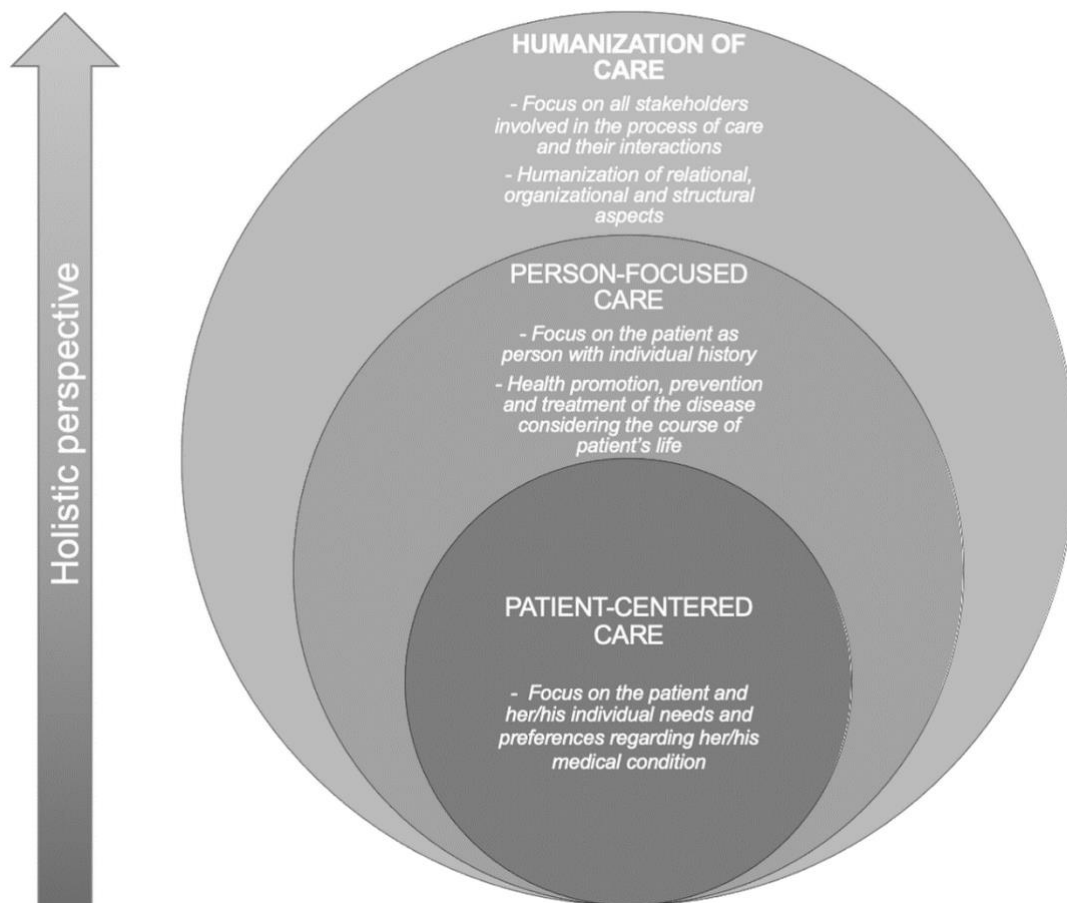
opción de respuesta nunca tuvo un porcentaje de 0,8% y algunas veces 6,3%, ocupando así las opciones de respuesta menos votadas a lo largo de la encuesta, donde la mayor frecuencia se obtuvo en la categoría 3 donde se media la disposición para la atención hacia el paciente.

Planteamiento del problema

La "humanización de la atención de servicios de salud " es un concepto complejo, que se superpone con los enfoques existentes de atención en salud, como la atención centrada en el paciente y la atención centrada en la persona. La humanización de la atención, abarca estos principios, pero también considera a las otras partes interesadas involucradas en el proceso de atención (es decir, pacientes, cuidadores de pacientes, proveedores de la atención médica, formuladores de políticas, etc...) y sus interacciones. De este modo, el proceso de humanización es complementario con una atención que se encuentra basada en las necesidades y preferencias frente a la condición clínica del paciente, pero también en toda la historia de vida, contexto, curso de vida y se interesa por cuidar las relaciones con sus los grupos de interés alrededor de la instituciones, tal como se observa en la siguiente imagen (Figura 1) según Bush, et. al (2019):

Figura 1

Development from patient-centered care to person-focused care to humanization of care.



Nota. Tomada de Development from patient-centered care to person-focused care to humanization of care [Desarrollo de la atención centrada en el paciente a la atención centrada en la persona a la humanización de la atención]. Busch, I., Moretti, F., Travaini, J., Wu, A y Rimondini, M. 2019.

En cuanto al contexto de la salud, se ha observado que existe una mecanización de la atención sanitaria en donde dirigen su enfoque principalmente hacia la tecnificación de los tratamientos o intervenciones junto con el control del volumen de pacientes y de los costos,

delegando menor cantidad de esfuerzos en la construcción de un sistema de valores, lo que ha resultado en una problemática en torno a la relación con el paciente reflejándose en un trato impersonal en el momento de la atención.

Para las organizaciones de salud, la humanización en la actualidad representa un reto, pues da apertura a una discusión bioética sobre la importancia de la ética frente a la vida y la dignidad de los pacientes. Puesto que, la humanización propone la necesidad de comprender la enfermedad como un sufrimiento físico o mental, planteando así que los diferentes tipos de tratamientos o intervenciones sean realizados por medio de un entorno cálido, acogedor, amable, digno y respetuoso. Bajo esta premisa, Bermejo (2015) plantea que al ser el trato humano un asunto de ética, es primordial para las instituciones de salud llevar a cabo una serie de políticas, programas o iniciativas que velen por la dignidad del ser humano dentro de la atención sanitaria.

De forma que, al hablar de una atención humanizada se deben de tener en cuenta varios aspectos que inciden en la percepción del paciente¹ frente al trato que reciben en el momento de la atención. Para esto hay que tener en cuenta ciertos criterios como: modo, tiempo y lugar, en donde sea relevante tratar tanto a la condición clínica o sitio de dolor, pero también sea importante indagar sobre el estado mental y emocional de la persona a quien se le atiende.

Además, la atención humanizada también se puede observar en el tipo y calidad de la interacción que se establece con el paciente, como, por ejemplo: en ocasiones la velocidad y el tiempo que se toma el profesional para emitir verbalmente la información no resulta suficiente para poder asegurarse si fue claro o no, lo que puede transmitirse en un tipo de rechazo y prejuicio hacia el paciente, Jiménez, et. al (2019). Por este motivo, los sentimientos de rechazo o prejuicio, que experimentan los pacientes cobran valor cada día en las organizaciones de salud,

¹ Desde la década de los años 80 hasta la actualidad, se da importancia a conocer la opinión y percepción del paciente respecto a los servicios de salud.

ya que la deshumanización genera insatisfacción desde el paciente hacia el profesional y la organización, creando una percepción de maltrato al no recibir una atención que sea adecuada, pronta y respetuosa.

Otro de los aspectos que puede incidir en la percepción del trato humanizado para los pacientes, surgen de las características de la profesión misma, como el ser sensibles frente al cuidado, así como: mantener un contacto cercano con el paciente llamándole por su nombre completo y apellidos, mirarle a los ojos mientras se le atiende, dar un saludo cálido o cordial, tener espacios de comunicación con el usuario y su familia de la mano con la puesta en práctica del respeto y la compasión por el otro, Montoya (2021).

En relación con lo anterior, es importante mencionar que se han encontrado otro tipo de factores que responden a que se logre recibir una percepción humanizada de la atención como lo son: las adecuadas condiciones laborales de los profesionales en enfermería, un moderado volumen de pacientes y unas jornadas laborales que eviten el agotamiento en los profesionales, entre otras.

Continuando con esta línea, referente a los aspectos que inciden en el trato humanizado; la acción de humanizar dentro de los servicios de salud resulta de un binomio entre el profesional como conocedor de los procesos de salud, enfermedad o recuperación y el paciente como un actor pasivo. Para lograr esta relación, se requiere de la presencia de un vínculo, el cual puede darse siempre y cuando los profesionales de salud se encuentren inmersos en una cultura y un sistema de valores que les enseñe y promuevan el valor fundamental de la comunicación clara y un comportamiento empático cuando se encuentran en presencia de un usuario.

Por consiguiente, Sousa et al. (2019), exponen que cuando se discute frente al humanizar la atención, se alude incluso a todos aquellos comportamientos que hacen percibir como más

humano al profesional que presta la atención, observándolo más allá de su ejercicio clínico y consiguiendo que se le observe como un ser que posee creencias, valores, emociones y habilidades para la comunicación.

De igual forma, Blanco, et. Al (2021) hacen una puntualización de los aspectos a considerar para lograr un ambiente humanizado en donde se comprenden: la apreciación otorgada por los pacientes en términos de las acciones llevadas a cabo por el personal de la salud, las cuales, dan cabida al respeto, consideración, comprensión e interés por el mismo, donde prime una atención oportuna, amable, confidencial, respetuosa y segura que al reunir todos estos atributos den como resultado un servicio humanizado, por tanto se debe hacer uso de diferentes estrategias que promuevan y resalten la humanización, Bautista Rodríguez, et. Al (2015).

A continuación, es necesario resaltar también algunos de los elementos que representan una barrera para lograr prestar un trato humanizado, trayendo a discusión lo mencionado Según Moretti, et. Al (2019), “la fragmentación del proceso de trabajo, la falta de tiempo, la intensa rutina en el trabajo, las exigencias excesivas a los profesionales de la salud, el exceso de actividades burocráticas y las actividades adicionales fuera del alcance de los profesionales imponen barreras significativas para lograr un cuidado humanizado”

Por último, La Red de salud del Suroriente- Empresa Social del Estado [E.S.E] ubicada al suroriente de la ciudad específicamente en la comuna 16 en donde prestan sus servicios de salud de baja complejidad alrededor de los diferentes sectores que conforman la comuna y se encuentra en una fase de alistamiento para la acreditación. Se ha observado entonces, durante esta fase de alistamiento por medio de un análisis de indicadores de los últimos 5 años del proceso de gestión al usuario, un resultado que concluye que los indicadores que no alcanzan un cumplimiento satisfactorio a la meta planteada, se encuentran en la calidez de la atención y la

humanización, lo que indica que son aspectos que deben fortalecerse en la prestación del servicio desde el profesional hacia el paciente, de igual forma, en este mismo proceso de atención al usuario la mayor cantidad de quejas que se reciben por parte de los usuarios hace referencia a la calidez, evidenciando que existe una problemática en donde el paciente en ocasiones no es atendido desde las características del trato humanizado.

Con base en lo anterior, es imperativo responder la siguiente pregunta.

Pregunta Problema

¿Cuáles son los factores que pueden incidir en el trato humanizado desde el personal de enfermería hacia los usuarios de una Institución Prestadora de Servicios de salud de baja complejidad?

