



**ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN
HUMANIZADA DE PACIENTES O
CUIDADODRES CON SERVICIO DE
ENFERMERÍA EN LA IPS TODOMED DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PALMIRA
EN EL AÑO 2022**

SANDRA LORENA CANIZALES TROCHEZ
NANCY DEL CARMEN CHALAPUD QUITIAQUEZ
JOSÉ JOAQUÍN LEDESMA ARIAS
ROSSIE GERALDINE LIZCANO LÓPEZ
LINA MARÍA MUÑOZ MOSQUERA
CLAUDIA ANDREA PINEDA CALAMBAS



Universidad[®]
Católica
de Manizales

REGISTRADA MINEUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN HUMANIZADA DE PACIENTES O
CUIDADORES CON SERVICIO DE ENFERMERÍA EN LA IPS TODOMED DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA CIUDAD DE PALMIRA EN EL AÑO 2022

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista
en Administración de la Salud

Asesor

Vanessa Mercedes Rivera Rosero

Autores:

Sandra Lorena Canizales Trochez

Nancy del Carmen Chalapud Quitiaquez

José Joaquín Ledesma Arias

Rossie Geraldine Lizcano López

Lina María Muñoz Mosquera

Claudia Andrea Pineda Calambas

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
MANIZALES

2023

AGRADECIMIENTOS

Damos agradecimiento a TODOMED LTDA por brindarnos la oportunidad de hacer uso de su nombre para la investigación en una de sus áreas de atención y hacer posible la culminación de la misma; a la doctora Mayra Alejandra Ortega, coordinadora de CEIT, por escuchar nuestra propuesta de investigación y autorizar el acceso a la información requerida; a María Fernanda Montoya, jefe de la Unidad de Atención Domiciliaria, y a Sandra Álvarez, jefe de Enfermería, por brindarnos la base de datos de la población de la población estudio y estar al pendiente del proceso.

TABLA DE CONTENIDO

2. RESUMEN.....	9
2. 1. RESUMEN.....	9
2.2. INTRODUCCIÓN	11
2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.4 JUSTIFICACIÓN	22
3. OBJETIVOS	26
3.1. OBJETIVO GENERAL	26
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
4. MARCO TEORICO	27
4.1. MARCO DE ANTECEDENTES.....	27
4.2. MARCO CONTEXTUAL.....	31
4.3. MARCO CONCEPTUAL	33
4.4. MARCO REFERENCIAL.....	35
4.4.1. Teoría del cuidado humanizado	35
4.4.2. Humanización y calidad en salud.....	38
4.5. MARCO NORMATIVO	39
4.5.1. Constitución política de Colombia de 1991	39
4.5.2. Ley 100 de 1993	40
4.5.3. Ley 1122 de 2007	41
4.5.4. Resolución 13437 de 1991	41
4.5.5. Decreto 1011 De 2006	42
4.5.6. Ley Estatutaria 1751 de 2015.	42
4.5.7. Circular 23 de 2016.....	43
4.5.8. Acreditación en salud.....	43
4.5.9. Política nacional de humanización en salud	44

5. METODOLOGÍA.....	46
5.1 ENFOQUE Y DISEÑO	46
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	47
5.2.1 Tamaño de muestra	47
5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	49
5.4 INSTRUMENTO.....	50
5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	52
5.6 COMPONENTE ÉTICO	53
5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	56
5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
6. RESULTADOS Y DISCUSION	64
6.1. OBJETIVO 1: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN	64
6.2. OBJETIVO 2: IDENTIFICAR EL NIVEL DE PERCEPCIÓN RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO HUMANIZADO EN SALUD	70
6.3. OBJETIVO 3: DESCRIBIR LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN SALUD.....	74
6.3.1. Dimensión cualidades del quehacer de enfermería	75
6.3.2. Dimensión apertura a la comunicación de enfermería	77
6.3.3. Dimensión disposición para la atención	79
6.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	83
7. CONCLUSIONES.....	93
7.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	94
8. RECOMENDACIONES.....	95
9. BIBLIOGRAFÍA.....	97
10. ANEXOS	108

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1. Caracterización población por edad.....	64
Grafico 2. Caracterización por género.....	65
Grafico 3. Caracterización de la población por nivel de escolaridad	66
Grafico 4. Caracterización de la población por el tipo de personal de cuidado básico	67
Grafico 5. Caracterización de la población por la persona que diligencia la encuesta	68
Grafico 6. Caracterización de la población por el tiempo que llevan con el servicio de cuidado básico.....	68
Grafico 7. Caracterización de la población por el tiempo de vinculación con la IPS..	69
Grafico 8. Caracterización de la población por el número de horas asignado para el cuidado básico.....	70
Grafico 9. Caracterización por nivel de satisfacción con el servicio de cuidado básico	71
Grafico 10. Caracterización por el tiempo que el personal de cuidado básico lleva realizando la atención.....	71
Grafico 11. Caracterización cambio del personal de cuidado básico	72
Grafico 12. Caracterización de acuerdo al número de veces que ha sido cambiado el personal de cuidado básico	73
Grafico 13. Distribución numérica de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería en la dimensión de cualidades del quehacer de enfermería en una IPS de la ciudad de Palmira	75
Grafico 14. Distribución numérica de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería en la dimensión de apertura a la comunicación de enfermería en una IPS de la ciudad de Palmira.	77
Grafico 15. Distribución numérica de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería en la dimensión de disposición para la atención de enfermería en una IPS de la ciudad de Palmira.	82



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN,
PROYECCIÓN Y DESARROLLO**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN HUMANIZADA DE PACIENTES O CUIDADORES CON SERVICIO DE ENFERMERÍA EN LA IPS TODOMED DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA CIUDAD DE PALMIRA EN EL AÑO 2022.

Investigadores:

Sandra Lorena Canizales Trochez

Nancy del Carmen Chalapud Quitiaquez

José Joaquín Ledesma Arias

Rossie Geraldine Lizcano López

Lina María Muñoz Mosquera

Claudia Andrea Pineda Calambas

Línea de Investigación: Administración en salud

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en administración de la salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Palmira

Departamento: Valle del Cauca

Duración del Proyecto (periodos académicos): 2022

2. RESUMEN

2. 1. RESUMEN

El tema de humanización en los servicios de salud ha cobrado importancia en la actualidad, pues la atención de los pacientes debe tener un enfoque dirigido a respetar la dignidad humana, al tiempo que reciben un trato con calidad y oportunidad. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la percepción sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicio de enfermería en la IPS Todomed de atención domiciliaria en la ciudad de Palmira en el año 2022. Esta investigación correspondió a un estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal. La información se recolectó a partir de la aplicación del instrumento PCHE CLINICOUNTRY 3 versión, a 24 participantes. Se obtuvo como resultado que los cuidadores de los pacientes tenían una percepción positiva de las dimensiones calificadas en el instrumento, lo cual sugiere que se dio cumplimiento a los objetivos del programa de humanización diseñado en la IPS, en el servicio prestado por el personal de enfermería. Sin embargo, se encontró una problemática relacionada con la alta rotación del personal y tiempos de espera prolongados cuando el personal no asistía al domicilio del paciente. Finalmente, se llegó a la conclusión que la atención prestada a los pacientes de Todomed se caracterizó por un trato humanizado, lo cual se

reflejó en la percepción positiva que tuvieron los cuidadores primarios, en su mayoría, sobre las cualidades del quehacer de enfermería, su apertura a la comunicación y la disposición durante la atención.

ABSTRACT

The issue of humanization in health services has gained importance today, since patient care must have an approach aimed at respecting human dignity, while receiving treatment with quality and opportunity. The objective of this research was to determine the perception of the humanized care of patients or caregivers with a nursing service at the IPS Todomed for home care in the city of Palmira in the year 2022. This research corresponded to a study with a quantitative approach of a descriptive type and of cross-section. The information was collected from the application of the instrument PCHE CLINICOUNTRY 3 version, to 24 participants. It was obtained as a result that the caregivers of the patients had a positive perception of the dimensions qualified in the instrument, which suggests that the objectives of the humanization program designed in the IPS were fulfilled, in the service provided by the nursing staff. However, a problem was found related to the high turnover of staff and long waiting times when the staff did not attend the patient's home. Finally, it was concluded that the care provided to Todomed

patients was characterized by a humanized treatment, which was reflected in the positive perception that primary caregivers had, mostly, about the qualities of nursing work, their openness to communication and disposition during care.

2.2. INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de humanización, se hace referencia a un concepto que va directamente ligado a los valores que se derivan del accionar en el ámbito de la salud durante la prestación del servicio, y cuando este, se encuentra establecido en una base sólida que involucra el diseño de políticas y creación de programas de atención, está direccionando a que la relación profesional-paciente tenga como base el respeto por la dignidad humana y, además, de salvaguardar la autonomía de cada persona incluyendo el contexto ético y moral.¹

Diversos trabajos avalan que, en general, la percepción de humanización del paciente o el cuidador está expuesta a diversas variables, las cuales son de abordaje, donde se tiene en cuenta que el proceso de enfermedad causa que la persona sienta mayor vulnerabilidad y fragilidad, y más aun dependiendo del contexto en el cual se encuentre demarcada su enfermedad y limitación funcional dado el caso, por lo que resulta indispensable el rol ejecutado de quien brinda la atención. Cabe destacar que la prestación de la atención

humanizada también es el resultado del ejercicio gerencial, administrativo y asistencial, pues toda acción y decisión recae en el funcionamiento de las instituciones que prestan los servicios de salud.²

Por tanto, es importante ahondar en este tipo de investigaciones, en las diferentes áreas de prestación de los servicios de salud, permitiendo que se fortalezcan los programas de humanización de cada entidad en favor de la atención integral de los usuarios. Más aun, teniendo en cuenta el avance que ha experimentado el sector salud con el crecimiento tecnológico, los cambios generado por las normativas, factores de estrés laboral en el talento humano, el aumento de la demanda de servicios que pueden contribuir en cierta medida a la deshumanización de la atención en salud.

Por este motivo, esta investigación se realizó con la finalidad de determinar cuál es la percepción sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicios de enfermería en la IPS Todomed de atención domiciliaria en la ciudad de Palmira, para lo cual se tomó como participantes la población total de usuarios que contaban con este servicio.

Finalmente, con los resultados obtenidos de este estudio se beneficiará a la entidad participante, podrá conocer cuál es el impacto de su programa de

Humanización en el área de atención domiciliaria, fortaleciendo sus procesos y generando cambios que garanticen la prestación de los servicios con dignidad humana, centrada en el individuo y favoreciendo la interacción médico – paciente en un contexto de confianza, integralidad y seguridad de la atención brindada a los usuarios.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el concepto de humanización tiene un impacto significativo en la atención de los servicios de salud pues su objetivo va más allá de resolver una situación de salud en particular, busca el bienestar integral de los pacientes. Por tanto, el abordaje es amplio y se relaciona directamente con los procesos de calidad y gestión administrativa en salud.

Según el artículo de Correa¹, humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen las conductas en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, se habla de humanización. Por tanto, se puede afirmar que humanizar está directamente relacionado con valores que buscan modificar la conducta de los profesionales de la salud durante la prestación de un servicio, y cuando estos valores son referentes para el diseño de políticas y creación de programas de atención e

intervención del personal asistencial en diferentes áreas se está direccionando a que la relación profesional-paciente tenga como base el respeto por la dignidad humana y, además, de salvaguardar la autonomía de cada persona

Como dice en su artículo Andino² “La humanización es un proceso dinámico e interactivo en el que es preciso considerar tres dimensiones fundamentales, la persona enferma y su entorno; los colaboradores y agentes asistenciales de la salud; y los aspectos organizativos, administrativos y estructurales”. Por otra parte, la humanización puede ser considerada un eje fundamental dentro de las ciencias de la salud puesto que incluye directrices y establece prioridades a todas las personas y procesos, proponiendo transformaciones en las relaciones sociales de los actores participantes y en las interacciones que se generan entre ellos; Sin embargo, en la actualidad se observa un déficit en la atención brindada por el personal de salud asociada en algunos casos a negligencia y despersonalización de las relaciones evidenciándose la deshumanización en la atención en salud³. Lo anterior influye directamente en la falta de autonomía del paciente y sus familiares, y en la calidad de la atención en salud, por ese motivo se debe fortalecer la humanización del personal en los servicios de salud.

En el artículo relacionado con Bioética y humanización de los servicios

asistenciales en la salud, Andino² menciona que las circunstancias que las características y condiciones de la realidad humana lo ponen en contra de su propio aspecto de humanización. También afirma que los avances en los campos tecnológicos, el conocimiento y el mayor acceso a herramientas y exploración del campo científico y médico generan problemáticas y crisis que pueden repercutir en aspectos de humanización, llevando al deterioro y pérdida de valores y principios, además del sentido mismo del humano, la dignidad, el bienestar y calidad de la vida. Entonces, se resalta la importancia de la ética y la bioética como disciplinas vitales en el ejercicio profesional en cuanto aportan principios universales para asumir el compromiso de la humanización y el deber ser en el servicio de salud.

La humanización en salud se orienta en la atención y cuidados del paciente basados en el respeto, la utilización de la empatía para poder comprender la situación del paciente y establecer un plan de tratamiento integral. Humanizar es conocer y respetar el concepto de dignidad, partiendo desde el profesional para poder comprender las necesidades y limitaciones de los demás, conocer sus ideas y sus objetivos para poder proporcionarle las herramientas necesarias para lograr la satisfacción por parte del paciente y su entorno familiar⁴.

En este sentido, la temática sobre la humanización no sólo le compete al área científica-técnica, sino que es necesario interiorizar dicho concepto en todas las áreas y contextos de participación del ser humano. Si la persona aplica el objetivo de la humanización en su diario vivir, le sería de utilidad para aplicarlo en su quehacer profesional en su campo laboral. Por tanto, no hay calidad en la prestación de servicios sanitarios sin calidez humana, la calidad científica y técnica es sólo condición necesaria que satisface un servicio sanitario, pero no suficiente⁴.

Respecto al problema que ocasiona la falta de humanización, Andino² establece: la ciencia, la tecnología y la biomédica puestas al servicio de los procesos, diagnósticos y tratamientos (curativos o paliativos), ayudan a ir más allá de la fragilidad del humano, aunque resalta que los avances científicos y los accesos a las nuevas tecnología pueden contribuir a la falta de humanización del sector salud cuando se depende totalmente de uso para brindar la atención y se olvida de centrar y dirigir los esfuerzos principalmente en la persona.

Por tanto, la bioética establece que la ciencia y la tecnología deben ser medios para el bienestar del ser humano y no herramientas para ejercer dominio y control⁵, razón por la cual es importante enfatizar en la enseñanza de los

principios de la bioética desde la academia, en la formación de los futuros profesionales para que su quehacer contribuya a una cultura de respeto por la integridad humana.

Se entiende que la humanización pretende orientar a los profesionales hacia la integración de los valores humanos y su formación técnico-científica. Para ello la bioética nace ante un llamado a la humanización y contribuye en la formación de los profesionales para que su quehacer contribuya a una cultura de respeto por la integridad humana. Por tanto, la Conferencia General de la UNESCO⁶ aprueba la Declaración universal sobre la bioética y los derechos humanos definiendo normas que priorizan el respeto por la dignidad de la persona, los derechos humanos y libertades fundamentales⁶

De igual manera en el artículo de Correa¹ también se hace referencia a la humanización definiéndola como: “La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman”. Este concepto es regulado y defendido a través de la Resolución 13437 de 1991⁷ en donde se crean los comités de ética y se definen los derechos de los pacientes buscando garantizar la calidad y humanización cuando se prestan servicios de salud.