Justificación

El sector salud en Colombia atraviesa algunas dificultades por la ausencia de un trato humanizado hacia el usuario y su familia, esto dado por una atención focalizada en mayor parte en un componente técnico o administrativo, dejando un poco relegada la sensibilidad y el sentido humano (Correa Zambrano, 2016). De esta manera, se ha convertido en una problemática para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el país y un punto de alerta en sus objetivos o agendas de trabajo, (Gutiérrez, 2017). Es entonces la humanización tanto una necesidad como un llamado a estas instituciones que prestan servicios de salud a garantizar una atención bajo el margen de la integralidad la cual debe estar regida en unos principios, valores o prácticas que vayan en línea con la dignidad humana que inicia desde los profesionales y se replica en los pacientes.

Al respecto, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad [SOGC], la humanización es una estrategia que se constituyó como un eje transversal para la calidad dentro de sus componentes de habilitación y acreditación. Por lo tanto, si las organizaciones de salud tienen el objetivo de cumplir con los estándares mínimos de los componentes que se mencionan anteriormente, deben definir un sistema de valores en donde se orienten las conductas de los profesionales de salud hacia la protección del usuario por medio de un cuidado que sea cálido, empático y respetuoso.

De esta manera, la acreditación es entonces un proceso voluntario tanto para las instituciones públicas como para aquellas que se constituyen privadas, sin embargo, contar con acreditación resulta ser un elemento distintivo para el servicio. En este sentido, es de suma relevancia que las instituciones de salud hagan una apuesta hacia la acreditación porque permite generar una mayor solidez en el proceso de la mejora continua y gestión de la calidad permitiendo identificar de manera objetiva las oportunidades de mejora y trabajar por el afianzamiento de ciertas prácticas como por ejemplo: Centrar la atención en el cuidado de la vida y la salud, promover la seguridad para el paciente, trabajar hacia el incremento de la satisfacción del usuario por medio de la calidez durante la atención o fortalecer las relaciones interpersonales entre los profesionales de la salud y los usuarios.

Ahora bien, en Colombia actualmente el certificado de acreditación según Instituto Colombiano de Normas Técnicas [ICONTEC] (s.f), representa:

Un reconocimiento de prestigio, respecto del compromiso y logros alcanzados por la institución en materia de superación de los niveles mínimos de calidad de la atención en salud, frente a la seguridad del paciente, la humanización, la gestión del riesgo, la transformación

cultural, la gestión de la tecnología y la responsabilidad social, basada en procesos ordenados y el recorrido óptimo de los usuarios y sus familias, desde su entrada hasta el egreso en las instituciones de salud y la mejora continua con principios y valores éticos. (párr. 58)

Para el momento actual y según el Ministerio de Salud y Protección Social (2023), el país cuenta con un total de 58 instituciones de salud acreditadas a nivel nacional, cabe resaltar que a nivel de ciudad (Santiago de Cali) se cuenta con 4 instituciones que cuentan con dicha acreditación, dos de carácter privado y dos de origen público.

En ese sentido, contar con un proceso de acreditación garantiza la entrega de servicios de salud con alto nivel de calidad y seguridad; entendiendo que es un proceso basado en una autoevaluación interna y revisión externa de todos los procesos y resultados en salud que repercuten en la garantía y mejoramiento de la calidad de atención al cliente a través de estándares alcanzables (ICONTEC, s.f.). Ahora bien, entendiendo que la humanización se encuentra centrada en la evaluación de varios estándares, para el logro de la acreditación siendo un eje transversal que tiene por objetivo humanizar los sistemas de salud focalizándose en la parte organizativa, estructural y organizacional de los profesionales de la salud relacionados con todas las áreas y procedimientos que involucren la prestación de los servicios de salud (Busch et. Al., 2019).

La IPS objeto de estudio, la cual, busca alcanzar una acreditación para así conseguir mayor competitividad dentro del mercado captando tanto el régimen contributivo como el subsidiado, brindar mayor accesibilidad y oportunidad en los servicios, lograr una mejor calidad y calidez durante la atención, mejorar la experiencia para el usuario y dar cumplimiento a metas en salud, definidos en el Manual de Acreditación teniendo en cuenta todos los actores y acciones

que se deben realizar para prestar una atención humanizada, debido a la necesidad de construcción de una comunicación desde la comprensión y los actos de empatía, permitiendo un buen diálogo de la institución hacia los usuarios y de la institución hacia los trabajadores (Ferreira Deslandes y de Araujo Mitre, 2009).

No obstante, se debe resaltar que la calidad y la humanización van de la mano, ambos buscando ofrecer el mejor servicio que sea digno, humano y confortable para el usuario en su paso por la atención en un servicio hospitalario. En Colombia, el término humanización ha cogido un gran auge debido a que las organizaciones que implementan un sistema basado en el trato humanizado en sus áreas y procesos resaltan en sus servicios el respeto por las personas y su familia, la preservación de la vida humana y el velar por la dignidad, los deberes y derechos, que al reunir todas las acciones expuestas anteriormente hacen parte de un servicio humanizado (Andino, 2018)

Marco de referencia

Antecedentes

La presente propuesta de investigación se encuentra centrada en el abordaje de la humanización en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de baja complejidad que pertenece a una red de salud pública en el Sur oriente de la ciudad de Cali-Valle y está en proceso de alistamiento para la acreditación.

Al revisar la literatura relacionada se referencian una serie de investigaciones que conservan una similitud con el estudio que se llevará a cabo en donde se analizan de primera mano las conductas que contribuyen o afectan al proceso de humanización en entidades de salud y por consiguiente se abordan las características propias del concepto de humanización en el ámbito de la prestación de servicios en salud.

En este sentido los antecedentes se encuentran bajo 3 ejes: Prácticas que inciden en la prestación de un trato deshumanizado, el impacto de la atención humanizada dentro de la prestación del servicio y por último una perspectiva conceptual de la humanización.

Es importante resaltar de primera mano, la investigación “La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud” siendo un artículo de reflexión elaborado por Andino (2018) en donde presenta una investigación con una postura crítica en la cual se comprende el trato humanizado como un componente primordial de los referentes de la bioética, la ética y la moral los cuales son transversales y son tenidos en cuenta dentro del proceso de acreditación. Es así como se agrupa una serie de prácticas entre ellas la actitud negligente por parte de las entidades de salud, a generar espacios de escucha activa con el usuario y su familia en donde se propicie el momento o la oportunidad de expresar debidamente las inconformidades o aspectos a mejorar en la prestación del servicio por parte de los profesionales de la salud lo que finalmente termina impactando de forma directa sobre la experiencia del usuario durante el ciclo de atención y en un escenario más complejo puede finalmente repercutir o afectar la condición de salud de los usuarios.

Por otro lado, se resalta que los avances científicos que se han desarrollado y se encuentran implementando algunas instituciones de salud hacen referencia en su mayoría a que el manejo técnico, biomédico o clínico se encuentren principalmente abordados dentro de un componente donde se relaciona con el manejo de sintomatología física, dejando de lado una aproximación hacia los valores, creencias, principios, el uso de un lenguaje moral y la dignidad hacia los pacientes evidenciando que en las organizaciones de salud aún persiste una ausencia frente a la comprensión de la enfermedad como una condición que afecta o disminuye la calidad de vida con relación al funcionamiento pleno en múltiples esferas entre las que se comprenden la

física, emocional, moral y social. Además, se resalta en esta vía una deficiencia frente al componente ético desde el enfoque de las organizaciones de salud en donde sus políticas o gobiernos no establecen o delimitan en sus modelos de atención una formación adecuada y de cara al reconocimiento de la moral o a la promoción de los valores humanos como punto fundamental de las competencias en los profesionales de la salud, por lo tanto en ocasiones el personal de salud apropia una serie de conductas que afectan el respeto y la dignidad del paciente o su familia como resultado de la ausencia de un sistema de valores que apunten hacia una cultura humanizada.

Para continuar es relevante tener en cuenta el estudio elaborado por Ariza (2012) denominado como “Soluciones de humanización en salud en la práctica clínica”, un artículo de reflexión que aborda las disposiciones para la atención en este caso profesionales de enfermería, en donde se resaltan algunos procedimientos que deben mejorarse para lograr que dentro de los servicios de salud exista un abordaje humanizado para los pacientes. Es así como se determinaron ciertos aspectos que incurren en que el trato no sea lo suficientemente humanizado. Tomando como ejemplo, el posicionamiento irregular de la ética como aspecto inicial en el transcurso de la atención comprendido a partir del desarrollo de la sensibilidad desde el profesional hacia el paciente, esto evidenciado por medio de la puesta en práctica poco frecuente de la ética no en términos de los aspectos que componen la operación clínica sino a partir de no observar al paciente desde el sentido de la dignidad propia del humano en donde el paciente se valora al tiempo que es atendido por medio del respeto y la comprensión de sus limitaciones y sus capacidades.

La comunicación es otro de los componentes que generalmente falla cuando se trata de brindar una óptima atención, los profesionales de la salud han tecnificado el lenguaje en ciertos

términos en donde el usuario o la familia no tienen un canal de comunicación que sea claro, impidiendo que el proceso de atención sea una actividad dinámica y participativa donde se promuevan la toma de decisiones claras que permitan el cumplimiento de la satisfacción, hacia las necesidades con las cuales los pacientes ingresan. Es relevante resaltar en esta vía, una puntualización por parte del autor y es que el trato poco humanizado hacia los pacientes no depende únicamente de los profesionales en este caso del campo de la enfermería, en ocasiones esta problemática viene acompañada de unas deficiencias que son presentadas desde la cultura organizacional en donde las directivas parecen no visibilizar la importancia del trato humanizado o no se cuenta con los recursos de infraestructura, equipos, herramientas técnicas o humanas que permitan generar calidez y trato humano de parte de los profesionales.

Seguidamente, es valioso también distinguir lo expuesto por Castro et al. (2019) un artículo de investigación que se ocupa de evaluar los factores que generan una distancia entre el personal de salud y los pacientes, en primer lugar uno de estos factores es la negación por parte de los profesionales de salud a establecer una relación interpersonal con el paciente, generando una atención fragmentada en donde solo se valora al paciente bajo una condición o lente clínico pero no se hace visible la importancia de tratar su componente emocional, social o espiritual, logrando concebir que el mayor cuidado efectivo para con el paciente solo es logrado bajo una atención centrada en la enfermedad o el proceso de diagnóstico y no como un ser ético que se encuentra en un mismo nivel de jerarquía.

Se vinculan a este tipo de conductas que afectan el trato humanizado por parte de los profesionales, la imposición de los avances tecnológicos por encima de las decisiones o creencias de los pacientes en donde en algunos casos el paciente es observado y por consecuencia tratado

como un objeto causando cada vez más un vínculo deshumanizante, en donde el componente de la intersubjetividad es cada vez más complejo de lograr durante la asistencia sanitaria.

Durante el documento mencionado previamente también se enmarca un elemento que en parte puede estar influenciado por las estructuras organizacionales de las instituciones, haciendo referencia al sistema de valores tanto de instituciones públicas o privadas, en donde desde una perspectiva en parte propia de las áreas administrativas o financieras se despliega una creencia de que los pacientes son relevantes bajo el margen de los ingresos, generando una mercantilización del usuario presionando a los profesionales de la salud hacía determinados estándares de rendimiento y exigencia económica por lo tanto el panorama para los profesionales es forzar la atención en términos de rentabilidad y no como una práctica en donde se vinculan técnica, ética y emocionalmente.