En los últimos años, el sistema de salud ha rediseñado la escala moral de la vida en función del costo-beneficio económico de cualquier cuestión que se refiera a los seres humanos en condición de enfermedad. La capitalización en el Estado genera una realidad no favorable a los sistemas de salud, en donde se manifiesta la falta de gestión además del poco compromiso del Estado con la garantía de derechos de salud, favoreciendo la inversión privada, intereses económicos particulares y gremios farmacéuticos⁸.

Según una investigación realizada en Colombia en el año 2019 sobre humanización en los servicios de salud en Iberoamérica, se hizo una revisión sistemática de literatura y cuyo objetivo era el conocer los avances sobre el abordaje de la humanización en salud en Iberoamérica en los últimos diez años, a través de una revisión sistemática. Se evidenció que los avances apuntan a la comprensión del fenómeno a partir de las aproximaciones teóricas, el creciente interés por el tema en los últimos años y la creación de reglamentaciones, políticas, acciones y estrategias deben ser enfocadas para incluir integralmente y principalmente al ser humano. Del total de estudios analizados se evidencia una mayor frecuencia de publicación en Brasil con un 73,3 %, seguido de Colombia con un 13,3 %, Chile con un 6,6 % y Perú, México con un 3,3 % respectivamente⁹.

Dentro de los resultados de dicho estudio se evidencia con relación a las

estrategias de humanización relacionadas a las instituciones, talento humano en salud y equipos la falta de políticas y programas dirigidos únicamente al personal asistencial; Sin embargo, una mirada integral de la humanización incluye las acciones de los profesionales e instituciones de salud, las cuales deben enfocarse en una atención centrada en el humano y complementada con los valores y principios de la ética, conectando los avances tecnológicos con los requerimientos y necesidades de la persona. De igual manera, es necesario un proceso de formación y educación para alcanzar un desarrollo profesional acorde con las políticas de humanización, en donde se priorice al ser, reconociendo su integridad y dignidad, además de evitar la atención superficial y mecánica. Por otra parte, en las instituciones de salud, se evidencia un abordaje de la atención de salud desde una perspectiva económica y financiera, centrada en intereses de mercado que favorece la deshumanización.

Según Díaz⁸ la humanización de los servicios de la salud se consolida gracias a una deducción administrativa que genera mayores provechos económicos; por tanto, considera que el implementar una política de humanización en una organización genera en el cliente final, una satisfacción que luego será convertida en fidelidad que sugiere ganancia y éxito para todos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, por la propia naturaleza de los servicios de salud, la humanización debería convertirse en una prioridad de las instituciones sanitarias, y no deja de ser llamativo referirnos a la humanización/deshumanización en el contexto de una relación paciente-profesional; los componentes afectivos, personales, éticos y profesionales de esa relación a lo largo de los años han sido objeto de estudio y atención destacada de numerosos autores⁴.

De igual forma, a través de la atención humanizada en salud se puede comprender la relación entre profesional de la salud y paciente que como eje fundamentalmente debe ser, interhumana, personal y de ayuda, en la cual todos los actores participen de manera conjunta mediante un desempeño centrado en la calidad, y unas instituciones que brinden herramientas para la motivación y desarrollo de competencias profesionales¹⁰, y en donde se favorezca un encuentro entre personas con la finalidad de establecer una relación diagnóstico-terapéutica que lleve a la curación o a la resolución, sea parcial o total de determinada dolencia en la persona enferma.

En este punto, surge la problemática que da nacimiento al proceso de investigación a través de la cual una institución de salud que presta sus servicios a población perteneciente a un programa de atención domiciliaria en

salud, presenta un marco de políticas institucionales enfocadas en el fortalecimiento y la creación de una cultura de humanización en sus colaboradores. Estos lineamientos se encuentran especialmente conectados con la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud prestados; pero para lograr este objetivo planteado es indispensable la participación de sus colaboradores por medio de la adherencia y aplicación de las prácticas y atención que refleje en los usuarios una atención humanizada en salud.

Finalmente, cobra importancia la generación del proceso investigativo pues el desconocimiento de la percepción de los usuarios acerca de la atención humanizada contribuye a la limitada identificación del impacto real de los programas de humanización implementados, y la no aplicación y incumplimiento de los mismos por parte del personal asistencial conlleva a mala experiencia de atención en el usuario afectando la calidad de los servicios y la percepción que tienen de la institución misma. De igual manera, no conocer y medir la percepción de los usuarios que vivencian la atención y prestación de los servicios de salud limita el mejoramiento continuo de los procesos y modificaciones de las políticas de humanización en salud que buscan mejorar las relaciones paciente - personal asistencial en un marco de bioética, seguridad del paciente y dignidad humana. Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea la siguiente pregunta problema: ¿Cuál es la percepción

sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicio de enfermería en la IPS Todomed de atención domiciliaria en la ciudad de Palmira en el año 2022?

2.4 JUSTIFICACIÓN

La humanización, puede ser definida desde una perspectiva de calidad, como la responsable de dirigir y orientar la integralidad de la atención en salud, incluye responsabilidades de las instituciones, administradores, personal asistencial y demás participantes del proceso asistencial garantizando el acceso, la oportunidad, la pertinencia, la seguridad y dando continuidad al proceso de salud ¹¹.

Al hablar de humanización de la atención en salud es importante tener en cuenta el conjunto de valores implicados. En primer lugar, las instituciones del sector salud tienen el compromiso no solo de proveer al recurso humano, sino de establecer los mecanismos para efectuar apropiadamente sus competencias, y atenuar sus debilidades formativas y de comunicación; en segundo lugar, estos factores suponen una intervención adecuada sobre las limitaciones que influyen negativamente en el logro de una atención con calidad y la satisfacción del paciente³.

En cuanto a la atención humanizada diferentes autores hacen referencia a que las concepciones sobre humanización remiten a cuestiones sociales, que muestran la relación entre el profesional y el usuario en la atención, así como las cuestiones gerenciales, que muestran las dificultades y facilidades en el ámbito de la salud para una asistencia humanizada. Dicha situación ubica el concepto desde un ángulo social, administrativo y de relación de seres humanos, que tiene un patrón de comportamiento y de interrelación donde la comunicación va más allá de un emisor y un receptor ante la prestación del servicio. Además, de que es importante que se otorguen cuidados centrados en los usuarios y que esta humanización se integre a la praxis para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud³.

Referente a ello, autores como Hernández, Ramírez y Sánchez mencionan que, a pesar de la implementación de diferentes estrategias y acciones enfocados a la generación de un ambiente y cultura de humanización al interior de las entidades de salud, se evidencia la limitación de los resultados especialmente relacionados al tiempo y a la poca adherencia del personal asistencial a las políticas y enfoque de humanizado¹².

En este punto surge la problemática de investigación, la institución participante cuenta, entre sus procesos administrativos, con un programa de humanización

en salud con enfoque en el abordaje integral del ser humano. En el planteamiento de su política se presentan lineamientos y objetivos relacionados con todos los procesos de la entidad buscando la creación de una cultura humanista entre sus colaboradores. Sin embargo, actualmente la entidad no cuenta con una medición enfocada a conocer el impacto de su programa a través de la percepción de los usuarios acerca de la prestación de sus servicios y la atención humanizada en salud por parte de su personal especialmente en el área de atención domiciliaria.

De esta manera se reconoce la necesidad e importancia de realizar este estudio donde se plantea medir, a través de la percepción de los usuarios, la prestación de una atención en salud humanizada por parte del personal asistencial enfocado en objetivos, lineamientos y alcances del programa institucional, además de ser una ruta que permita la detección del impacto de sus políticas y el mejoramiento continuo de la institución integrando el concepto de prestación de un servicio de salud de manera integral.

En cuanto a los resultados que se obtendrán del estudio, serán divulgados por medio de un enfoque interdisciplinario, con ello se beneficiará la IPS permitiendo identificar la adherencia al programa de humanización por parte del personal de atención domiciliaria, con base a los resultados y el análisis

que se derive de dicho estudio. Todo esto permitirá trabajar sobre las oportunidades de mejora e implementación de acciones necesarias para el abordaje integral de la adherencia estudiada.

Por otra parte, se identificará la percepción de los pacientes y/o cuidadores primarios respecto a la atención recibida. Los resultados se obtendrán con la aplicación de la escala PCHE CLINICOUNTRY¹³ que mide la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el rol de enfermería dando respuesta al objetivo planteado dentro de la investigación.

Finalmente, al dar respuesta al objetivo planteado en esta investigación se pretende que las entidades prestadoras de servicios en salud fortalezcan su programa de humanización permitiendo que el personal asistencial tenga conocimiento sobre el mismo y aplique los principios allí establecidos.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es la percepción sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicio de enfermería en la IPS Todomed de atención domiciliaria en la ciudad de Palmira en el año 2022

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente la población de estudio.
- Identificar el nivel de percepción relacionada con la prestación del servicio humanizado en salud.
- Describir la percepción de los usuarios respecto a la atención humanizada en salud.

4. MARCO TEORICO

4.1. MARCO DE ANTECEDENTES

Para el desarrollo del planteamiento del problema de investigación se ha realizado una búsqueda extensa de antecedentes como fundamento teórico de dicho problema.

En el caso de Colombia se encuentra una amplia producción intelectual y científica relacionada al tema de humanización en los servicios de salud. En este punto se puede mencionar en primer lugar el artículo descrito por Correa¹ donde su objetivo señala la bioética desde el componente de la moral y no de la clínica y práctica asistencia la cual puede ser un medio para comprender la deshumanización de los servicios de salud. Para el desarrollo de esta investigación se tienen en cuenta antecedentes históricos tanto de la bioética como de los principios éticos relacionados con el tema de la humanización de la atención en salud.

En cuanto a los resultados obtenidos se encuentra el concepto de salud no solo como la no enfermedad, sino que aborda componentes de antropología donde el principio es el ser humano y su integralidad, además de conectar la importancia y valor de la dignidad humana en la atención humanizada. Respecto a las conclusiones

presentadas por Correa¹ menciona en el proceso de la humanización la necesidad de cambio de valores y como una relación que se encuentra en riesgo de perderse debido a un alto nivel técnico actualmente presente en la sociedad; también resalta la bioética como una herramienta para humanizar la salud y asegurar la dignidad humana.

Otro antecedente relevante a nivel nacional es el expresado por Andino² en su artículo, cuyo objetivo es la reflexión sobre la importancia de la bioética como disciplina ética que establece un puente entre los servicios de salud y la humanización, para ello el autor utiliza una metodología bibliográfica de la bioética, la cual presenta de manera general para argumentar el tema de humanización en salud, resaltando las problemáticas existentes en la prestación de servicios de salud y el reto que supone la humanización en los mismos, la relación que guarda con la dignidad humana y la calidad en salud y como el progreso científico y tecnológico puede dejar a un lado la esencia de la persona. De esta manera, llega a la reflexión de reconocer a la humanización de la salud como un problema que compete a la bioética, la importancia de abordar el tema desde la interdisciplinariedad y dar relevancia al papel de la bioética como una herramienta para humanizar a quien tiene una situación de enfermedad.

De igual manera a nivel regional se encuentran antecedentes como el de Salazar y

Cabrera¹⁴, investigación realizada en el Hospital de San Rafael de la ciudad de Zarzal, Valle del Cauca, cuyo objetivo se dirigió a determinar el comportamiento de la humanización de los servicios de salud en dicha institución de salud para el año 2016. Para su realización utilizaron como metodología cuantitativa descriptiva con la aplicación de una encuesta dirigida a los usuarios sobre el comportamiento percibido con respecto a la atención recibida por parte de los profesionales de salud en los diferentes servicios, de igual forma llevaron a cabo una encuesta dirigida a los profesionales para comparar los resultados de ambos grupos poblacionales. Con ello, estudio concluye que a pesar de que la institución de salud no cuenta con una reglamentación con respecto a procesos de humanización en los servicios prestados, el comportamiento de los profesionales no se aleja de lo que se considera como servicio humanizado, y que, pese a aspectos por mejorar como infraestructura, equipos e insumos, los usuarios recomiendan los servicios prestados.

Otro antecedente importante a nivel regional es el de Jiménez D et al¹⁵, en este estudio realizado en Popayán, se presentó como objetivo la identificación e investigación de los conocimientos que tienen los usuarios acerca del tema de humanización en los servicios de enfermería. Para su realización se utilizó una metodología observacional y descriptiva donde se aplicó el instrumento PCHE en su tercera versión para definir los conocimientos de los usuarios de acuerdo con las categorías de las cualidades de la labor de enfermería, la comunicación del

enfermero y el paciente y que tan disponible se encuentra para la atención; a través de su aplicación evidenciaron la limitación de muchos usuarios para conocer y hablar del tema de humanización, sin embargo, la atención humanizada del personal de salud se encontró bien calificado por los usuarios evidenciando problemas fáciles de solucionar y más relacionados con la organización, distribución y cargas laborales del personal.

En cuanto al nivel Internacional, se presentan antecedentes como el de Gutiérrez¹⁶ en este documento se realiza una revisión bibliográfica de generalidades y antecedentes acerca de la práctica clínica y asistencial especialmente en el nivel de atención primaria en salud, la empatía y su relación con la humanización en salud. En este documento el autor hace referencia y sustentan a través de la revisión bibliográfica de otros autores como la tecnificación del sistema de salud que lleva a pensar constantemente en la eficiencia y control de costos dejando de lado la atención que realiza el personal a el paciente. De igual manera contempla que la humanización debería ser lo principal dentro del sistema de salud y demuestra como actualmente el proceso de atención en salud es más de carácter técnico y científico, llevando en muchas ocasiones a una falta de características éticas y un servicio deshumanizado.

También se puede mencionar lo expresado por la Fundación Humans¹⁷ realizado en

España. En este estudio se realiza un análisis de diversos aspectos del sistema sanitario, teniendo como objetivo la identificación de puntos que se pueden mejorar para lograr una mayor y mejor calidad de la atención sanitaria. Para su desarrollo la fundación se basó en una metodología en la cual usaron distintos cuestionarios que fueron aplicados a pacientes, entidades, administradores y directivos del sector salud buscando la identificación de aquellos aspectos susceptibles de mejorar.

En cuanto a los resultados obtenidos por Humans¹⁷ la mayoría de los participantes relaciono la humanización en salud con aspectos como la empatía, las emociones, reconociéndose como un cambio indispensable y necesario para el sistema, además entre las mayores dificultades para llevarlo a cabo se identificó el poco tiempo con el cual cuentan los profesionales de salud; también se concluyó que los distintos actores reconocen al paciente como el centro del sistema sanitario y actualmente muestran un gran interés por los aspectos humanos de la atención la cual debe incluir no solo a los profesionales asistenciales, también a las instituciones, administradoras implicando cambios a nivel de organización, cultura y modelo de atención de la salud.