Para dar continuidad con el eje indicado previamente, es necesario resaltar el estudio realizado por López y Espitia (2019) “La humanización como eje central para garantizar una atención integral en salud, caso de estudio en una empresa social del estado”, una investigación aplicada que tiene como objetivo desarrollar un modelo de gestión para el componente de humanización en la prestación de servicios de salud tomando como ejemplo una empresa social del estado.

Este documento, genera una serie de precisiones frente a la percepción que tienen los usuarios de un servicio público concerniente a la prestación del servicio por parte del personal de salud, donde se destaca la forma en la que se atiende al usuario traduciéndose en una falta de implementación de valores y matices de la ética como el respeto, la dignidad, la escasa comunicación asertiva (Datos no precisos al usuario o su acudiente, lenguaje sencillo y disposición frente a la atención) actos o palabras discriminatorios, una falta de atención con

enfoque diferencial, la negligencia frente a la atención de las necesidades del usuario y su familia así como una ausencia de iniciativas que vayan en línea con la mejora de la satisfacción al usuario, junto con la falta de compromiso por parte de las instituciones hacia una transformación cultural que pueda impactar en el trato con el usuario en donde se incluyen las condiciones frente a las competencias del personal así como a la infraestructura que promueve un ambiente ameno.

El siguiente documento a considerar está vinculado con el eje descrito inicialmente frente al impacto que resulta posterior al desarrollo e implementación de la humanización al interior de las instituciones de salud, tratándose de “Avances de la humanización en los servicios de salud en Colombia Durante el periodo 2006-2016”, desarrollada por Villota (2017) que propone evaluar cómo ha sido el progreso frente a la humanización como uno de los principales componentes para asegurar calidad y calidez, en la asistencia sanitaria en Colombia durante un período de diez años.

Esta investigación se relaciona concretamente en que se identificó en los diferentes servicios de salud colombianos un gran reto para lograr poner en marcha el sistema y la filosofía alrededor de la humanización. Este reto se traduce en que en algunos escenarios la exigencia de competencias técnicas de alto nivel en los profesionales aún continúa prevaleciendo por sobre las habilidades blandas en donde se enfatizan recursos frente a la infraestructura, tecnología, capacidad de diagnosticar e intervenir y los esfuerzos por capacitar al personal de salud hacia una sensibilización del cuidado desde una perspectiva integral o la inversión de recursos frente al fortalecimiento de los aspectos éticos aún siguen siendo en una menor medida.

Así mismo, también se presentan los avances en algunas instituciones de carácter público o privado respecto al impacto positivo en la implementación de estrategias que van en vía a la humanización, entre ellas se observó que la articulación entre el personal vinculado,

profesionales, estudiantes, pacientes y familia en donde se aplicaron protocolos, actividades o compromisos ante el trato compasivo, reconocimiento, respeto hacia los deberes y derechos del paciente, confianza, el desarrollo de condiciones ambientales seguras, produjo resultados evidentes en el incremento de la satisfacción al usuario y una mejor percepción de la experiencia durante todo el ciclo de atención, así como el fortalecimiento entre la relación del personal de las instituciones de salud y los usuarios generando un menor índices de quejas o reclamos frente a la calidez.

Otro de los aspectos positivos que abarca el desarrollo de la humanización en los servicios de salud es la seguridad y el acceso para los usuarios, se observa que la puesta en práctica de una cultura humanista alrededor de los principios éticos en el ambiente hospitalario en donde las plataformas estratégicas logren alinearse con valores, principios para una interacción cálida, comunicación hacia el usuario y actividades dentro del componente técnico para mejorar la pertinencia y competencia de todos los profesionales, trae como resultado una estancia mucho más segura y amena para el paciente, generando que la atención se encuentre basada en las necesidades y expectativas que se presentan en el servicio.

Continuando con esta línea, se encuentra el documento “Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: Una revisión integrativa de la literatura” un análisis crítico elaborado por Díaz *et.al* (2020), que tiene como objeto situar la importancia de orientar los cuidados de la enfermería desde un abordaje biopsicosocial con enfoque hacia la humanización por medio del fortalecimiento en las competencias para la comunicación y la construcción de las relaciones interpersonales en los profesionales. Como se ha mencionado, incentivar en las instituciones el cuidado humanizado hacia los pacientes por parte de los profesionales de enfermería resulta efectivo, ya que a partir de la puesta en práctica de la comunicación asertiva y

el dirigir la atención alrededor de un vínculo interpersonal, evidencia en los pacientes poder lograr un aumento en el grado de aceptación frente a los diagnósticos, así como una mejor adaptación hacia el tratamiento y los posibles procedimientos que sean necesarios durante la intervención, promoviendo en este sentido que los tiempos de recuperación sean mucho más rápidos al poseer un ambiente de mayor confianza, percibiendo un mayor respeto y escucha, favoreciendo la expresión de experiencias emocionales siendo estos partes claves dentro del proceso de sanación a comparación de un procedimiento basado solo en el manejo medicamentoso en donde en ocasiones no se cuenta con un mecanismo terapéutico como método para la sanación en las enfermedades.

De este modo, es indispensable destacar lo planteado por Salazar (2015) en el documento “Cuidado humanizado: Una relación de familiaridad y afectividad” en el cual se comprende analizar el efecto y significado del cuidado humanizado de enfermería, exponiendo dentro de los resultados algunos criterios que son relevantes a tomar en cuenta durante el manejo de la enfermedad y preservación de la salud; como por ejemplo aquellos escenarios en los cuales los profesionales asumen el mismo nivel de comunicación, diálogo y transmiten valores hacia los pacientes por medio de los procesos educativos o comunicativos, tomándose en cuenta sus derechos pero también sus deberes permite al paciente percibir durante la atención que existe una intención por parte de los profesionales en reconocer la dignidad humana que les concierne, emitiendo una atención empática. Este tipo de acciones se traducen para los pacientes en un proceso de transformación en el contexto de la experiencia respecto a los servicios hospitalarios reformando la imagen de una atención completamente sistemática, hacia una atención en donde el componente de la calidez y la integralidad son superiores a una condición física, económica o

jerárquica lo que finalmente mejora el vínculo o la articulación entre los profesionales de enfermería con el usuario y su familia pero adicional también con el sistema de salud mismo.

Para concluir, es necesario repasar frente a la perspectiva conceptual del trato humanizado, en donde se tiene en cuenta la investigación por cuenta de Gutierrez (2017), “La humanización en la atención primaria”, en la cual se realiza una puntualización frente a los conceptos alrededor de la atención humanizada, el primero de ellos, hace referencia al acto propio de humanizar indicando la acción de hacer a una persona mucho más humana, familiar y amable. Seguido a esto, se encuentra al concepto general de la humanización siendo el proceso en donde se adquieren características propias del humano, vinculadas especialmente a un componente afectivo.

Como parte de este primer acercamiento se resalta la noción de humanidad indicando que son aquellas cualidades intrínsecas a las características propias del ser humano comprendidas entre la sensibilidad, capacidad de compasión, bondad o empatía hacia los semejantes. Es así que la humanización en el medio de la asistencia sanitaria, se puntualiza como una relación fundamentada en los principios de ayuda y solidaridad, definiéndose como un encuentro entre personas o seres humano con una finalidad diagnóstica pero también terapéutica en donde se desea la curación definitiva o temporal de una condición que causa sufrimiento o dolor.

La postura dejada en claro por este autor puntualiza que la humanización es un compendio o conjunto de valores o virtudes que se ajustan a unos principios bioéticos, destacándose el respeto, la justicia, la capacidad de no maleficencia, autonomía y cuidado que son acogidas dentro de unas prácticas y códigos que posteriormente son incluidas dentro de la vida y actividad profesional.

Dentro de este enfoque también se destaca la humanización como una cualidad desarrollada desde la cognición en donde las personas cuentan con una habilidad para entender de manera inteligente el sufrimiento humano y ejecutar acciones o promover la toma de decisiones para lograr subsanar aquellas causas que conducen al sufrimiento, por el contrario de la compasión con lo cual suele compararse a menudo el concepto de humanización siendo esta un sentimiento y no necesariamente un conocimiento o un saber hacer.

Por otra parte, también se encuentra lo abordado por Zambrano (2016), “La humanización de la atención en los servicios de salud: Un asunto de cuidado” una investigación orientada hacia la aproximación conceptual de la humanización enmarcada en el ámbito hospitalario, en la cual estipula y define al conjunto de acciones de la humanización como una conglomeración de aptitudes que se reúnen en torno al cuidado que se encuentra asociado a un proceso racional en el que se pretende la cura por medio de unas actividades lógicas que se ven ajustadas a unos criterios morales en donde se trata de evitar el sufrimiento, prestar o poner atención frente a las condiciones que causan dolor o padecimiento en un otro, poseer la capacidad de denotar un interés y afectividad.

Es entonces, la humanización una serie prácticas en donde la persona que dispone el cuidado, entiende los términos psíquicos y físicos de la enfermedad y emprende unas tareas concretas alrededor del contexto social de la enfermedad que permiten a quien padece recuperarse; el acto de humanizar consiste entonces en la habilidad humana para ser consciente de la relevancia de la existencia del otro y se dispone a ser partícipe de sus cuidados por medio de actos conscientes, controlables e intenciones a través de relaciones que sean empáticas y persuasivas, ofreciendo una asistencia integral y cálida que de respuesta a las necesidades

espirituales y psicológicas donde no se emitan juicios de valor priorizando las potencialidades individuales y colectivas.

Los estudios descritos presentan las preocupaciones de la comunidad académica, tanto a nivel nacional e internacional en instituciones de salud pública o privadas las cuales tienen relación con el componente de humanización, calidez en la prestación del servicio en salud y acreditación, por lo tanto, fueron considerados como relevantes para la investigación.

Sin embargo, en la búsqueda se hace presente un vacío de información con relación a estudios enfocados hacia el componente de humanización en el contexto de acreditación en empresas sociales del estado. Por lo tanto, puede evidenciarse que esta investigación es necesaria puesto que hace referencia a una problemática latente dentro de las instituciones de salud de las diferentes complejidades y que de continuar estudiándose o emitirse una serie de recomendaciones puede impactar de manera positiva la salud de la población que asiste a los diferentes servicios.

Marco Teórico

Esta investigación se propone desde la teoría del enfoque humanista presentada por Rogers (1961) en donde se plantea que la práctica clínica debe de estar alejada de una visión que sea reduccionista, mecanicista y sistemática en el trato brindado hacia el ser humano en donde el enfoque biológico es una parte integrativa y relevante para el ser humano, pero no es determinante en su totalidad. Además, este enfoque propone la valoración y el posicionamiento de las relaciones humanas construyendo un modelo de atención en donde el profesional se centre en una atención que sea terapéutica para el paciente mediante la transformación de las relaciones hacia un orden positivo con una experiencia que sea placentera y paralela a una apertura o

enriquecimiento de la comunicación como vehículo para reducir las expresiones de temor o la necesidad de defensa de quien ocupa el rol de paciente.