4.2. MARCO CONTEXTUAL

Para el desarrollo del planteamiento del problema se toma como referencia a Todomed, la cual es una institución de servicios de salud ubicada en la ciudad de

Palmira en el Municipio de Valle del Cauca. Esta institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad con atención ambulatoria, con acciones dirigidas a la promoción, prevención, diagnóstico, control y dispensación. Constituida en el año 2004, enfocada en la prestación de servicios de salud y venta de medicamentos de alto costo. En el año 2008 se consolidó como una Institución Prestadora de Servicios, ofreciendo el modelo de atención integral para pacientes con VIH/SIDA. Luego, hacia el 2012 amplía su portafolio ofreciendo servicios en Atención Domiciliaria, y a finales de este mismo año apertura el programa de Salud Mental, el cual brinda rehabilitación e internación para resocialización de pacientes con problemas de drogadicción ¹⁸.

El direccionamiento estratégico de Todomed es ofrecer una atención integral, humanizada y segura a los usuarios, a través de los tres modelos de atención ya descritos, cada uno de los cuales cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales capacitados garantizando altos estándares de calidad y seguridad, y enfocados a la innovación para lograr un alto nivel de satisfacción de los usuarios ¹⁸.

La entidad presta sus servicios a la población del municipio de Palmira y zonas aledañas principalmente a usuarios del con cobertura del régimen subsidiado. En la modalidad de atención domiciliaria cuenta con profesionales de medicina, trabajo social, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia

respiratoria y enterostomal, además de los servicios de acompañamiento domiciliario por parte del personal auxiliar de enfermería y aplicación de medicamentos ¹⁸.

Dicha institución cuenta con certificación de Icontec ISO 9001 brindada en el año 2018 a la institución en el servicio de atención domiciliaria y a los procesos administrativos de la entidad. Cuenta con una política de calidad que busca la satisfacción de necesidades en los servicios ofertados, teniendo como enfoque el mejoramiento continuo y crecimiento sostenible. Adicionalmente, cuenta con programas de seguridad del paciente y programa de humanización el cual es transversal a todos los procesos misionales de la institución y se enfoca en el fortalecimiento y creación de una cultura humanista dando importancia al trato digno y el respeto de pacientes y familiares ¹⁸.

4.3. MARCO CONCEPTUAL

Para el desarrollo del planteamiento del problema se tendrá en cuenta una diversa terminología entre las cuales resaltamos los siguientes conceptos.

Cuidado: El cuidado es el soporte para vivir bien, promoviendo condiciones para una vida saludable y para el beneficio del bien común. El arte de cuidar incluye el reconocimiento de una interrelación entre sí mismo y el otro para evitar sufrir algún perjuicio¹⁹.

Humanización: Es una cuestión ética que tiene que ver con los valores y la búsqueda del bien de la persona a la que se atiende. Humanizar la relación asistencial consiste en utilizar la técnica para luchar contra las adversidades de la vida, impregnándola de los valores y actitudes genuinamente humanas, es decir, acordes con la dignidad humana¹⁶.

Calidad de Salud: Es la provisión de los servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios²⁰.

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o daño en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias²¹.

Atención domiciliaria: Es un recurso que permite proveer asistencia sanitaria en el domicilio del paciente dado a que por su situación de incapacidad física no puede desplazarse a un centro de salud, entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas de salud a resolver no requiere la hospitalización del paciente, sino el equipo de atención primaria quienes realizan los cuidados y atenciones psicosociales²².

4.4. MARCO REFERENCIAL

4.4.1. Teoría del cuidado humanizado

Cuando se trata del tema de humanización en los servicios de salud, una de las teorías que cobra importancia es la de Watson²³ que a través de la implementación de sus premisas busca una práctica de cuidado centrada en la persona y plantea la importancia de integrar las humanidades con las prácticas del cuidado y la enfermería.

Dicha teoría contempla premisas básicas en las cuales presenta el cuidado y específicamente la labor de enfermería como un acto que se ha preservado a través del tiempo. De esta manera el acto de cuidar adquiere gran importancia como una instancia básica que acompaña el desarrollo del ser humano y genera relaciones entre los individuos²⁴. De igual manera, el cuidado humanizado contempla la importancia de aspectos como los sentimientos y la relación de enfermera – paciente, la honestidad y sinceridad como conceptos fundamentales para lograr el desarrollo de una atención con dignidad y humanizada²³, no obstante, es relevante resaltar tres aspectos importantes a tener en cuenta que se expresan en el desarrollo de esta teoría:

4.4.1.1. Interacción enfermera – paciente

Sin duda alguna, uno de los puntos más importantes en la atención en salud es la relación entre el profesional de salud y el usuario. En los últimos años este tema ha adquirido gran importancia, es aquí donde nace el reconocimiento del ser humano y la conciencia de la dignidad humana, donde el profesional de salud, a través de sus conocimientos prácticos y técnicos, busca el bienestar del otro, reconociendo sus propios derechos y responsabilidades en el ámbito de la atención en salud²⁵.

En este sentido, el fortalecimiento y la confianza entre cuidado y cuidador o profesional asistencial y el paciente es fundamental en el marco de una atención de salud basado en el concepto de humanización, lo cual implica un compromiso ético profesional que incluye aspectos morales y voluntad de cuidar procurando la armonía y la dignidad humana del paciente

4.4.1.2. Campo fenomenológico

Este campo se encuentra íntimamente relacionado con la dimensión en la que profesional de salud y paciente interaccionan uno con el otro teniendo como fundamento principal la dimensión del ser. A través de esta teoría se define como una unidad que incluye diferentes aspectos, no solo el cuerpo, sino también la mente y la

naturaleza²⁶. En este punto la interacción entre ambos incluye los aspectos emocionales, subjetivos y de la naturaleza humana del paciente, y la manera en la cual el profesional de salud se relaciona y hace reconocimiento de dichos aspectos²³.

4.4.1.3 Relación del cuidado transpersonal

Desde esta perspectiva se considera que la relación que se genera entre paciente y cuidador es amplia y va más allá de la persona, considera el deber ético, compromiso moral y responsabilidad del profesional de salud en el acto de cuidar²⁶. Considera el acto de cuidar más allá de la aplicación del saber técnico, a través de este, el profesional de salud respeta y reconoce la dignidad y condición de ser humano del paciente, demostrando interés real en su condición de salud y bienestar²³.

Finalmente, esta teoría puede entenderse como la base conceptual de la prestación de servicios de salud con enfoque humano, teniendo en cuenta aspectos emocionales del paciente, componentes éticos y morales, y técnicos del profesional de salud que fortalecen la relación entre cuidado y cuidador. Es la humanización el resultado de la interacción entre estos diferentes aspectos y constituye el primer paso hacia procesos de mejoramiento en la calidad de atención en salud, teniendo en cuenta las dimensiones físicas, mentales y emocionales que promueva el bienestar y la interacción eficaz entre profesional de salud y paciente en el marco de los valores

y dignidad humana.

4.4.2. Humanización y calidad en salud

El componente de humanización en los servicios de salud es un aspecto fundamental que ha venido en crecimiento y por el cual actualmente se muestra gran interés dentro de las instituciones de salud y a nivel nacional. La humanización no sólo se encuentra relacionada con aspectos bioéticos y de dignidad humana como se demuestra con la teoría explicada por Watson²³ si no, también con aspectos de calidad en los servicios de salud. La calidad se enfoca en el mejoramiento continuo de procesos e identificación de puntos susceptibles de cambiar y evolucionar para un mejor resultado y mayor eficiencia del sistema de salud; sin embargo, no se puede olvidar que también incluye como eje principal al paciente.

Desde este punto de vista, la percepción y experiencia que tienen las personas de la atención en salud se convierten en puntos importantes en relación a la calidad y humanización. Es por esto que a nivel nacional existen normativas y planes estratégicos diseñados y enfocadas en el fortalecimiento y aseguramiento de la calidad y la humanización en los servicios de salud, como es el caso del plan nacional de mejoramiento de la calidad en salud²⁷ en donde se plantea y definen estrategias para la prestación de servicios de salud en pro de la dignidad humana y en donde se tiene como principio fundamental y prioridad la humanización.

Igualmente, a través de este plan se resalta un componente primordial en la atención de los servicios de salud, el talento humano. El personal de salud es un actor principal no solo en la prestación de los servicios asistenciales y atención del paciente, también es el primer llamado a incluir y velar por la humanización de los servicios y la garantía dignidad humana del paciente. En este aspecto el plan nacional de mejoramiento de la calidad de salud²⁷ destaca y refuerza la importancia del talento humano en salud y su relación con los pacientes como un eje fundamental tal y como se menciona en la teoría del cuidado humanizado de Watson²³; además señala la necesidad de una capacitación orientadas hacia el desarrollo de habilidades y estratégicas en el ámbito de humanización en la atención y del sistema de salud.

4.5. MARCO NORMATIVO

Para el desarrollo del planteamiento del problema se tendrá en cuenta la siguiente normativa que alude al concepto de humanización en salud.

4.5.1. Constitución política de Colombia de 1991

Es la carta magna dentro de un estado social de derecho que dicta a la salud como un derecho fundamental, resaltando para esta investigación los siguientes artículos:

Artículo 48. “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control de estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantizará a todos los habitantes del territorio colombiano el derecho irrenunciable a la seguridad social”²⁸.

Artículo 49. “La atención a la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud”²⁸.

4.5.2. Ley 100 de 1993

Con la cual se crea el sistema General de la Seguridad Social. “El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico en salud”²⁹.

Artículo 153. “Calidad, establece mecanismo de control a los servicios para garantizar

a los usuarios la calidad integral continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales”²⁹.

4.5.3. Ley 1122 de 2007

La presente ley tiene como objetivo realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos, de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, así como el enfoque en fortalecer programas relacionados a la salud pública y la inspección, vigilancia y el control, además de velar por el funcionamiento de redes y entidades encargados de la prestación los servicios de salud³⁰.

4.5.4. Resolución 13437 de 1991

Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se definen Derechos de los Pacientes. “Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas” se presentan los diez derechos de los pacientes”³¹.

4.5.5. Decreto 1011 De 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3: “Características - del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”³²

4.5.6. Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Artículo 10. “Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación de los servicios de salud: Acceder a los servicios y tecnologías de salud. Garantía de atención integral, oportuna y de alta calidad. Comunicación plena permanente, expresa clara con el profesional tratante. Trato digno, respetando sus creencias y costumbres”³³

Artículo 10. “Asistencia de calidad por los trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer. Servicios de salud y condiciones de higiene,

respecto a la intimidad. Garantía de confidencialidad de toda la información. No ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten la dignidad”³³.

4.5.7. Circular 23 de 2016

La cual a través del Ministerio de Salud fija los “Cuidados paliativos: Garantizando una atención integral, continua, con calidad e idoneidad, con eficacia y respetando los derechos de los pacientes y familias al cuidado paliativo, a la información, la segunda opinión, a suscribir el documento de voluntad anticipada, a consentir o rechazar procedimientos (paciente y familia) y los derechos de los niños y adolescentes. Conformar el grupo profesional y el programa de cuidado paliativo”³⁴.

4.5.8. Acreditación en salud

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el Decreto 903 de 2014 y Resolución 2082 de 2014 reglamentó en nuevo esquema de operación del Sistema Único de Acreditación en Salud para lo cual ICONTEC ejerce la función como organismo de acreditación en salud. El proceso de acreditación tiene unos ejes que se alinean con las normas, cultura y ética; uno de los ejes hace referencia a la Humanización de atención para lo cual la entidad en salud debe contar con políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención que tengan en cuenta la dignidad del ser humano³⁵.

4.5.9. Política nacional de humanización en salud

Esta Política Nacional de Humanización³⁶ reconoce la humanización en salud como un proceso complejo que comprende la integralidad del ser humano, el respeto a su autonomía y el reconocimiento de su protagonismo en el cuidado de sí mismo y de su familia con respecto a las dinámicas y gestión del sector salud, que van desde la cultura hasta la política. Todo lo anterior con el objetivo de generar una cultura centrada en el ser humano que involucre la humanización como principio orientador y fundamento esencial del sector salud, viendo a las personas de forma integral para garantizar el derecho fundamental a la salud, la protección de la vida y la dignidad humana.

Esta política incorpora y promueve principios y valores a los actores del sector salud y a sectores relacionados como la academia, así como a la comunidad y grupos sociales organizados, siendo requeridas por la responsabilidad de aquellos que están obligados al cumplimiento normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud³⁶.

Por tanto, su objetivo fundamental es generar una cultura de Humanización del Sector Salud que reconozca la integralidad del ser humano y centre los esfuerzos en las potencialidades, necesidades y aspiraciones de las personas a nivel individual y

comunitario, promoviendo el valor humano, el compromiso ético, el mejoramiento de la calidad y las relaciones de confianza entre los agentes del sector, las entidades intersectoriales relacionadas y la comunidad³⁶.

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE Y DISEÑO

Para esta investigación se realizó un estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal.

Esta investigación se enmarcó en un enfoque cuantitativo, descrito por Hernández y col³⁷, pues el estudio utilizó la recolección y el análisis de los datos para determinar la percepción de los usuarios y cuidadores sobre la atención humanizada. De acuerdo a ello, se tomó la información recogida a través de la aplicación de un instrumento en el cual se registraron datos relacionados a la descripción de los comportamientos de cuidado por parte del personal de enfermería y cuidadores certificados, todo ello para la realización de un análisis estadístico descriptivo. En este sentido, el tipo de investigación del estudio fue descriptivo³⁸ pues a partir de los datos recogidos se determinó la percepción de los usuarios o cuidadores sobre la atención humanizada en salud en la IPS Todomed de la ciudad de Palmira

Además, el diseño de investigación fue no experimental de corte transversal, ya que, se analizó las respuestas recogidas en el instrumento, durante un tiempo determinado, sobre la percepción de los usuarios y cuidadores sobre la atención humanizada por parte del personal de salud, sin manipular las variables implicadas³⁹.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Este estudio incluyó 47 usuarios como población total que contaba con el servicio de enfermería o cuidados básicos dentro del programa de atención domiciliaria, de la IPS Todomed, en la ciudad de Palmira. Dichos usuarios presentaban diferentes patologías cuyas secuelas limitaban su funcionalidad o participación en actividades de la vida diaria, además, la mayoría se encontraban en situación de encamamiento, y después de una evaluación clínica se consideraron candidatos para recibir asistencia por servicio de enfermería o cuidador certificado.

5.2.1 Tamaño de muestra

Para esta investigación no se calculó tamaño de muestra ya que se trabajó con la totalidad de la población. El instrumento fue aplicado a 24 participantes, pues al considerar los criterios de inclusión: 13 usuarios no cumplieron con el criterio de llevar un tiempo mayor a 3 meses con el servicio de cuidado básico con la institución, por tratarse de usuarios que se encontraban vinculados, anteriormente, con otra IPS o de reciente ingreso al servicio. 7 usuarios rechazaron su participación en el estudio, y 3 usuarios aceptaron inicialmente su participación, pero al momento de aplicar la encuesta y el instrumento no pudieron ser contactados por motivos de tiempo o de horarios.

5.2.1 Criterios de selección

5.2.1.1. Criterios de inclusión

- Usuarios con estado activo del servicio domiciliario
- Usuarios que contaban con cuidador primario.
- Usuarios que contaban con el servicio de cuidados básicos por enfermería y/o cuidador
- Usuarios o cuidadores que firmaron consentimiento o asentimiento informado según sea el caso.
- Usuarios que aceptaron ser parte del estudio de forma voluntaria.
- Usuarios que recibieron el servicio de cuidado básico por enfermería en dicha IPS durante un periodo mayor a 3 meses.