De la misma forma, el autor construye una apuesta en donde las relaciones interpersonales se encuentran ligadas a la efectividad de los tratamientos en donde se promueva la capacidad de expresión y el potencial de desarrollo, lo que eventualmente conduce a una mejora dentro del contexto clínico. Así mismo propone que, los humanos que sean representados en la figura de pacientes deben ser abordados como la suma o el cúmulo de múltiples características que se desarrollan dentro de un contexto, poseen una consciencia y una capacidad de elección, deseos propios y un conjunto de herramientas o valores que deben de ser tenidos en cuenta como parte del proceso de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Así mismo, Rogers (1961) realiza una separación entre el término cliente y paciente, haciendo una puntualización frente a qué la atención debe prestarse al paciente y no únicamente al cliente, en esta línea y desde el enfoque humanista, los profesionales de la salud deben de desarrollar habilidades y técnicas que no se vean limitadas al campo científico, biológico o clínico, sino por el contrario estar ajustadas a unas capacidades de tipo personal y subjetivas, para establecer en primer lugar una aceptación frente a la persona que se encuentra durante el tiempo de atención tal cual como esta se percibe, la siguiente característica hace referencia a la empatía que se debe implementar desde el paciente hacia el profesional y la congruencia en donde el profesional cumple un rol en doble vía es experto y conoce a detalle su campo de acción pero simultáneamente es humano y puede desarrollar vínculos a partir de relaciones interpersonales positivas.

Del mismo modo, se aborda la teoría de las relaciones interpersonales en el campo de la enfermería elaborada por Peplau (1990) centrada en el modelo teórico humanista, orientada

hacia el aprendizaje humano a partir de las experiencias dadas en el entorno, estableciendo la relación entre una persona que hace expresa la necesidad de ayuda en la atención clínica y un profesional de la salud que se encuentre preparado adecuadamente debe de contar con herramientas para reconocer dichas necesidades y posteriormente intervenir de manera terapéutica.

Peplau constituyó un interés particular en estudiar el desarrollo de las relaciones que establecen las enfermeras hacia el paciente desde un componente psicológico, en donde discute que cuando se presenta un vínculo interpersonal está dado por la capacidad de la enfermera en el reconocimiento de las dificultades o limitaciones que presentan las personas y así mismo tener habilidad para dar apoyo en la solución de búsquedas o alternativas, indicando que cuanto más se cuenta con la capacidad de reconocer limitaciones o barreras, mayor es la destreza para afrontar de manera asertiva bajo conductas que reflejan empatía dificultades dentro de los entornos hospitalarios, contribuyendo a una madurez hacia la relación con el paciente donde el paciente logra amenizar y comprender su entorno y así mismo contribuir en un acercamiento e interacción.

Peplau, en esta línea también hace una propuesta en que las relaciones interpersonales

Poseen 4 fases importantes a debatir, la orientación en donde los pacientes reconocen una situación de vulnerabilidad como consecuencia de una enfermedad y desea encontrar alternativas para una cura o una posible adaptación. Secundario a esto, se encuentra la etapa de identificación, el paciente considera que conoce lo que la situación puede brindarle y da una respuesta de forma selectiva a quienes logran brindarle el apoyo que requieren. La siguiente fase, es la explotación en donde se propone que existen diversas formas de sacar beneficios de la

relación y poder aprovechar los bienes a su disposición y finalmente la resolución tan pronto se han logrado mitigar las necesidades anteriores el paciente las pospondrá de forma gradual.

Las fases descritas anteriormente, en el contexto de las relaciones interpersonales deben estar en la capacidad de dar cumplimiento a unas funciones biopsicológicas del paciente así como: a unas posibles necesidades insatisfechas, las frustraciones dadas dentro del manejo de la enfermedad, obstáculos o toma de decisiones que pueden resultar difíciles.

Por otra parte, se tiene en cuenta también la teoría de la ciencia del cuidado transpersonal abordada por Watson (1979), en donde se postula que las prácticas de cuidado poseen una ruta, objetivos y unos efectos posteriores sobre la población, surgiendo a partir de las relaciones interpersonales que se construyen teniendo en cuenta la satisfacción de las necesidades humanas individuales y sociales a partir de un sistema de valores, por lo tanto los profesionales que se encuentren en un ámbito de cuidado o de preservación de la salud, no solo harán uso de sus recursos técnicos sino también humanos arraigados a un comportamiento ético y moral para el cuidado de la enfermedad. En este sentido el cuidado, es un factor que promueve las condiciones de salud y las condiciones curativas así como el desarrollo humano con su potencial y en esta vía la recuperación de la salud por medio de unos comportamientos guiados por la sensibilidad o la empatía desde los profesionales hacia los pacientes.

Al mismo tiempo, el cuidado humanizado es una tarea que posee un valor subjetivo de tipo personal y va guiado hacia el conservar, restablecer y promover el autocuidado que se basa principalmente en una comunicación terapéutica, por lo tanto quienes cuidan desde el campo de la enfermería poseen un compromiso desde lo científico a preservar las condiciones de salud física, sin descuidar los principios morales durante la atención, en donde hay una intención plena

para la protección de la dignidad y la conservación de la calidad de vida por medio del cuidado humanizado en los pacientes.

La ética es otro de los componentes por los que se encuentra fundamentada la teoría del cuidado transpersonal, en donde indica que la acción del cuidado es intrínseca a la naturaleza del ser humano considerándose casi como un instinto primitivo, siendo una relación basada en los principios sujetos a la filosofía propia de lo que significa ser humano.

Para complementar, es necesario también introducir dentro de esta propuesta de investigación el modelo teórico de la atención centrada en el paciente desarrollada por Marinker y Woodcock (1970) en donde se señala que la atención médica que se centra en el paciente es aquella que su atención propone un trabajo en equipo y articulado entre los profesionales, pacientes y familias garantizando que tengan el apoyo y la educación para la toma de decisiones durante el tiempo que tarde la atención, en donde principalmente sean respetadas sus necesidades en las diferentes esferas (Físicas, emocionales y sociales) y preferencias frente al tratamiento, es decir si al paciente y a sus cuidadores se les brinda el espacio para construir una voz en conjunto no solo se satisface al paciente con relación a sus necesidades de salud física sino también a sus valores.

Con lo anteriormente dicho, esta teoría propone una transformación en la relación profesional-paciente, donde las estrategias de los profesionales en salud no giran en torno exclusivamente a la resolución de una problemática, en un escenario en donde el paciente este en el centro de la atención, los profesionales deben estar interesados en una construcción personal que se encuentra permeada de valores y que apunte hacia la dignificación del paciente dentro del sistema mismo.

Objetivo general

Identificar los factores que pueden incidir en el trato humanizado por parte del personal de enfermería hacia los usuarios en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de baja complejidad para contribuir hacia la mejora en la atención de los usuarios dentro del marco de la acreditación.

Objetivos específicos

- Aplicar un instrumento para la identificación de los factores que puedan incidir en el trato humanizado que se brinda en los servicios de salud por parte del personal de enfermería.
- Reconocer en la institución las prácticas que promueven el trato deshumanizado y afectan la atención al usuario durante la prestación del servicio.
- Establecer recomendaciones a partir de los resultados identificados que permitan mejorar el proceso de humanización en acreditación enfocado a la atención del usuario.

Metodología

Tipo de estudio

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. El horizonte de tiempo para la obtención de los datos fue desde enero del 2023 a marzo del 2023; mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas cerradas, basado en el instrumento de Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ra versión Rivera Alvares y Triana (2023). El cual González-Hernández (2015), consiste en una evaluación al comportamiento en el cuidado humanizado de los profesionales de enfermería hacia los pacientes, la cual se interesa por conocer los factores que inciden en el trato humanizado de los profesionales de enfermería hacia los usuarios atendidos.

Este instrumento cuenta con previa validez y confiabilidad (0,96) calculada mediante Alfa de Cronbach, González-Hernández (2015) y se compone de 32 ítems, divididos en tres categorías (calidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermero-paciente, disposición para la atención), adicional a eso se agregaron cinco preguntas de variables sociodemográficas (género, estrato socioeconómico, edad, ocupación, nivel de escolaridad) para caracterizar la población objeto de estudio.

Asimismo hace uso de una escala de valor que permite objetivar la medición del trato humanizado teniendo como recurso la percepción del usuario frente a la estancia en el servicio de salud. Seguido a esto, los autores del instrumento se interesaron por abordar el fenómeno del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados en la ciudad de Bogotá (Rivera y Triana, 2007).

Ahora bien, para la elaboración de los referentes teóricos se llevó a cabo una revisión documental para implementar la ejecución del instrumento con relación a la investigación, mediante ella se realizó una encuesta para la obtención de la información cuantitativa, en donde

se evalúa la relación con los usuarios de acuerdo a condiciones que se ofrecen desde el cuidado, las conductas propias durante el ejercicio profesional y que hacen referencia a las habilidades o competencias en términos de actitud y la percepción de quienes se involucran en esta relación.

Para medir los factores de humanización del cuidado de enfermería se eligió el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería "PCHE versión 3a" que permite describir la percepción del paciente, a partir de las tres categorías mencionadas anteriormente, valoradas a través de una escala de Likert que consta de cuatro opciones de respuesta donde: 1=nunca, 2=algunas veces, 3=casi siempre, 4=siempre, según la frecuencia del trato que recibe el paciente.

Cabe resaltar que los autores concedieron la autorización de la utilización del instrumento para este estudio (anexo C).

Población de estudio

Usuarios atendidos en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa de la IPS de baja complejidad de Santiago de Cali (en promedio 220 pacientes atendidos al mes).

Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia dando como resultado un total de 144 pacientes en todas las áreas especificadas anteriormente. Se tuvo en cuenta el promedio de pacientes atendidos por el periodo del último mes. Este muestreo lo define Tamayo (2001), como aquel con el cual se seleccionan las unidades muestrales de acuerdo a la accesibilidad del investigador, se utilizan en casos que se desea obtener información de la población de manera rápida y económica.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años de edad que hayan asistido al servicio de salud mínimo dos veces durante el último mes y tengan capacidad cognitiva plena.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de 18 años o personas que no cuenten con capacidad cognitiva para responder la encuesta o se encuentran asistiendo a una consulta por primera vez.

Proceso de recolección de información

Primeramente, se dio inicio a la fase de aplicación del instrumento a través del aplicativo Google Forms por medio de un ordenador portátil (tableta electrónica), mediante el cual se dio cumplimiento a los objetivos específicos en el marco de la aplicación del instrumento para la identificación de los factores que puedan incidir en el trato humanizado, que se brinda en los servicios de salud por parte del personal de enfermería, y reconocer en la institución las prácticas que promueven el trato deshumanizado que afectan la atención al usuario durante la prestación del servicio, y por último, establecer recomendaciones a partir de los resultados identificados que permitan mejorar el proceso de humanización en acreditación enfocado a la atención del usuario.