5.2.1.2. Criterios de exclusión

- Usuarios o cuidadores que no pertenecían al programa de atención domiciliaria.
- Usuarios que no contaban con red de apoyo familiar.
- Usuarios que no contaban con el servicio de cuidados básicos por enfermería y/o cuidador.
- Usuarios que no firmaron consentimiento o asentimiento informado, según sea

el caso.

- Usuarios que no aceptaron ser parte del estudio de forma voluntaria.
- Usuarios que no recibieron el servicio de cuidado básico por enfermería en dicha IPS durante un periodo menor a 3 meses.

5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se realizó la solicitud de permiso a la entidad para la ejecución del estudio, el cual fue aprobado para su aplicación por las directivas; después de esto la IPS Todomed facilitó una base de datos listado de los usuarios activos en el servicio de atención domiciliaria que contaban con servicio de enfermería o cuidador certificado en la ciudad de Palmira.

Una vez obtenida la base de datos se acudió a realizar contacto telefónico con los pacientes o sus cuidadores primarios, para programar la cita y explicar cuál era el objeto de la investigación, posterior a ello se les preguntó su disposición de participar o no en el estudio, y se concluyó con la firma del consentimiento informado, los cuales se encuentran anexos al final de este documento.

Una vez firmado el consentimiento (Anexo B y C) se aplicó una encuesta diseñada para la recolección de información básica: encuesta sociodemográfica (Anexo D), la cual contaba con preguntas previamente estructuradas y diseñadas, enfocadas a

identificar datos como la edad, género, escolaridad, tiempo que el paciente recibe el servicio de cuidados básicos, el tiempo de estancia en la IPS, el tipo de profesional a cargo del servicio, el tiempo que lleva con el profesional a cargo entre otros aspectos relevantes.

Finalmente, se aplicó el instrumento PCHE CLINICOUNTRY¹³ (Anexo D), el cual fue diligenciado por su cuidador primario. Este instrumento, previamente validado, permitió identificar la percepción de los usuarios o cuidadores sobre la atención humanizada por parte de los profesionales de salud de la IPS Todomed, para este estudio se tuvo en cuenta sólo el servicio de cuidado básico brindado por auxiliar de enfermería o cuidador certificado. La aplicación de los instrumentos de recolección de la información se realizó de manera presencial en el lugar de residencia de los pacientes.

5.4 INSTRUMENTO

Una vez firmados los consentimientos informados por parte de los participantes del estudio, se realizó el diligenciamiento de una encuesta sociodemográfica la cual fue diligenciada por el cuidador primario.

Posteriormente, se midió la percepción de los usuarios o cuidadores primarios acerca de la atención humanizada por el personal de salud con la aplicación del PCHE

CLINICOUNTRY¹³, instrumento validado a nivel de la transversalidad de estudios en los cuales se ha aplicado, el cual permite evaluar las características de la atención humanizada de enfermería.

Este instrumento contaba con 32 preguntas con opciones de respuestas tipo Likert: de siempre, casi siempre, algunas veces, nunca. Estas preguntas englobaban aspectos relevantes los cuales permitieron llevar a cabo el objetivo del estudio en mención. El rango de calificación fue de 32 a 128 puntos. En este se definieron constructos enfocados en tres categorías principales: cualidades del hacer de la enfermería, la apertura a la comunicación enfermero - paciente y la disposición para la atención.

El instrumento que se utilizado contaba con una amplia trayectoria teniendo una segunda versión previamente valida. Para el caso de esta investigación se utilizó el instrumento en su adaptación de tercera versión la cual fue realizada por Oscar J y González H¹³, para esto fue probado en un grupo de 320 pacientes logrando generar cifras acerca de su validez en la medición de la atención humanizada en salud, en el cual a través de las diferentes fases del estudio se demostró una alta confiabilidad obteniendo un índice de 0,96 lo cual lo califica como excelente.

5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Con los datos obtenidos a nivel del instrumento aplicado, estos fueron tabulados y organizados en una base de datos de EXCEL creada por los investigadores en donde se incluyeron las respuestas y datos generados de la encuesta de caracterización sociodemográfica aplicada a los usuarios o cuidadores primarios y los datos obtenidos del instrumento aplicado teniendo en cuentas las categorías del instrumento de cualidades del hacer de la enfermería, la apertura a la comunicación enfermero - paciente y la disposición para la atención.

Una vez realizada esta recolección y organización de la información se procedió a su análisis univariado haciendo uso de la estadística descriptiva por medio de cálculos de distribución de frecuencia y proporciones de acuerdo a los datos obtenidos; para esto también se contó con el apoyo de la guía del instrumento para la comprensión de los resultados.

Una vez realizado el análisis, se procedió a la presentación de la información obtenida en tablas y gráficos de soporte para la construcción de los resultados de la investigación y de la discusión por medio del contraste con los antecedentes disponibles.

Al finalizar el proceso de recolección y análisis de la información se obtuvo un resultado organizado a través de las diferentes categorías sobre la atención humanizada en salud, contempladas en el instrumento, por medio de las respuestas ofrecidas por los usuarios o su cuidador, teniendo en cuenta las observaciones realizadas por los participantes durante la aplicación del instrumento y generando conexiones basadas en los resultados obtenidos a través de la caracterización sociodemográfica generando indicios que puedan servir también a futuras investigaciones.

5.6 COMPONENTE ÉTICO

Desde el nivel Bioético de la humanización en la salud, se considera a la persona como el centro de los valores, al mismo tiempo que, por su dimensión ética y moral, exige un respeto al valor de la persona humana y a su dignidad. Desde el punto de vista de la ética, se establece que ésta dirige la conducta hacia el bien perfecto o fin último de la persona.⁴⁰

La bioética, es un elemento importante a tener en cuenta para la humanización de los servicios asistenciales de la salud, con el fin de velar por el bienestar, la dignidad humana, los derechos y la calidad de vida de los enfermos y sus familias. La humanización de los servicios asistenciales en la salud, siempre ha estado en estrecha relación con la ética, la moral, los valores y los principios de la ética médica

y la reglamentación de la deontología (rama de la ética que trata de los deberes, especialmente de los que rigen actividades profesionales, así como el conjunto de deberes relacionados con el ejercicio de una profesión), en razón a que velan por las prácticas médicas, la relación y la actitud médico-paciente.⁴¹

La bioética, busca que se respeten los derechos de los pacientes, su autonomía, sus creencias, su cultura y principalmente, se salvaguarde y se respete su dignidad y su calidad de vida.

Dignificar a la persona humana desde los principios de la bioética:

- **Principio de no maleficencia:** Se refiere a la obligación de no hacer daño a otros, por medio de esta investigación al ser de tipo descriptivo y no experimental no se pondrá en peligro la integridad física del paciente o cuidador, adicionalmente se respetará el anonimato de los pacientes encuestados con el fin de evitar situaciones que afecten la privacidad de los usuarios. Para esto no se tomarán en cuenta datos de identificación de los participantes, solamente se tendrán en cuenta los resultados para el análisis posterior de datos.⁵
- **Principio de autonomía:** El paciente puede tomar decisiones ante su tratamiento, para seguir este principio durante el proceso de investigación se

contará con la autorización de la entidad participante en el estudio y los formatos de consentimiento y asentimiento informado donde los pacientes o cuidadores primarios pueden decidir de manera libre su participación o no en la aplicación de la encuesta, en donde serán aclarados además el alcance de la investigación, objetivo, procedimiento y anonimato de los datos de los participantes.⁵

- **Principio de beneficencia:** Se refiere en general a la obligación de realizar el bien. Para el cumplimiento de este principio la investigación entregará a la institución participante datos resultantes del proceso que sirvan a la para la evaluación, el fortalecimiento, análisis y mejoramiento de su política y programa en camino a la generación de una cultura de humanización institucional que favorezca la atención de los usuarios con calidad y seguridad desde la práctica asistencial.⁵
- **Principio de Justicia:** se refiere a tratar a todos por igual, con equidad. Para hacer cumplimiento de este principio en la investigación se cuenta con el respeto del anonimato que será igual para todos los participantes, de igual manera la selección por medio aleatorio y cumplimiento los criterios de inclusión de la investigación generan una oportunidad de participación en igualdad de condiciones.⁵

Estos cuatro principios de la bioética son una ética de los mínimos requisitos que un paciente debe tener cuando ingresa a los servicios asistenciales en salud para lograr una atención con calidad buscando dar respuesta a las necesidades de los pacientes y lograr su bienestar ⁴¹. De igual manera el cumplimiento de estos principios durante la investigación en salud garantiza la integridad de los participantes, respetando sus derechos a la libre elección de formar o no parte del estudio y su privacidad; generando de esta manera límites dentro del desarrollo de la investigación, permitiendo una aplicación que beneficie a todas las partes involucradas con un proceso claro y definido dentro del actuar ético y humano de la investigación.

Por otra parte, la clasificación del riesgo de acuerdo a la resolución 8430 de 1993⁴² del estudio que se pretende realizar es una Investigación sin riesgo, es decir, se tomarán estudios de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no afecte su integridad.

5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Resolución 8430 de 1993 establece el consentimiento informado, que es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de la investigación o su representante

legal autoriza su participación en la investigación; este documento es de gran importancia porque se enfatiza en el derecho a la información de la persona quien lo firma, para que sea él quien asuma el riesgo o beneficios a los cuales se someterá sin ninguna coacción; el sujeto o paciente en el caso de aceptar procederá a firmar o en caso de no saber firmar, colocará su huella ⁴².

Para la investigación se realizaron dos formatos de consentimiento informado, que se encuentran relacionados en los anexos, correspondientes a: anexo A: Formato de consentimiento informado para participación en el estudio, dirigido al usuario participante, quien se encuentra orientado en sus esferas mentales superiores y en capacidad de tomar decisiones, y anexo B: Formato de consentimiento informado para la participación en el estudio, dirigido al cuidador primario o responsable, para el caso en el que el usuario no cuente con facultades mentales para tomar decisiones.

5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Para la operacionalización de variables se tuvo en cuenta la encuesta sociodemográfica y las categorías presentadas en el instrumento generado presentando la siguiente información donde se clasifican las variables de acuerdo a su definición, definición operacional, tipo, nivel de medición y valores posibles. La información de las variables contenidas en el estudio se presenta en la siguiente tabla.

DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
FACTORES SOCIODEMO GRÁFICOS	Sexo	Se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino.	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
	Edad	Tiempo transcurrido de la vida de la persona, tomando como unidad los "años"	Cuantitativa	Razón	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entre 20 y 24 años. 2. Entre 25 y 29 años. 3. Entre 30 y 34 años. 4. Más de 35 años.

	Nivel de escolaridad	Hace referencia al grado de escolaridad de la persona que diligencia la encuesta	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria 3. Bachiller 4. Superior
	Tipo de personal de cuidado básico	Hace referencia a la formación académica del personal que ofrece el servicio de cuidado básico.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar de Enfermería. 2. Cuidador certificado
	Quien diligencia la encuesta	Hace referencia a la persona que ofrece la información de la encuesta	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente. 2. Cuidador primario.

	Tiempo con el servicio de cuidado básico	Hace referencia al tiempo total que el paciente lleva con el servicio de cuidado básico en domicilio	Cuantitativo o	Razón	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor a 1 año. 2. Entre 1 y 2 años. 3. Mayor a 2 años.
	Tiempo de vinculación con la IPS	Se refiere al tiempo que el paciente lleva recibiendo los servicios de cuidado básico de la IPS	Cuantitativa a	Razón	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor a 1 año. 2. Entre 1 y 2 años. 3. Mayor a 2 años.
	Satisfacción con el servicio de cuidado básico	Hace referencia a la satisfacción o no con el servicio de cuidado básico.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

	Tiempo de asignación para el servicio de cuidado básico	Hace referencia a las horas diarias que el paciente cuenta con el servicio de cuidado básico	Cuantitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6 2. 8 3. 12 4. 24
	Tiempo con el personal actual de cuidado básico.	Se refiere al tiempo que el paciente lleva con el último personal de cuidado básico.	Cuantitativa	Razón	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor a 6 meses. 2. Entre 6 meses y 1 año. 3. Mayor a 1 año.
	¿Le han cambiado el personal de cuidado básico?	Hace referencia a si el paciente ha tenido cambio del personal de cuidado básico.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

	¿Cuántas veces han cambiado personal de cuidado básico?	Hace referencia al número de cambios de personal de cuidado básico que ha tenido el paciente.	Cuantitativa	Razón	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 vez. 2. De 2 a 3 veces. 3. Más de 3 veces
VARIABLES DE SEGUIMIENTO	Cualidades del hacer de enfermería	Percepción de comportamientos, que contribuyen a producir un resultado.	Cualitativo	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces 4. Nunca
	Apertura a la comunicación enfermería	Percepción de comportamientos, que contribuyen a producir un resultado.	Cualitativo	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces 4. Nunca

	Disposición para la atención.	Percepción de comportamientos, que contribuyen a producir un resultado.	Cualitativo	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces 4. Nunca 	
--	--------------------------------------	---	-------------	---------	---	--

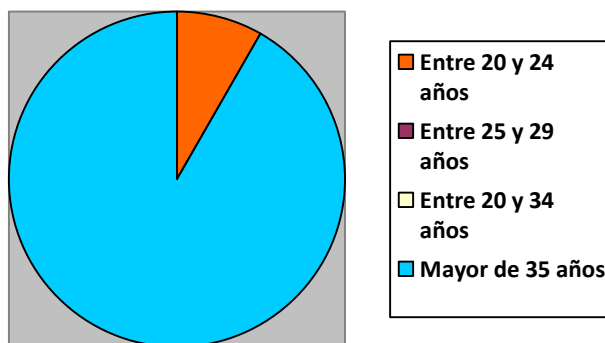
6. RESULTADOS Y DISCUSION

Debido a la naturaleza de este proceso investigativo se utilizó la estadística descriptiva por medio de tablas y gráficas para la organización y presentación de la distribución de los datos obtenidos a través de la aplicación de la encuesta sociodemográfica y el instrumento de investigación. La información se presentó en tablas y gráficas de acuerdo al orden de los objetivos planteados en el proceso investigativo para facilitar el análisis y discusión de resultados.

6.1. OBJETIVO 1: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN

A continuación, se encuentran los datos que representan el primer objetivo planteado dentro de la investigación el cual consistió en la caracterización sociodemográfica de la población de estudio.

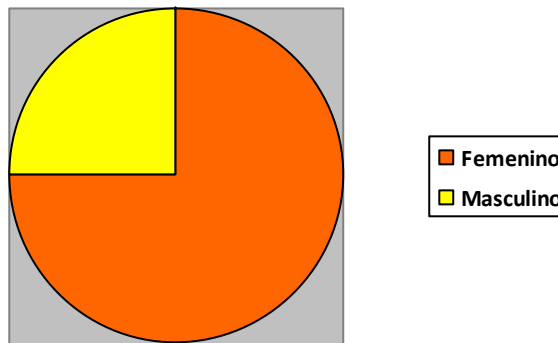
Grafico 1. Caracterización población por edad



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización de la población por edad, la mayoría de los participantes se encontraban en una edad mayor a los 35 años con un 91.7% seguido de la población entre los 20 y 24 con un 8.3%.