Seguidamente, se realizó una prueba piloto en donde fueron tenidos en cuenta cinco participantes que cumplieron con los criterios de inclusión descritos anteriormente, captados en múltiples servicios de la institución: atención hospitalaria, servicio de urgencias, consulta externa; y quienes de manera voluntaria aceptaron el rol de participantes dentro de la investigación por medio de un consentimiento informado previamente explicado; de esta manera medir el tiempo requerido para la ejecución del instrumento por cada participante, arrojando así un aproximado de 10 a 15 minutos.

Finalmente, se efectuó la encuesta a los 144 participantes de los diferentes servicios y se procedió a organizar los datos y analizarlos.

Aspectos éticos

Dicho esto, cabe resaltar que este estudio se encuentra sujeto a la resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas , técnicas y administrativas para la investigación en salud, en relación con el título II que establece los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. También se tomará en cuenta la Ley estatutaria 1266 del 2008 por la cual se dictan las disposiciones en términos generales del hábeas data y se ejerce regulación sobre la información encontrada en bases de datos personales, es especial financiera, crediticia, comercial y de servicios. Dentro de las consideraciones éticas a tener en cuenta, el estudio fue puesto en conocimiento del comité de ética de la institución, por lo tanto se protegerá la confidencialidad y los datos dispuestos por la organización.

Plan de Análisis

Para el plan de análisis se descargaron los datos del aplicativo Google Forms, seguidamente se sistematizaron a través de Excel, obteniendo así las gráficas y porcentajes de acuerdo con la asignación de valores descritos anteriormente.

Respecto a las categorías incluidas, dentro de las cualidades del hacer de enfermería se establecieron siete preguntas relacionadas con ese ítem (Preguntas: 1,2,6,7,8,15,17), enfocadas en las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. Ahora bien, con relación a la segunda categoría que corresponde a la apertura a la comunicación enfermero-paciente, definida como la apertura por parte de quien brinda el cuidado a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta descritos en ocho preguntas (4,5,9,10,11,12,14,19). En último lugar está la disposición para la atención donde se abordan 17 preguntas (3, 13, 16, 18, 20, 21, 22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32) que pretenden conocer la

disposición que surge del cuidador donde no se limite a un acto de observar, sino que indaga para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo en el cuidado.

Resultados

Análisis sociodemográfico

Se aplicó el instrumento PCHE 3^a versión a 144 pacientes en las diferentes áreas, bajo el criterio de inclusión de asistencia superior a una vez en los servicios. Dentro de las características demográficas se puede observar en la figura 2 una mayor participación de las mujeres (63%) respecto a los hombres (37%). Por su parte, el grupo de edad de personas de género femenino que participaron en mayor medida se encontraban entre los 18 a 31 años y desde los 44 a 57 años de edad.

Figura 2

Edad.

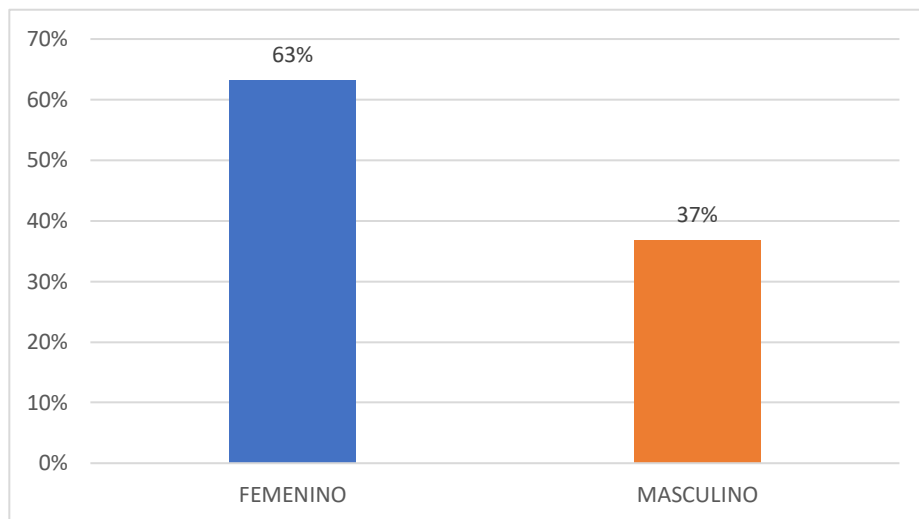
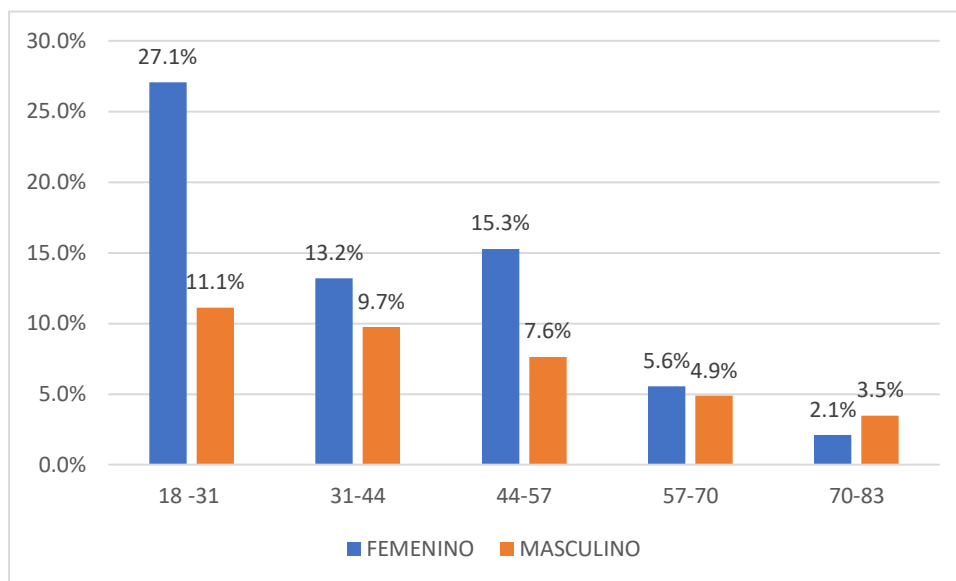


Figura 3*Rango de edad.*

El rango de edad oscila entre un mínimo de 18 años y un máximo de 83 años de edad, siendo el grupo etario entre 18 a 31 años el de mayor participación dentro de la población entrevistada (38,2 %). En segundo lugar, están los participantes entre 44 a 57 años de edad que corresponden al 22,9%. Seguido a esto, se encuentran los de 31 a 44 años de edad, equivalente al 22,9%. Por último, los adultos mayores (70 a 83 años) son el grupo etario de menor participación representando el 5,6% del total de la población.

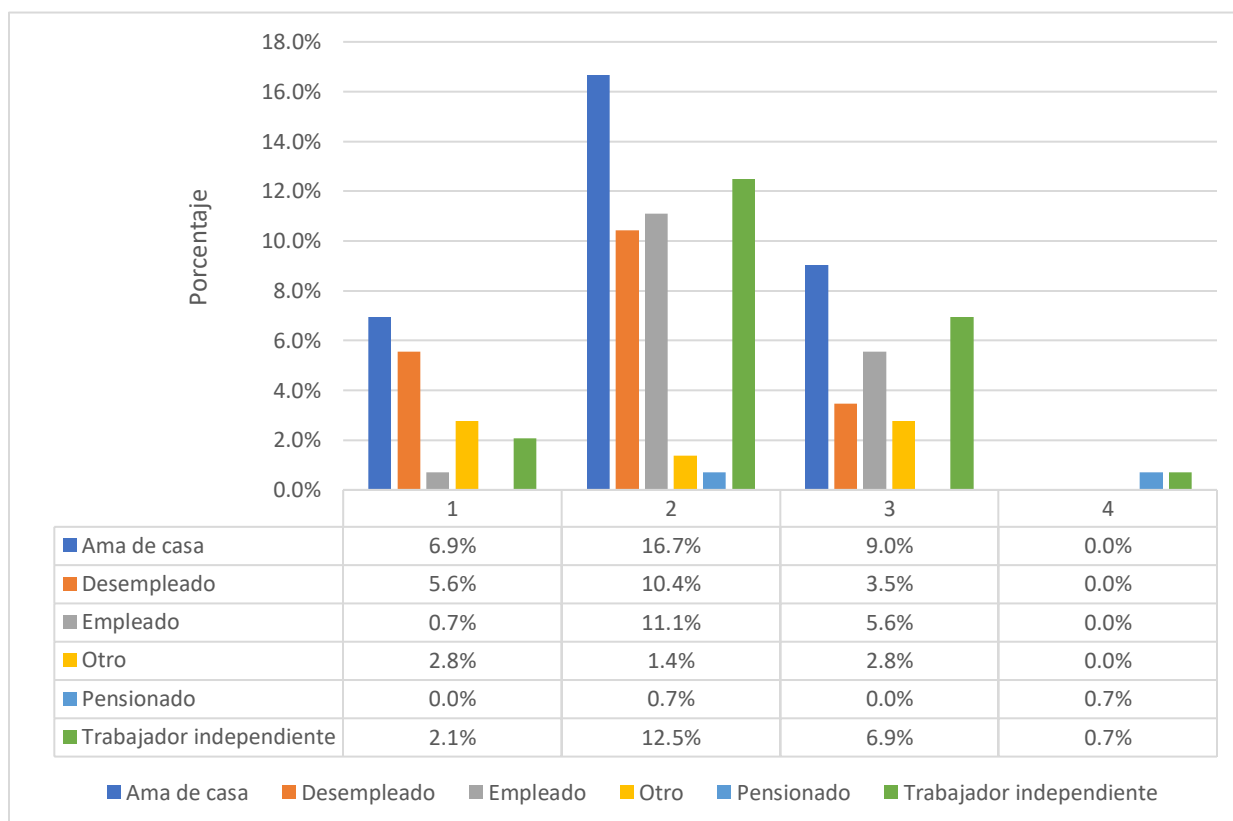
Sobre la ocupación de los encuestados y el estrato socioeconómico, se obtuvieron los siguientes datos: La ocupación con mayor frecuencia en el grupo de participantes corresponde al ser ama de casa en donde el 32,6% de la población indicó este oficio, la segunda ocupación que resaltó para el grupo de participantes tenido en cuenta es el de trabajador(a) independiente con un 22,2% seguidamente la condición de desempleo fue una de las más altas dentro de la encuesta con el 19,4%, y las ultimas opciones con menor frecuencia se ubican en una condición de empleo

con un 17,4% de las respuestas obtenidas a partir de esta opción y por último la población pensionada o que se encontraban con otras fuentes de ingresos están entre el 6,9% y el 1,4%.

Con lo anteriormente dicho, se relaciona la ocupación con el estrato socioeconómico en donde se contempla que la mayor parte de los participantes se encuentran entre los estratos socioeconómicos dos y tres (52,8% y 27,8%), en donde para el primero, principalmente se ubican ama de casas, empleados, trabajadores independientes y personas desempleadas. Las ocupaciones para las personas que se ubicaron en estrato tres, principalmente son amas de casas, desempleados, empleados, participantes con otras ocupaciones, así como trabajadores independientes como se evidencia a continuación:

Figura 4

Estrato socioeconómico y ocupación.