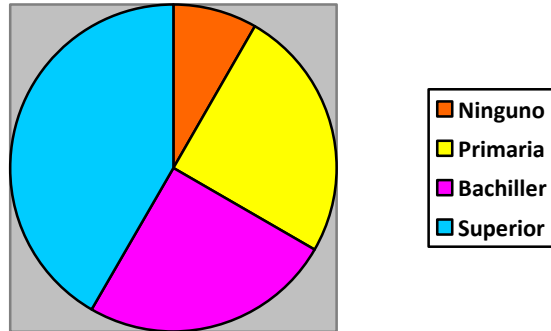
Gráfico 2. Caracterización por género



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización de la población por género, se puede apreciar que la mayoría de los participantes pertenecían al género femenino, que correspondió al 75% de la población seguido del género masculino con un 25% de los participantes.

Grafico 3. Caracterización de la población por nivel de escolaridad

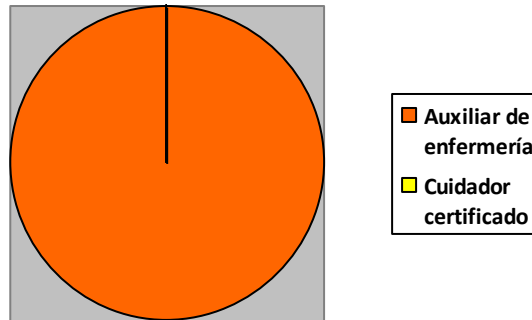


Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver

Para el caso de la caracterización de la población por nivel de escolaridad, se encontró que la mayoría de los participantes habían cursado hasta estudios de nivel superior con un 41.7% de la población, seguido bachiller y primaria con un 25% cada uno, y por último, la población que no realizó ningún tipo de estudio con un 8.3%.

Grafico 4. Caracterización de la población por el tipo de personal de cuidado

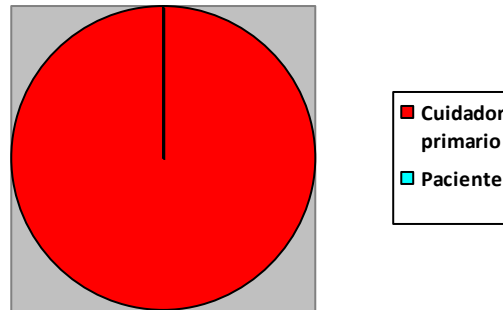
básico



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver

Para el caso de la caracterización de la población por el tipo de personal de cuidado básico que prestaba el servicio, se observó que el total de la población participante contaba con personal auxiliar de enfermería que correspondía al 100%.

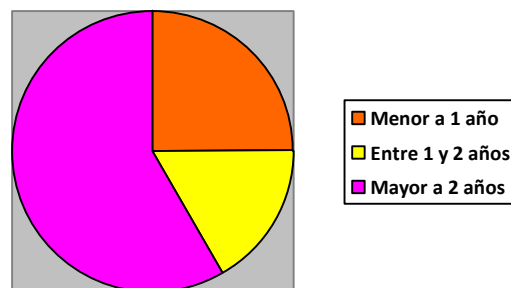
Grafico 5. Caracterización de la población por la persona que diligencia la encuesta



Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización de la población por el tipo de persona que llenó la encuesta, se encontró que el total de la población fueron cuidadores primarios que correspondió al 100%.

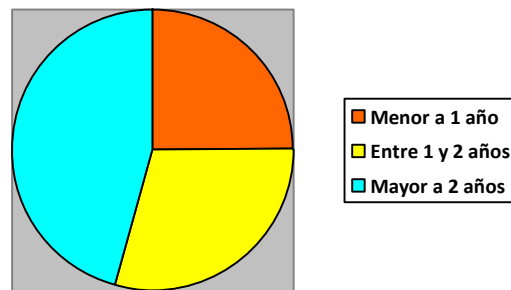
Grafico 6. Caracterización de la población por el tiempo que llevan con el servicio de cuidado básico



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización de la población por el tiempo que llevaba con el servicio de cuidado básica, se encontró que la mayoría de la población llevaba más de 2 años con el servicio que correspondió al 58.3%, seguido de la población que llevaba menos de 1 año con un 25% y por último, la población que llevaba entre 1 y 2 años, que correspondió al 16.7%.

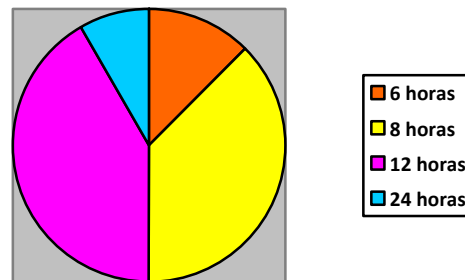
Grafico 7. Caracterización de la población por el tiempo de vinculación con la IPS



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización de la población por el tiempo de vinculación con la IPS, se encontró que la mayoría de la población llevaba más de 2 años con el servicio que correspondía al 45.8%, seguido de los que llevaban entre 1 y 2 años con un 29.2% y por último, los que llevaban menos de 1 año con un 25% de la población.

Grafico 8. Caracterización de la población por el número de horas asignado para el cuidado básico



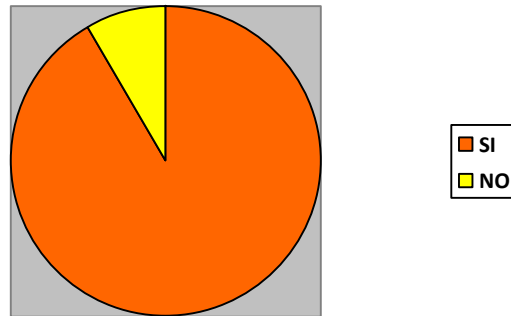
Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización de la población por el número de horas asignado para el cuidado básico, se encontró que la mayoría de la población contaba con una asignación de 12 horas que correspondió al 41.7%, seguido de la población con 8 horas asignadas con un 37.5%, la población con 6 horas de servicio de cuidado básico con un 12.5% y por último, la población con 24 horas de asignación para el servicio que correspondió al 8.3%.

6.2. OBJETIVO 2: IDENTIFICAR EL NIVEL DE PERCEPCIÓN RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO HUMANIZADO EN SALUD

En cuanto al segundo objetivo de la investigación, se encontraron los siguientes resultados:

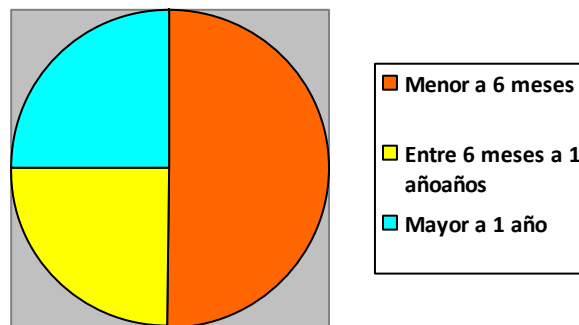
Grafico 9. Caracterización por nivel de satisfacción con el servicio de cuidado básico



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización por nivel de satisfacción de la población con el servicio de cuidado básico, se encontró que 22 de los encuestados refirieron estar satisfechos con el servicio que correspondió al 91.7% y 2 encuestados refirieron no estar satisfechos que equivalió al 8.3%.

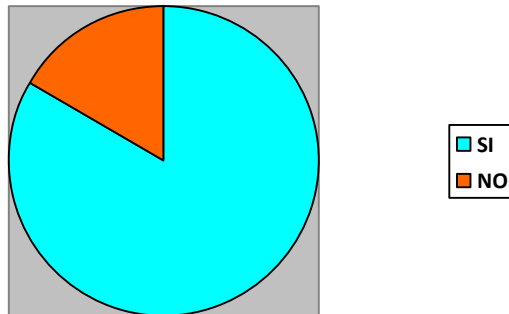
Grafico 10. Caracterización por el tiempo que el personal de cuidado básico lleva realizando la atención



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización de acuerdo al tiempo que llevaba el paciente con el personal de cuidado básico, se encontró que la mayoría de la población participante 12 personas llevaban menos de 6 meses con el personal de cuidado básico que correspondía al 50%, seguido de 6 meses a 1 año y mayor a 1 año cada uno con 6 respuestas y un 25%

Grafico 11. Caracterización cambio del personal de cuidado básico



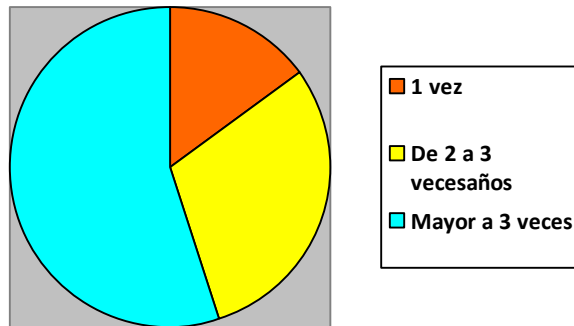
Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización de acuerdo al cambio del personal del cuidado básico, se encontró que 20 participantes respondieron que si habían tenido cambio del personal lo que correspondía a un 83.3% y 4 personas respondieron que no habían tenido cambio lo que representaba un 16.7% de la población.

En este punto, se evidenció una alta rotación del personal de enfermería, durante la aplicación del cuestionario los usuarios mencionaron a los investigadores la pérdida de continuidad en los servicios y la inconformidad de los usuarios, debido

a la pérdida de los conocimientos referentes a las características del paciente y sus necesidades de cuidado. Entre las principales causas de rotación algunos participantes mencionaron especialmente lo relacionado a situaciones de enfermedad de personal de cuidado básico, renunciaciones y la falta de recurso humano disponible para el cubrimiento de estas eventualidades que genera tiempos de espera para el cambio del personal que brinda la atención.

Grafico 12. Caracterización de acuerdo al número de veces que ha sido cambiado el personal de cuidado básico



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

Para el caso de la caracterización de acuerdo al número de veces que le han realizado cambio del personal de cuidado básico, se encontró que de las 20 personas a las cuales se les realizó cambio, 11 tuvieron más de 3 cambios de personal que representaba un 45.8%, seguido de 6 que tuvieron cambio de 2 a 3 veces con un 25%, y por último, 3 personas que tuvieron cambio de personal 1 vez que correspondía al 12.5% de la población.

En este punto, se observó que hubo un alto porcentaje con respecto al cambio del personal, el cual fue mayor a 3 cambios, especialmente por enfermedad del personal que brinda la atención, renuncia del personal y cambios generados por inconformidad con la prestación del servicio o el personal que lo brinda. Esta situación genera problemas en la continuidad de los procesos, pues en las observaciones realizadas a los investigadores, varios de los cuidadores del estudio, refirieron que se generaba un ambiente de inconformidad, ya que el nuevo personal no conocía el manejo y rutinas del paciente, requiriendo de un nuevo proceso de capacitación y adaptación brindado por el cuidador del paciente al profesional.

6.3. OBJETIVO 3: DESCRIBIR LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN SALUD.

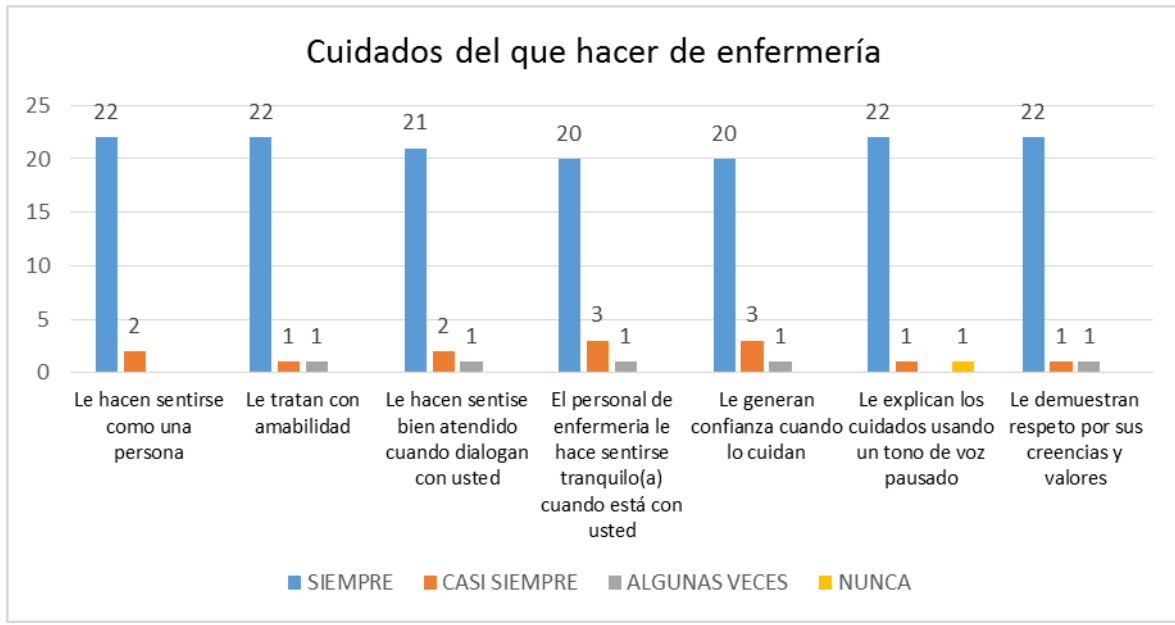
Respecto al tercer objetivo se realizó una organización de la información por medio de las categorías del instrumento PCHE ¹³ las cuales incluyeron las dimensiones de cualidades del quehacer de la enfermería a esta categoría pertenecen los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 15 y 17. También se encuentra la dimensión apertura de la comunicación de enfermería a la cual pertenecen los ítems 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14 y 19 del instrumento. Por último, se encuentra la dimensión de disposición para la atención la cual se encuentra relacionada con los ítems 3, 13,

16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32.

Teniendo en cuenta esta distribución brindada por el instrumento se presentan los gráficos ordenados por cada dimensión.

6.3.1. Dimensión cualidades del quehacer de enfermería

Grafico 13. Distribución numérica de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería en la dimensión de cualidades del quehacer de enfermería en la IPS Todomed de la ciudad de Palmira



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

En la dimensión de cualidades del que hacer de enfermería se alude a la forma en cómo el profesional responde a las demandas del paciente, no desde lo técnico o procedimental, sino a esas respuestas impregnadas de valores propios de la persona.

En cuanto a esta dimensión, se obtuvo que en las preguntas si le hacen sentirse como una persona, le tratan con amabilidad, le explican los cuidados usando un tono de voz pausado y le demuestran respeto por sus creencias y valores, la mayoría de los cuidadores respondieron **siempre**, correspondiendo estas tres preguntas a las de mayor frecuencia en esta dimensión. Por otro lado, hubo cuidadores, en menor proporción que respondieron **casi siempre** y **algunas veces** para las preguntas le hacen sentirse como persona, le tratan con amabilidad, le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted, el personal de enfermería le hace sentirse tranquilo cuando está con usted, le generan confianza cuando lo cuidan, le explican los cuidados usando un tono de voz pausado y le demuestran respeto por sus creencias y valores.