Para las últimas variables sociodemográficas se consideraron la escolaridad (básica primaria, secundaria, técnica/tecnológica, profesional o universitaria) teniendo en cuenta el género de los participantes (femenino o masculino). El nivel de escolaridad en secundaria o bachillerato obtuvo un mayor porcentaje para la población femenina con un 38,58% como para la masculina con un 16,1% obteniendo un total del 54,5% de los participantes con estudios en secundaria. Asimismo, se observa que los estudios en primaria básica representan una parte importante de la muestra en donde el 11,9% de la población masculina indica este nivel de escolaridad y el 9,1% de la población de mujeres generó la misma respuesta con un total de 21,0% de la población con formación en básica primaria, los estudios tecnológicos en tercer lugar fue una de las opciones menos frecuentes para hombres con 10,5% y para mujeres en un 9,8% representado un 20,3% de los participantes con estudios técnicos o tecnológicos. En último lugar, se encuentran los participantes con formación profesional o universitaria en donde tanto hombres como mujeres oscilaron entre el 2,1% con un total de 4,1% (Figura 5).

Figura 5

Escolaridad por género.

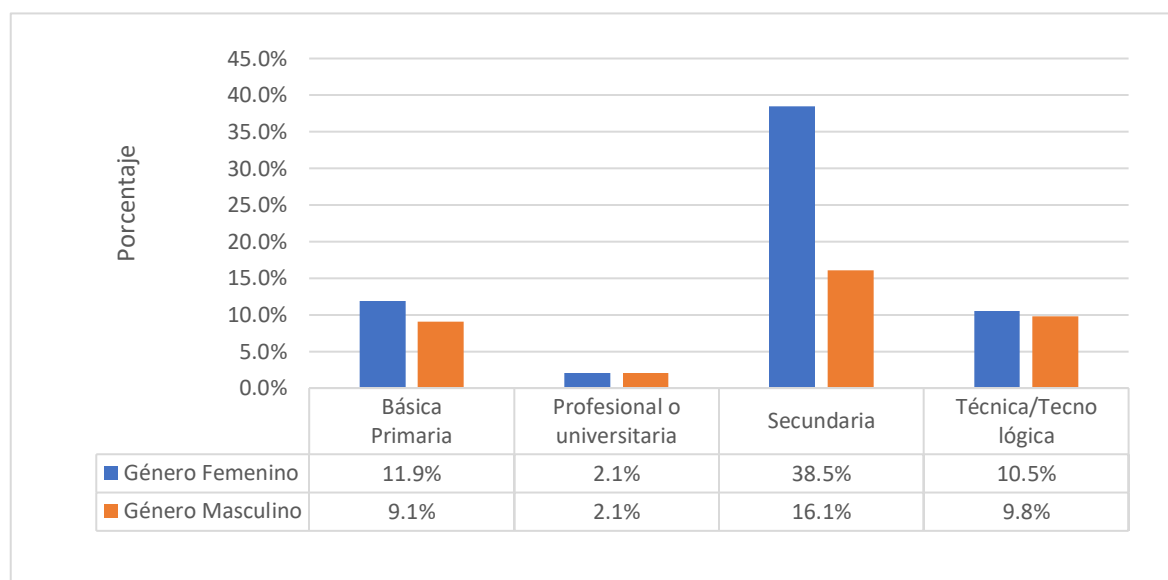
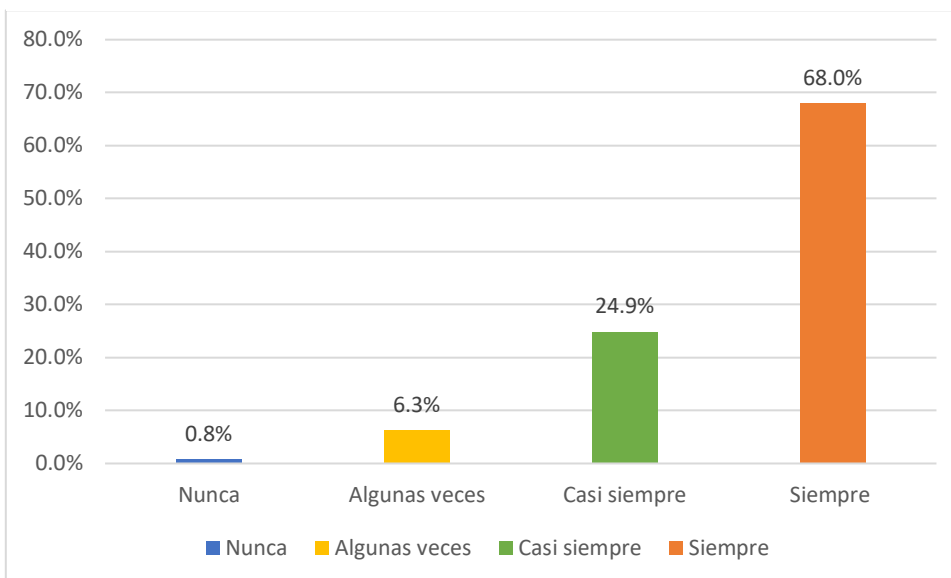


Figura 6

Datos globales de las 3 categorías.



A manera de ideal general, se encontró que la opción de respuesta siempre, predominó en las cuatro categorías con un total de 68%, también se pudo observar que la opción de respuesta nunca tuvo un porcentaje de 0,8% y algunas veces 6,3%, ocupando así las opciones de respuesta menos votadas a lo largo de la encuesta, donde la mayor frecuencia se obtuvo en la categoría 3 donde se media la disposición para la atención hacia el paciente (Figura 6).

Cualidades propias del hacer de enfermería

Esta categoría hace referencia a las cualidades propias del hacer de enfermería en donde se evalúan los valores, aptitudes o cualidades que deben de caracterizar o representar a los profesionales de enfermería quienes son responsables de brindar cuidado. Se destacan algunos aspectos en donde se valora al profesional como una persona con la capacidad de facilitar la comunicación, así como experiencias en donde el paciente pueda obtener el mayor bienestar y confianza que sean posibles logrando de esta manera que se pueda percibir un vínculo en el cual

se respeta la relación enfermero-paciente. Con base a las respuestas dadas por la población de encuestados, la tendencia a este tipo de cualidades fue positiva, dado que de manera global se encontró la respuesta siempre como mayor opción a la mayoría de preguntas de esta categoría. En esta línea, los porcentajes que abarcan esta variable superan el 70,6%, en un segundo lugar, sobresale la respuesta casi siempre con porcentajes desde 13,6 % y se observa que la opción nunca no es sobresaliente en esta categoría.

Tabla 1

Cualidades del hacer de enfermería.

Cualidades del hacer de enfermería	Escala de Likert							
	Nunca	%	Algunas veces	%	Casi siempre	%	Siempre	%
¿Le hacen sentir como una persona?	1	0,2%	4	1,5%	32	18,0%	107	80,3%
¿Le tratan con amabilidad?	1	0,2%	18	7,0%	25	14,6%	100	78,1%
¿Le hacen sentirse bien cuando dialogan con usted?	1	0,2%	18	7,1%	32	19,0%	93	73,7%
¿Le hacen sentirse tranquilo(a) , cuando están con usted?	1	0,2%	11	4,3%	35	20,3%	97	75,2%
¿Le generan confianza cuando lo cuidan ?	1	0,2%	10	3,9%	43	25,3%	90	70,6%
¿Le explican los cuidados con un tono de voz pausados?	3	0,6%	18	7,1%	27	16,1%	96	76,2%
¿Le demuestran respeto por sus creencias y valores?	1	0,2%	9	3,4%	24	13,6%	110	82,9%

Con lo anteriormente planteado, se observa que para la institución evaluada los profesionales de enfermería de los diferentes servicios garantizan una apertura frente a la comunicación y el diálogo con el usuario, así como la implementación de habilidades blandas en donde permiten que el paciente logre una relación interpersonal a partir de un trato cálido. Se

percibe una atención en la medida amable, en donde se evidencia que se encuentra presente durante la prestación de servicio una formación frente a un sistema de valores que se transmiten por medio de la atención a través del intercambio de información, herramientas, recomendaciones, respeto hacia las creencias y valores de los pacientes en donde se pueden ver características relevantes respecto a la categoría, como la integridad, la comunicación asertiva y la construcción de las relaciones de valor desde el personal de enfermería hacia los pacientes.

Apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente

Se orienta hacia la apertura del personal en enfermería para lograr procesos de cuidados que sean dinámicos en donde los pacientes puedan comprender aspectos básicos para su cuidado y puedan modificar las conductas de los pacientes incrementando la capacidad de autocuidado, por medio de herramientas de comunicación que hagan posibles la entrega de la información y una interacción efectiva con el paciente teniendo en cuenta una escucha activa, diálogo y una apertura hacia la comprensión de las necesidades del paciente, para esta categoría los resultados obtenidos se ilustran de la siguiente manera:

Tabla 2*Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente.*

Apertura hacia la comunicación enfermero- paciente	Escala de Likert							
	Nunca	%	Algunas veces	%	Casi siempre	%	Siempre	%
¿Le miran a los ojos cuando le hablan ?	1	0,2%	22	8,9%	36	21,9%	85	69,0%
¿Le dedican tiempo para aclararle a sus inquietudes	1	0,2%	18	7,3%	45	27,4%	80	65,0%
Le facilitan el diálogo?	2	0,4%	22	8,9%	34	20,7%	86	69,9%
¿Le explican previamente los procedimientos	0	0,0%	8	3,1%	40	20,3%	96	73,8%
¿Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas?	1	0,2%	12	4,7%	42	24,9%	89	70,2%
¿Le indican su nombre y cargo antes de los procedimientos?	16	4,0%	34	16,1%	38	27,0%	56	53,0%
¿Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere según su situación de salud?	4	0,8%	18	7,5%	48	30,0%	74	61,7%
¿Le proporcionan información suficiente para que pueda tomar decisiones en salud?	1	0,6%	14	5,7%	48	29,3%	79	64,4%

Con base a las respuestas obtenidas, se observa que existe un incremento en las opciones de nunca con un valor máximo del 4% y algunas veces con un 16%, frente a los ítems evaluados específicamente en esta categoría hacen referencia hacia la interacción entre el enfermero-paciente, en donde se destacan acciones concretas donde el profesional dedica tiempo durante la atención para resolver inquietudes presentadas por el paciente, prestan una información suficiente y clara frente a los procedimientos, aportan información concisa a estrategias para el cuidado así como para la toma de decisiones frente a las condiciones de salud indicando una serie de barreras dentro del uso del lenguaje claro y comprensible desde el profesional hacia el usuario.

Sin embargo, en esta categoría también se evidencia que las opciones de respuesta, también responden a un orden positivo (siempre y casi siempre) y siguen siendo superiores a comparación de las destacadas anteriormente y se ubican entre un 30% y 70%, señalando que frente a la categoría la percepción del grupo de pacientes evaluados resulta significativamente positiva, evidenciando unas acciones de cuidado que resultan medianamente humanizadas en donde los profesionales logran implementar unas actividades que promueven la educación frente al cuidado y la salud de los pacientes. Un panorama mayoritariamente positivo, dentro de esta categoría refiere que él o la profesional de enfermería, inculca un nivel de confianza e identificación personal con el paciente permitiendo que se haga efectivo el trabajo frente al cuidado de la enfermedad o hacia la prevención de las complicaciones, es decir si el paciente logra finalmente una percepción de corte positiva a la comunicación con el enfermero señala que se encuentra satisfecho no solo con el trato sino con la prestación del servicio.

Disposición para la atención

En esta línea, se encuentra la categoría con relación hacia la disposición para la atención que hace alusión a las motivaciones fundamentales del profesional o las aptitudes al momento de ser solicitado para el cuidado de un paciente, el cual no se encuentra limitado solamente a un acto de observación o una relación lejana sino por el contrario a la capacidad de identificar de forma consciente las necesidades de tipo físico, emocional o espiritual, teniendo acceso al paciente desde la integralidad, respetando las condiciones de vulnerabilidad de los pacientes con el fin de fortalecer el vínculo teniendo en cuenta factores como: El tiempo dedicado para la atención o respuesta al paciente, el confort obtenido a partir de la atención, el reconocimiento de necesidades básicas así como psicológicas, permiten la expresión de emociones durante la atención, el manejo del dolor físico o estrés emocional, el respeto hacia la voluntad del paciente,

los resultados obtenidos a partir de la evaluación de estas características se evidencian a partir de la siguiente tabla:

Tabla 3

Disposición para la atención.

Disposición para la atención	Escala de Likert							
	Nunca	%	Algunas veces	%	Casi siempre	%	Siempre	%
¿Le muestran interés por brindarle comodidad durante su atención?	3	0,6%	14	5,6%	40	24,0%	87	69,7%
¿Le dedican el tiempo requerido para su atención?	3	0,6%	14	5,7%	51	31,4%	76	62,3%
¿Le llaman por su nombre?	5	2,4%	14	22,0%	32	75,6%	93	292,9%
¿Le atienden oportunamente sus necesidades básicas?(Higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)	15	0,7%	20	9,5%	56	39,7%	53	50,1%
¿Le manifiestan que están pendientes de usted?	10	1,7%	20	23,3%	43	75,0%	71	165,1%
¿Le permiten expresar sus sentimientos sobre el tratamiento y la enfermedad?	3	0,6%	16	6,6%	47	28,9%	78	63,9%
¿Responden oportunamente a su llamado?	5	0,6%	19	7,9%	41	25,6%	79	65,8%
¿Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual?	8	0,7%	19	8,3%	52	34,1%	65	56,9%
¿Le escuchan atentamente?	2	0,6%	19	7,7%	39	23,7%	84	68,0%
¿Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo?	12	0,7%	22	9,8%	40	26,8%	70	62,6%
¿Le brindan un cuidado cálido y delicado?	4	0,6%	14	5,9%	57	35,8%	69	57,7%
Le ayudan a manejar el dolor físico?	8	0,6%	7	2,9%	45	27,7%	84	68,9%
¿Le demuestran que son responsables de su atención?	1	1,5%	13	13,4%	55	85,1%	75	154,6%
¿Le respetan a sus decisiones?	2	0,6%	12	4,7%	41	24,3%	89	70,4%
¿Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar?	4	0,6%	17	7,0%	44	27,2%	79	65,2%
¿Le respetan su intimidad?	3	0,6%	12	4,8%	42	25,1%	87	69,5%
¿Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico?	4	0,6%	9	3,5%	31	18,1%	100	77,8%

Con base a lo evidenciando en la ilustración según la disposición para la atención, se observa que la frecuencia de opciones de respuesta referente a nunca, algunas veces o casi

siempre, se evidencia un aumento hasta del 40% frente a otras categorías, especialmente en los ítems que evalúan los tiempos dedicados desde el profesional hacia el paciente para lograr una atención integral y respetuosa, considerando las decisiones, inquietudes, manejo del dolor óptimo del paciente, así como el tiempo de respuesta frente a las necesidades fisiológicas o de tipo espirituales que se puedan presentar en los diferentes servicios de la institución. Esto indicando, que los profesionales deben de fortalecer la calidez durante el tiempo de atención e identificar de manera más oportuna las necesidades con respecto al manejo del dolor físico, así como la postura del paciente frente a procedimientos, tratamientos o diagnósticos.

A pesar de que se incrementaron las respuestas de un orden negativo, aquellas que hacen alusión positiva frente a la disposición de los enfermeros especialmente los ítems que se vinculan a la cobertura en las necesidades básicas como la higiene, recomendaciones frente al cuidado en la estancia hospitalaria, identificación del paciente por su nombre o apellido de manera correcta, lo que señala al que hacer operativo se encuentra una muy buena disposición para la atención, en donde las necesidades básicas o fisiológicas se atienden, dentro de los tiempos oportunos y se brinda una atención de calidad y medianamente humanizada. Se resalta también, que los profesionales identifican al paciente por su nombre o apellido y mantienen el cuidado continuo del paciente estableciendo pautas para preservan la salud dentro de la estancia.

Discusión y conclusiones

Llevar a cabo un trato humanizado en el campo de la enfermería se genera a través del desarrollo de una relación interpersonal entre el enfermero y el paciente que se encuentra compuesto de múltiples factores, en los cuales se destacan habilidades técnicas junto con las habilidades blandas para lograr una atención oportuna, efectiva, cálida, digna y amable por medio de la empatía basada en el respeto hacia el paciente y sus necesidades.

Por otro lado, según los resultados del instrumento para lograr un cuidado humanizado deben de existir dentro de las cualidades del hacer propio de la profesión unas habilidades comunicativas y una serie de aptitudes que permitan la ejecución de las actividades profesionales orientadas hacia comprender que el enfoque de cuidado no solo responde al manejo de sintomatología, sino también a la comprensión de la esfera emocional y espiritual de los procesos de enfermedad o recuperación.

Con base a la evaluación realizada para medir la percepción del cuidado humanizado en la Red de salud del Sur Oriente, este proceso resultó en la medida satisfactorio y acorde con la bibliografía revisada especialmente por lo planteado por Villota (2017), en donde se pueden evidenciar condiciones de trato humanizado siempre y cuando exista un proceso, en donde el trato sea basado en la compasión y el reconocimiento hacia el usuario, lo que resulta en línea con los resultados obtenidos a partir de la medición, puesto que desde el punto de vista de los pacientes que acuden a los diferentes servicios en donde son atendidos por profesionales de enfermería logran percibir que los profesionales están dispuestos o denotan un interés a tener una interacción más cercana o personal por medio del diálogo, la comunicación en donde se fomenta el respeto, la confianza y se genera una seguridad durante la estancia para el paciente.

Además, también se demuestra lo dicho por Salazar (2015) que puntualiza el rol del profesional de enfermería como un profesional con disposición hacia la preservación de la salud por medio del acercamiento hacia el usuario y sus necesidades a través de los procesos educativos, lo cual resulta evidente en lo demostrado por la población de pacientes encuestados, ya que reconocen que la atención que reciben está centrada en el mantenimiento de la salud por medio de las recomendaciones y aptitudes puestas hacia el autocuidado y la orientación por

medio de un lenguaje claro en donde hay esfuerzo por identificar las necesidades y establecer acciones que se ajusten a sus demandas.

En este orden de ideas, es importante resaltar que en la institución evaluada, se observaron aspectos que deben de implementarse dentro de una mejora continua para lograr una atención y un trato humanizado de mayor impacto para los usuarios y sus familias especialmente los componentes que hacen referencia al desarrollar una consciencia en los profesionales, que un tiempo que resulte eficiente o satisfactorio no solo es aquel que está basado en las operaciones o prácticas clínicas sino también en una interlocución con el paciente donde se generen unas amenidades brindando información de calidad que permita al usuario hacer una toma de decisiones frente a su condición o hacer uso de su libre elección tal como lo expone Castro et al (2019), explicando que la atención no debe de ser fragmentada o rodeada bajo un lente clínico o arraigado a una diferencia entre la jerarquía establecida por el profesional, debe de ser una experiencia compartida con el paciente teniendo en cuenta un contacto que sea amable y digno del paciente.

Para concluir este capítulo, se pensaron en una serie de recomendaciones para dar cumplimiento al último objetivo específico y que deben de ser tenidas en cuenta por parte de la entidad que formó parte del objeto de estudio, a pesar de que de manera global la percepción del cuidado humanizado que se percibe desde el paciente hacia el profesional de enfermería resulta apropiado y dentro de una escala positiva, se deben fortalecer en la institución las actividades que promuevan el trato humanizado especialmente aquellas que sean transversales a la comunicación y la apertura hacia el paciente que garanticen un suministro de información para que el paciente logre comprender, diagnósticos, procedimientos o tratamientos de manera oportuna y clara.

Referencias Bibliográficas

- Andino-Acosta, C. A. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(1), 38–64. <https://doi.org/10.18270/rcb.v10i1.684>
- Ariza-Olarte, Claudia. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería universitaria*, 9(1), 41-51. Recuperado en 24 de febrero de 2023, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es&tlng=es.
- Bautista-Rodríguez, L., Parra-Carrillo, E., Arias-Torres, K., Parada-Ortiz, K., Ascanio-Meza, K., Villamarin-Capacho, M. y Herrera Poveda, Y., (2015). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Revista ciencia y cuidado*, 12(1), 105-118. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5243988.pdf>
- Beltrán-Salazar, O. (2015). Cuidado humanizado: una relación de familiaridad y afectividad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 17-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100003&lng=en&tlng=es.
- Blanco-Nistal, M., Tortajada-Soler, M., Rodríguez-Puente, Z., Puente-Martínez, M., Méndez-Martínez, C. y Fernández-Fernández, J. (2021). Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la crisis del COVID-19. *Enfermería Global*, 20(64), 26-43. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n64/1695-6141-eg-20-64-26.pdf>
- Bonilla-Castro, E y Rodríguez-Sehk, P. (1997). *Más allá del dilema de los métodos*. Editorial Norma. <https://laboratoriociudadut.files.wordpress.com/2018/05/mas-alla-del-dilema-de-los-metodos.pdf>

- Busch, I., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. and Rimondini, M. (2019). The Patient - Patient-Centered [Humanización de la atención: elementos clave identificados por pacientes, cuidadores y proveedores de atención médica]. *Outcomes Research*, 12, 461-474.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Cano, S., Giraldo, A. y Forero, C. (2016). Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 48-53. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06
- Castro, L., Gubert, I., Duro, E., Cudeiro, P., Sotomayor, M., Estupiñan, E., Dávila, L., Farías, G., Torres, F., Malca, E y Sorokin, P.(2018). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoamericana Bioética*. 8(10). <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/8912>
- Chiavenato, I. (2009). *Gestión del talento humano*. McGraw Hill.
<https://jgestiondeltalentohumano.files.wordpress.com/2013/11/gestion-del-talento-humano-idalberto-chiavenato-3th.pdf>
- Correa-Zambrano, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1210-1218. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Decreto 0903 de 2014. (2014, 13 de mayo). Ministerio de salud y protección. Diario oficial No. 49.150.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>
- Decreto 1011 de 2006. (2006, 3 de abril). Ministerio de la protección social. Diario oficial No. 46.230.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Díaz-Rodríguez, M., Alcántara-Rubio, L., Aguilar-García, D., Puertas, C y Cano-Valera, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de

la literatura. *Enfermería Global*, 19(58), 640-672.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200020#:~:text=El%20cuidado%20humanizado%20es%20dado,abordaje%20basado%20e%20valores%20humanos.