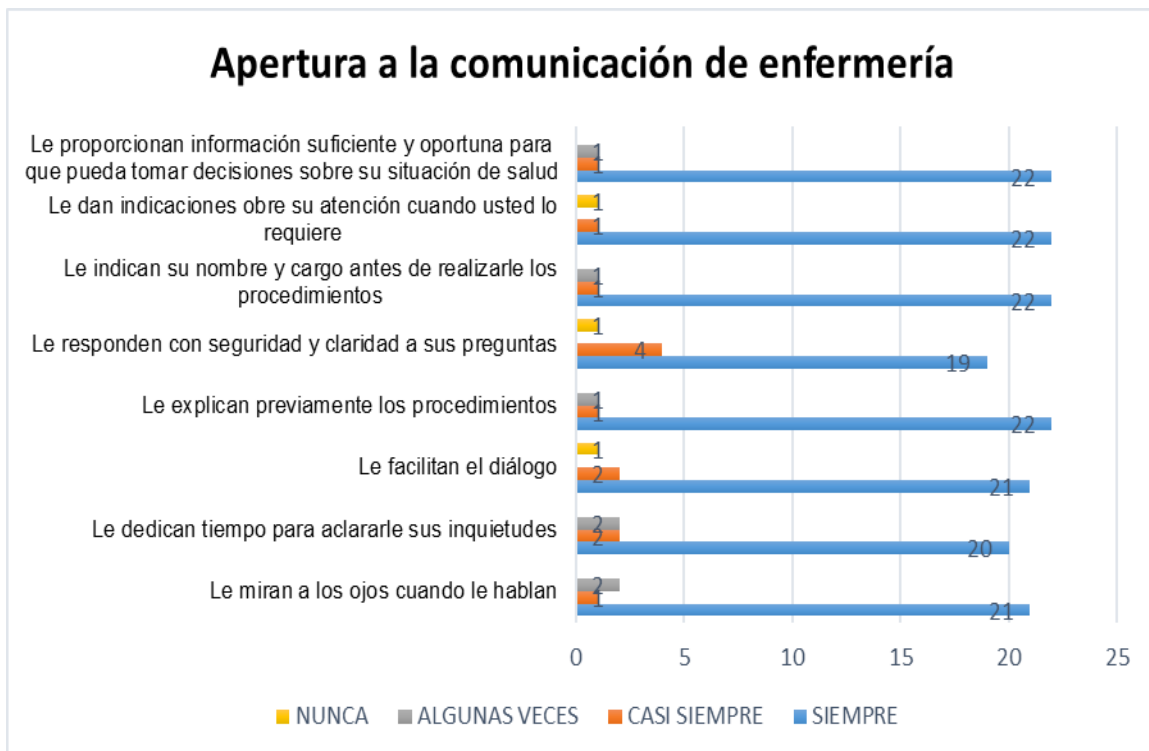
No obstante, en la pregunta si le explican los cuidados usando un tono de voz pausado, en menor proporción, un cuidador respondió que **nunca** cumplía con esta cualidad, siendo este un indicador negativo, aunque mínimo, en los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería.

De acuerdo a lo anterior, se evidenció que la mayor cantidad de respuestas en

cuanto a la percepción de la atención de enfermería en la dimensión de cualidades del quehacer de enfermería correspondió a la escala de **siempre**. Lo cual demostró que el personal si estaba dando cumplimiento a los aspectos de trato humanizado para esta dimensión.

6.3.2. Dimensión apertura a la comunicación de enfermería

Grafico 14. Distribución numérica de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería en la dimensión de apertura a la comunicación de enfermería en la IPS Todomed de la ciudad de Palmira.



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

En la dimensión de apertura a la comunicación que hace referencia a la forma de transmitir la información referente a los procedimientos ejecutados por el personal de enfermería durante la atención del paciente.

En cuanto a esta dimensión, se obtuvo que en las preguntas si le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud, le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiera o según su situación de salud, le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos, y le explican previamente los procedimientos, la mayoría de los cuidadores respondieron **siempre**, correspondiendo estas cuatro preguntas a las de mayor frecuencia en esta dimensión.

En una pregunta le responden con seguridad y claridad a sus preguntas la mayoría contestó **siempre**, seguido del **casi siempre** para la totalidad de los encuestados.

Por otro lado, hubo respuestas de menor frecuencia casi, en las cuales algunos cuidadores contestaron **casi siempre** y **algunas veces** en las preguntas si le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud, le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiera o según su situación de salud, le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos, le explican previamente los procedimientos, le

facilitan el diálogo, le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes y le miran a los ojos cuando le hablan.

Finalmente, en las preguntas si el personal de enfermería le da indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiera o según su situación de salud, le responden con seguridad y claridad a sus preguntas, y le facilitan el diálogo, en menor proporción, un cuidador respondió que **nunca** cumplía con esta cualidad, siendo este un indicador negativo, referente a los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería para esta dimensión.

Sin embargo, se evidenció que la mayor cantidad de respuestas en cuanto a la percepción de la atención de enfermería en la dimensión de cualidades del quehacer de enfermería correspondió a la escala de **siempre**. Por tanto, se evidenció que, en una gran proporción, el personal de enfermería daba cumplimiento a sus funciones en términos del uso de la comunicación asertiva para su desempeño durante la atención al usuario.

6.3.3. Dimensión disposición para la atención

En la dimensión referente a la disposición para la atención, la cual hace referencia al respeto y actitud frente al usuario, por parte el personal de enfermería demuestra durante su atención.

En cuanto a esta dimensión, para las preguntas si le demuestran que son responsables con su atención, le ayudan a manejar su dolor, le brindan un cuidado cálido y delicado, identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual, lo escuchan atentamente, responden oportunamente a su llamado, le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento, le manifiestan que están pendientes de usted, y le atienden oportunamente sus necesidades básicas, la mayoría de los cuidadores encuestados respondieron **siempre**, correspondiendo estas nueve preguntas a las de mayor frecuencia en esta dimensión. En menor proporción responden a estas preguntas con **casi siempre** y **algunas veces**.

Por otro lado, para las preguntas le administran a tiempo los medicamentos, respetan su intimidad, le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar, le respetan sus decisiones, le brindan un cuidado cálido y delicado, le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo, le dedican el tiempo requerido para su atención y le demuestran interés por brindarle comodidad, algunas de las personas encuestadas respondieron **siempre**, **casi siempre** y **algunas veces**.

Finalmente, en las preguntas si el personal de enfermería le respeta sus decisiones, responden oportunamente a su llamado y le manifiestan que están pendientes de usted, en menor proporción un cuidador respondió que **nunca**

cumplía con esta cualidad, siendo este un indicador negativo, para esta dimensión.

No obstante, se evidencia que la mayor cantidad de respuestas en cuanto a la percepción de la atención de enfermería en esta dimensión correspondió a la escala de **siempre**, llevando a considerar que los pacientes o cuidadores estaban satisfechos en cuanto a la disposición con la que cuenta el personal de enfermería al momento de recibir su atención en cuidados básicos.

Grafico 15. Distribución numérica de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería en la dimensión de disposición para la atención de enfermería en la IPS Todomed de la ciudad de Palmira.



Fuente: Obtenidos de la aplicación de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE ver anexo (D)

6.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Durante la realización del proceso investigativo se han encontrado diversos autores y teorías que soportan la importancia de la humanización de los servicios de salud y la necesidad de su estudio en las instituciones. Algunos de ellos no solo mencionan el concepto de humanización en salud, también incluye aspectos de análisis relacionados a su deterioro dentro del sector incluyendo aspectos bioéticos, administrativos y de talento humano.

Dentro de estos artículos se puede destacar el realizado por Andino ² acerca de la bioética y humanización en los servicios asistenciales de salud. En este, el autor presenta un análisis desde el aspecto ético y bioético de la dignidad humana, la integridad del ser humano en la atención de salud y especialmente de como la humanización debe estar inmersa en el proceso de prestación de los servicios de salud.

El autor menciona a la enfermedad como un proceso que denota la vulnerabilidad y fragilidad del ser humano, momento en el cual se requiere del reconocimiento de la dignidad y la necesidad del cuidado por parte del profesional de salud ².

Siguiendo dicho planteamiento con respecto a los resultados obtenidos en esta

investigación, relacionados al primer objetivo planteado sobre la caracterización sociodemográfica, evidencia que la mayoría de la población participante solamente cuenta con estudios de los niveles de primaria y bachillerato, siendo este una información relevante en cuanto a que esta no recibió ningún tipo de educación formal, lo cual la hace vulnerable al desconocimiento de temas relacionados a los servicios de salud y la condición clínica del paciente. Al corroborar esta información con lo planteado por Andino, se hace un llamado a la necesidad de que el personal de la salud preste un servicio ético y adaptable a la condición y necesidad particular del paciente y su cuidador, pues el objetivo de la atención no es solo curar o mejorar una condición clínica, sino reconocer a la persona como un ser con necesidades particulares, mereciendo un trato digno.

De igual manera, a través de los resultados obtenidos se refleja la necesidad de cuidado que expresa Andino², ya que la población participante cuenta, en su mayoría, con requerimientos del servicio de cuidado básico situadas entre 8 y 12 horas, que en muchos casos es un tiempo limitado dada la condición clínica del paciente. Este aspecto denota la complejidad de la situación de salud de los participantes quienes, por falta de conocimiento y experticia en el manejo del paciente, sitúan a los pacientes y su familia en un estado de vulnerabilidad.

Continuando con la caracterización sociodemográfica, un antecedente de relevancia es el estudio realizado por Buitrago D y Col¹⁵ sobre la humanización en

enfermería de una IPS de tercer nivel, en el cual establecen una caracterización sociodemográfica a la población a la cual le aplicaron el mismo instrumento utilizado en esta investigación, señalando que la población participante estuvo conformada en su mayoría por mujeres y en edades entre los 19 y 73 años ¹⁵, resultado que se asemeja a los arrojados por la actual investigación, pues la población participante en su mayoría correspondía al género femenino por encima de los 35 años.

En cuanto al segundo objetivo de nivel de percepción del servicio por parte de los usuarios, los resultados de esta investigación reflejan una buena percepción y aceptación del servicio por parte de los participantes, no obstante, hay aspectos que se pueden resaltar de la información obtenida, tal es el caso de la alta rotación y cambios del personal previamente expuesta en los resultados del estudio.

En este aspecto se puede relacionar con lo mencionado por el autor Watson ²³ que, en su teoría del cuidado humanizado de enfermería, expresa la importancia de la relación entre enfermera – paciente como una de las bases para llevar a cabo un servicio de salud caracterizado por la humanización y el respeto de la dignidad del ser humano, pues al existir una rotación de dicho personal se rompe ese vínculo con el paciente afectando la dinámica de la atención.

Por tanto, la alta rotación y cambios de personal de enfermería, genera aspectos negativos como la pérdida de continuidad del servicio, la inconformidad de los usuarios y cuidadores por los tiempos de espera para el ingreso del nuevo personal, además del tiempo de inducción y adaptación en el manejo específico de cada usuario. Lo anterior conlleva a una ruptura de la relación establecida entre la enfermera, el paciente y su entorno, afectando emocionalmente al paciente y por ende podría alterar su proceso de rehabilitación o recuperación. Esta situación, también, genera un ambiente de no aceptación y mala percepción, inicialmente, hacia el nuevo personal por parte del cuidador primario.

Otro autor que se puede señalar desde este objetivo es el planteamiento realizado por Correa ¹ en su estudio la humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. El cual señala como base de la atención humanizada la generación de una interacción o relación y el acercamiento entre el profesional de la salud y el paciente para garantizar una atención con dignidad y con el respeto del ser humano que se encuentra en el proceso de la enfermedad; este acercamiento se ve limitado cuando se genera una alta rotación y cambios del personal de salud, en donde no se genera una buena comunicación ni relación de confianza o conocimiento de las necesidades del paciente.

Con respecto al último objetivo de esta investigación, en cuanto a la descripción de la percepción de los usuarios respecto a la atención humanizada en salud, se

realiza el análisis de la información desde tres dimensiones: cualidades del quehacer de enfermería, apertura de la comunicación de enfermería y disposición para la atención.

La primera dimensión, cualidades del quehacer de enfermería, que hace referencia a los valores que caracterizan al personal durante su ejercicio profesional, evidencia que la mayoría de los cuidadores destacan que las acciones del personal de enfermería tienen una actitud positiva en el momento de atender al paciente, preservando un trato amable y respetuoso. Con ello, se concuerda con los hallazgos evidenciados por Buitrago D y Col ¹⁵ en el estudio de conocimiento en usuarios en una IPS de tercer nivel sobre humanización en enfermería, en donde resalta que la atención humanizada, con la cual es tratada el usuario por parte del personal de salud, determina el estado de bienestar del paciente.

Con ello, se da cuenta en el estudio realizado y el contrastado, que los valores de los profesionales de la salud, al momento de desempeñar su quehacer durante la atención prestada, generan en el paciente un estado de bienestar, lo cual conllevaría a una aceptación positiva del tratamiento, mejorando sus condiciones de hospitalización, sea a nivel intrahospitalario o en casa, y probablemente aumentando sus posibilidades de una recuperación parcial o total, dependiendo de su patología de base.

De igual manera se puede mencionar lo encontrado en el estudio elaborado por Romero y Col ⁴³, realizado en un servicio de hospitalizado respecto a la atención humanizada del personal de enfermería en el cual también se evidencia un resultado positivo de los usuarios respecto al cuidado en las cualidades del quehacer de enfermería. Estos resultados pueden demostrar la relación entre las labores del personal de enfermería y las enseñanzas y amplia trayectoria en el tema de la humanización en salud inculcado e implícito desde la formación académica y aplicado al ámbito laboral en donde a través de teorías específicas del cuidado humanizado desde la profesión se enfatiza en la dignidad humana y la importancia de la relación entre enfermera-paciente y su importancia en el proceso de recuperación.

En cuanto a la segunda dimensión, que hace referencia a la apertura a la comunicación, entendiéndose esta como la manera de transmitir la información sobre los procedimientos que el usuario requiere, se aprecia que tiene un buen nivel de aceptación por parte de los cuidadores encuestados, pues la mayoría refiere que la interacción del personal de enfermería y el cuidador o paciente es adecuado, evidenciando que hay una comunicación asertiva, la cual es esencial para comprender el manejo de ciertas situaciones o tener claridad sobre aspectos propios de la atención.

La comunicación profesional-paciente/cuidador es un pilar fundamental en todo procedimiento, pues de ella depende el éxito de los objetivos de la intervención en salud. Esto se relaciona con lo estipulado en el Código de Ética del CIE para las enfermeras⁴⁴, en el cual destacan la importancia de que la comunicación debe ser clara y oportuna, respetando los principios o valores propios del paciente o cuidador. Por tanto, es importante que la comunicación sea asertiva por parte del profesional a cargo, de tal forma, el paciente y su cuidador comprendan su situación clínica, su pronóstico, tratamiento y rehabilitación.

Con respecto a la tercera dimensión referente a la disposición para la atención, que alude a esa actitud del personal de enfermería frente al usuario, se evidencia que la mayoría de los participantes responden positivamente a las preguntas de esta categoría, lo cual conlleva a analizar que el comportamiento del personal de enfermería si están dispuestos a los requerimientos del usuario, no solo desde lo procedimental, sino también desde aspectos psicológicos y personales asociados al estado de salud de una persona. En concordancia a los resultados obtenidos en el estudio de Valverde⁴⁵, en el cual establecieron que el nivel de satisfacción por parte de los pacientes, del servicio de medicina y cirugía del Hospital Regional Julio Pinto Manrique, de Arequipa, Perú, se encontraba directamente relacionada con la percepción de cuidado humanizado; y para esta categoría obtuvieron un alto grado de satisfacción.

De igual manera, estos resultados se pueden complementar por los obtenidos por Monje y Col ⁴⁶ en su estudio de la percepción del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados, donde en la dimensión relacionada con la priorización del cuidado del paciente, obtuvieron un resultado positivo por parte de los participantes en el estudio. Este también ratifica la importancia de la formación de la profesión de enfermería en la cual se encuentra inmersa la humanización en salud, expresado en los resultados obtenidos y los de otros autores, donde se evidencian como la práctica y labores de la profesión están conectadas con los procesos de calidad en salud, caracterizado por su entrega y la relación que se genera con el usuario, como un aspecto determinante en el proceso del cuidado y la recuperación de los usuarios, a través del cuidado físico y el acompañamiento que realiza el personal de enfermería al paciente y su cuidador.

En este aspecto es importante resaltar que el interés demostrado por el personal de salud en el momento de prestar su atención brinda un ambiente de confianza, en el cual el usuario puede tener la seguridad de que su caso clínico es atendido oportunamente, con calidez, responsabilidad y con respeto a sus creencias y valores. Todo ello determina que el usuario y/o cuidador se sienta satisfecho con los procedimientos realizados, incidiendo positivamente en la recuperación del estado de salud, y el buen nombre de la institución de salud y su personal.

Se puede determinar, que en general, todas las dimensiones fueron calificadas

positivamente, lo cual da cuenta de que se está dando cumplimiento a los objetivos del programa de humanización en salud diseñado en la IPS, y generando satisfacción por parte de los usuarios y/o cuidadores sobre el servicio prestado por el personal de enfermería. Ello concuerda con las conclusiones a las que llegaron Salazar y Cabrera¹⁴ en su investigación realizada en el Hospital de San Rafael de la ciudad de Zarzal, Valle del Cauca, en la cual el comportamiento de los profesionales de la salud se puede considerar humanizado, pese a que la institución no cuenta con una reglamentación con respecto a procesos de humanización, y esto permite que se pueda establecer el éxito de la aceptación del uso de los servicios prestados por una institución, dependen en gran parte del trato de los profesionales de la salud con los usuarios.

Sin embargo, es importante destacar aspectos encontrados en el transcurso del proceso investigativo que se encuentran directamente relacionados al tema de humanización en la atención de salud. Durante la recolección de la información se encontraron aspectos reflejados en los resultados de la investigación como la alta rotación y cambios frecuentes del personal, además de estos aspectos algunos participantes mencionaron en las observaciones del instrumento la falta de talento humano en salud y pérdida de continuidad en los servicios para cubrimiento de situaciones donde el personal a cargo del cuidado básico no puede desempeñar su labor, también de la pérdida de continuidad en los servicios al momento de realizar los cambios de personal donde puede transcurrir mucho tiempo entre el

personal saliente y el ingreso del nuevo encargado de brindar el servicio.

En este punto es necesario destacar los aportes de Andino ² donde menciona la relación entre los aspectos gerenciales y administrativos, y la humanización en salud. La rotación y falta de personal disponible para el cubrimiento de los servicios, ante contingencias, se encuentran relacionadas con la gestión administrativa y de talento humano de las entidades, siendo factores a tener en cuenta en la atención humanizada, pues constituyen una pérdida en la continuidad de los servicios y una mala percepción o inconformidad por parte de los usuarios y su cuidador primario. Se debe tener en cuenta que para lograr la aplicación de las políticas de humanización esta debe estar inmersa y ser transversal en todos los ámbitos institucionales, desde los procesos misionales hasta los procesos administrativos, para lograr un mayor impacto que inicie desde sus colaboradores hasta los usuarios de la institución ⁴⁷.

Por último, es importante destacar el papel que representa un programa de humanización en salud institucional en la calidad de los servicios. Las políticas de humanización no solo se encuentran relacionadas con la percepción de los usuarios acerca de los servicios de una institución, también guardan relación con los procesos de acreditación y la prestación de servicios de atención en salud con calidad ⁴⁷, por tal motivo toma aún más importancia su inclusión en todos los procesos institucionales.

7. CONCLUSIONES

- Se puede determinar que la atención prestada a los pacientes de la IPS Todomed se caracteriza por un trato humanizado, lo cual se refleja en la percepción positiva que tienen los cuidadores primarios, en su mayoría, sobre las cualidades del quehacer de enfermería, su apertura a la comunicación y la disposición durante la atención.
- Una de las problemáticas encontradas, a partir de la aplicación del instrumento, se relaciona a dificultades en procesos de gestión de talento humano al no tener como cubrir el servicio de enfermería cuando el personal se ausenta, por descanso o incapacidad médica.
- Se identifica la alta rotación del personal de enfermería como otra problemática que manifestaron algunos de los cuidadores, lo cual afecta la continuidad y calidad del servicio, pues el paciente tiene una rutina establecida, relacionada a las actividades de la vida diaria y a la medicación, por tanto, el cambio de personal implica un proceso de inducción y adaptación que puede tomar un tiempo prolongado.

- La percepción de los usuarios con respecto al trato humanizado del servicio de enfermería fue positivo, pues se evidencia la satisfacción de los mismos con respecto a la atención ofrecida por dicho servicio, reflejado esto en la aceptación de los procesos y actividades que desempeñan con el paciente, en la buena comunicación establecida enfermero(a)-paciente-familiar, y la disposición del personal que genera un ambiente propicio logrando la satisfacción del usuario con respecto a la atención recibida.

7.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Se contó con un reducido número de participantes, menor al reportado en la base de datos entregada por la IPS Todomed, ya que muchos no cumplieron con el criterio de inclusión de llevar un tiempo mayor a 3 meses con el servicio de cuidado básico con la institución.
- Ante la solicitud de participación en la investigación, 7 cuidadores rechazaron su participación en el estudio.
- Por motivos de tiempo, 3 usuarios, los cuales habían aceptado su participación en el estudio, no pudieron ser contactados para la

aplicación del instrumento.

8. RECOMENDACIONES

- Es importante implementar estrategias desde el área de gestión de talento humano para contar con personal de enfermería suficiente para cubrir los servicios que se puedan ver afectados por la ausencia del personal en casos de incapacidad o descanso.
- Realizar encuestas de satisfacción a los usuarios o cuidadores de forma regular sobre la humanización en la prestación de los servicios de salud que ofrece la IPS Todomed, no solamente el de cuidados básicos.
- Capacitar a todo el personal de Todomed sobre el tema de humanización en los servicios de salud, dando a conocer los objetivos de la política de humanización, y concientizar al mismo sobre la importancia de brindar un servicio con calidad, calidez y oportunidad, teniendo en cuenta las necesidades, no solo físicas, del paciente y su familia.
- Es necesario que se evalué constantemente el desempeño del personal

de salud, no solamente desde su quehacer profesional sino en relación al trato con el paciente y/o cuidador primario.

- Los resultados obtenidos en la caracterización sociodemográfica aportan información importante que puede ser usada para enfocar las políticas y los servicios institucionales hacia una población vulnerable. Para lograr una mayor calidad y humanización de la atención en salud lo principal debe ser el usuario; la satisfacción de sus necesidades a través de un servicio que tenga en cuenta las condiciones de escolaridad de su población y ofrezca atención de cuidado básico que cubran los requerimientos para la atención de la condición física de sus usuarios.
- Se pueden generar estrategias como un proceso de selección de talento humano que cuente con habilidades blandas y cualidades del ser que le permita brindar sus servicios de manera profesional y humanizada teniendo en cuenta las capacidades comunicativas, educativas y el impacto que genera en la dinámica familiar y el cuidador primario la atención y el cuidado del usuario. Esto facilita una atención centrada en los usuarios, con calidad y que vela por la dignidad del ser humano durante el proceso de enfermedad, mediante la inclusión y

respeto de sus creencias, nivel educativo, prácticas de cuidado y apoyo del cuidador primario desde el quehacer de la enfermería esencia del cuidado humanizado en salud.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Correa M. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016; 7(1):1227-31. [citado el 16 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359543375011.pdf>
2. Andino, C. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en salud. Rev Colombiana de bioética. 2015; 10(1): 38-64. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189242405005.pdf>
3. Henao-Castaño AM, Vergara Escobar OJ, Gómez-Ramírez OJ. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. Rev. cienc. ciudad. 2021; 18(3):74-85. <https://doi.org/10.22463/17949831.2791>.
4. Gutiérrez F. La humanización en la Atención Primaria. Rev clín med fam [Internet]. 2017; 10(1):29–38. [citado el 16 de abril de 2022] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005
5. Gómez F. ¿Qué es la Bioética? De vuelta a la división de la vida humana en vida/bíos y vida/zoé. Segunda edición. Universidad Libre. 2014. Colombia

[citado el 24 de marzo de 2022].

6. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO. Declaración Universal sobre la Bioética y los Derechos Humanos. 2006. Francia. Colombia [citado el 24 de marzo de 2022] Disponible en https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/UNESCO__Bioetica_y_Derechos_Humanos_2005_unisabana.pdf
7. Resolución 13437 de 1991. [Consultado el 26 de marzo de 2022]. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf
8. Díaz E. La humanización de la salud: Conceptos, críticas y perspectivas. Primera edición. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2017. Colombia [citado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.javeriana.edu.co/documents/4578040/4715782/Humanizacion_de_la_Salud/22f8a084-b9a5-41dd-8673-487bc72b90aa
9. Carlosama D, Villota N, Benavides V, et al., editores. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Pers bioét [internet]. 2019; 23(2): 245-62. [citado el 15 de abril de 2022]. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222019000200245

10. Ariza Olarte Claudia. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado el 11 de abril de 2022]; 9(1):41-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es.
11. Ministerio de Salud. Anexo técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. Colombia. [citado el 16 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
12. Hoyos Hernández PA, Cardona Ramírez MA, Correa Sánchez D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* [Internet] 2008; 26 (2):218–215. [citado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447004.pdf>
13. Gonzáles O. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE CLINICOUNTRY 3ª Versión”. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. [Consultado el 10 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://docplayer.es/37810921-Validez-y-confiabilidad-del-instrumento-percepcion-de-comportamientos-de-cuidado-humanizado-de-enfermeria-pche-clinicountry-3a-version.html>

14. Salazar C & Cabrera J. Comportamiento actual de la humanización de los servicios de salud en el hospital San Rafael de Zarzal Valle del Cauca. Universidad Católica de Manizales. Informe Final Presentado como Requisito para Optar al Título como Especialista en Administración de la Salud. [Trabajo de grado]. Manizales. 2016. [Citado 18 de julio del 2022]. Disponible en <https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/1517/1/Claudia%20Milena%20Salazar%20Ceballos.pdf>
15. Jiménez D, Mondragón Y, Restrepo D y Guiral M. Conocimiento en usuarios, de IPS de tercer nivel, sobre humanización en enfermería, Popayán - Cauca, primer trimestre 2019. Fundación universitaria del área Andina. Especialización en auditoría en servicios de salud. [Trabajo de grado]. Pereira. 2019. [Citado el 18 de julio 2022]. Disponible en <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/3424/Conocimiento%20en%20usuarios%2C%20de%20IPS%20tercer%20nivel%2C%20sobre%20humanizaci%C3%B3n%20en%20enfermer%C3%ADa%2C%20Popay%C3%A1n-Cauca%2C%20primer%20trimestre%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Gutiérrez R. La humanización en la atención primaria. [Internet]. Rev Clin Med

Fam. 2017. 10(1): 29 -38. [Citado el 14 de mayo del 2022]. Disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v10n1/especial.pdf>.

17. Fundación Humans. Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. [Internet]. Fundación Humans: para la promoción de la humanización de la asistencia sanitaria. 2017. [Citado el 18 de julio del 2022]. ISBN: 978-84-7989-899-1. Disponible en <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2017/10/analisis-aspectos-humanisticos-atencion-sanitaria-espana.pdf>

18. Todomed. Prestadores de servicios de salud. [internet]. Colombia. 2022. [Citado 14 de mayo del 2022]. Disponible en <https://www.todomed.co/>

19. Kuerten P et al. El cuidado y la enfermería. av. enferm. [Internet]. 2009 July [citado el 17 de mayo del 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100011&lng=en

20. Kerguelén C. Calidad en Salud en Colombia: Los Principios. Bogotá 2008. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. [citado el 17 de mayo del 2022]. Disponible en: [_https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx)

21. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá 2008. [citado el 17 de mayo del 2022]. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

22. Suarez Cuba MA. Atención Integral a Domicilio. Rev. Méd. La Paz [Internet] 2012 [citado 2022 mayo 17]; 18 (2):52-58. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es
23. Encolombia. Teoría del cuidado humano de Jean Watson. [Internet]. Revista de actualizaciones en enfermería. Fascículo 10(4). [Citado 14 de mayo del 2022]. Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-24-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
24. Guerrero – Ramírez R, Meneses-La Riva M. E, Cruz – Ruiz M. Cuidado humanizado en enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina hospital Daniel Alcides Carrion, Lima - Callao 2015. [Internet]. Rev enferm Herediana. 2016. 9(2): 133 – 142. [Citado 14 de mayo del 2022]. Disponible en <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
25. Ruiz-Moral, Roger. Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2007. 11(23): 619-623. [Citado 16 mayo 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300015>
26. Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado [Internet]. Enfermería: cuidados humanizados. 2020. 9(1): 21 - 32. [Citado 16 de mayo del 2022].

Disponible en <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>

27. Ministerio de Salud. Plan nacional de mejoramiento de la calidad en salud (PNMCS). Plan estratégico 2016 - 2021. Por un sistema de salud con un propósito humano de innovación y excelencia. [Internet]. Colombia. 2016. [Citado 19 de julio del 2022]. ISBN: 978-958-5401-18-1. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

28. Constitución Política de Colombia 1991. Pág. 8-9. [Citado 17 de mayo 2022]. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

29. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Pág. 1-62. [Citado 17 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

30. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Página 1. [Citado 17 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

31. Ministerio de Salud. Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Pág. 1-2 [Citado 17 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf

32. Ministerio de salud. Decreto 1011 De 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud Pág. 3. [Citado 17 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

33. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Pág. 5-7. [Citado 17 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

34. Ministerio de salud. Circular 23 de 2016. Instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos. Pág. 3-4. [Citado 17 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-023-2016.pdf>

35. Icontec. Acreditación en salud. Conozca todo sobre el sistema único de acreditación en salud. Colombia [Internet]. 2022. [Citado el 19 de julio del 2022]. Disponible en https://www.icontec.org/eval_conformidad/acreditacion-en-salud/
36. Ministerio de salud y Protección social. Política Nacional de Humanización en Salud “Entretejemos esfuerzo en la construcción de la cultura de humanización para el goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana” 2021-2031. Bogotá D.C [Internet]. 2020. [Citado el 19 de julio del 2022]. Disponible en <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/09/Proyecto-en-borrador-Politica-de-Humanizacion-en-Salud.pdf>
37. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta edición. Mc Graw Hill. México. 2014. [Citado el 17 de julio de 2022]. Disponible en <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
38. Cabezas E, Andrade D, Torres J. Introducción a la metodología de la investigación científica. Primera edición electrónica. Universidad de las Fuerzas Armadas. Ecuador. 2018. [Citado el 17 de julio de 2022]. Disponible en <http://repositorio.espe.edu.ec/jspui/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf>
39. Corona J. Apuntes sobre métodos de investigación. Medisur. Universidad

Nacional Experimental Francisco Miranda. Venezuela. 2016: 14(1). [Citado el 17 de julio de 2022]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100016

40. Vida Nueva Digital. La humanización en Salud, tarea inaplazable. [Internet]. 2014. [Citado 1 de julio del 2022]. Disponible en <https://www.vidanuevadigital.com/2014/11/30/la-humanizacion-en-salud-tarea-inaplazable/>

41. Andino Acosta C.A. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Revista Colombiana de Bioética. [Internet]. 2015. [Citado 1 de julio del 2022]. vol. 10, núm. 1, pp. 38-64. Disponible en <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/684/263>

42. Ministerio de salud. Resolución número 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Colombia. 1993. [Citado 19 de julio del 2022]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

43. Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. [Internet]. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 26-36. [Citado el 10 de enero del 2023]. Disponible en

<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a03.pdf>

44. Código de ética del CIE para las enfermeras. [Internet]. Ginebra, Suiza. Consejo Internacional de Enfermeras. 2021. [Citado el 10 de enero de 2023]. Disponible en https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
45. Velarde Del Rio, P. M. Percepción del cuidado humanizado y el nivel de satisfacción en pacientes hospitalizados de Medicina y Cirugía en un hospital peruano. Revista Peruana de medicina integrativa. [Internet]. 2022. [Citado el 10 de enero del 2023]. Disponible en <https://rpmpe.pe/index.php/RPMI/article/view/215>
46. Monje P, Miranda P, Oyarzún J, Seguel F, Flores F. Percepción del cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. [Internet]. Ciencia y Enfermería. 2018. 24(5): 1- 10. [Citado el 10 de enero del 2023]. Disponible en <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-5.pdf>
47. Andino Acosta C. La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. Universidad El Bosque. Revista Colombiana de Bioética. 2018. 13(2): 68 – 86. [Citado el 17 de enero del 2023]. Disponible en <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/1945>

10. ANEXOS

Anexo A. Carta de autorización entidad.



Octubre 19 2022, Palmira, Valle del Cauca

Doctora
NIDIA ZULUAGA
Directora Especialización en Administración en Salud
Universidad Católica de Manizales

Cordial Saludo.

Por medio de la presente me permito autorizar a los estudiantes de la Especialización en Administración de la Salud mencionados en el oficio por la Dra. Nidia Zuluaga para realizar el trabajo de Investigación "Percepción sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicio de enfermería en una IPS de Atención Domiciliaria en la ciudad de Palmira en el año 2022", para que sea realizado con los cuidadores de los pacientes que son atendidos por Todomed Ltda de la sede de atención domiciliaria, Palmira, en quienes se aplicará el instrumento de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE).

Cabe aclarar que la información que requieran de la base de datos de Todomed Ltda debe ser manejada con responsabilidad por cada uno de los estudiantes y no se permite publicaciones de fotos ni grabaciones de los pacientes o cuidadores sin autorización de los directivos de la empresa y los implicados. La jefe de la Unidad de Atención Domiciliaria Palmira se encargará de proporcionarles la información con el seguimiento del Jefe de todas las Unidades de Atención Domiciliaria – Todomed Gerardo Martínez.

Se solicita que durante el transcurso de la Investigación se nos notifique de los avances y previamente a la publicación si está en lo planeado debe ser revisado por los Directivos de la Institución de Salud – Todomed.

Por Favor adjuntar el aval de la Universidad Católica de Manizales.

ATENTAMENTE

Coordinadora Unidad de Salud Mental
Todomed Ltda.

Anexo B. Formato de consentimiento informado para participación en el estudio, dirigido al paciente.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

TITULO: PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN HUMANIZADA DE PACIENTES O CUIDADORES CON SERVICIO DE ENFERMERÍA EN LA IPS TODOMED DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA CIUDAD DE PALMIRA EN EL AÑO 2022.

OBJETIVO GENERAL: Determinar cuál es la percepción sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicio de enfermería en una IPS de atención domiciliaria en la ciudad de Palmira en el año 2022

Programa de Especialización en Administración de la salud

Facultad de Salud - Universidad Católica de Manizales.

Yo, _____ con documento de identificación C.C. No. _____ de _____ actuando como usuario autónomo, de manera libre y voluntaria, en ejercicio de mis facultades.

Hago constar que

Una vez informado sobre los objetivos, procedimientos/instrumentos que se aplicarán durante el proyecto de investigación "Percepción sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicio de enfermería en una IPS de atención domiciliaria en la ciudad de Palmira en el año 2022", autorizo mi participación en la misma, así como el uso de los datos obtenidos con fines estrictamente académicos e investigativos.

Declaro, adicionalmente, que se me ha informado que:

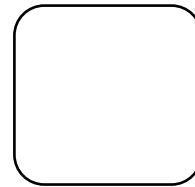
1. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
2. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto/producto, ni retribución económica alguna. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan incidir positivamente en los procesos de mejoramiento de la IPS de la cual recibo el servicio de atención domiciliaria.

3. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico.
4. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informado a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los profesionales participantes en el proyecto como investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento.

Firma del usuario y/o acudiente con su respectiva huella:

Firma del usuario



Huella índice derecho

Firma del investigador principal y/o de los coinvestigadores que tengan relación directa con la aplicación del procedimiento o prueba:

Investigador principal

Coinvestigador 1

Coinvestigador 2

Anexo C. Formato de consentimiento informado para participación en el estudio, dirigido al cuidador primario.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

TITULO: PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN HUMANIZADA DE PACIENTES O CUIDADORES CON SERVICIO DE ENFERMERÍA EN LA IPS TODOMED DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA CIUDAD DE PALMIRA EN EL AÑO 2022.

OBJETIVO GENERAL: Determinar cuál es la percepción sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicio de enfermería en una IPS de atención domiciliaria en la ciudad de Palmira en el año 2022

Programa de Especialización en Administración de la salud

Facultad de Salud - Universidad Católica de Manizales.

Yo, _____ con documento de identificación C.C. No. _____ de _____ actuando como cuidador primario o responsable de _____ con documento de identificación RC () TI () CC () No. _____ de _____.

Hago constar que

Una vez informado sobre los objetivos, procedimientos/instrumentos que se aplicarán durante el proyecto de investigación "Percepción sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicio de enfermería en una IPS de atención domiciliaria en la ciudad de Palmira en el año 2022", autorizo mi participación en la misma, así como el uso de los datos obtenidos con fines estrictamente académicos e investigativos.

Declaro, adicionalmente, que se me ha informado que:

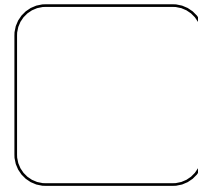
1. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
2. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto/producto, ni retribución económica alguna. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan incidir positivamente en los procesos de mejoramiento de la IPS de la cual recibo el servicio de atención domiciliaria.

3. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico.
4. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informado a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los profesionales participantes en el proyecto como investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento.

Firma del usuario y/o acudiente con su respectiva huella:

Firma del cuidador primario



Huella índice derecho

Firma del investigador principal y/o de los coinvestigadores que tengan relación directa con la aplicación del procedimiento o prueba:

Investigador principal

Coinvestigador 1

Coinvestigador 2

Anexo D. Formato de encuesta sociodemográfica e instrumento PCHE.

INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA (PCHE) Clinicountry – 3ª versión

FORMATO DE CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA

Apreciado señor(a): A continuación, le presentamos un cuestionario con el cual se pretende conocer el entorno social de la persona. En frente de cada afirmación, marque con una X la respuesta.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuál es la percepción sobre la atención humanizada de pacientes o cuidadores con servicio de enfermería en una IPS de atención domiciliaria en la ciudad de Palmira en el año 2022.

FORMATO CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Edad:	
Entre 20 y 24 años	
Entre 25 y 29 años	
Entre 30 y 34 años	
Más de 35 años	
Sexo:	
Masculino	
Femenino	
Nivel de escolaridad:	

Ninguno	
Primaria	
Bachiller	
Superior	
El paciente cuenta con:	
Auxiliar de enfermería	
Cuidador certificado	
¿Quién diligencia la encuesta?:	
Paciente	
Cuidador primario	
¿Cuánto tiempo lleva con el servicio de cuidado básico?	
Menor a 1 año	
1 a 2 años	
Mayor a 2 años	
¿Hace cuánto se encuentra vinculado con esta IPS?:	
menor a 1 año	
1 a 2 años	
mayor a 2 años	
¿Se encuentra satisfecho con el servicio de cuidado básico?	
Si	

No	
¿Cuántas horas le asignaron para el cuidado básico?	
6	
8	
12	
24	
¿Cuánto tiempo lleva el paciente con el actual personal de cuidado básico?:	
menor a 6 meses	
6 meses a 1 año	
mayor a 1 año	
¿Le han cambiado el personal de cuidado básico?	
Si	
No	
¿Cuántas veces?	
1 vez	
2 a 3 veces	
Más de 3 veces	

INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA (PCHE) Clinicountry – 3ª versión

Apreciado señor(a): A continuación, le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de los integrantes de enfermería (auxiliares de enfermería y cuidadores). En frente de cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde a la forma en que se presentaron

estos comportamientos durante su atención.

ITEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hacen sentir como una persona.				
2. Le tratan con amabilidad				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización.				
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan.				
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes.				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted.				
7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a) cuando está con usted.				
8. Le generan confianza cuando lo (la) cuidan.				
9. Le facilitan el diálogo.				
10. Le explican previamente los procedimientos.				
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas.				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos.				

13. Le dedican el tiempo requerido para su atención.				
14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud.				
15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado.				
16. Le llaman por su nombre.				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores.				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud.				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted.				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
22. Responden oportunamente a su llamado.				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual.				
24. Lo escuchan atentamente.				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.				

26. Le brindan un cuidado cálido y delicado.				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico.				
28. Le demuestran que son responsables con su atención.				
29. Le respetan sus decisiones.				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar.				
31. Respetan su intimidad.				
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico.				

Instrumento tomado de González O¹³, 2013.

Observaciones

Anexo E. Plan de mejoramiento

WHAT	WHY	WHEN	WHERE	WHO	HOW
Fortalecer la política de humanización haciéndola extensiva a todo el personal con el fin de generar un impacto en la satisfacción de los usuarios, familias, cuidadores y a donde a partir de la misma se haga la divulgación y se logren implementar las estrategias de sensibilización sobre la relevancia del cuidado humanizado.	Esta acción lleva a la consolidación de acciones que garantizan en todos los colaboradores de atención domiciliaria de TODOMED, adherencia a la política de humanización.	Según cronograma de capacitación anual de la entidad.	Atención Domiciliaria TODOMED	Atención y Seguimiento al Usuario (ASU) Programa de Humanización.	<p>Realizar entrega y socialización del programa de humanización a cada área de la institución.</p> <p>Generar evaluación de manera periódica acerca del conocimiento y adherencia a la política de humanización institucional en cada área.</p> <p>Aplicar encuesta a los usuarios sobre la aplicación de la política de humanización por parte del personal asistencial de manera periódica.</p> <p>Generar los indicadores y estadísticas basado en los resultados de las encuestas aplicadas.</p>
Establecer las competencias y habilidades requeridas a ser evaluadas en los procesos de selección y contratación del talento humano.	Esta acción permite la prestación integral del servicio desde una perspectiva humanizada impactando en el cuidado del usuario.	Trimestral.	Atención Domiciliaria TODOMED	Talento Humano	<p>Realizar un procedimiento documentado con el proceso de convocatoria para suplir las plazas que se requieran ocupar.</p> <p>Generar un perfil de habilidades blandas y duras necesarias para el personal asistencial que se contratará.</p> <p>Utilizar</p>

					cuestionarios, método de entrevista que permita la identificación de estas habilidades en el personal.
<p>Medir de manera periódica la percepción del cuidado humanizado al usuario, ejecutando un seguimiento sistemático que permita la realización de intervenciones oportunas en las desviaciones detectadas, donde estas, puedan ser socializadas a nivel de la gerencia para la toma de decisiones y planteamiento de actividades a intervenir para la mitigación de las mismas.</p>	<p>No están establecidos los mecanismos para la medición periódica de la percepción del cuidado humanizado en el usuario.</p>	Semestral.	Atención Domiciliaria TODOMED .	Atención y Seguimiento al Usuario (ASU) Programa de Humanización.	<p>Definir cuestionarios que serán usados para la medición periódica de la humanización en las distintas áreas de la empresa.</p> <p>Crear un cronograma de evaluaciones periódicas de humanización para la institución</p> <p>Asignar encargados de realizar de manera periódica la medición de la política de humanización.</p> <p>Planear auditoria interna para evaluar proceso de aplicación de cuestionarios establecidos para medición de políticas de humanización</p>
<p>Revisar las quejas relacionadas con la humanización en la prestación de los servicios, de manera que puedan ser detectadas las reincidencias</p>	<p>No hay trazabilidad en relación a las quejas que puedan estar relacionadas con la atención humanizada del usuario.</p>	Semestral.	Atención Domiciliaria TODOMED .	Seguimiento al Usuario (ASU) Programa de Humanización. Talento Humano	<p>Modificar política de manejo de pqr's institucional con énfasis en aspectos relacionados con humanización de la atención en salud de los diferentes servicios.</p> <p>Asignar encargados de analizar los pqr's recibidos y</p>

<p>de determinado colaborador y se haga abordaje de manera directa para la revisión de lo expuesto, esto con el fin de hacer enfoque en las desviaciones que puedan presentarse.</p>					<p>clasificar aquellas que pertenezcan al programa de humanización en salud.</p> <p>Crear registro de las quejas encontradas relacionadas con humanización en la atención en salud.</p> <p>Generar indicador de quejas relacionadas con la humanización en la atención de salud en la institución.</p>
<p>Definir los criterios de contratación del personal.</p>	<p>Alta rotación del personal lo que genera la no continuidad en la atención e insatisfacción del usuario desde la perspectiva de la ruptura en la relación ya establecida enfermera – paciente, influyendo en el desenlace clínico.</p>	<p>Mensual.</p>	<p>Atención Domiciliaria TODOMED</p>	<p>Talento Humano Control Interno</p>	<p>Modificar política de talento humano enfocado en generación de estrategias para contratación de nuevo personal. Evaluar las causas de la alta rotación y ausentismo laboral en la institución.</p> <p>Realizar medición periódica de capacidad de talento humano disponible en servicio de enfermería.</p> <p>Programar apertura de convocatorias conforme a las estadísticas generadas de acuerdo al personal disponible.</p>
<p>Ejecutar plan de contingencia en los casos donde hayan situaciones de</p>	<p>No hay suplencia de contingencias relacionadas con renuncias, enfermedad</p>	<p>Mensual.</p>	<p>Atención Domiciliaria TODOMED</p>	<p>Talento Humano</p>	<p>Modificar el cronograma de enfermería considerando los días de descanso para el personal.</p>

<p>ausentismo laboral,</p>	<p>del personal y demás, lo que no permite la continuidad de la prestación del servicio para un resultado óptimo en el paciente.</p>				<p>Generar una base de datos de personal disponible a nivel institucional para cubrimientos en casos de contingencia.</p> <p>Crear base de datos de hojas de vida para personal asistencial para el servicio de enfermería que agilice los procesos de contratación.</p> <p>Generar un cronograma de convocatorias de talento humano de manera periódica considerando la cobertura de cada servicio.</p>
----------------------------	--	--	--	--	--



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

Universidad Católica de Manizales
Carrera 23 # 60-63 Av. Santander / Manizales - Colombia
PBX (6)8 93 30 50 - www.ucm.edu.co