Donabedian, A. (1986). Quality Assurance in Our Health Care System[Aseguramiento de la calidad en nuestra atención médica]. *American Journal of Medical Quality*, 1(1), 6- 12.

<https://doi.org/10.1177/0885713X8600100104>

Ferreira-Deslandes, S. y Araujo-Mitre, R. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde.

[Proceso comunicativo y humanización en salud]. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 13(1),

641-9. <https://www.scielo.br/j/icse/a/DmMxCv3wWhHzkQxMkX5qcks/?format=pdf&lang=pt>

Gobierno de Colombia y Ministerio de Salud. (2021). *Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>

Gutiérrez-Fernández, R. (2017). La humanización de la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&tlng=es.)

[695X2017000100005&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&tlng=es.)

Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M y De La Cruz-Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides

Carrión. LimaCallao, 2015. *Revista enfermería Herediana*, 9 (2), 127-136.

<https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

ICONTEC. (s.f.). Que es la Acreditación en Salud. Acreditación en Salud.

<https://acreditacionensalud.org.co/que-es-la-acreditacion-en-salud/>

Jiménez- Rodríguez, L., Gamboa-Suárez, R y Márquez, M. (2019). Deshumanización en la atención de la salud ¿son las Tic´s el problema o la solución?. *Mundo Fesc*, 9(17), 76-84.

<https://www.fesc.edu.co/Revistas/OJS/index.php/mundofesc/article/view/405/503>

Ley 100 de 1003. (1993, 23 de diciembre). Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial No.

41.148. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Ley 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Congreso de Colombia. Diario oficial No. 49.427.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ley estatutaria 1266 de 2008. (2008, 31 de Diciembre). Congreso de la república. Diario oficial No.

47.219

https://www.redjurista.com/Documents/ley_1266_de_2008_congreso_de_la_republica.aspx#/

Mastrapa, Y., & Gibert Lamadrid, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las

teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4).

<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>

Mejía-Lopera, M. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito

del cuidado clínico. *Index de Enfermería*, 15(54), 48-52.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

[12962006000200010&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=es&tlng=es)

Ministerio de la Protección Social. (s.f.). *Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual->

[elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *ABC sobre el sistema único de acreditación en salud.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abc-suas.pdf>

Ministerio de salud. (1993). Resolución número 8430 de 1993. Diario oficial No. 49.427.

Peplau, H. E. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Salvat.

<https://www.worldcat.org/title/relaciones-interpersonales-en-enfermeria-un-marco-de-referencia-conceptual-para-la-enfermeria-psicodinamica/oclc/632505805>

Pezzanode Vengoechea, G., (2001). Rogerssu pensamiento profesional y su filosofía personal.

Psicología desde el Caribe, (7),60-69. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300705>

Rodríguez, M. (2008). Relación médico paciente. *Editorial ciencias médicas*, 8, 116 http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf

Taylor, F. y Drucker, Z. (2015). Cambio de paradigmas en la Administración. El fin de la

Administración Científica (Taylor, Fayol) y el inicio de una Administración Humanista. *XII*

Congreso Internacional de Administración “La gestión y las nuevas competencias en un mundo de cambios constantes”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<https://archivo.consejo.org.ar/congresos/material/12congresoadm/Trabajo5.4.pdf>

Viloria-Rendón, O. (2005). Reseña de "La sociedad poscapitalista", *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 11(1), 324-330. <https://www.redalyc.org/pdf/364/36401114.pdf>



Anexos

Anexo A

Formato de encuesta de percepción del cuidado humanizado en enfermería

Percepción del cuidado humanizado en enfermería

Señale con una X según corresponda

 dianaisabel.ortizloaiza77@gmail.com (no se comparten) 
[Cambiar cuenta](#)

Género

Femenino

Masculino

Otro

Prefiero no decirlo

Estrato socioeconómico

1

2

3

4

5

Edad

Tu respuesta _____

Ocupación

- Empleado
- Trabajador independiente
- Pensionado
- Ama de casa
- Desempleado
- Otro

Nivel de escolaridad

- Básica Primaria
- Secundaria
- Técnica/Tecnológica
- Profesional o universitaria
- Otros: _____

Sección 1: Cualidades del hacer de enfermería

¿Le hacen sentirse como una persona?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le tratan con amabilidad?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le hacen sentirse tranquilo(a) cuando están con usted?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le generan confianza cuando lo(la) cuidan?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le explica los cuidados usando un tono de voz pausado?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le demuestran respeto por sus creencias y valores?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

Sección 2: Apertura a la comunicación enfermero(a)-paciente

¿Le miran a los ojos cuando le hablan?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le facilitan el diálogo?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le explican previamente los procedimientos?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿ Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿

Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

Disposición para la atención

¿Le muestran interés por brindarle comodidad durante su atención?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le dedican el tiempo requerido para su atención?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le llaman por su nombre?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le atienden oportunamente sus necesidades básicas?(Higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le manifiestan que están pendientes de usted?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le permiten expresar sus sentimientos sobre el tratamiento y la enfermedad?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Responden oportunamente a su llamado?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le escuchan atentamente?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le brindan un cuidado cálido y delicado?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le ayudan a manejar el dolor físico?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le demuestran que son responsables de su atención?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le respetan a sus decisiones?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le respetan su intimidad?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

¿Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

[Atrás](#)

[Enviar](#)

[Borrar formulario](#)

Anexo B*Consentimiento informado*

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVA
MAESTRÍA GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
AÑO 2023
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy de acuerdo en la realización de la encuesta por parte del estudiante de la maestría en gerencia de organizaciones de salud de la Pontificia Universidad Javeriana (abajo firmante).

Entendiendo los propósitos de la encuesta no existe ningún riesgo y que se manejara bajo parámetros éticos de confidencialidad. Comprendo que estoy en mi derecho de decidir participar o no. Por lo tanto, acepto participar.

No	No Documento	Nombre	Firma
1			
2			
3			
4			
5			

Nombre del Encuestador

Firma

Anexo C

Aprobación del uso del instrumentos por parte de los autores

**ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL INSTRUMENTO:
“PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE
ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN”**

Con el presente acuerdo las(os) receptoras(es) del INSTRUMENTO: **“PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN”**

Reciben autorización para su uso en la Investigación: Nombre completo del trabajo investigativo

Factores que pueden incidir en el trato humanizado por parte del personal de enfermería hacia los usuarios en una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad

de acuerdo con los parámetros abajo pactados:

1. El Instrumento: **“Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- 3ª versión-”**, es el producto del proceso de validación facial y de contenido del Instrumento: **“Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE - 1ª y 2ª versión -”**, de autoría de la enfermera *Luz Nelly Rivera Álvarez* y el enfermero *Álvaro Triana*, a partir de una investigación en la Clínica del Country, Bogotá – Colombia, en 2005. La adaptación, validez y medición de la confiabilidad del instrumento PCHE en su tercera Versión fue desarrollada en el marco de la tesis de maestría, por el enfermero *Oscar Javier González Hernández*, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en 2013.

2. Las(os) receptoras(es) del instrumento: docente(s), estudiantes y/o enfermeras(os):

Nombres completos de los responsables de la investigación

Estudiantes: Diana Isabel Ortiz Loaiza, Laura Melissa Moreno Rodríguez

Directora de tesis: Edna Aurora Sandoval

se comprometen a citar el origen y recorrido del Instrumento **“PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN”** en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.

3. Los autores del instrumento PCHE 3ª Versión, **una vez revisado el anteproyecto del presente estudio**, estiman la viabilidad, coherencia y pertinencia del instrumento con los objetivos y metodología del estudio. En consecuencia se autoriza su aplicación, como también se garantiza el principio de confidencialidad del anteproyecto enviado.

4. El instrumento: **“PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN”**, es autorizado su uso con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier uso comercial.

Material elaborado por: Rivera, L.N.; Triana, A. (2014). Patrimonio moral e intelectual de los autores.

Prohibida su reproducción.

Correos electrónicos: lnriveraa@unal.edu.co; al triana@unal.edu.co

5. El instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, debe presentarse y aplicarse estrictamente acogiendo su formato (sin ningún logo o distintivo de alguna institución, mencionando los autores, el instructivo de aplicación y manteniendo el orden de los ítems y la pregunta abierta). Y en la eventualidad de que se precise una modificación en cuanto a nombre, a la semántica de los ítems, a forma y contenido del instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, los(as) posibles investigadores han de informar por escrito a los autores del instrumento, los cambios propuestos explicando la justificación de los mismos y así obtener la correspondiente autorización de los autores.

6. El instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, no podrá ser reproducido ni presentado en los trabajos académicos resultantes de la investigación (entiéndase como artículos, libros, capítulos de libros, ponencias), excepto en las tesis de grado. En caso de precisarse su reproducción, los(as) posibles investigadores han de dirigirse por escrito a los autores del instrumento, explicando las razones por las cuales se amerita la reproducción.

7. Los resultados del uso del instrumento: **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, serán entregados de forma escrita y detallada a los autores del instrumento, al finalizar la investigación citada en este acuerdo.

8. Se solicita que todos los(as) investigadores (entiéndase por director(a) de tesis, estudiantes y/o enfermeras/os) firmen el presente acuerdo y registren la información solicitada a continuación de la firma.

Dado en Bogotá D.C., el 21 de abril de 2023

Firman en conformidad:

En calidad de autores:

Luz Nelly Rivera Álvarez

LUZ NELLY RIVERA ÁLVAREZ

Enfermera. Mg en Enfermería. PhD en Educación y Sociedad.

Alvaró Triana

ÁLVARO TRIANA

Enfermero

En calidad de investigadores:*Edna Sandoval C*

Profesor(a) director(a) Trabajo de investigación

Nombre: Edna Aurora Sandoval

Documento identidad: 51866638

Cargo: Profesor

Institución: Universidad Javeriana

Correo electrónico: esandova@javeriana.edu.co*Diana Isabel Ortiz L.*

Nombre: Diana Isabel Ortiz Loaiza

Documento identidad: 1151942803

Correo electrónico: dianaisabel.ol@hotmail.com*Laura Moreno R*

Nombre: Laura Melissa Moreno Rodríguez

Documento identidad: 1143866278

Correo electrónico: lauramr1518@gmail.com

Nombre:

Documento identidad:

Correo electrónico:

Nombre:

Documento identidad:

Correo electrónico:

Nombre:

Documento identidad:

Correo electrónico:

Nombre:

Documento identidad:

Correo electrónico: