

**PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN “DUX” EN PACIENTES QUE REQUIERAN
AISLAMIENTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

María Paula Ayala Dueñas

Luis Alberto Caballero Herrera

División de Posgrados y Formación Avanzada

Posgrado de Gerencia de la Calidad en Salud

Universidad el Bosque

Bogotá D.C, junio de 2022

Hoja de identificación

Universidad	El Bosque
División – posgrado	Posgrados – Posgrado Gerencia de la Calidad en Salud
Título de la investigación	Programa de humanización “dux” en pacientes que requieran aislamiento de enfermedades transmisibles
Línea de investigación	Calidad de la atención en servicios de salud
Instituciones participantes	Universidad del Bosque
Tipo de investigación	Posgrado
Investigadores	María Paula Ayala Dueñas Luis Alberto Caballero Herrera
Director de trabajo de grado	Anny Bonilla Dueñas
Asesores variables de estudio	Lilian Núñez
Asesor para enfoque integrador	Álvaro Amaya Navas

Nota de salvedad de responsabilidad institucional

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimientos

Doy gracias a Dios y a la vida por permitirme culminar este camino con éxito y con un gran aprendizaje. Le doy gracias a todas las personas que se cruzaron en mi camino mientras desarrollaba la investigación regalándome una sonrisa y llenándome de gran energía. Asimismo, agradezco a mis padres y mi hermano quienes estuvieron siempre apoyándome aun cuando mis ánimos decaían; dándome palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías.

Por último, quiero agradecer a mi compañero y amigo de trabajo de grado quien siempre estuvo ahí guiándome y corrigiéndome en los errores durante esta travesía.

María Paula Ayala Dueñas

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta estas instancias y poder culminar este trabajo de grado. A mi abuela Gloria y mi madre Derly, quienes con su esfuerzo hicieron de mí, una persona con valentía, coraje y con sueños de superación. A mi hijo Nicolás, quien es mi fuente de inspiración para ser una mejor persona y mejor profesional cada día.

Luis Alberto Caballero Herrera.

Agradecemos a nuestros docentes de la Especialidad por habernos compartido sus conocimientos, especial a los doctores Álvaro Amaya Navas y Anny Bonilla Dueñas, quienes fueron nuestros tutores de este gran proyecto guiándonos con su paciencia, y su rectitud como docentes.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo investigativo a Dios, mis padres, mi hermano y mis abuelitos, quienes me impulsaron en los momentos que más lo necesitaba, me regalaron su amor y su paciencia. Asimismo, dedicarle este gran triunfo a mi abuelito quien siempre me apoyó y me entendió cuando me decía que primero estaba el estudio que visitarlo. Y ahora quiero decirle, gracias abuelito por entenderme y darme la fuerza para terminar esta especialización.

A ellos les quiero decir: ¡Lo logré! ¡Lo logramos!

María Paula Ayala Dueñas

El presente trabajo de grado está dedicado a Dios, porque gracias a él he logrado concluir mi especialización, a mi abuela que desde el cielo me ilumina, me cuida y me guía en este mundo, mi madre por brindarme ese apoyo, hábitos, valores y sus consejos para hacer de mí una mejor persona. Y por último, a mi hijo Erick Nicolás quien es mi fortaleza para seguir adelante y nunca rendirme para llegar a ser una persona ejemplar para él.

Luis Alberto Caballero Herrera.

Tabla de contenido

1. Introducción	17
2. Marco de referencia	19
2.1 Marco normativo	19
2.1.1 Humanización	19
2.1.2 Aislamiento en enfermedades transmisibles	20
2.2 Marco Normativo	27
2.2.1 Tipos de norma	27
2.2.2 Derechos y deberes en salud:	30
2.3 Marco de contexto	32
3. Planteamiento del problema	36
4. Justificación	38
5. Objetivos	40
5.1 Objetivo general	40
5.2 Objetivos específicos	40
6. Propósito	41
7. Aspectos metodológicos	42
7.1 Tipo de estudio	42
7.2 Población de referencia y muestra	42
7.3 Variables	42
7.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información	42
8. Materiales y métodos	43
9. Plan de análisis	44
10. Consideraciones y aspectos éticos	45
11. Estructura orgánica del proyecto	46
12. Cronograma	47
13. Presupuesto	50
14. Resultados	51
15. Discusión	61
16. Conclusiones y recomendaciones	66
17. Bibliografía	101

Índice de siglas

COVID-19: “CO” corresponde a “corona”, “VI” a “virus” y “D” a “disease” (“enfermedad”).

EAPB: *Empresas Administradoras de Planes de Beneficio.*

EPS: *Entidades Promotora De Salud Del Régimen Contributivo.*

ICONTEC: *Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación.*

IPS: *Institución Prestadora de Salud.*

OMS: *Organización Mundial de la Salud*

ONG: *Organizaciones No Gubernamental.*

OPS: *Organización Panamericana de la Salud*

SARS-CoV-2: *Síndrome Respiratorio Agudo Grave Coronavirus 2*

Glosario

Accesibilidad: *es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

Actividad de auditoría interna: *un departamento, división, equipo de consultores, u otro/s practicante/s que proporciona/n servicios independientes y objetivos de aseguramiento y consulta, concebidos para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. La actividad de auditoría interna ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.*

Aislamiento: *estar separado de otros. El aislamiento se usa a veces para prevenir la diseminación de una enfermedad.*

Alta dirección: *persona o grupo de personas, del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una entidad.*

Atención deshumanizada: *forma inadecuada de tratar al usuario, la cual debe ser humana respetuosa y digna, trato indiferente por parte del funcionario que no muestra interés por ayudar a los usuarios para acceder a los servicios de salud, así como la extralimitación y abuso de responsabilidades por parte del mismo.*

Atención médica de calidad: *es aquella que maximiza los beneficios y minimizará los riesgos y los costos.*

Auditoría: *revisión sistemática de una actividad o de una situación para evaluar el cumplimiento de las reglas o criterios objetivos a que aquellas deben someterse.*

Barrera física: *elementos materiales que permiten separar áreas o espacios, ambientes o servicios entre sí.*

Calidad: *entendida como el impulso hacia la mejora permanente de la gestión, para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos (Concepto de calidad en la gestión pública tomado de la Carta Iberoamericana de la Calidad).*

Calidad de la atención en salud: se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Calidad de vida: conjunto de aspectos que pueden dar idea del grado de limitación de la vida personal que produce una enfermedad. Sería la medida en que una persona o una sociedad tienen acceso al disfrute de bienes y servicios físicos, sociales y culturales. Puede entenderse de modo objetivo o de modo subjetivo, como conjunto de factores deseados para la vida personal sin referencias objetivas que están satisfechos en la presente condición de salud. En este segundo modo sería la percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Las consideraciones sobre la calidad de vida pueden ser fundamentales en la toma de decisiones.

Calidez: atributo entendido como trato digno, amable y respetuoso que se brinda al ciudadano o ciudadana con la respuesta a su requerimiento.

Capacitación: tiene como objetivo construir conjuntamente conocimientos que permitan a los funcionarios e integrantes de las Formas de Participación, “fortalecer la capacidad para la innovación y afrontar el cambio, percibir los requerimientos del entorno, tomar decisiones acertadas en situaciones complejas, trabajar en equipo y valorar y respetar lo público.

Caracterización de procesos: es un documento entendido como la hoja de vida del proceso, el cual describe de manera específica el objetivo y alcance del proceso, así como los elementos de entrada (suministrados por unos proveedores), actividades de transformación de acuerdo al ciclo PHVA y los productos / salidas hacia los clientes o usuarios.

Continuidad: garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

Dux: guía en el idioma latín

Enfermedad transmisible: son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas.

Eficacia: *el grado en que se cumplen los objetivos y la relación entre el efecto deseado en una actividad y su efecto real.*

Eficiencia: *la relación que existe entre el producto (en término de bienes, servicios u otros resultados) y los recursos empleados en su producción.*

Humanizar: *significa que nos hagamos preguntas que nos lleven a la deliberación ética, en la que el paciente y familia tomen sus propias decisiones, huyendo de actitud control.*

Humanización: *lograr una prestación del servicio considerada eficiente.*

Humanización de la salud: *prestar un servicio viendo al usuario integralmente y con respeto.*

Indicador: *variable o factor cuantitativo o cualitativo que proporciona un medio sencillo y fiable para medir logros, reflejar los cambios vinculados con la gestión o evaluar los resultados de una entidad.*

Internación: *estancia de un paciente por un periodo mayor a 24 horas, en una cama hospitalaria y al cuidado permanente de un equipo de salud.*

IPS: *son las Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sean de urgencia, consulta, laboratorios clínicos o centros de imágenes diagnósticas.*

Objetivos de la auditoría: *son los propósitos establecidos, es decir, lo que se busca lograr con la auditoría, será relevante tener en cuenta las diferentes categorías de objetivos de la entidad (estratégicos, de cumplimiento y operativos) y que serán de interés para la auditoría, en última instancia, el éxito del proceso dependerá de la claridad con que se establezcan los objetivos y que el equipo auditor conozca y entienda los objetivos de la entidad, ya que, su óptima alineación se verá reflejada en los resultados finales y el aporte de dicho procesos a la mejora de la entidad.*

Programa: *es el conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud, con un equipo de personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.*

Profesionales de la salud: *son todas aquellas personas que prestan el servicio de atención de diferentes ramas y especialidades.*

SARS-CoV-2: *Es un virus de la gran familia de los coronavirus. Los coronavirus infectan a seres humanos y algunos animales.*

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 en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.*

Servicio: *unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación de Prestadores, por tanto, es quienes apuntan a los criterios de los estándares de habilitación a partir de los cuales se establece la autorización para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud.*

Talento humano: *estándar que considera las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.*

Índice de tablas gráficas y figuras

Tabla 1: Bases epidemiológicas	23
Tabla 2: Normativa Colombiana	27
Tabla 3: Derechos y Deberes	30
Tabla 4: Cronograma	49
Tabla 5: Presupuesto, fuentes de financiación	50
Tabla 6. Indicador de la matriz 5WH para la planeación del programa de humanización Dux	88

Anexos

Anexo 1: Estructura orgánica	46
Anexo 2: Cuadro comparativo de políticas de humanización	54
Anexo 3: Comparación de las políticas, estrategias y lineamientos a la humanización en instituciones de salud a nivel mundial para el año 2021	60
Anexo 4: Herramienta para el diseño, análisis, control y seguimiento de un plan de acción y de mejoramiento del Programa de Humanización Dux Fase Planear	77
Anexo 5: Herramienta para el diseño, análisis, control y seguimiento de un plan de acción y de mejoramiento del Programa de Humanización Dux Fase Hacer	81
Anexo 6: Herramienta para el diseño, análisis, control y seguimiento de un plan de acción y de mejoramiento del Programa de Humanización Dux Fase Verificar	84
Anexo 7: Herramienta para el diseño, análisis, control y seguimiento de un plan de acción y de mejoramiento del Programa de Humanización Dux Fase Actuar	87

Resumen

Objetivo: Diseñar el programa de humanización “DUX” en pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles orientado a minimizar las estancias hospitalarias mejorando la calidad en la atención.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática con un enfoque cualitativo de tipo descriptivo en el cual se revisaron minuciosamente diferentes artículos y temas relacionados con la humanización que hay actualmente, se escogieron diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) a nivel internacional y nacional que contarán o no con las políticas de humanización, sin exclusiones previas, se tuvieron en cuenta los objetivos generales y específicos para poder realizar un cuadro de variables, lo que dio resultado a artículos importantes para el trabajo pertinente.

Resultados: Se identificaron las políticas de humanización de once (11) instituciones a nivel nacional tanto privadas como públicas encontrando varias similitudes entre ellas, en el cual seis (6) instituciones privadas contaban con política de humanización y cinco (5) de ellas no contaban con la política de humanización. A nivel internacional se compararon seis (6) instituciones prestadoras de salud, las cuales cinco (5) instituciones se basaban en una atención de pacientes durante un proceso de atención en salud más no enfocándose en pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles. La única institución que se acercaba a un programa de humanización para personas que requieran aislamiento preventivo por enfermedades, contaba con diversos condicionamientos instituciones en el acompañamiento de personas diagnosticadas por COVID – 19 y/o en fin de vida.

Palabras clave: humanización, enfermedades transmisibles, política de humanización, programas.

Abstract

Objective: Design the “DUX” humanization program in patients who require isolation due to communicable diseases, aimed at minimizing hospital stays, improving the quality of care.

Methodology: A systematic review was carried out with a descriptive qualitative approach in which different articles and topics related to humanization that currently exist were thoroughly reviewed, different Health Provider Institutions (I.P.S) were chosen at the international and national level that had or not with the humanization policies, without previous exclusions, the general and specific objectives were taken into account to be able to make a table of variables, which resulted in important articles for the relevant work. Conducting a thorough systematic review of different articles and topics related to humanization.

Results: The humanization policies of eleven (11) institutions at the national level, both private and public, were identified, finding several similarities between them, in which six (6) private institutions had a humanization policy and five (5) of them did not have one. humanization policy. At the international level, six (6) health-providing institutions were compared, of which five (5) institutions were based on patient care during a health care process, but not focusing on patients who require isolation due to communicable diseases. The only institution that came close to a humanization program for people who require preventive isolation due to illness, had various institutional conditions in the accompaniment of people diagnosed with COVID-19 and/or at the end of life.

Keywords: humanization, communicable diseases, humanization policy, programs

1. Introducción

Según el Diccionario de la Lengua española humanizar es “hacer humano, familiar, afable a alguien o algo”. “Es ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. No cabe duda que cuando un ciudadano se acerca a un centro de salud es porque necesita asistencia sanitaria, espera recibir una atención “humanizada”. Esta palabra la usamos habitualmente para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la condición humana, responda a la dignidad de la persona. No es lo mismo ser humano que vivir y comportarse humanamente (Asociación de Academias de la lengua española, 2022).

La humanización es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que dirigen la conducta en el ámbito de salud (Ministerio de Salud ejes de la acreditación, 2021), está conformada por todos los actos de cuidado que hacen más humano al hombre, a fin de mantener su dignidad a través de la atención a sus pacientes desde una perspectiva integral, integrando varias dimensiones, psicológica, biológica, social y espiritual del sujeto (Pabón, 2021). De igual forma, la humanización no es tanto un proceso de estructuras y mecanismos, es más de actitudes (Consejería de sanidad plan de humanización de la asistencia, 2019) por esto es de gran importancia, tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para que tengan conciencia y sensibilización en la atención de los usuarios, la cual debe realizarse en un contexto de ética y de valores (Ministerio de Salud ejes de la acreditación, 2021).

Puede resultar paradójico que se hable de humanizar la atención sanitaria y los servicios de salud, cuando el ser humano es parte importante de estos, y el origen de cada institución sanitaria mana justamente de la necesidad de que alguien brinde atención a una persona enferma. Desafortunadamente en este medio y en las instituciones de salud las prioridades cambian, por ejemplo, la presión asistencial, la falta de tiempo, mal trato y mala atención por parte del personal de salud a una persona enferma, hacen que se antepongan aspectos orientados en desarrollos económicos, administrativos, que no permiten que haya un auténtico servicio orientado al ser humano. Por tal motivo, la humanización debiera ser una prioridad de cada hospital y de cada servicio de éste, en un contexto de una relación interhumana, personal y de ayuda, con el fin de mantener una relación diagnóstica terapéutica

que permita la resolución y recuperación total o parcial de la persona enferma (Gutiérrez, 2017). De tal manera, la deshumanización se ha convertido en la medicina como un acto ya típico en cualquier persona, sin mirar la complejidad y el significado que llevan estas acciones, ya que no solo le afectan directamente su parte emocional si no, que el solo hecho de “sentirse enfermo” hace que las personas se vuelvan más vulnerables y frágiles, por lo que es primordial mantener una buena atención por parte de los profesionales para que de este modo cada paciente se sienta tranquilo y confiado de que no están vulnerando sus derechos como persona y que por el contrario estamos para brindar un trato digno a cada uno en compañía de un grupo interdisciplinario (Gutiérrez, 2017). El programa de Humanización “Dux” apuesta por sustentar, mejorar e innovar todos los aspectos y dimensiones de una asistencia en salud humanizada, este programa quiere reflexionar sobre la perspectiva humanizadora de la asistencia del personal de salud a través del desarrollo de este programa. Se trata de poner todo el conocimiento existente en las organizaciones y en los profesionales al servicio de las personas (ciudadanos, pacientes y sus personas cuidadoras), ofreciendo en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado, resaltando así la dignidad humana. En este sentido, resulta fundamental la actitud de los profesionales sobre las personas que atendemos.

2. Marco de referencia

2.1 Marco normativo

2.1.1 Humanización

La humanización es una de las temáticas más debatidas y de importancia a través del tiempo, y más aún para los trabajadores de la salud ya que el objeto principal es el ser humano con todas sus necesidades tales como: atención al paciente, compañía, seguimiento, ayuda para la adaptación de su enfermedad, explicación del médico tratante acerca del estado de salud, acompañamiento familia – paciente, esto lleva al sector salud tanto al personal como a la institución a brindar una atención integral de calidad, tanto en lo físico, emocional y espiritual, tratando al paciente con respeto y dignamente como una persona no como un número o patología que tiene derechos como el de ser escuchados, saber acerca del tratamiento, y procedimientos que se le vayan a realizar, como también mantener su confidencialidad, respetar sus creencias y costumbres así como las opiniones personales que tenga de la enfermedad que padece. El paciente se siente solo independiente de si está grave o no, tratar en lo posible de que tenga la compañía de sus familiares para que sea más llevadera su situación con el apoyo de sus seres queridos.

Por humanización se entiende, como los valores relacionados con una acción ética que llevan a unas conductas en el ámbito de la salud, permitiendo aplicar estos valores realizando, diseño de políticas y programas que se enfoquen en la protección de la dignidad, apoyo y respeto de todo ser humano (Santacruz, 2016). De igual forma, hace referencia a la interacción ante cualquier circunstancia en ámbitos biológicos, conductuales y psicológicos que llevan a un abordaje integral, en la búsqueda propia del bienestar del ser humano. De esta manera, al interior de una institución, se establecen relaciones entre personal administrativo, directivo, asistencial, paciente – familia, médico – paciente, médico-familia (Ceballos, 2012).

Actualmente en Colombia, se denota que hay muy pocos registros sobre la humanización en la salud, se ha convertido para efectos de la calidad de la atención clínica, un ejemplo claro,

son los reclamos que los usuarios hacen constantemente a las instituciones por un tratamiento más humano y digno. Las discusiones sobre ética médica, hacen énfasis en la autonomía y derechos del paciente, que como actor independiente merece respeto y responsabilidad profesional, simplemente porque es, un ser humano. Dentro del marco de los derechos humanos, esta noción se representa con la palabra “dignidad humana” o el atributo de los seres con derechos ya sea que sepa que los tiene o no (Santacruz, 2016). La Resolución 13437 de 1991, del Ministerio de Salud en Colombia, declara que: “todo paciente debe ejercer sin restricciones de ninguna clase su derecho a la salud”, sin embargo, resulta difícil pensar, que a pesar de que la salud es consagrada como un “bien fundamental”, no lo es, en cambio, como un “derecho fundamental”, a menos que, mediante una acción de tutela, se llame la atención sobre algún hecho que atente, contra la vida misma.

2.1.2 Aislamiento en enfermedades transmisibles

Cuando se habla de aislamiento, son precauciones diseñadas para el cuidado de todos los pacientes hospitalizados, independientemente de su diagnóstico y presunto estado de infección. La implantación de esta prevención de estrategia primaria para el control de infecciones nosocomiales y de enfermedades infecciosas específicas, se basan en la transmisión, se usan para pacientes con sospecha de infección y colonización de patógenos epidemiológicamente importantes que pueden ser transmitidos por la vía aérea o gotas o por contacto de piel seca y en superficies contaminadas, *“Las “Precauciones estándar” sintetizan la mayoría de las características de las “Precauciones universales”, sangre y fluidos orgánicos, diseñadas para disminuir el riesgo de transmisión de patógenos transmisibles por sangre/fluidos orgánicos y el “Aislamiento de sustancias corporales” – diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos de las sustancias corporales húmedas. Las “Precauciones estándar” se aplican a:*

- *Sangre*
- *Todos los fluidos corporales, excepto sudor, contenga o no sangre visible;*
- *Piel no intacta*
- *Membranas mucosas.*

Dichas precauciones están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes de infecciones nosocomiales reconocidas o no (Ministerio de Salud y protección social, 2020).

Epidemiológicamente es necesario evitar la transmisión de patógenos en pacientes con sospecha de estar infectados o colonizados, para ello existen tres tipos de precauciones basadas en la transmisión: precauciones aéreas, precauciones por gotas y precauciones de contacto. Pueden ser combinadas para enfermedades que tienen múltiples vías de transmisión. Cuando se aplican solas o combinadas deben ser usadas en conjunto con las precauciones estándar, y deben aplicar a todos los pacientes que se encuentren hospitalizados en la institución (Ministerio de Salud y protección social, 2020).

2.1.3 Bases epidemiológicas

Racional: la transmisión de infecciones dentro de un hospital requiere tres elementos: una fuente de microorganismos infectantes, un huésped susceptible y un modo de transmisión del microorganismo (Ministerio de Salud y protección social, 2020).

Fuente: las fuentes humanas de microorganismos infectantes dentro de un hospital pueden ser los pacientes, el personal y, en ocasiones, las visitas. Pueden incluir personas: con enfermedad aguda, con periodo de incubación de alguna enfermedad, personas que son portadoras crónicas de un agente infeccioso o personas que están colonizadas por un agente infeccioso, pero no tienen enfermedad aparente. Otras fuentes de microorganismos infectantes, pueden ser la propia flora endógena de los pacientes, que puede ser difícil de controlar, y objetos ambientales inanimados que pueden contaminarse, incluyendo equipos y material médico (Ministerio de Salud y protección social, 2020).

Huésped: la resistencia a los microorganismos patógenos entre las personas varía enormemente; algunas personas pueden ser inmunes a la infección y ser capaces de resistir la colonización por un agente infeccioso; otras, expuestas al mismo agente, pueden establecer una relación de comensalismo con el microorganismo infectante y convertirse en “portadores asintomáticos”; otras, en cambio, pueden desarrollar una enfermedad clínica (Ministerio de Salud y protección social, 2020).

Factores del huésped tales como edad, enfermedades subyacentes, ciertos tratamientos con antimicrobianos, corticoides u otras drogas inmunosupresoras, e irradiación y ruptura de los

mecanismos de defensa de primera línea causados por factores tales como cirugía, anestesia y catéteres intravasculares o urinarios, pueden hacer a los pacientes más susceptibles a la infección (Ministerio de Salud y protección social, 2020).

Transmisión: los microorganismos son transmitidos en los hospitales por varias rutas y algunos pueden transmitirse por más de una. Existen cinco rutas principales de transmisión: contacto, gotas, vía aérea, vehículos comunes y vectores. Para el propósito de estas guías los vehículos comunes y los vectores se discutirán brevemente, ya que ninguno tiene un rol significativo en las infecciones nosocomiales típicas (Ministerio de Salud y protección social, 2020).

Precauciones Específicas de Contacto: se aplican cuando los microorganismos pueden transmitirse de una Criterios para aislamiento por enfermedades infectocontagiosas persona infectada a otra persona sin un intermediario, como en escabiasis o herpes (contacto directo); y también cuando el microorganismo de un paciente infectado pasa a la piel intacta de un trabajador de salud sin causar infección y posteriormente se transmite a un paciente susceptible quien sí desarrolla la infección. La transmisión también puede ocurrir a través de objetos contaminados (contacto indirecto). Los microorganismos que se pueden transmitir por contacto principalmente, son los asociados a impétigo, abscesos, diarrea, escabiasis y microorganismos resistentes a los antibióticos o los que han causado brotes en el hospital (Hernández, 2012).

Precauciones Específicas en gotas: cuando el microorganismo se transmite por gotas de secreciones >5 micras que provienen de las vías respiratorias al toser, hablar, estornudar; durante la succión o la broncoscopia de un paciente y llegan a las mucosas (conjuntiva, boca, nariz) de personas susceptibles o caen a superficies del ambiente, que son tocadas por personas susceptibles y auto inoculan sus propias mucosas. El área de dispersión de las gotas alcanza un metro o metro y medio de distancia. Ejemplos: enfermedades exantemáticas, parvovirus, influenza, pertussis, meningitis (Hernández, 2012).

Precauciones Específicas de la Vía Aérea: se aplican cuando la transmisión es a través de pequeñas partículas, gotas menores a 5 micras suspendidas en el aire por largos periodos que pueden diseminarse a grandes distancias por las corrientes de aire que afectan incluso a

personas susceptibles fuera de la habitación del paciente, por ejemplo, en caso de tuberculosis pulmonar o laríngea, rubéola y sarampión (Hernández, 2012).

Precauciones Específicas Mixtas: de contacto y vía aérea: transporte del paciente. Se debe utilizar mascarilla en las PEA para el caso de contagio por gotas o por vía aérea. En todos los casos se debe advertir al personal del área donde llega el paciente, el tipo de PEA que debe usar el paciente durante su traslado. No debe retirarse el cartel de aislamiento hasta que se realice la limpieza del área (Hernández, 2012).

El aislamiento protector de pacientes neutropénicos o inmunocomprometidos: es una precaución estándar y el médico tratante debe indicar en el expediente por qué lo aísla y durante cuánto tiempo debe seguirse. De acuerdo al período de incubación de la enfermedad y la forma de transmisión se implementan el tipo de PEA en los casos y los contactos conforme al Cuadro: (Hernández, 2012). (Tabla 1)

Tabla 1: Bases epidemiológicas

<i>Infección</i>	<i>Tipo de precaución</i>	<i>Estado del paciente</i>	<i>Duración de precauciones (aislamiento)</i>	<i>Observaciones</i>
Exantemas Inespecífico	Específicas Gotas	Caso	5 días	Se extiende el tiempo de precauciones específicas (aislamiento) dependiendo del resultado de laboratorio y del diagnóstico final. Si el exantema desaparece en horas y no se reactiva durante las siguientes 48h. Retirar Precauciones Específicas (aislamiento).
		Contactos	10 días	Dependiendo del resultado de laboratorio del caso se extienden precauciones específicas de acuerdo a la etiología.
Parvovirus	Específica Gotas	Caso	Desaparición del exantema o durante la hospitalización, cuando aparece la enfermedad crónica en un paciente inmunocomprometido, 7 días crisis aplásica	Paciente inmunocompetente e inmunocomprometido con IgM positivo que presenta exantema.
		Caso	(NO requiere aislamiento)	Si el paciente tiene IgM positivo sin presentar exantema.
		Contactos	21 días	Inicia al 5º día de la exposición y persiste hasta el día 21

Infección	Tipo de precaución	Estado del paciente	Duración de precauciones (aislamiento)	Observaciones
Varicela	Específicas Contacto + Aérea	Caso	Hasta que las lesiones estén en la fase de costra	Cuando desaparezcan las lesiones vesiculares y se encuentren en fase de costra.
		Contactos	21 días	Iniciando al 7° día de exposición hasta el día 21. Exposición dos días previos a la aparición de vesículas
		Contactos	21 días	Inmunocomprometidos, desde el día del contacto hasta el día 21.
Herpes zoster	Específicas Contacto	Caso	Hasta que las lesiones estén en fase de costras	Inmunocompetente.
	Específicas Contacto+ Aéreo	Caso	Hasta que las lesiones estén en fase de costras	Inmunocomprometido.
		Contactos	21 días	En inmunocomprometidos se aísla el ambiente; en pacientes inmunocompetentes, sólo al paciente con precauciones de contacto.
Herpes simple	Estándar	Caso		Si es diseminado o severo, precauciones de contacto hasta que las lesiones estén secas o en fase de costra
Difteria faringea Cutánea	Específica gotas Específica contacto	Caso	Tratamiento antibiótico y cultivo negativo	Hasta que dos cultivos tomados en 24 horas sean negativos
Influenza	Específico Gotas	Caso	5 días; en inmunocomprometidos mientras dure la enfermedad	Los primeros 5 días después de iniciado el cuadro. En pacientes inmunocomprometidos no se ha definido la duración de las precauciones. Se ha observado una prolongada eliminación de virus por varias semanas
		Contacto	10 días	Contacto 10 días a partir del contacto
Sarampión	Específicas Aérea-Contacto	Caso	7 días	Los primeros 7 días después de inicio del cuadro o hasta desaparición exantema: 3-4 semanas cuando todas sean costras y estén separadas
		Contactos	21 días	Del día 5 después de la exposición hasta el día 21
Rubéola	Específicas Aérea	Caso	7 días	Los primeros 7 días después de iniciado el cuadro o hasta la desaparición del exantema
		Contactos	21 días	Del día 5 después de la exposición, hasta el día 21
Parotiditis	Específica Gotas	Caso	5-9 días	Los primeros 5 o 9 días después de iniciado el cuadro o hasta la desaparición del exantema
		Contactos	25 días	Hasta el día 25
Encefalitis viral Meningitis aséptica	Estándar			
Gastroenteritis	Específicas Contacto	Caso	Hasta remisión del cuadro enteral	Uso de precauciones de contacto para manejo de pañales y excreciones durante la duración de la enfermedad o hasta el control del brote (<i>Adenovirus</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Vibrio cholerae</i> , <i>Norovirus</i> , <i>Giardia</i> , <i>E. coli</i> , <i>Cryptosporidium</i>)
Rotavirus	Específicas Contacto	Caso	Hasta remisión del cuadro enteral	Rota test de control negativo por eliminación prolongada del virus
<i>C. difficile</i>	Específicas Contacto	Caso	Hasta remisión del cuadro enteral	Durante la enfermedad, retiro de antibióticos si es apropiado; uso de agua y jabón para higiene de manos y no soluciones alcoholizadas que no tienen actividad esporicida

<i>Infección</i>	<i>Tipo de precaución</i>	<i>Estado del paciente</i>	<i>Duración de precauciones (aislamiento)</i>	<i>Observaciones</i>
Hepatitis A Aguda Fulminante Crónica agudizada	Específica Contacto	Caso	14 días	En pacientes incontinentes o que utilicen pañales durante la hospitalización, menores de 3 años. En pacientes de 3 a 14 años, 2 semanas después de iniciado el cuadro clínico Mayores de 14 años de edad por una semana después de los síntomas
CMV, Eps- tein Barr	Estándar			
Sx coquelu- choide	Específicas Gotas	Casos	5 días	Los primeros 5 días después de iniciado el cuadro. Resultado de laboratorio, lo descarta
		Contactos	21 días	Dependiendo del resultado de laboratorio, se retira si se descarta tos ferina.
Tosferina	Específicas Gotas	Casos	5 días	Los primeros 5 días después de iniciado el cuadro
		Contactos	21 días	Hasta el día 21
Bacterie- mias u organismos multiresis- tentes, <i>B. cepacia</i>	Específicas Contacto	Casos	24-48 h	24-48 horas posterior a la iniciación del tratamiento o si el hemocultivo de control es negativo
Meningitis Bacteriana	Específicas contacto	Casos	24-48 h	Hasta determinar etiología: entéricos gram negativos,. En neonatos, por hongos, listeria, <i>S pneumoniae</i> <i>M. tuberculosis</i> , precauciones estándar
Meningitis N. menin- gitis o <i>H. influenzae</i>	Específicas gotas	Casos	24-48 h	48 horas posterior a la iniciación de tratamiento o si el hemocultivo de control es negativo. Mascarilla para realizar intubación, quimioprofilaxis en caso de exposición a secreciones nasofaríngeas sin usar medidas de protección. En caso de enfermedad meningococcica: sepsis, neumonía o meningitis, seguir las precauciones específicas de contacto señaladas
Tubercu- losis (TB) pulmonar, miliar ≥ 12 años	Específicas Aérea	Casos	4-6 semanas	4-6 semanas después de iniciado el tratamiento o 3 basiloscopias negativas
		Contactos		Realizar búsqueda de TB en familiares
TB cutánea ≥ 12 años	Específicas Contacto + Aérea	Casos	4-6 semanas	4-6 semanas de iniciado el tratamiento Suspensión del drenaje de la lesión, tres cultivos negativos, mejoría clínica importante
TB menín- gea ≥ 12 años	Específicas Aérea	Casos		Al descartar tuberculosis en familiares visitantes
Neumonía <i>mycoplasma</i>	Específica gotas	Casos	Durante la enfermedad	
Sífilis	Específica Contacto Estándar	Casos Contacto	48 h Ninguno	Contacto recibe tratamiento sólo si estuvo en contacto con lesión húmeda
Escabiosis	Específica Contacto	Caso	5 días	24 horas después de terminado el tratamiento

Fuente: Elaboración propia por autores. Junio, 2021

El aislamiento y las precauciones de barrera también han demostrado ser exitosos para limitar la propagación epidémica de bacilos Gram negativos multirresistentes, *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) y enterococos resistentes a la vancomicina (ERV). Las precauciones de aislamiento también se asumen efectivas para otras transmisiones asociadas a la atención sanitaria causadas por *Staphylococcus aureus* con resistencia intermedia o completa a la vancomicina (SARIV, SARV), enterobacterias que producen betalactamasas de espectro extendido (BLEE), *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacteria*

ceae resistentes a quinolonas o carbapenem, y *Stenotrophomonas maltophilia* y *Acinetobacter* multirresistentes (Nulens, 2018).

2.2 Marco Normativo

2.2.1 Tipos de norma

Tabla 2: Normativa Colombiana

Tipo de norma	Descripción
Ley 100	“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, medianamente el cumplimiento progresivo de planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad
Ley Estatutaria 1751 de 2015	“El principal objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección”.
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”. Para efectos de la aplicación, es necesario establecer: Atención de salud: conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población

	Calidad de la atención de salud: se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adherencia y satisfacción de dichos usuarios Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en Salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS): conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país Sistema único de habilitación: es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico – administrativa, indispensable para la entrada y permanencia en el Sistema. Sistema único de acreditación: es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud
Decreto 780 de 2016	“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección social” Atención de salud: conjunto de servicios que se presentan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se presentan a toda la población

	Calidad de la atención de salud: provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios
Decreto 1009 de 2020	“Por el cual se establece el Plan de Austeridad del gasto”
Decreto 1109 de 2020	“Por el cual se crea, en el Sistema General de Seguridad Social – SGSSS, el Programa de Pruebas, rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus – COVID 19 y se dictan otras disposiciones” Contacto: es cualquier persona que ha estado expuesta a un caso de COVID – 19 positivo confirmado o probable en el periodo de tiempo que la evidencia científica presente Caso sospechoso: es toda persona con enfermedad respiratoria aguda, es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma como tos o dificultad para respirar, sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica; una historia de viaje o residencia en un país, área o territorio que ha informado la transmisión local de la enfermedad COVID – 19, durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas Caso probable: en todo caso sospechoso con cuadro clínico y nexos epidemiológicos muy sugestivos, donde la prueba de laboratorio no se realizó o su resultado no es concluyente Caso confirmado: es toda persona con confirmación de laboratorio de infección por el virus SARS, CoV– 2, independientemente de los signos y síntomas clínicos, es decir, que puede darse en un caso sospechoso o en persona asintomática

Tomado de: Revisión de la normativa vigente por autoría propia. Año 2021

Es importante tener en cuenta los derechos y deberes de los pacientes sobre la salud, por esto se realizó la siguiente guía,

2.2.2 Derechos y deberes en salud:

Tabla 2: Derechos y deberes

DERECHO A:	DEBER DE:
Estar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como afiliado o beneficiario, a través de una Empresa Prestadora de Servicios de Salud –EPS– y a que ésta les garantice un plan de beneficios en salud a través de una red prestadora de servicios de salud.	Cuidar su salud y la de su familia.
Un Plan de Atención Básica en salud - PAB.	Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.
Gozar de un buen estado de salud física y mental.	Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atienden.
En caso de necesitarlo, recibir los servicios de urgencias en las instituciones de salud, públicas y privadas en todo el territorio colombiano.	Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.
Ser beneficiario de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención, habilitación y rehabilitación, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.	Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

Conocer la red de instituciones a través de la cual recibirán los servicios de salud	Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.
Contar con programas de salud sexual y reproductiva, control prenatal y de atención de VIH/SIDA, entre otros	Suministrar, de manera oportuna y suficiente, la información que se requiera para recibir servicios de salud.
Pronta detección y atención, tratamiento de enfermedades, y rehabilitación integral de su discapacidad.	Informar a la EPS cuando usted o su grupo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente de aquel donde se afiliaron a la EPS o donde reciben los servicios de salud.
Prevención de nuevas discapacidades a través de atención médica eficiente, de calidad y oportuna.	Informar a la EPS donde está afiliado sobre las novedades relacionadas con nacimientos (30 días posteriores al parto), fallecimientos, cambio de dirección y actualización de los documentos de identidad del grupo familiar.
Alcanzar y mantener un óptimo nivel de autonomía y movilidad a través de los procesos de rehabilitación integral.	Cuidar y hacer uso racional de los recursos, de las instalaciones, y de la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales
Un entorno que les procure bienestar e independencia para desarrollar sus capacidades de manera digna e integral.	Facilitar el pago y pagar cuando le corresponda las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar
Presentar Derechos de petición respetuosos y que la entidad, institución o empresa se las resuelva en los términos de ley	Afiliarse con su familia al sistema General de Seguridad Social en Salud

Tomado de: ley 100 y Ministerio de Salud y Protección y modificado por autoría propia

2.3 Marco de contexto

El tema de humanización es un tema importante y que en estos momentos por los cuales estamos pasando, la situación actual sanitaria, como lo es la Pandemia por el SARS Cov-2 (COVID-19), han hecho que los profesionales en salud tomen el tema de Humanización, pues ya que no solamente debemos aliviar todo el tema de salud (física), sino también debemos abarcar la salud mental y el acompañamiento espiritual que cada uno de los profesionales de la salud hacen en los pacientes.

A partir de la declaración de emergencia sanitaria, por el COVID-19 a nivel mundial el día 11 de marzo del 2020, y en Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección social, con la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, los servicios de salud tomaron medidas restrictivas con respecto al manejo de los pacientes contagiados por este nuevo virus, incluyendo políticas de aislamiento en los servicios, conllevando a varias consecuencias sociales y psicológicas del paciente.

Las instituciones de salud han asumido medidas para que estas consecuencias a raíz del aislamiento por este virus sean menores, han tomado y han llevado a realizar programas de humanización en atención en salud, en este documento, se hará una breve descripción, de los programas, y su efectividad en los pacientes tratados.

A nivel local, la ciudad de Bogotá D.C., por medio de la Alcaldía Mayor de Bogotá y secretaría de Salud, crean un documento de “Orientaciones Técnicas para la protección mental de los trabajadores de la salud, la comunicación sistemática con la familia y el afrontamiento del duelo en el marco de la humanización de los servicios de salud (Hurtado, 2020) y comentan sobre los métodos que han utilizado unas instituciones de manera voluntaria sobre el manejo humanizado para pacientes COVID.

“Tu casa feliz”, es el nombre de una de las estrategias implementadas por el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Clínica Monserrat, quienes han determinado que la incertidumbre, la ansiedad, los miedos que conlleva una situación de salud pública como la generada por el coronavirus (Covid – 19), exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal administrativo, asistencial y de apoyo “Cuidarse a sí mismo y animar a otros a auto cuidarse mantiene la capacidad de cuidar a los pacientes”.

Circuito de descarga emocional, es la estrategia que la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., viene implementando con el objetivo de brindar herramientas acompañadas de psicólogos y fisioterapeutas que buscan la activación física, liberación emocional, relajación, introspección, manejo de emociones, con técnicas que impacten en la prestación del servicio y en su calidad de vida, la adecuación del ambiente físico fue importante para el desarrollo de esta actividad, ya que se pensó en una ambientación de paredes de colores, con simbología y que transmiten tranquilidad, se dispone de velas y flores que ayudan a que el aroma del espacio sea agradable y los componentes de limpieza y desinfección juegan un papel importante, así mismo, el lugar dispone de dotación como sofás, cojines empotrados en la pared, balones terapéuticos, colchonetas de yoga y peras de boxeo.

“Más Cerca de los Tuyos”, es la estrategia que ha venido implementado la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., la cual tiene como objetivo garantizar la información oportuna del estado de salud del paciente y promover el contacto con la familia, ésta se implementa a través de herramientas tecnológicas y la creación de 5 líneas o canales de comunicación que permiten, obtener información del paciente, realizar visita virtual con familiares desde las salas de espera, realizar visita virtual con familiares desde casa, acceder a un chat virtual y por último la comunicación telefónica con el médico tratante para consulta estado del paciente.

“Clínica Medical APP”, es la aplicación que la Clínica Medical S.A.S, la cual, tiene como objetivo brindar información como, historia clínica, PQRSF, directorio médico y la ubicación geoespacial de nuestras sedes; la aplicación se puede descargar para dispositivos con sistema operativo Android y IOS, o se puede visualizar desde la página de la institución, esto ha permitido mejorar la satisfacción a los familiares, la humanización en el servicio y ha facilitado el acercamiento con los familiares de pacientes hospitalizados.

A nivel nacional, se encuentran estos diferentes programas y experiencias:

En la ciudad de Cali / Valle del Cauca, La Pontificia Universidad Javeriana en conjunto con el Departamento de Enfermería de la Fundación Valle del Lili, crean el programa “cuidando a los que cuidan”

En la ciudad de Medellín / Antioquia, una iniciativa organizada por la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Medellín, la Clínica Medellín fue galardonada en la categoría “Cuidando a los que nos cuidan”. El programa denominado: #GuerrerosCMPorLaVida, en tiempos de crisis las historias ganan las batallas fue exaltado en la mencionada categoría como un reconocimiento al éxito e impacto que ha tenido la implementación de la iniciativa al interior de Clínica Medellín (Alcaldía de Medellín. Buenas prácticas, 2020).

El Concepto “Somos GuerrerosCMPorLaVida” (Alcaldía de Medellín. Buenas prácticas, 2020), cuyo propósito era articular soluciones para todas las necesidades detectadas y de manera integral resolverlas para que transmitiéramos seguridad, respaldo y confianza al equipo y, a partir de ahí, nuestra gente fuera mejorando su adherencia a los protocolos de atención, mejorando la concentración en el ejercicio de sus funciones y esto repercutirá en la atención segura de los pacientes, la humanización y con ello, lograr mejores resultados clínicos ante el reto que como institución de salud planteaba la Pandemia.

Nuestro enfoque superior siempre es impactar los resultados clínicos de los pacientes partiendo de la atención con un personal bien entrenado, con un excelente manejo de sus emociones para que su trato sea humanizado y su concentración le permita cumplir nuestros procesos de manera que brinden una atención clínica segura al paciente.

En la ciudad de Pitalito - Huila, La E.S.E Hospital Departamental San Antonio, está comprometida en la prestación de servicios de salud con calidad, trato digno, equidad, tolerancia y calidez; en un ambiente seguro y confiable, fortaleciendo la comunicación entre los actores internos, externos y sus familias. Fomentando una cultura de humanización basada en el código de ética y valores de la institución, respetando las diferencias socioculturales, promoviendo los derechos y deberes en la comunidad; contribuyendo al mejoramiento continuo de los procesos. El tema de este programa se llama “Yo humanizo con más amor en mi corazón y más amor en mis manos” significa que cada trabajador debe ponerse en los zapatos del usuario para ofrecer una atención cálida y amable buscando constantemente ayudar a los demás, reflejando en cada una de las actividades y labores que desarrolla entregar el corazón al servicio de los usuarios (Castillo, 2018).

A nivel Internacional, se encuentran estos diferentes programas y experiencias:

Fortalecimiento de la atención primaria con brigadas itinerantes - covid-19 “Con Hospital Perú Seguimos en guardia” el hospital dirige, coordina y controla los operativos para la detección, triage diferenciado, seguimiento clínico, visita domiciliaria, atención hospitalaria y en los CAT mediante la organización de Brigadas itinerantes con despliegue nacional, a fin de complementar la deficiente oferta de servicios en las diferentes regiones del país (Mendocilla, 2020).

Lecciones aprendidas fueron:

- Implementar una política de reorientación de servicios de salud y salud inclusiva, bajo los principios de universalidad, solidaridad y equidad que permita tener una mejor resolución del problema.
- A través de esta iniciativa se enfatiza el desarrollo de las actividades de detección precoz y abordaje oportuno de casos Covid – 19.
- El trabajo articulado y coordinado con las Redes Asistenciales permiten tender puentes de cooperación para el fortalecimiento de la respuesta sanitaria.

En Argentina, se realiza el siguiente estudio, “La humanización de la atención sanitaria” en el contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid – 19: reflexiones de Cuidados Paliativos con una mirada interdisciplinaria desde la Terapia Ocupacional, en cual concluyen que la pandemia amplificó más las cuestiones de las prácticas sanitarias e identificó la necesidad de un cambio en la humanización de la atención sanitaria. Las restricciones impuestas concluyeron que las muertes deben ser lo más humanas posible. Y pensar en el desarrollo de programas, protocolos y recomendaciones para la mejora de la humanización en la atención sanitaria (Montilla, 2021).

3. Planteamiento del problema

El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta, por lo cual la dignidad de una persona cuando se enferma se encuentra de manera temporal amenazada (Consejería de sanidad. Plan de humanización de la asistencia sanitaria, 2019). Actualmente, en Colombia, se denotan tres escenarios como la salud, la guerra y la educación; donde el enfoque se da en los servicios de salud y de sus profesionales en temas como la calidad, la falta de acceso a una atención oportuna en salud, el abuso del personal de salud, el mal proceder en sus acciones con pacientes y familiares por lo que se generan quejas ante las entidades (Díaz, 2017 y Ministerio de Salud política de atención integral en salud, 2016). Por esta razón, cuando se habla del ser humano, se altera el componente biopsicosocial, lo que conlleva a acudir a personas estudiadas y entrenadas en el cuidado de la salud, que brindan apoyo y la importancia que merecen recuperando su estado emocional por completo.

La humanización en los servicios de salud se entiende, como el conjunto de valores, actitudes y prácticas que promueven una auténtica vocación de servicio y dan lugar a considerar al paciente como un semejante que sufre y solicita alivio. Los aspectos más significativos que promueven el humanismo en el trato con los pacientes son: el afecto, el apoyo, el respeto y la solidaridad, que a la vez son los que nos procuran mayor cooperación del paciente para conocerlo mejor y ayudarlo más, pero con la implementación de políticas institucionales y la aplicación de nuevas tecnologías para la atención de los pacientes, hacen, que el trato que se menciona anteriormente, no sea aplicado al paciente, conllevando al maltrato no solo físico, sino emocional de este sujeto que está sufriendo.

El aumento de quejas y reclamos por una mala atención ya sea del paciente o familia, ha hecho pensar que el personal de salud ha perdido la humanización en el momento de una atención en salud; haciendo un enfoque a la actualidad, la pandemia del SARS-CoV-2 (Covid 19) ha generado múltiples situaciones de inestabilidad en la atención de salud, todo debido a la falta de experiencia y del manejo para afrontarlas. Una situación que se presenta actualmente, es el aislamiento de todos los pacientes con diagnóstico por Covid 19, y por medidas dadas por el ministerio de salud en todo el país, no es permitido ver ni visitar a sus familiares por prevención del contagio y propagación del virus, obligando a los pacientes en

muchas ocasiones a morir en la soledad; visto desde el punto social, no médico, por la imposibilidad de ser acompañados por sus seres queridos en sus últimos momentos de vida, y desde el punto de vista de la psicología, muchas familias no han podido conllevar el proceso de duelo con éxito, pues las instituciones prestadoras de salud, informan vía telefónica la información del fallecimiento de su ser querido, inclusive no dejan expresar los sentimientos que abarcan ese tipo de noticia.

Frente a esta realidad nace la incertidumbre sobre, ¿Cuál es la alternativa que garantice la atención humanizada en pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles orientado a minimizar las estancias hospitalarias mejorando la calidad en la atención?

4. Justificación

Desde la implementación de Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (I.P.S), por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S) a través de la Ley 100/94 y sus diferentes modificaciones que se han hecho a través del tiempo, las I.P.S se crearon con el fin de prevenir, tratar, curar y rehabilitar el padecimiento de las enfermedades en los clientes, prestar un servicio de bienestar teniendo como eje principal el ser humano.

Durante los últimos años transcurridos, se han escuchado las palabras Humanizar y Humanización de servicios, pero también a la par; se han incrementado el número de quejas y reclamos por la poca cortesía del personal de salud entre otras, estos inconvenientes generan barreras de accesos a los servicios de salud, limitando la posibilidad de generar un buen servicio de atención (Fonseca, 2020).

Con todos estos inconvenientes que se presentan al momento de la atención de salud, la palabra deshumanización se torna muy frecuente (Asociación de Academias de la Lengua española, 2022), es decir, esta palabra se enfoca a la pérdida de los valores humanos, lo cual la tecnología ha hecho que esta brecha de relación médico – paciente se vuelva más distante. La tecnología entre más se moderniza, más distanciamiento hay; esto se evidencia en las teleconsultas que se están dando a partir de lo ocurrido por la emergencia sanitaria del SARS CoV - 2 (Covid- 19), limitando las consultas tanto presenciales como virtuales a solo 20 min, acortando de esta forma, realizar diagnósticos profundos y que conlleven a encontrar verdaderas causas de la enfermedad (Resolución 5261, 1994).

Uno de los temas de mayor complejidad que conlleva a la deshumanización es, el tema financiero continuamente de las entidades de salud, lo cual buscan la manera de cómo reducir los costos tanto en insumos como en recursos humanos, reflejando esto en una mala calidad de atención, sin tener en cuenta la carga emocional y laboral tras estas reducciones.

La prestación de servicios de salud no solamente depende del personal asistencial como médicos, enfermeras, auxiliares y entre otras profesiones asistenciales. Existe también un

gran volumen de personal administrativo, quienes son inicialmente la puerta de entrada y con quienes constantemente se evidencia un gran volumen de quejas. Se encuentra en ellos, una carga laboral muy alta, donde el cumplimiento de indicadores de forma inconsciente, prima incluso sobre la calidad en la atención.

Existen criterios mercantilistas, que afectan la prestación de servicios, porque a partir de 1993, puede deducirse que la salud se transa, que la salud tiene precios y se presta de acuerdo a los estratos de los pacientes. Las empresas de salud deben ser auto sostenibles y por ende la prestación no es completa.

A través de la adaptación de distintos programas de humanización nacional e internacional, se pretende la implementación del Programa de Humanización “Dux” orientado a promover y fomentar dicha humanización en los centros de Atención de Salud del país. El programa de Humanización “Dux” define las líneas de atención al paciente con requerimiento de aislamiento por enfermedades transmisibles para mejorar la humanización de la atención en salud de las I.P.S en Colombia. El futuro deseo de este programa es convertir la atención en salud de nuestros centros de atención, como referentes a nivel nacional e internacional, como una atención integral, con satisfacción positiva al trato recibido, la acogida, la hospitalidad, la información, respeto a todo el personal tratado, dignidad y a sus derechos.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Diseñar el programa de humanización “Dux” en pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles orientado a minimizar las estancias hospitalarias mejorando la calidad en la atención

5.2 Objetivos específicos

Identificar las prácticas en humanización que se han implementado teniendo en cuenta los atributos de calidad

Identificar los elementos técnicos y metodológicos empleados a nivel mundial que permiten reconocer la situación de la calidad y humanización de la atención en salud en pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles

Proponer hoja de ruta orientada a minimizar las estancias hospitalarias mejorando la calidad en la atención humanizada, generando recomendaciones para su implementación en pacientes que requieran aislamiento preventivo

6. Propósito

El presente trabajo tiene como propósito brindar un apoyo en acompañamiento de un grupo interdisciplinario enfocado en la humanización tanto del paciente como su familia. En la actualidad, la emergencia sanitaria por el Covid – 19 afectó a toda la población dentro y fuera de un hospital, empezando por un deterioro funcional, como insomnio, ansiedad, depresión, estrés; impactos psicológicos y sociales que aquejan a pacientes y a sus familias empezando por no poder dar una muerte digna a su familiar afectado por esta enfermedad, por lo tanto, desde el Programa de Humanización “Dux”, queremos ofrecer un apoyo y seguimiento completo para cada familia y paciente afectado no solo por el Covid – 19, sino también por otras enfermedades infectocontagiosas que tienen un aislamiento dispuesto por protocolos institucionales establecidos y que no permiten tener contacto con nuestros familiares y así ofrecer un trato humanizado con calidad en la atención y satisfacción del usuario.

7. Aspectos metodológicos

7.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de enfoque cualitativo

7.2 Población de referencia y muestra

Se escogieron 11 Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) a nivel Nacional y 6 Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) a nivel internacional que contarán o no con las políticas de humanización

7.3 Variables

No hubo exclusiones previas, sin embargo, se tuvieron en cuenta los objetivos generales y específicos para poder realizar un cuadro de variables, lo que nos dio resultado a artículos importantes para el trabajo pertinente.

7.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Se realizó una revisión minuciosamente de diferentes artículos y temas relacionados con la humanización que hay actualmente, para esto se tuvo en cuenta las características de las políticas de humanización y atención al usuario de una Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) públicas y privadas, revisando varios hospitales a nivel nacional e internacional cuyo fueron más conocidos y se pudieron evidenciar, por medio de motores de búsqueda, incluyendo los tesauros.

8. Materiales y métodos

La investigación se hará a partir de la identificación de diferentes políticas de humanización de las instituciones de salud públicas y privadas a nivel de la ciudad de Bogotá, regional y departamental de Colombia que se han implementado, identificando las políticas de humanización con similitudes y diferencias, teniendo en cuenta si la institución contaba o no contaba con la política, realizándose con un enfoque de revisión bibliográfica de políticas de humanización de diferentes instituciones de salud para el año 2021, mediante las páginas web de las instituciones de salud que tuvieran la consulta pública sin tener ningún criterio de inclusión y exclusión; esta información se consignó en una tabla que contenía como criterios: si esta institución contaba o no contaba con su política, si era una institución pública o privada y su departamento o municipio y por último, algunas características importantes de esta (Anexo No 1)

Es importante identificar los elementos técnicos y metodológicos empleados a nivel mundial que permiten reconocer la situación de calidad y humanización de la atención en salud en paciente que requieren aislamiento por enfermedades transmisibles, para esto se realizó una búsqueda en las páginas web de las instituciones prestadoras de salud que lo tuvieran público y que contarán con las políticas de humanización sobre los pacientes que requieran aislamiento preventivo por enfermedades transmisibles (Anexo No 2)

Para tener unos mejores resultados en cuanto a la humanización de la salud en pacientes, es importante proponer una hoja de ruta orientada a minimizar las estancias hospitalarias mejorando la calidad en la atención humanizada, creando recomendaciones para su implementación en pacientes que requieran aislamiento preventivo por enfermedades transmisibles.

9. Plan de análisis

Cuando se habla de humanización y más un programa basado en ello, se debe contar con el compromiso institucional y del personal asistencial para el cumplimiento al máximo del programa, pues se debe incluir la participación tanto del profesional de la salud como del personal administrativo, pues de esta forma se incluirá satisfactoriamente una cultura de humanización en las instituciones de salud basadas en la dignidad humana

La revisión bibliográfica tiene como objetivo principal la identificación de elementos técnicos instaurados en las políticas de humanización permitiendo la realización de un formato o ruta (Programa Dux) que ayudará a mejorar la calidad de atención y sensibilización de la humanización del servicio al paciente con aislamiento por enfermedades transmisibles en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

El instrumento o ruta planteada se basa a partir de los aspectos metodológicos de las políticas de calidad de las instituciones de salud investigadas con anterioridad, que permitirá generar recomendaciones para reducir la estancia de hospitalización mejorando la calidad de atención, por ende, se busca prosperar la humanización en la atención de salud y una estancia amena en esta situación

Esta ruta ayudará a mejorar la calidad de atención del paciente con aislamiento por enfermedad transmisible, y proporcionará la información detallada para el mejoramiento ambiguo (mejora del instrumento y del manejo del paciente). También permitirá analizar aspectos cuantitativos y cualitativos del tipo de pacientes con aislamiento, factores incontrolables e impredecibles, puesto que cada paciente es único en su tratamiento y trato.

10. Consideraciones y aspectos éticos

Debido a que esta investigación se consideró como una investigación sin riesgo y en cumplimiento al Artículo 6 y 11 de la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, este estudio se desarrolló conforme con los siguientes criterios:

Esta investigación se realizó por profesionales de salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero la identidad de las instituciones no será publicada

Al considerarse una investigación sin riesgo, no se está involucrando la integridad de las entidades investigadas, pues no se modificará su política de humanización sino se tendrá en cuenta para comparar y crear un mejor programa

Se consideró una investigación para la salud que comprende el desarrollo de acciones contribuyendo a un conocimiento de procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos

Al tener conocimientos y metodologías de la revisión bibliográfica se recomienda que lo empleen para la prestación de servicios de salud previniendo y controlando los problemas de humanización encontrados

11. Estructura orgánica del proyecto



Anexo 1: estructura orgánica

Elaborado por autores. Mayo, 2022

12. Cronograma

Cronograma de actividades															
Año			2021								2022				
Mes			Marzo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
No	Actividades	Responsables													
1	Socialización tipos de trabajos, definición de la propuesta de investigación	Anny Bonilla Dueñas Sofía Jácome Liévano Álvaro Amaya Navas	x												
2	Propuesta de la investigación	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero		x											
3	Revisión Bibliográfica	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero		x	x										
4	Elaboración de introducción, marco de referencia, marco teórico, planteamiento problema y objetivos	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero		x	x										

5	Entrega de introducción, marco de referencia, marco teórico, planteamiento problema y objetivos en primera tutoría metodológica	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero				x									
6	Corrección de aspectos metodológicos	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero					x								
7	Tutoría metodológica	Anny Bonilla Dueñas					x								
8	Construcción de la matriz de variables	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero					x	x							
9	Asesoría estadística	Lilian Núñez Forero						x	x						
10	Elaboración de materiales, métodos, propósito, aspectos metodológicos	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero						x	x						
11	Primera entrega definitiva del trabajo de investigación	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero								x					
12	Elaboración de resultados del trabajo de investigación	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero									x				

13	Elaboración de aspectos éticos, estructura organizacional del proyecto, cronograma y presupuesto	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero								x	x				
14	Asesoría metodológica	Anny Bonilla Dueñas									x				
15	Corrección de cronograma, propuesto, resultado de trabajo	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero									x	x			
16	Tutoría metodológica	Anny Bonilla Dueñas										x			
17	Corrección de resultados	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero											x		
18	Tutoría metodológica	Anny Bonilla Dueñas											x		
19	Elaboración de discusión, conclusiones y recomendaciones	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero												x	
21	Socialización del trabajo de investigación	María Paula Ayala Luis Alberto Caballero													x

Tabla 4: Cronograma

Fuente: Elaboración propia por autores. Junio, 2021

13. Presupuesto

RUBROS Y FUENTE	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
RECURSOS HUMANOS				
Investigadores	2	Encarga de realizar el diseño y desarrollo del trabajo de investigación	0	0
Asesoría metodológica	1	Profesional orientadora de los aspectos metodológicos del trabajo de investigación	0	0
Asesoría estadística	1	Profesional orientadora de los aspectos estadísticos del trabajo de investigación	0	0
EQUIPOS				
Computadores portátiles	2	Equipos portátiles requeridos para la documentación del trabajo de grado	\$2.500.000	\$5.000.000
OPERATIVOS				
Imprevistos	1	Gastos imprevistos por los compañeros	\$200.000	\$200.000
TOTAL			\$2.700.000	\$5.200.000

Tabla 5: Presupuesto, fuentes de financiación

Fuente: Elaboración propia por autores. Junio, 2021

14. Resultados

La búsqueda de la información se está interactuando con la realidad presentada en estos últimos años debido a la pandemia que se vive actualmente, pues se buscó programas de humanización que cumplieran o tuvieran en cuenta el propósito presentado en el trabajo, pues a lo largo de la investigación se analizan los datos cualitativos que asumen posturas tanto académicas como ideológicas que nos enfrentan a desafíos y dificultades propios de su naturaleza (Schettini & Patricia, 2015).

La humanización es un eje importante en el Sistema Único de Acreditación, puesto que el objetivo es asegurar la dignidad de los pacientes, pues al contar con los programas de humanización y no llevarlos a cabo junto con la necesidad de los pacientes, se cree necesario consolidar los atributos de calidad para una construcción de un programa especializado en humanización para las enfermedades transmisibles. Para esto fue importante identificar las políticas de humanización con similitudes y diferencias que fueron registradas en una tabla comparativa, teniendo en cuenta si esta institución contaba o no contaba con su política, si era una institución pública o privada y su departamento o municipio y por último, algunas características importantes de esta, esta comparación se realizó con once (11) instituciones prestadoras de salud, encontrando varias similitudes entre ellas, nueve (9) instituciones privadas cuentan con la política de humanización pero cinco (5) de ellas no son visibles al público, es decir no se encuentran en la página web explícitamente. Y por el contrario tres (3) instituciones públicas cuentan con la política de humanización y sí es posible encontrarlas en la página web, pues están al público. Esto, dando a entender que muchas instituciones tienen políticas de humanización, pero no la fomentan a los pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles (Anexo 1). Pues, los pacientes hospitalizados que requieren un aislamiento por enfermedades transmisibles van más allá de solo curar su patología, ya que, en esta es en donde se pone a prueba el conocimiento técnico – científico, pero no se tiene en cuenta que la humanización al tratarlos, siendo una parte fundamental en el proceso de la recuperación del paciente.

Se pudo evidenciar la identificación de los elementos técnicos y metodológicos empleados a nivel mundial que permitieron reconocer la situación de la calidad y humanización de la atención en salud en pacientes que requieren aislamiento por enfermedades transmisibles; para esto se realizó una revisión de información sobre las políticas, estrategias y lineamientos a la humanización en instituciones de salud a nivel mundial para el año 2021, enfocándose en un cuadro comparativo, en el cual se revisaron seis (6) instituciones prestadoras de salud a nivel internacional para poder cumplir con el objetivo satisfactoriamente, donde se evidencio el tipo de fuente, la institución, municipio / ciudad, si cumplía con los protocolos, lineamientos y si tenía política de humanización o no, asimismo si tenía presente los atributos de calidad, para esto fue necesario revisar las páginas web, artículos y documentos (Anexo 2)

Se reflejó que la mayoría de las políticas de humanización a nivel mundial, se basan en una atención de pacientes durante un proceso de atención en salud mas no está enfocado a una política de humanización de los pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles y en diferentes instituciones no cuentan con una política de humanización como tal sino con un trabajo de investigación.

Tipo de institución	Nombre de institución	Departamento / municipio	Cuenta con política (si/no)	Características de la política
Pública	Hospital Militar Central	Cundinamarca / Bogotá	Si	Fomenta el respeto por los deberes y derechos de los usuarios y de las familias, está centrado en la familia y el paciente
Privada	Hospital con alma Pablo Tobón Uribe	Antioquia/ Medellín	Si	Se centra en la reducción de las desigualdades, por la cual busca brindar al paciente el respeto, cuidado y ayuda a que tiene derecho como ser humano
Privada	Hospital Universitario Mayor Mederi	Cundinamarca / Bogotá	Si	Brinda un proceso humanizado con dignidad y privacidad, mediante el respeto y cumplimiento a los derechos del paciente y su familia y el fomento de sus deberes
Pública	Hospital Universitario de la Samaritana	Cundinamarca / Bogotá	Si	Se centra en el respeto al individuo y reconocer al ser humano en sus diferentes dimensiones, como: física, intelectual, emocional, sociocultural, ambiental y espiritual
Privada	Clínica del Occidente	Cundinamarca / Bogotá	Si	Promueve la cultura de servicio en beneficio del paciente, la familia y los colaboradores, con un trato digno, respetuosos, disminuyendo la sensación desagradable que provoca la enfermedad

Privada	Hospital Universitario Clínica San Rafael	Cundinamarca / Bogotá	Si	No es visible en su página de Web
Privada	Clínica Imbaco	Cali / Valle del Cauca	Si	No es visible en su página de Web
Privada	Clínica Reina Isabel	Pitalito / Huila	Si	No es visible en su página de Web
Privada	Centro Policlínico del Olaya	Cundinamarca / Bogotá	Si	Nos comprometemos a considerar nuestros colaboradores y pacientes como seres humanos integrales en su dimensión física, social sociológica y espiritual, desde valores organizacionales de respeto, compromiso, humildad, responsabilidad, solidaridad, honestidad, sinceridad en el ejercicio pleno de nuestra vocación de servicio.
Privada	Fundación Valle del Lili	Cali/ Valle del Cauca	Si	No es visible en su página de Web
Privada	Hospital Susana López de Valencia E.S.E	Popayán / Cauca	Si	No es visible en su página Web

Anexo 2: Cuadro comparativo de políticas de humanización

Fuente: Elaboración propia por autores. Junio, 2021

Tipo de fuente	Referencia	Institución	Ciudad / País	Protocolo	Lineamientos	Política de humanización	Atributos de calidad
Consulta Pagina Web	https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf	Ministerio de salud - Instituto Nacional de la Salud.	España	Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria	Ley General de Sanidad Reforma Hospitalaria Reforma de la atención primaria	Carta de Derechos y Deberes de los pacientes Plan de humanización de la asistencia	El instituto de salud conseguirá con este plan una calidad asistencial que pueda recibir los ciudadanos, y con la implementación de los nuevos modelos de gestión hospitalaria ayudará y crecerá el plan de humanización.
Consulta Pagina Web	https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA_v12042021.pdf	Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2021	Andalucía / España	Plan de humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: estrategia de humanización compartida	1. Humanización de la atención. 2. Planes y programas de salud. 3. Calidad de la atención de salud. 4. Atención dirigida al paciente	El Sistema Sanitario Público de Andalucía plantea este Plan de Humanización como una estrategia de humanización compartida, que debe permear a	Accesibilidad, Personalización, Compromiso con la Calidad, Corresponsabilidad y Cultura de Humanización son los principios fundamentales del Plan Humanización del SSPA

						toda la organización sanitaria, y que persigue humanizar las relaciones, la gestión de los servicios, las instituciones en su conjunto, los espacios, los tiempos, la formación, etc.	
Consulta Pagina Web	http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/RD_085-2018-HCH-DG.pdf	Hospital Cayetano Heredia	Lima / Perú	“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres” “Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”	Relaciones interpersonales Buen trato Humanización de la atención de salud Trabajo en equipo	“Compromiso por el buen trato para la humanización de la atención de salud en el hospital CAYETANO HEREDIA.”	Percepción del Buen trato Decálogo del Buen trato Conceptos del buen trato.

Consulta Pagina Web	https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2021jun1-dossier3.pdf	Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales / Revista Argentina de Terapia Ocupacional	Argentina	Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)	Diversos condicionamientos institucionales en el acompañamiento de personas diagnosticadas con COVID-19 y/o en fin de vida. Falta de respuesta efectiva, eficiente, accesible, oportuna y equitativa a los problemas de salud, como ser: la postergación del seguimiento de personas con enfermedades crónicas, la restricción y negación en el acceso y el traslado a tratamientos esenciales.	La humanización de la atención sanitaria en el contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por COVID-19: reflexiones de Cuidados Paliativos con una mirada interdisciplinaria desde la Terapia Ocupacional	
Consulta Pagina Web	https://www.academedia.edu/9044478/UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE CHILE	Hospital Naval de Guayaquil	Guayaquil / Ecuador	Plan de humanización para el HOSNAG	Planificación y ejecución de talleres de trabajo Planificación y ejecución de actividades de integración	Plan de humanización para el HOSNAG	Revisión y evaluación de la satisfacción del cliente Instructivo para Análisis de atenciones en los servicios del HOSNAG

	<u>UAYAQUIL Tesis de Grado PLAN DE HUMANIZACIÓN 93N PARA EL HOSPITAL N AVAL GUAYAQUIL HOSNAG Previo a la obtención del Grado Académico MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD AUTORA Dra Victoria Espinel Pactong</u>						Instructivo para determinar cantidad óptima de insumos
Consulta Pagina Web	<u>https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf</u>	Ministerio de Salud / Departamento de Salud	Brasil	Política Nacional de Humanización de la Atención	La Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del SUS, apuesta por la inseparabilidad entre las	Humaniza SUS en Atención Primaria	Humaniza SUS aparece vinculado al compromiso de una real eficacia del Sistema Único de Salud, a partir del reconocimiento del “SUS que funciona”. Y, en el ámbito de la atención primaria,

				y Gestión del SUS	formas de producir salud y las formas de gestionar los procesos de trabajo, entre la atención y la gestión, entre la clínica y la política, entre la producción de salud y la producción de subjetividad. Su objetivo es provocar innovaciones en las prácticas de gestión y en las prácticas de producción de salud, proponiendo a los diferentes grupos/equipos involucrados en estas prácticas el desafío de superar los límites y experimentar nuevas formas de organización de los servicios y nuevos modos de producción y circulación del poder. El Ministerio de Salud ha reafirmado a Humaniza SUS Operando con el principio de		tenemos experiencias significativas de mayor acceso a los servicios de salud y mejor calidad de atención.
--	--	--	--	----------------------	--	--	---

					transversalidad, Humaniza SUS hace uso de herramientas y dispositivos para consolidar redes, vínculos y corresponsabilidad entre usuarios, trabajadores y directivos. Dirigiendo estrategias y métodos de articulación de acciones, saberes y sujetos, se puede potenciar efectivamente la garantía de una atención integral, resolutive y humanizada.		
--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo 3: comparación de las políticas, estrategias y lineamientos a la humanización en instituciones de salud a nivel mundial para el año 2021

Fuente: Elaboración propia por autores. Junio, 2021

15. Discusión

La humanización es un término que ha sido utilizado en la actualidad, siendo el más importante en la atención de servicios de salud, situándose como eje fundamental en el mundo de la actuación del técnico y profesional de la salud, considerando al usuario un ser completo para así poder ofrecer una asistencia con calidad e integralidad, siempre y cuando responda las dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y espirituales. Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano (Bermejo, 2018). Enfatizando fundamentalmente en el reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, logrando sentirse valorado como una persona con todos sus derechos y deberes, dejando de sentirse como un número y un negocio para el sector salud. Por esta razón, se ha proporcionado el interés de los usuarios y personas por investigar de forma crítica las funcionalidades del sector salud a nivel mundial, dando por avances tecnológicos como la telemedicina y teleconsulta; pues en el último año por la emergencia sanitaria que se dio por el virus de SARS CoV-2 (Covid-19) se aumentó el uso de los medios tecnológicos.

Conscientes del grave problema que conlleva la deshumanización en el área de salud y el peligro que corre a los usuarios por una mala atención, se encendieron las alertas en las instituciones prestadoras de servicios de salud para crear estrategias y/o métodos que eviten estos sucesos y de esta forma poder garantizar una atención en salud segura y como principio en lo más importante con una alta calidad en la atención. Teniendo en cuenta esta contingencia presentada en todos los países a nivel nacional e internacional y con el apoyo de entes gubernamentales y no gubernamentales como lo son Organización Mundial de Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre muchas más, se dieron a la tarea de la creación de métodos, planes o políticas encaminadas a la atención humanizada en salud, por esta razón para nosotros es importante la creación de una política de humanización en los servicios del sector salud teniendo en cuenta las enfermedades transmisibles que requieren un aislamiento; pues es una problemática que se presentó a raíz de la contingencia vivida.

Pues, el objetivo primordial de un profesional en el área de la salud, es orientar sus conocimientos adquiridos y experiencia práctica al servicio de los demás, teniendo en cuenta

en primer lugar la sensibilización y la ética del cuidado, siempre resaltando la dignidad humana y ofreciendo una óptima atención, comunicación e información a los usuarios, pacientes, familias y otros profesionales involucrados en la atención.

Ahora bien, la complicación de la atención en salud, reside en la naturaleza humana a lo largo de la comunicación y en la forma de interactuar de cada persona con los representantes del sistema lo que hace que al momento de brindar el cuidado constituyan el contexto en donde se desarrolla el acercamiento con el otro. Debido a esta cercanía entre los usuarios, y profesionales en salud y entre las diferencias de cada uno, ponen en juicio los bienes más preciados para ambas partes; la vida y la salud, pues cuando hay un desequilibrio de ambos es cuando surge la enfermedad o dado caso la muerte, situación donde el usuario, además de sufrir los síntomas de su propia condición, sufre de una limitación por el autocuidado y la dependencia que se genera en los demás.

Asimismo, el Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos no tiene como prioridad que sus entidades de salud tengan un plan o política de humanización, puesto que Estados Unidos de América cuenta con una Comisión de Derechos Civiles; quienes son los responsables de realizar investigaciones relacionados con fraudes o quejas de los ciudadanos que priven sus derechos (Departamento de Salud y Servicios Humanos). En Europa, un caso específico como lo es España, país proveedor en la humanización, en sus instituciones de salud, si implementan los planes de humanización en el sistema sanitario, estas muchas veces incluidas en sus leyes de sanidad o como reforma hospitalaria, bien incluido la humanización y su objetivo principal es la calidad en la atención de salud de sus usuarios.

Por otro lado, en países de Latinoamérica como lo son Perú y Brasil, si tienen en su sistema sanitario las políticas de humanización en donde su compromiso es con el buen trato a sus pacientes y la implementación de decálogos. Incluyendo a Argentina quien realiza un plan por parte de sus organizaciones en salud y un acompañamiento al paciente diagnosticado con Covid-19 con un aislamiento social preventivo, en el cual le generan unas condiciones sociales para poder estar en hospitalización y/o final de vida de una forma digna y sin barreras que generan obstáculos para su fin terapéutico.

Según el Ministerio de Salud y Protección social en noviembre del año 2016, en Colombia se encontraron 8000 instituciones prestadores de salud (I.P.S) habilitadas, de las cuales solo hay 37 acreditadas por ICONTEC (Ministerio de Salud mención a la excelencia, 2016). A través de esto, se realizó un documento a razón de aprobación la política nacional de humanización en salud, por el cual se baja en mejorar tanto la experiencia de los pacientes como del talento humano. Esto, orientando a la gestión las organizaciones hacia el desarrollo y establecimiento de alianzas estratégicas entre distintos sectores que puedan actuar de manera cooperativa en pro de los colombianos, orientándose como eje fundamental en la consolidación de la mejora de las experiencias tanto de la persona que requiere el servicio como en su familia, así transformando culturalmente y reflejando las condiciones en acreditación de las instituciones prestadoras de salud. Es importante resaltar que las políticas de humanización realizan un enfoque de atención integral y centrado en la persona, el cual se reconoce el papel activo de la familia y la comunidad, involucrando el sector salud como uno de los más importantes en cuanto a la humanización.

La división del sistema de salud y la individualidad de los servicios son la principal causante del bajo desempeño de estos, conllevando al insuficiente rendimiento general de los sistemas de salud, las dificultades de acceso a los servicios que enfrenta la población, los servicios de pobre calidad técnica (deshumanizados), el uso irracional e ineficiente de los recursos y la baja satisfacción de los usuarios son algunas de las consecuencias que genera la fragmentación por sí misma o en conjunto con otros factores. Es por este motivo, que se debe crear la necesidad de una estrategia efectiva que contribuya a humanizar la atención en salud, desde el actuar de la alta gerencia hasta la función más simple en nuestras instituciones de salud.

Pues para el Sistema Único de Acreditación y en este caso para ICONTEC: *“Las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, deben tener una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución”* (Ministerio de Salud ejes de la acreditación, 2021). Esto, haciendo referencia al abordaje humano, donde van a interactuar diferentes dimensiones como lo son las biológicas, psicológicas y conductuales asegurando brindar una empatía de una manera real y sincera con el paciente tratado; adicional a esto se debe tener en cuenta las condiciones de

privacidad y confidencialidad durante la atención, pues esto nos va a permitir que los paciente se sientan satisfechos en cuanto a las necesidades de acuerdo con su vulnerabilidad y preferencias, haciendo una entrega correcta de administración medicamentos y una guía adecuada en la solicitud de citas o exámenes adicionales. No obstante, las políticas de humanización que se consultaron a nivel nacional de las diferentes I.P.S.s tiene inclusión de varios aspectos, como, por ejemplo, la realización de estrategias que el gobierno quiere desarrollar, puesto que aún no hay una política de humanización oficial, está busca que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones formen profesionales en salud junto con la realización unánime de las políticas de humanización.

Pues, muchas de las estrategias, planes o políticas de humanización están enfocadas a la atención general del usuario en su sistema de salud, pero no hay especificación en una política de humanización para pacientes que necesitan aislamiento por enfermedades o patologías transmisibles de base.

A partir de la incorporación de la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Colombia se vio expuesta a una reforma profunda en la salud, siendo la misma que no ha presentado los resultados ni la calidad esperada. Pues la forma como los colombianos perciben el sistema de salud no es buena, muchas veces se presentan quejas hacia el trato de los pacientes sintiendo las sensaciones de inconformidad; para esto mejorar este inconveniente, se requieren instituciones de salud que trabajen con calidad y que hagan la diferencia, enfocándose en la confianza hacia el sector salud que se les brinda.

Partiendo de este punto, se presenta una propuesta de diseñar un programa de humanización llamado “Dux”, que nos permita disminuir los tiempos de estancia hospitalaria en los pacientes que tienen un aislamiento por enfermedades transmisibles, esto, permitiendo cumplir con las expectativas esperadas por los usuarios como egresos rápidos, tiempo de calidad al compartir con la familia y el paciente; llevándolo a un nivel superior en la atención con una calidad esperada. Pues, al enfocarnos en este problema, el programa de humanización “Dux” va a servir como guía para planificar, verificar, hacer y actuar frente a las acciones de mejora que se puedan presentar para crear las condiciones a los pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles. Esta indagación reúne información y

lineamientos que deben ser tomados en cuenta al momento de evaluar la necesidad disminuyendo los tiempos de estancia hospitalaria por aislamiento por enfermedades transmisibles.

16. Conclusiones y recomendaciones

En la investigación de las políticas de humanización a nivel internacional y nacional se evidenció varias metodologías, como estudios de exploración y trabajos descriptivos relacionados con lo anterior dicho. No obstante, durante dicha búsqueda se evidencio la carencia de lo relacionado con las acciones en pacientes por aislamiento preventivo, ya sea por su patología de base o enfermedades nosocomiales, dando lugar a la necesidad de crear un método de trabajo donde su principal objetivo sean estos tipos de pacientes enfocando la práctica de humanización

Al relacionar las I.P.S.s que se buscaron aleatoriamente vía web no discriminando si están o no acreditadas por cualquiera de las instituciones acreditadoras, como lo son el Icontec y la Joint Commission International. Se encuentran que solo seis (6) de once (11) I.P.S.s consultadas estaban acreditadas por el Icontec, teniendo en cuenta que no se encontró información acerca de las políticas de humanización discriminadas. Las cinco (5) I.P.S.s restantes no están acreditadas, pero cuentan con políticas de humanización visibles, dando a entender que no todas las instituciones tienen estas políticas abiertamente al público, es importante que lo elaboren, ya que muchas veces los pacientes o clientes no conocen de manera adecuada sus derechos y deberes.

A partir de esto, muchos de los países consultados sólo poseen metodología de atención humanizada en el cual dan pautas generales para la atención de los usuarios frente a los servicios de salud. A nivel de Norte – América solo se encuentran estudios de humanización en salud, pero no se tienen en cuenta como plan o política institucional, puesto que su sistema de salud está regido por una compleja estructura de pago público – privado, donde el sector privado domina todos los mecanismos de reembolso; de esta forma, si se desea un buen servicio de atención y de calidad se debe tener un seguro de salud o póliza de atención.

Es por esto es importante la realización del programa de humanización “Dux”, teniendo en cuenta la siguiente hoja de ruta orientada a minimizar las estancias hospitalarias mejorando la calidad en la atención humanizada:

Objetivo general: mejorar la satisfacción y calidad de vida de los pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles mediante la prestación de los servicios de salud con estándares seguros, oportunos, íntegros y bajo respeto de sus derechos como ser humano.

Objetivos específicos:

- Establecer una relación de respeto humanizado con nuestros pacientes y sus familiares aplicando un proceso de sensibilización que permita el desarrollo de competencias para el crecimiento de los trabajadores en salud que hacen parte de las instituciones prestadores de servicios de salud (I.P.S).
- Crear un grupo de humanización llamado “Dux” en donde los servicios que se busca prestar son los siguientes: coordinador o líder de seguridad del paciente, trabajo social, psicología, atención al usuario, enfermería, convenio docencia – servicio y atención espiritual o pastoral.
- Sensibilizar, educar y apropiar por parte del grupo de humanización “Dux” a cada uno de los colaboradores la atención humanista y compasiva al paciente y su familia en los procesos de enfermedad, dolor y duelo, en diferentes ambientes como: de bienestar, vocación de servicio, respeto y dignidad aplicando los valores corporativos de cada institución.
- Generar estrategias de impacto positivo que promuevan la cultura de la humanización de los servicios, proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y/o clientes internos, la práctica de valores, principios humanísticos y desde la gerencia del talento humano propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento.
- Establecer prácticas humanizadas que mejoren las condiciones de estancia de los usuarios que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles, incorporando acciones de valores humanos.
- Articular una relación entre el grupo de humanización “Dux” a las instancias de apoyos institucionales, como lo son los comités de ética, comités de humanización, de salud ocupacional entre otros para trabajar mancomunadamente permitiendo el bienestar de los usuarios con aislamiento por enfermedades transmisibles.

- Convertir la atención en una experiencia memorable para los pacientes, familia y colaboradores.
- Ser reconocidos por nuestros usuarios a través del grupo de humanización “Dux” de las instituciones prestadores de servicios de salud, en donde se vive cada acción que se realiza, con respeto, seguridad, y compasión, favoreciendo que la experiencia sea memorable.

Alcance del plan:

El grupo de humanización “DUX” debe ser aplicada por todos los colaboradores de los diferentes procesos de las instituciones prestadores de servicios de salud, unidos con pacientes y familias, para consolidar una grata experiencia que inicia desde el contacto con el ingreso a la institución, continúa en la hospitalización y termina cuando regresa a su hogar.

El grupo de humanización “DUX” promueve atención humanizada durante la prestación de los servicios a través de un trato digno, compasivo y respetuoso de su autonomía y demás derechos del paciente y su familia. Es el compromiso del programa: la comprensión del dolor, que exige un cuidado y soporte integral, por parte de los colaboradores en salud, enmarcado en el apoyo espiritual y emocional, la calidez en la comunicación con el paciente y entre el grupo multidisciplinario tratante.

MARCO LEGAL:

Tipo de norma	Descripción
Constitución política de Colombia de 1991	“De los derechos fundamentales: el derecho a la vida, derecho a la información, a la participación e igualdad”
Ley 23 de 1981	“La cual dicta normas sobre la Ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia” La relación médica – paciente es el elemento primordial en la práctica médica.

Ley 100 de 1993	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”.
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, fortalecimiento de los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de los servicios de salud
Ley 1438 de 2021	Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de atención primaria en salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad.
Resolución 13437 de 1991	“Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los 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.
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. “Características - del SOGCS. Cumpliendo las siguientes características: Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias Pertinencia: grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales Continuidad: grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico
--	---

Declaración:

El programa de humanización “Dux” a través de su grupo de humanización, se compromete que, a través de su participación en una red integrada de servicios, con un modelo de atención centrado en el paciente y su familia, la existencia de ambientes y entornos que promueven una pronta recuperación, un equipo humano que vive la compasión como valor fundamental y procesos de educación al paciente y la familia logrará que se perciba que la atención humanizada, es nuestro principal atributo.

Principios orientadores del programa de humanización “Dux”:

Se establecen unos principios que orienten todas las acciones a implementar en el grupo de humanización “Dux” los cuales son:

- Ser cordial: presentarse, pronunciar su nombre completo, cargo que ocupa, siempre comentar al paciente qué tipo de procedimiento piensa realizar y su función.
- Actitud de atención: cuando se entable una conversación con el paciente que se encuentra en aislamiento por enfermedad transmisible, siempre mirar a los ojos, escuchar activamente al paciente y resolver las inquietudes que tiene el paciente respecto.
- Ofrecer metas reales terapéuticas: comentar siempre con el paciente que metas terapéuticas se tienen con el paciente para que el paciente tenga la intención y la persistencia de lograr ese objetivo. (Los beneficios terapéuticos también son biológicamente estimables si el entablar objetivos o metas terapéuticas se ve como un tipo de efecto placebo. Es decir, sabemos que los placebos a veces son asociados con beneficios terapéuticos en una amplia variedad de enfermedades y el tamaño del efecto puede ser tan grande que incluso los placebos son asociados con un cambio en los niveles de neurotransmisores y la activación de las regiones cerebrales involucradas en la recompensa y la atención)
- No menospreciar a los pacientes: se debe ser siempre servicial con el paciente o familia, así sea una dolencia menor, preguntas simples hasta la presencia de sintomatología grave.

Funciones del grupo de humanización “dux”:

Se establece las siguientes funciones relacionadas con las especialidades involucradas en el grupo de humanización “Dux”

Coordinador:

- Garantizar la difusión de la información transversalmente a todos los servicios prestados y especialidades de la institución.
- Fortalecer líneas de comunicación asertiva, oportuna y respetuosa entre los equipos de trabajo, el paciente y su familiar conservando la privacidad y confidencialidad.

Líder de seguridad del paciente:

- Garantizar que las actividades de sensibilización y capacitación sean llevadas a su totalidad.
- Verificar el cumplimiento de las funciones de las demás especialidades.

Psicología:

- Ofrecer el servicio de charlas terapéuticas a los pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles
- Identificar y eliminar factores de riesgo frente al maltrato a los usuarios, familiares y compañeros de trabajo.
- Brindar acompañamiento en el proceso de muerte y duelo a las personas afectadas
- Fortalecer líneas de comunicación asertiva, oportuna y respetuosa entre los equipos de trabajo, el paciente y su familiar conservando la privacidad y confidencialidad.
- Garantizar el trato humanizado para todas las personas que asisten a la institución, incluyendo al personal asistencial y administrativo.

Trabajo Social:

- Verificar la detección y tratamiento psicosocial de las necesidades sociales individuales, grupales, familiares y de la comunidad.
- Diseñar, hacer y ejecutar actividades de integración entre el personal laboral de salud-paciente y familia.
- Brindar apoyo al paciente y familia para desarrollar habilidades de manejo de la enfermedad.
- Elaborar diagnósticos sociales como elemento principal de la intervención social para el proceso y/o tratamiento de la enfermedad del paciente.

Atención al usuario:

- Acompañar al médico durante la llamada telefónica a los familiares para la entrega de la información del estado de salud del paciente.
- Verificar que la información médica sea recibida por los familiares.
- Llevar un registro de quien, parentesco, cuando, hora y qué información se dio al familiar del paciente en aislamiento

- Realizar las llamadas y/o video llamadas de los familiares a los pacientes
- Llevar un registro de las llamadas y/o video llamadas que se realizaron a los familiares del paciente en aislamiento.
- Verificar que los insumos personales referidos por el servicio de enfermería del paciente con aislamiento estén completos.
- Acompañar al usuario y familia en el diligenciamiento de las encuestas de satisfacción.
- Brindar acompañamiento en el proceso de Muerte y el duelo a las personas afectadas.
- Agilizar la boleta de salida del paciente (sea egreso o fallecimiento)

Atención espiritual o pastoral:

- Acompañamiento pastoral al paciente y su familia en diferentes confecciones.
- Gestionar la interacción con otras iglesias pensantes (ortodoxa, islámica, testigos de jehová, budistas, judías, entre otras)
- Confesiones católicas.
- Asesoramiento y acompañamiento en el proceso de muerte y duelo.
- Brindar orientación y herramientas con el fin de evitar que la familia incurra en gastos innecesarios y sean manipulados por procesos ajenos que puedan aprovecharse de su inestabilidad por la pérdida.
- Dar orientación en situaciones especiales (familia de escasos recursos) para poder acceder a los beneficios de secretaria de integración para los servicios fúnebres.
- Proporcionar información acerca de qué documentación necesita en el caso de necropsia, levantamiento médico legal.

Médico:

- Brindar atención de medicina individualizada considerando valores, creencias, sentimientos, como ser único indivisible que vive y responde ante la enfermedad según sus experiencias, conocimientos y modo de vida. Ser consciente y sensible a la salud emocional y mental del paciente, además de su salud física.
- Identificar siempre al paciente con su nombre y presentarnos con nombre, apellido y cargo.
- Brindar información de forma clara y concisa sobre el estado de salud del paciente.

- Brindar información de forma clara y concisa sobre el estado de salud del paciente vía telefónica o presencial al familiar.

Enfermería:

- Brindar atención de enfermería individualizada considerando valores, creencias, sentimientos, como ser único indivisible que vive y responde ante la enfermedad según sus experiencias, conocimientos y modo de vida. Ser consciente y sensible a la salud emocional y mental del paciente, además de su salud física.
- Identificar siempre al paciente con su nombre y presentarnos con nombre, apellido y cargo
- Permitir que el usuario se sienta único e importante durante la atención del cuidado.
- Ser receptivo a las necesidades fisiológicas y emocionales que tiene el paciente.
- Brindar siempre la privacidad ante cualquier procedimiento de enfermería.
- Mantener una actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor hacia el paciente.
- Estar pendientes de los llamados de timbre o de voz del paciente ante cualquier necesidad que tenga.
- Informar sobre el déficit de útiles de aseo personal al delegado de atención al usuario para la reposición de este.

Convenio docencia - servicio:

- Incorporar convenios docencia - servicios con varias universidades para la rotación de personal que ayude a mejorar las actitudes y conductas del personal de salud.
- Desarrollar los aspectos cognitivos y de destreza y habilidades entre el grupo de talento humano en salud, paciente y familia.
- Favorecer la interculturalidad entre el grupo de talento humano en salud, paciente y familia

Lineamientos:

Para lograr el cumplimiento de los objetivos de este programa, se establece unos lineamientos que contribuyen a brindar un servicio más humano con nuestros pacientes, como:

- Respeto por los derechos del paciente y conocimiento de los deberes.
- Privacidad y confidencialidad en la atención
- Recibir atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con las condiciones específicas de salud del paciente y bajo condiciones de seguridad, respeto, información, educación y continuidad de la atención.
- Atención digna y respetuosa
- Servicio humano de calidad: a través de la formación, capacitación, desarrollo y evaluación de los mismos, optimizando la calidad de los servicios de salud prestados mediante el mejoramiento continuo de los procesos.
- Atención centrada en el usuario: Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su satisfacción, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones.
- Ofrecemos una adecuada atención, anteponiendo la sensibilidad humana y la ética profesional, resaltando la dignidad humana.
- Mantenemos una relación médico-paciente óptima y justa, como pilar fundamental de la humanización en el servicio.
- Inculcamos los valores éticos y morales como eje de su actuación personal y profesional.

A continuación, se exponen algunas pautas a seguir a manera de herramientas que permitirán implantar culturas de atención humanizadas en los servicios de salud que tengan pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles:

- ✓ **Servicio de llamadas y video llamadas:** en los casos vistos en pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles la comunicación con sus familiares es débil, puesto que tienen una restricción de visitas y son prácticamente aislados socialmente. La institución prestadora de servicios de salud debe contar un teléfono celular o Tablet a la cual los familiares y/o pacientes puedan acceder a tener una llamada o video llamada en los servicios donde se encuentren paciente con aislamiento por enfermedades transmisibles.

✓ **Actividades personales y familiares:** la institución debe garantizar las siguientes actividades lúdicas personales y familiares para reducir la brecha de aislamiento social por parte del paciente:

- Los familiares deben entregar a atención al usuario una memoria USB con un video de la familia del paciente mandando mensajes de aliento y de pronta recuperación de su enfermedad.
- Los familiares en la misma memoria USB dónde está ese vídeo, debe adjuntar la música preferida del paciente para así ser escuchada por el paciente dentro de su cubículo de aislamiento.
- En el caso dado que la institución no cuente con medios audiovisuales para la reproducción de la memoria USB, se deberá establecer horarios entre los pacientes para ser proyectados en la Tablet o en la telefonía móvil de la institución.
- Día del cumpleaños: si el paciente durante su estadía hospitalaria se cruza con la fecha del cumpleaños, el grupo de humanización “Dux” deberá propender que en este día un grupo de familiares más cercanos (máximo 4 personas) del paciente puedan hacer una visita con todas las medidas de precaución y portando los elementos de protección personal para la realización de esta celebración.

✓ **Privacidad y confidencialidad:** la institución prestadora de servicios de salud debe garantizar estos dos casos realizando las siguientes actividades:

- Campaña de sensibilización que promueva la reflexión de los colaboradores hacia el respeto por la privacidad y confidencialidad que favorece a todos los usuarios.
- Elaborar frases de reflexión de privacidad y confidencialidad, diseñado como “El Hospital nos invita a...”. Publicando una frase diferente cada semana en los medios autorizados por la institución.
- Mediante rondas de privacidad y confidencialidad identificar oportunidades de mejora en los servicios de atención.
- Distribuir en los servicios de hospitalización a cada uno de los integrantes para las rondas en los diferentes turnos.

- Elaboración de informe de resultados Se logró cumplir con las actividades verificar si se brinda la información, Cuenta con elementos suficientes que protegen la privacidad del paciente biombo, cortina, puerta etc.

✓ **Bienestar del talento humano en salud:** no solamente debemos tener la meta fija en el paciente y su familia, pues un elemento importante para que los objetivos del programa de humanización “Dux” se lleven a cabo, es el talento humano en salud, para lo cual debemos realizar las siguientes actividades:

- En coordinación con Salud Ocupacional se programan actividades para generar bienestar, mantener la calma ante la congestión del servicio y disminución del estrés, dichas actividades serán desarrolladas en compañía de las fisioterapeutas (terapeutas físicas) de la institución quienes orientarán las actividades por servicio con una duración de 15 minutos de gimnasia laboral encaminada a estiramientos y ejercicios de relajación dependiendo de la postura adoptada en el desempeño de su labor.
- Charla formativa sobre humanización con un conferencista Idóneo que orientará sobre los valores institucionales y personales con el fin de orientar nuestra conducta en el proceso de atención en salud.
- Actividad trimestral “Día de la Humanización” con el fin de motivar al personal a la práctica del trato humanizado.

Desarrollo:

El programa de humanización “Dux” se desarrollará en cuatro (4) fases enmarcadas en el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar), todo esto bajo el concepto de la mejora continua. Dentro de cada una de las fases se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

1. **Planear:** en esta fase, se estudia cada uno de los procesos que se realizan en las instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S) junto al desarrollo de su actividad para identificar los aspectos e impacto a los pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles. Contando con 2 cortes anuales para la revisión de resultados, en el mes 06 de 12 meses y en el mes 09 de 12 meses. Desarrollándose de la siguiente manera:

SECUENCIA DE ETAPAS / PASOS	5W					2H		CONTROL		
	¿QUÉ?	¿PARA QUÉ?	¿QUIÉN?	¿DÓNDE?	¿CUÁNDO?	¿CÓMO?	¿CUÁNTO?	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento esperada	Obstáculos y / o barreras a superar
1	Identificar los procesos y actividades que se implementaron con la política de humanización (si aplica) para los pacientes con aislamiento por enfermedad transmisible.	Reconocer que tipo de procesos sirven para el programa de humanización	Institución Prestadora de Servicios de Salud - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 01 al mes 02 de 12 meses	Realizando una comparación con las diferentes políticas de humanización que se encontraron en las instituciones prestadoras de salud	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Numero de procesos de implementación al paciente con aislamiento por enfermedades transmisibles identificados en las políticas de humanización / Número total de procesos a implementar en el programa de humanización DUX a pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles X 100	Un porcentaje mayor al 80% de cumplimiento de las acciones de implementación	* Falta de Política de Humanización de la I.P.S * Falta de acciones implementadas por la Política de Humanización de la I.P.S * Falta de acciones implementadas a los pacientes con aislamiento por enfermedad transmisible por la política de humanización.
2	Formular lineamientos para la creación	Reconocer como el talento humano aporta	Institución Prestadora de Servicios de	En la institución prestadora	Desde el mes 01 al mes 02 de 12 meses	Invitando a los especialistas a ser parte del	De acuerdo al presupuesto	Número de funcionarios que aceptaron	Cumplimiento del 100% de los funcionarios	* Que no halla el servicio asignado por el programa de

	de un grupo de humanización "DUX" en la institución prestadora de servicios de salud.	al programa de humanización	Salud - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	de servicios de salud		nuevo programa que se va a instaurar en la instrucción para mejorar la calidad de atención en paciente por aislamiento por enfermedades transmisibles	dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	el cargo del programa de humanización DUX / Número total de funcionarios que está asignado por el programa de humanización DUX X 100	asignados en el programa de humanización DUX	humanización DUX. * Que el talento humano existente en la institución no quiera participar en el programa de humanización DUX. * Rotación del personal asignado al programa de humanización DUX
3	Proponer un cronograma de capacitación a los delegados de cada especialidad, es decir, el grupo de humanización "DUX" para el conocimiento y las funciones respectivas por especialidad.	Para que los implicados del grupo de humanización "DUX" que vayan a participar en la implementación del programa reconozcan y sepan cuáles son sus funciones correspondientes	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX" - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 02 al mes 03 de 12 meses	Invitando a los especialistas y el grupo de humanización para la creación del cronograma con sus respectivas actividades	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Número total de funcionarios agendados que se presentaron a la capacitación / Número total de funcionarios agendados del programa de humanización DUX X 100	Un porcentaje superior al 80% de asistencia a las capacitaciones	* Disponibilidad de tiempo a la asistencia por labores inherentes al programa de humanización DUX. * Falta de motivación a la asistencia de las capacitaciones
4	Proponer lineamientos para la implementación de evaluaciones sobre los conocimientos y funciones delegadas dentro del programa.	Para reconocer que fallas o inconsistencias hay que reforzar aún en el programa	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX" - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Mes 03 de 12 meses	Poniendo en práctica lo anterior visto para reconocer fallas e inconsistencias	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Número total de conductas aprendidas durante la capacitación del programa de humanización DUX/ Número total de conductas esperadas en el programa de humanización DUX X 100	Aprendizaje esperados superior a 90%	* No halla cambio en la conducta de aprendizaje en las capacitaciones. *No cumplimiento de las conductas de aprendizaje esperadas.

5	Proponer un cronograma de capacitaciones y sensibilización para el personal de talento humano de la institución prestadora de servicios de salud.	Para que los implicados del grupo de talento, es decir el personal de talento humano que vayan a participar en la implementación del programa reconozcan y sepan cuáles son sus funciones correspondientes	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX"	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 04 hasta el mes 06 de 12 meses	Invitando al grupo de humanización y talento humano para la creación del cronograma con sus respectivas actividades	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Número total de funcionarios que se presentaron a la capacitación del programa de humanización DUX / Número total del talento humano de la I.P.S X 100	Un porcentaje superior al 80% de asistencia a las capacitaciones	** Disponibilidad de tiempo a la asistencia por labores inherentes al programa de humanización DUX. * Falta de motivación a la asistencia de las capacitaciones * Rotación del personal asignado al programa de humanización DUX
6	Plantear lineamientos para las evaluaciones del talento humano sobre el conocimiento del programa y sus respectivas funciones durante el proceso de atención del paciente en aislamiento por enfermedad transmisible.	Para reconocer que fallas o inconsistencias hay que reforzar en el reconocimiento del programa de humanización "DUX"	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX" - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Mes 07 de 12 meses	Poniendo en práctica lo anterior visto para reconocer fallas e inconsistencias al momento de la atención del paciente en aislamiento por enfermedades transmisibles	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Número total de conductas aprendidas durante la capacitación del programa de humanización DUX/ Número total de conductas esperadas en el programa de humanización DUX X 100	Aprendizaje esperados superior a 90%	* No haya cambio en la conducta de aprendizaje en las capacitaciones. *No cumplimiento de las conductas de aprendizaje esperadas.

7	Proponer un cronograma de auditoría interna (grupo de humanización) y externa (personal de la institución) para generar mejoras en el programa de humanización.	Para verificar que se esté implementando de manera correcta el programa de humanización DUX en el proceso de aislamiento por enfermedades transmisibles	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX"	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 11 al mes 12 de 12 meses	Poniendo de acuerdo los tiempos de auditoría a realizar con el personal de talento humano y los especialistas del programa de humanización DUX	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	* Numero de auditorías internas realizadas / Número total de auditorías internas propuestas o programadas X 100 * Numero de auditorías externas realizadas / Número total de auditorías externas propuestas o programadas X 100	* Porcentaje superior al 80% de auditorías internas * Porcentaje superior al 80% de auditorías externas	* Falta de compromiso de las auditorías (internas y externas) * Compresión inadecuada de los objetivos de la auditoria interna y externa * No existen programas de reconocimientos ni de recompensas como parte del proceso de mejoras * Falta de seguimiento al proceso de cambio * No disposición de tiempo para la realización de las auditorias.
---	---	---	--	--	---------------------------------------	--	--	---	---	---

Anexo 4: Herramienta para el diseño, análisis, control y seguimiento de un plan de acción y de mejoramiento del Programa de Humanización Dux

Fase Planear

2. **Hacer:** En esta fase, se desarrollará el programa de humanización “DUX”, se plantean responsabilidades, funciones, recursos, y se documentan las actividades. Contando con 2 cortes anuales para la revisión de resultados, en el mes 06 de los 12 meses y en el mes 09 de 12 meses. Desarrollándose de la siguiente manera:

SECUE NCIA DE ETAPA S / PASOS	5W					2H		CONTROL		
	¿QUÉ?	¿PARA QUÉ?	¿QUIÉN?	¿DÓNDE?	¿CUÁN DO?	¿CÓMO?	¿CUÁNTO?	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento esperada	Obstáculos y / o barreras a superar
1	Realizar una comparación entre los procesos y actividades implementadas por la política de humanización (si aplica), eliminando las políticas repetidas y verificar la viabilidad de las demás.	Conocer cuáles son las actividades que se realizan para que no se repitan y ajustar las demás al programa de humanización DUX	Institución Prestadora de Servicios de Salud - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 01 al mes 02 de 12 meses	realizando una comparación, cambio o eliminación de dichas actividades de acuerdo con las tareas proporcionadas por las políticas de humanización de la institución con las actividades propuestas en el programa de humanización	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Numero de procesos de implementación al paciente con aislamiento por enfermedades transmisibles / Número total de procesos a implementar en el programa de humanización DUX a pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles X 100	Asimilación del 80% de procesos y actividades de implementación del programa de humanización DUX	* La I.P.S no cuente con política de humanización. * Ninguna actividad está enfocada al paciente con aislamiento por enfermedad transmisible.

2	Cumplir con los tiempos establecidos en ambos cronogramas.	Para que el grupo de humanización y el talento humano tenga el conocimiento suficiente en la implementación del programa	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX" - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 02 al mes 06 de 12 meses	Llevando listas de asistencias del personal en las capacitaciones sobre los tiempos estimados y acordados	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Número total de actividades de capacitaciones ejecutadas / Número total de capacitaciones planificadas X 100	Porcentaje mayor al 90% de cumplimiento	* Poca asistencia a las capacitaciones * Eventualidades ajenas que no permitan el desarrollo de las actividades. * Mala distribución de los tiempos al personal para la asistencia de las capacitaciones
3	Realizar las evaluaciones del grupo de humanización y personal laboral	Conocer la calidad de conocimientos que se están transmitiendo en las capacitaciones tanto al grupo de humanización DUX y el talento humano en salud de la institución	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX" - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 03 al mes 08 de 12 meses	Como hace el sistema educativo en Colombia, usa un sistema de evaluación a través de una encuesta de preguntas relacionada con los temas de capacitación, con respuesta múltiples de una sola opción.	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Numero de evaluaciones realizadas a grupo de humanización DUX / Numero de evaluaciones agendas al grupo de humanización DUX *100	Porcentaje superior al 90% de notas en Desempeño superior.	* Pedagogía de las capacitaciones inadecuadas. * Falta de interés de los participantes en las capacitaciones. * Barreras de déficit de conocimiento de los temas en las capacitaciones. * Rotación del personal asignado al programa de humanización DUX

4	Realizar planes de mejora con respecto a las calificaciones proporcionadas por las evaluaciones de ambos grupos.	Conocer las causas que provoca las debilidades en el accionar de enseñanza y nos permite desarrollar acciones de mejora en un futuro para generar una eficacia y eficiencia en la calidad de la información	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX" - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 09 al mes 10 de 12 meses	Para la realización de planes de mejora de necesita identificar y definir los problemas a los cuales llevaron a las malas calificaciones del personal involucrados en ambos grupos, definir los objetivos y las secuencias de actividades a seguir, actividades de refuerzo o mejorar la pedagogía de las capacitaciones.	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Promedio de notas de la segunda evaluación realizada posterior a la aplicación de planes de mejora en las capacitaciones / Promedio de notas de la primera evaluación realizada en las capacitaciones X 100	Porcentaje superior al 90% de notas en Desempeño superior.	* Pedagogía de las capacitaciones inadecuadas. * Falta de interés de los participantes en las capacitaciones. * Barreras de déficit de conocimiento de los temas en las capacitaciones. * Rotación del personal asignado al programa de humanización DUX
---	--	---	--	--	---------------------------------------	---	--	---	--	---

Anexo 5: Herramienta para el diseño, análisis, control y seguimiento de un plan de acción y de mejoramiento del Programa de Humanización Dux

Fase Hacer

3. **Verificar:** En esta fase, se realiza el monitoreo y medición del desempeño del programa de humanización “DUX” y el grupo de humanización “DUX”, auditorías internas y externas. Contando con 2 cortes anuales para la revisión de resultados, en el mes 06 de los 12 meses y en el mes 09 de 12 meses. Desarrollándose de la siguiente manera:

SECUENCIA DE ETAPAS / PASOS	5W					2H		CONTROL		
	¿QUÉ?	¿PARA QUÉ?	¿QUIÉN?	¿DÓNDE ?	¿CUÁNDO ?	¿CÓMO?	¿CUÁNTO ?	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento o esperada	Obstáculos y / o barreras a superar
1	Evaluar de manera cuantitativa las evaluaciones del grupo de humanización “DUX” y del personal laboral.	Determinar en qué medida se están cumpliendo las metas de calidad que se fijan en los estándares, asociadas a los aprendizajes que se espera que logren el personal involucrado	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización “DUX” - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 09 al mes 10 de 12 meses	Como hace el sistema educativo en Colombia, usar un sistema numérico personalizado en donde aprueban y reprueban con un mismo promedio aunque su denominación no sea equivalente. * 5.0 - 4.5 : Desempeño Superior (S) * 4.4 - 4.0: Desempeño Alto (A) * 3.9 - 3.0: Desempeño Básico (B) * 2.9 - 0.0: Desempeño Bajo (b)	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Nota promedio de Calificación del funcionario / Nota Diagnostica (5.0) * 100	Promedio superior al 90% abarcando en el Desempeño Superior	* Pedagogía de las capacitaciones inadecuadas. * Falta de interés de los participantes en las capacitaciones. * Barreras de déficit de conocimiento de los temas en las capacitaciones.

2	Evaluar mediante la auditoría el cumplimiento de los objetivos del programa de humanización.	Verificar la ejecución de los objetivos en el programa de humanización por parte del grupo de humanización DUX	Institución Prestadora de Servicios de Salud - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 09 al mes 10 de 12 meses	Creación de listas de chequeo para verificar el cumplimiento de los objetivos del programa	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Número total de actividades cumplidas enfocadas al desarrollo de los objetivos / Número total de actividades planeadas enfocadas al desarrollo de los objetivos * 100	Promedio superior al 90%	* Falta de compromiso de las auditorías (internas y externas) * Compresión inadecuada de los objetivos de la auditoría interna y externa * No existen programas de reconocimientos ni de recompensas como parte del proceso de mejoras * Falta de seguimiento al proceso de cambio * No disposición de tiempo para la realización de las auditorías.
3	Evaluar mediante la auditoría el cumplimiento de las funciones asignadas por cada especialidad del grupo de humanización “DUX”	Verificar la realización de las funciones asignadas al grupo de humanización DUX durante la aplicación del programa de humanización DUX	Institución Prestadora de Servicios de Salud - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 06 al mes 09 de 12 meses	Creación de listas de chequeo para la verificación de las funciones asignadas al grupo de humanización DUX	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Número total de funciones realizadas por el grupo de humanización DUX / Número total de funciones asignadas al grupo de humanización DUX *100	Cumplimiento del 100% de las actividades asignadas	* Falta de personal asignado para la realización de las auditorías * Falta de insumos para la realización de las actividades de auditorías * Falta de conocimientos en las actividades de auditoría * Compresión errónea de los objetivos de la auditoría

4	Aplicar los planes de mejora al personal de ambos grupos (grupo de humanización "DUX" y personal laboral)	Permite aplicar acciones correctivas a los diferentes procesos que se llevan en ambos grupos y nos permite disminuir y eliminar aquellos componentes que no permiten mejorar el proceso	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX" - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 11 al mes 12 de 12 meses	Según los planteamientos hechos en la fase de elaboración de los planes de mejora, se debe hacer un seguimiento a las actividades de mejora y realizar evaluaciones para verificar si se están cumpliendo	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Número de acciones correctivas realizadas en el plan de mejora / Número total de acciones correctivas planeadas en el plan de mejora *100	Promedio superior al 90% de las acciones correctivas ejecutadas	* Falta de seguimiento a las acciones correctivas del plan de mejora * Falta de personal de talento humano para la aplicación de las acciones correctivas del plan de mejora * Falta de insumos y/o recursos económicos para la aplicación de las acciones correctivas del plan de mejora
---	---	---	--	--	---------------------------------------	---	--	---	---	---

*Anexo 6: Herramienta para el diseño, análisis, control y seguimiento de un plan de acción y de mejoramiento del Programa de Humanización Dux
Fase Verificar*

1. **Actuar:** en esta última fase, se implementan las acciones correctivas y la revisión del programa de humanización "DUX" y el grupo de humanización "DUX". Contando con 2 cortes anuales para la revisión de resultados, en el mes 06 de los 12 meses y en el mes 09 de 12 meses. Desarrollándose de la siguiente manera:

SECUENCIA DE ETAPAS / PASOS	5W					2H		CONTROL		
	¿QUÉ?	¿PARA QUÉ?	¿QUIÉN?	¿DÓNDE?	¿CUÁNDO?	¿CÓMO?	¿CUÁNTO?	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento o esperada	Obstáculos y / o barreras a superar
1	Evaluar la efectividad de los planes de mejora al programa de humanización, grupo de humanización y personal laboral.	Verificar que las acciones realizadas en el plan de mejora se desarrolle conforme a lo establecido y medir y/o obtener información del impacto de las acciones a medida que transcurre el tiempo	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX" - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Mes 09 de 12	En la elaboración del plan de mejoras se debe describir el proceso de evaluación, al fin de poder tomar decisiones pertinentes.	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Numero de evaluaciones satisfactorias realizada en el plan de mejora / Número total de evaluaciones planteadas en el plan de mejora *100	Cumplimiento del 90% de las evaluaciones planteadas	* Evaluaciones no realizadas por las personas encargadas * Actividades de evaluación aun sin desarrollarse por limitación de tiempo o insumo * Falta de retroalimentación del plan de mejora a los trabajadores de la institución encargadas
2	Revisión del cumplimiento en los indicadores de calidad y toma de decisiones en recuperación a los hallazgos encontrados	Verificar el desempeño del programa de humanización DUX en la institución de salud	Institución Prestadora de Servicios de Salud - Grupo de Humanización "DUX" - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Mes 12 de 12	A través de la información recolectada de diferente mecanismos del monitoreo de calidad que se realizó en las diferentes actividades del programa de humanización DUX	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Numero de indicadores de calidad realizados / Número total de indicadores de calidad planteados *100	Cumplimiento del 90% de indicadores de calidad	* No realización de indicadores de calidad por el grupo de humanización DUX * Falta de datos en la realización de indicadores de calidad * Personal no capacitado para la realización de dichas actividades * Falta de compromiso del personal en la realización de los indicadores

Anexo 7: Herramienta para el diseño, análisis, control y seguimiento de un plan de acción y de mejoramiento del Programa de Humanización Dux

Fase Actuar

Para poder llevar a cabo la primera fase del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar), es necesario desarrollar un indicador de gestión, indicando una única fase. Exponiéndolo de la siguiente manera:

PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN “DUX”	CÓDIGO DEL INDICADOR	EJE V - 02
	Nombre del indicador	Proporción de cumplimiento de implementaciones al paciente por el programa de Humanización “Dux”
	Aprobado por	Gerente - Dirección de Calidad
	Fecha actualización	09 de Junio de 2022
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Indicador de gestión	
NUMERADOR	Numero de procesos de implementación al paciente con aislamiento por enfermedades transmisibles en la I.P.S	
DENOMINADOR	Número de procesos que se planearon implementar en el programa de humanización Dux a pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles	
UNIDAD DE MEDIDA	Relación Porcentual	
FACTOR	100	
META	Un porcentaje mayor al 80% de controles implementados al paciente con aislamiento por enfermedades transmisibles del programa de humanización Dux	
FORMULA DEL CALCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Plan de tratamiento a pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles	
	Denominador: Programa de Humanización “Dux”	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Numerador: No aplica	
	Denominador: No aplica	
RESPONSABLES	De la generación de los datos primarios: Grupo de Humanización “Dux” – Grupo de Investigadores a cargo	
	Del cálculo y análisis del indicador: Grupo de Humanización “Dux” – Grupo de Investigadores a cargo	
	De la toma de decisiones: Grupo de Humanización “Dux” – Grupo de Investigadores a cargo	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Seguridad del paciente de la Institución.	

Tabla 6. Indicador de la matriz 5WH para la planeación del programa de humanización Dux

Fuente: Elaboración propia por autores. Mayo 2022

*Anexo8: Artículo Programa de humanización “Dux” en pacientes que requieran aislamiento de
enfermedades transmisibles*

**Programa de humanización “Dux” en pacientes que requieran
aislamiento de enfermedades transmisibles**

Ayala M. – Caballero L.

La humanización es uno de los temas más debatidos y de importancia a través del tiempo y más aún para los trabajadores de la salud, ya que, el objetivo principal es el ser humano con todas sus necesidades tales como: atención al paciente, compañía, seguimiento, ayuda para la adaptación de su enfermedad, explicación del médico tratante acerca del estado de salud y acompañamiento familia – paciente; esto lleva al sector salud tanto al personal como a la institución a brindar una atención integral de calidad, en cuanto a lo físico, emocional y espiritual, tratando al paciente con respeto y dignamente como una persona y no como un número o patología, en diferentes ocasiones se tilda al paciente como una persona que no tiene derechos ni deberes o no es escuchado frente a sus necesidades, explicaciones al tratamiento y procedimientos a realizar.

Dentro del marco de los derechos humanos, esta noción se representa con la palabra “dignidad humana” o el atributo de los seres con derechos ya sea que sepa que los tiene o no (Santacruz, 2016). La Resolución 13437 de 1991, del Ministerio de Salud en Colombia, declara que: “todo paciente debe ejercer sin restricciones de ninguna clase su derecho a la salud”, sin embargo, resulta difícil pensar, que a pesar de que la salud es consagrada como un “bien fundamental”, no lo es, en cambio, como un “derecho fundamental”, a menos que, mediante una acción de tutela, se llame la atención sobre algún hecho que atente, contra la vida misma.

El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta, por lo cual la dignidad de una persona cuando se enferma se encuentra de manera temporal amenazada (Consejería de sanidad. Plan de humanización de la asistencia sanitaria, 2019).

El aumento de quejas y reclamos por una mala atención ya sea del paciente o familia, ha hecho pensar que el personal de salud ha perdido la humanización en el momento de una atención en salud; haciendo un enfoque a la actualidad, la pandemia del SARS-Cov2 (Covid – 19) ha generado múltiples situaciones de inestabilidad en la atención de salud, todo debido a la falta de experiencia y del manejo para afrontarlas. Una situación que se presenta actualmente, es el aislamiento de todos los pacientes con diagnóstico por Covid – 19, y por medidas dadas por el Ministerio de Salud no es permitido visitar a sus familiares por prevención del contagio y propagación del virus, obligando a los pacientes en muchas ocasiones a morir en la soledad; visto desde el punto social, no médico, por la imposibilidad de ser acompañados por sus seres queridos en sus últimos momentos de vida, y desde el punto de vista de la psicología, muchas familias no han podido conllevar el proceso de duelo con éxito, pues las instituciones prestadoras de salud, informan vía telefónica la información del fallecimiento de su ser querido, inclusive no dejan expresar los sentimientos que abarcan ese tipo de noticia.

Se realizó una revisión sistemática con un enfoque cualitativo de tipo descriptivo en el cual se revisaron minuciosamente diferentes artículos y

temas relacionados con la humanización que hay actualmente, se escogieron diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) a nivel internacional y nacional que contaran o no con las políticas de humanización, sin exclusiones previas, se tuvieron en cuenta los objetivos generales y específicos para poder realizar un cuadro de variables, lo que dio resultado a artículos importantes para el trabajo pertinente.

Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano (Bermejo, 2018). Enfatizando fundamentalmente en el reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, logrando sentirse valorado como una persona con todos sus derechos y deberes. Por esta razón, se ha proporcionado el interés de los usuarios y personas por investigar de forma crítica las funcionalidades del sector salud a nivel mundial, dando por avances tecnológicos como la telemedicina y teleconsulta; pues en el último año por la emergencia sanitaria que se dio por el virus de SARS Cov-2 (Covid-19) se aumentó el uso de los medios tecnológicos. Es importante establecer la creación de una estrategia en donde se enfoquen varios aspectos y no solo el usuario sino también de los profesionales, ya sea de la misma institución en donde los servicios de salud sean prestados y a la vez humanizados y que esta sea reconocida como humanizadora por parte de su personal, por este motivo Se recomienda la realización del programa de humanización “Dux”, teniendo en cuenta la siguiente hoja de ruta orientada a minimizar las estancias hospitalarias mejorando la calidad en la atención humanizada

Palabras claves: Humanización, enfermedades transmisibles, política de humanización, programas

Humanization is one of the most debated and important issues over time and even more so for health workers, since the main objective is the human being with all his needs such as: patient care, company, follow-up , help to adapt to their illness, explanation from the treating physician about their state of health and family-patient accompaniment; This leads both the staff and the institution to the health sector to provide quality comprehensive care, in terms of physical, emotional and spiritual aspects, treating the patient with respect and dignity as a person and not as a number or pathology, in different Sometimes the patient is branded as a person who has no rights or duties or is not listened to regarding their needs, explanations of the treatment and procedures to be carried out.

Within the framework of human rights, this notion is represented by the word “human dignity” or the attribute of beings with rights, whether they know they have them or not (Santacruz, 2016). Resolution 13437 of 1991, of the Ministry of Health in Colombia, declares that: “every patient must exercise their right to health without restrictions of any kind”, however, it is difficult to think that, despite the fact that health is consecrated as a “fundamental good” is not, on the other hand, like a “fundamental right”, unless, through a protection action, attention is drawn to some fact that threatens life itself.

The humanization process is a fundamental part of the quality of the service provided, for which the dignity of a person when they get sick is temporarily threatened (Ministry of Health. Humanization of health care, 2019)

The increase in complaints and claims for poor care, whether from the patient or the family, has led to the belief that health personnel have lost humanization at the time of health care; Focusing on the present, the SARS-Cov2 (Covid-19) pandemic has generated multiple situations of instability in health care, all due to the lack of experience and management to face them. A situation that is currently present is the isolation of all patients diagnosed with Covid-19, and due to measures given by the Ministry of Health, it is not allowed to visit their relatives for prevention of contagion and spread of the virus, forcing patients on many occasions to die in solitude; Seen from a social point of view, not a medical one, due to the impossibility of being accompanied by their loved ones in their last moments of life, and from a psychological point of view, many families have not been able to carry out the grieving process successfully, since the health care institutions, inform by telephone the information of the death of their loved one, they even do not allow to express the feelings that encompass this type of news.

A systematic review was carried out with a qualitative approach of descriptive type in which different articles and topics related to humanization that currently exist were thoroughly reviewed, different Health Provider Institutions (I.P.S) were chosen at the international and national level that they had or not humanization policies, without previous exclusions, the general and specific objectives were taken into account to be able to make a table of variables, which resulted in important articles for the relevant work.

Humanizing a reality means making it worthy of the human person, that is, consistent with the peculiar and inalienable values of the human being (Bermejo, 2018). Emphasizing fundamentally in the recognition of the exclusive dignity of the patient, managing to feel valued as a person with all the rights and duties of him. For this reason, the interest of users and people has been provided to critically investigate the functionalities of the health sector worldwide, due to technological advances such as telemedicine and teleconsultation; Well, in the last year due to the health emergency caused by the SARS Cov-2 virus (Covid-19), the use of technological means increased.

It is important to establish the creation of a strategy where several aspects are focused and not only the user but also the professionals, whether from the same institution where health services are provided and at the same time humanized and that this is recognized as humanizing by its staff, for this reason It is recommended to carry out the “Dux” humanization program, taking into account the following roadmap aimed at minimizing hospital stays, improving the quality of humanized care.

Keywords: Humanization, communicable diseases, humanization policy, programs

Introducción

El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta, por lo cual la dignidad de una persona cuando se enferma se encuentra de manera temporal, por ende, la humanización no es tanto un proceso de estructuras y mecanismos, es más de actitudes (Consejería de sanidad plan de humanización de la asistencia, 2019) que está conformada por todos los actos de cuidado que hacen más humano al hombre, a fin de mantener su dignidad a través de la atención a sus pacientes desde una perspectiva integral involucrando varias dimensiones como psicológica, biológica, espiritual del sujeto y social (Pabón, 2021). Por este motivo, la humanización debe ser una prioridad de cada hospital y de cada servicio en un contexto de una relación interhumana, personal y de ayuda, con el fin de mantener una relación diagnóstica – terapéutica que permita la resolución y recuperación total o parcial de la persona enferma (Gutiérrez, 2017)

Por tanto, se debe conocer el aislamiento por enfermedades transmisibles, es decir, las precauciones diseñadas para el cuidado de todos los pacientes hospitalizados, independientemente de su diagnóstico y presunto estado de infección; es importante tener en cuenta el aislamiento de protector de pacientes neutropénicos o inmunocomprometidos el cual es una precaución estándar y el médico tratante debe indicar en el expediente por qué lo aísla y durante cuánto tiempo debe seguirse.

Epidemiológicamente es necesario evitar la transmisión de patógenos en pacientes con sospecha de estar infectados o colonizados, para ello existen tres tipos de precauciones basadas en la transmisión: precauciones aéreas, precauciones por gotas y precauciones de contacto. Pueden ser combinadas para enfermedades que tienen múltiples vías de transmisión. Cuando se aplican solas o combinadas deben ser usadas en conjunto con las precauciones estándar, y deben aplicar a todos los pacientes que se encuentren hospitalizados en la institución. Las precauciones estándar se aplican a: sangre, fluidos corporales excepto sudor, piel no intacta y membranas mucosas (Ministerio de Salud y protección social, 2020).

Para la realización del programa de humanización Dux es necesario involucrar diferentes tipos de leyes las cuales son: ley 100: *“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”*, Ley Estatutaria 1751 de 2021: *“El principal objeto*

es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”, 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”, el cual fue modificado por el Decreto 780 de 2016 “Incorpora las modificaciones introducidas al Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social a partir de la fecha de su expedición” y por último una de las importantes, Decreto 1109 de 2020: “Por el cual se crea, en el Sistema General de Seguridad Social – SGSSS, el Programa de Pruebas, rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus – COVID 19 y se dictan otras disposiciones” teniendo en cuenta que el programa PRASS ya no se encuentra en curso al año 2022.

Colombia, se enfoca al presente en los servicios de salud, principalmente con el tema de la calidad del servicio, la falta de acceso a una atención oportuna en salud, el abuso del personal de salud, el mal proceder en sus acciones con pacientes y familiares, por lo que se generan quejas ante las entidades (Díaz, 2017). Por esta razón, cuando se habla del ser humano, el componente biopsicosocial es el componente que más llama la atención, puesto que, conlleva a acudir a personas estudiadas y entrenadas en el cuidado de la salud, es decir, quienes brindan apoyo y la importancia que merecen recuperando el estado emocional por completo.

La deshumanización se ha convertido en la medicina como un acto ya típico en cualquier persona, sin mirar la complejidad y el significado que llevan estas acciones, ya que no solo le afectan directamente su parte emocional si no, que el solo hecho de “sentirse enfermo” hace que las personas se vuelvan más vulnerables y frágiles, por lo que es primordial mantener una buena atención por parte de los profesionales para que de este modo cada paciente se sienta tranquilo y confiado de que no están vulnerando sus derechos como persona y que por el contrario estamos para brindar un trato digno a cada uno en compañía de un grupo interdisciplinario (Gutiérrez, 2017).

El aumento de quejas y reclamos por una mala atención ya sea del paciente o familiar, ha hecho pensar que el personal de salud ha perdido la humanización en el momento de una atención en salud; haciendo un enfoque a la actualidad, la pandemia del SARS-Cov2 (Covid-19) ha generado múltiples situaciones de inestabilidad en la atención de salud, todo debido a la falta de experiencia y del manejo para afrontarlas. Una situación que se presenta actualmente, es el aislamiento de todos los pacientes con diagnóstico por Covid-19, y por medidas dadas por el ministerio de salud en todo el país, no es permitido ver ni visitar a sus familiares por prevención del contagio y propagación del virus, obligando a los pacientes en muchas ocasiones a morir en la soledad; visto desde el punto social, no médico, por la imposibilidad de ser acompañados por sus seres queridos en sus últimos momentos de vida, y desde el punto de vista de la psicología, muchas familias no han podido conllevar el proceso de duelo con éxito, pues las instituciones prestadoras de salud (I.P.S.), informan vía telefónica la información del fallecimiento de su ser querido, inclusive no dejan expresar los sentimientos que abarcan ese tipo de noticia.

Es por esto que, a través de la adaptación de distintos programas de humanización nacional e internacional, se pretende la implementación del programa de humanización “Dux” orientado a promover y fomentar dicha humanización en los centros de atención de salud del país. Por este motivo, el programa de humanización “Dux” define las líneas de atención al paciente con requerimiento de aislamiento por enfermedades transmisibles para mejorar la humanización de la atención en salud de las Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) en Colombia. Es importante la creación del programa para que a

futuro se convierta en la prioridad de la atención en salud de centros de atención, como referentes a nivel nacional e internacional, como una atención integral con satisfacción positiva al trato recibido, la acogida, la hospitalidad, la información, respeto a todo el personal tratado, dignidad y a sus derechos.

El objetivo general del presente artículo es diseñar el programa de humanización “Dux” en pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles, orientando a minimizar las estancias hospitalarias y mejorando la calidad en la atención tanto en el paciente como en la familia.

Materiales y métodos

Para la realización del estudio se hizo una revisión sistemática con un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, manejando minuciosamente la búsqueda de diferentes artículos y temas relacionados con la humanización que hay actualmente, para esto se tuvo en cuenta las características de las políticas de humanización y atención al usuario de las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) públicas y privadas, identificando diferentes hospitales a nivel nacional públicos y privados. Se escogieron dos (2) hospitales públicos, los cuales fueron el Hospital Militar Central y el Hospital Universitario de la Samarita, quienes sí contaban con su política de humanización. Y nueve (9) hospitales privados los cuales fueron: Hospital con alma Pablo Tobón Uribe, Hospital Universitario Mayor Mederi, Clínica del Occidente, Hospital Universitario Clínica San Rafael, Clínica Imbaco, Clínica Reina Isabel, Centro Policlínico del Olaya, Fundación Valle del Lili, Hospital Susana López de Valencia E.S.S; quienes contaban o no contaban con políticas de humanización, los cuales se pudieron evidenciar en una tabla de comparación por medio de motores de búsqueda, incluyendo los tesauros. A nivel internacional, se buscaron seis (6) instituciones de diferentes países, las cuales fueron: Ministerio de Salud – Instituto Nacional de la Salud, Consejería de Salud y Familia, Hospital cayetano Heredia, Asociación Argentina y Terapistas ocupacionales, Hospital Naval de Guayaquil y Ministerio de Salud Brasil, los cuales contaban con lineamientos y políticas de humanización, sin exclusión alguna.

La búsqueda de la información se está interactuando con la realidad presentada en estos últimos años debido a la pandemia que se vive actualmente, pues se buscó programas de humanización que cumplieran o tuvieran en cuenta el propósito presentado en el trabajo, pues a lo largo de la investigación se analizan los datos cualitativos que asumen posturas tanto académicas como ideológicas que nos enfrentan a desafíos y dificultades propios de su naturaleza (Schettini & Patricia, 2015).

Resultados

La búsqueda de la información se está interactuando con la realidad presentada en estos últimos años debido a la pandemia que se vive actualmente. Para esto fue importante identificar las políticas de humanización con similitudes y diferencias que fueron registradas en una tabla comparativa, teniendo en cuenta si esta institución contaba o no contaba con su política, si era una institución pública o privada y su departamento o municipio y, por último, algunas características importantes, esta comparación se realizó con once (11) instituciones prestadoras de salud.

A nivel Nacional se encontraron varias semejanzas entre ellas, cuatro (4) instituciones privadas, las cuales son: Hospital con alma Pablo Tobón Uribe, Hospital Universitario Mayor Mederi, Clínica del Occidente y el Centro Policlínico del Olaya, sí cuentan con la política de humanización, la cual fue visible e identificada por la página web. Cinco (5) instituciones privadas sí tienen la política de humanización, pero no visible al público, es decir, no se encuentran en la página web explícitamente, las cuales son: Hospital Universitario Clínica San Rafael, Clínica Imbaco, Clínica Reina Isabel, Fundación Valle del Lili y Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Por otro lado, se pudo evidenciar la identificación de los elementos técnicos y metodológicos empleados a nivel mundial que permitieron reconocer la situación de la calidad y humanización de la atención en salud en pacientes que requieren aislamiento por enfermedades transmisibles; para esto se realizó una revisión de información sobre las políticas, estrategias y lineamientos a la humanización en instituciones de salud a nivel mundial para el año 2021, enfocándose en un cuadro comparativo en el cual se revisaron seis (6) instituciones prestadoras de salud a nivel mundial, las cuales fueron: Ministerio de Salud – Instituto Nacional de la Salud, Consejería de Salud y Familia, Hospital cayetano Heredia, Asociación Argentina y Terapistas ocupacionales, Hospital Naval de Guayaquil y Ministerio de Salud Brasil; para poder cumplir con el objetivo satisfactoriamente, donde se evidencio el tipo de fuente, la institución, municipio / ciudad, sí cumplía con los protocolos, lineamientos y si tenía política de humanización o no, asimismo si tenía presente los atributos de calidad, para esto fue necesario revisar las páginas web, artículos y documentos.

Se reflejó que la institución Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales cuenta con un protocolo de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) contando con diversos condicionamientos instituciones en el acompañamiento de personas diagnosticadas con COVID – 19 y/o en fin de vida, siendo la única institución que más se “cerca” a un programa de humanización para personas que requieran aislamiento preventivo. Las otras cinco (5) instituciones, que son Ministerio de Salud – Instituto Nacional de la Salud, Consejería de Salud y Familia, Hospital cayetano Heredia y Hospital Naval de Guayaquil y Ministerio de Salud Brasil, se basan en una atención de pacientes durante un proceso de atención en salud mas no está enfocado a una política de humanización de los pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles.

Discusión

La humanización es un término que ha sido utilizado en la actualidad, siendo el más importante en la atención de servicios de salud, situándose como eje fundamental en el mundo del trabajo, del técnico y del profesional de la salud, considerando al usuario un ser completo en términos de así poder ofrecer una asistencia con calidad e integralidad, siempre y cuando responda las dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y espirituales. Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano (Bermejo, 2018). Enfatizando fundamentalmente en el reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, logrando sentirse valorado como una persona con todos sus derechos y deberes, dejando de sentirse como un número y un negocio para el sector salud. Por esta razón, se ha proporcionado el interés de los usuarios y personas por investigar de forma crítica las funcionalidades del sector salud a nivel mundial, dando por avances tecnológicos como la telemedicina y

teleconsonulta; pues en el último año por la emergencia sanitaria que se dio por el virus de SARS Cov-2 (Covid-19) se aumentó el uso de los medios tecnológicos.

Conscientes del grave problema que conlleva la deshumanización en el área de salud y el peligro que corre a los usuarios por una mala atención, se encendieron las alertas en las instituciones prestadores de servicios de salud para crear estrategias y/o métodos que eviten estos sucesos y de esta forma poder garantizar una atención en salud segura y como principio en lo más importante con una alta calidad en la atención. Teniendo en cuenta esta contingencia presentada en todos los países a nivel nacional e internacional y con el apoyo de entes gubernamentales y no gubernamentales como lo son Organización Mundial de Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre muchas más, se dieron a la tarea de la creación de métodos, planes o políticas encaminadas a la atención humanizada en salud, por esta razón para nosotros es importante la creación de una política de humanización en los servicios del sector salud teniendo en cuenta las enfermedades transmisibles que requieren un aislamiento; pues es una problemática que se presentó a raíz de la contingencia vivida.

Pues, el objetivo primordial de un profesional en el área de la salud, es orientar sus conocimientos adquiridos y experiencia práctica al servicio de los demás, teniendo en cuenta en primer lugar la sensibilización y la ética del cuidado, siempre resaltando la dignidad humana y ofreciendo una óptima atención, comunicación e información a los usuarios, pacientes, familias y otros profesionales involucrados en la atención.

Ahora bien, la complicación de la atención en salud, reside en la naturaleza humana a lo largo de la comunicación y en la forma de interactuar de cada persona con los representantes del sistema lo que hace que al momento de brindar el cuidado constituyan el contexto en donde se desarrolla el acercamiento con el otro. Debido a esta cercanía entre los usuarios, y profesionales en salud y entre las diferencias de cada uno, ponen en juicio los bienes más preciados para ambas partes; la vida y la salud, pues cuando hay un desequilibrio de ambos es cuando surge la enfermedad o dado caso la muerte, situación donde el usuario, además de sufrir los síntomas de su propia condición, sufre de una limitación por el autocuidado y la dependencia que se genera en los demás.

Asimismo, el Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos no tiene como prioridad que sus entidades de salud tengan un plan o política de humanización, puesto que Estados Unidos de América cuenta con una Comisión de Derechos Civiles; quienes son los responsables de realizar investigaciones relacionados con fraudes o quejas de los ciudadanos que priven sus derechos (Departamento de Salud y Servicios Humanos). En Europa, un caso específico como lo es España, país proveedor en la humanización, en sus instituciones de salud, si implementan los planes de humanización en el sistema sanitario, estas muchas veces incluidas en sus leyes de sanidad o como reforma hospitalaria, bien incluido la humanización y su objetivo principal es la calidad en la atención de salud de sus usuarios.

Por otro lado, en países de Latinoamérica como lo son Perú y Brasil, si tienen en su sistema sanitario las políticas de humanización en donde su compromiso es con el buen trato a sus pacientes y la implementación de decálogos. Incluyendo a Argentina quien realiza un plan por parte de sus organizaciones en salud y un acompañamiento al paciente diagnosticado con Covid-19 con un aislamiento social preventivo, en el cual le generan unas condiciones sociales para poder estar en hospitalización y/o final de vida de una forma digna y sin barreras que generan obstáculos para su fin terapéutico.

La división del sistema de salud y la individualidad de los servicios son la principal causante del bajo desempeño de estos, conllevando al insuficiente rendimiento general de los

sistemas de salud, las dificultades de acceso a los servicios que enfrenta la población, los servicios de pobre calidad técnica (deshumanizados), el uso irracional e ineficiente de los recursos y la baja satisfacción de los usuarios son algunas de las consecuencias que genera la fragmentación por sí misma o en conjunto con otros factores. Es por este motivo, que se debe crear la necesidad de una estrategia efectiva que contribuya a humanizar la atención en salud, desde el actuar de la alta gerencia hasta la función más simple en nuestras instituciones de salud.

A partir de la incorporación de la Ley 100 de 1993 *por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Colombia se vio expuesta a una reforma profunda en la salud, siendo la misma que no ha presentado los resultados ni la calidad esperada. Muchas veces se presentan quejas hacia el trato de los pacientes sintiendo las sensaciones de inconformidad, molestia y cansancio; para mejorar este inconveniente, se requieren instituciones de salud que trabajen con calidad y que hagan la diferencia, enfocándose en la confianza hacia el sector salud que se les brinda.

Para evidenciar lo dicho anteriormente es importante corroborar la información de las instituciones con las variables correspondientes para esto fue necesario crear una tabla comparativa. Adicionalmente, se realizó la búsqueda con diferentes instituciones a nivel internacional con sus respectivas variables y tomando en cuenta las que más llamaban la atención por su plan de humanización.

Al comparar las diferentes instituciones tanto nacionales como internacionales las políticas de humanización se pudo evidenciar que varias instituciones tenían su propia metodología como estudios de exploración y trabajos descriptivos relacionados no obstante ninguna contaba con una política de humanización en pacientes que requieran aislamiento preventivo por enfermedades transmisibles.

Conclusiones y recomendaciones

Partiendo de este punto, se presenta una propuesta de diseñar un programa de humanización llamado “Dux” (Dux palabra en latín que significa guía) que permita disminuir los tiempos de estancia hospitalaria en los pacientes que tienen un aislamiento por enfermedades transmisibles cumpliendo con las expectativas esperadas por los usuarios como egresos rápido y tiempo de calidad con la familia y el paciente; llevándolo a un nivel superior en la atención con una calidad esperada. Pues, al enfocarnos en este problema, el programa de humanización “Dux” va a servir como guía para planificar, verificar, hacer y actuar frente a las acciones de mejora que se puedan presentar para crear las condiciones adecuadas a los pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles.

En la investigación de las políticas de humanización a nivel internacional y nacional se evidenció varias metodologías, como estudios de exploración y trabajos descriptivos relacionados con lo anterior dicho. No obstante, durante dicha búsqueda se evidencio la carencia de lo relacionado con las acciones en pacientes por aislamiento preventivo, ya sea por su patología de base o enfermedades nosocomiales, dando lugar a la necesidad de crear un método de trabajo donde su principal objetivo sean estos tipos de pacientes enfocando la práctica de humanización

Al relacionar las I.P.S. que se buscaron aleatoriamente vía web no discriminando si están o no acreditadas por cualquiera de estas dos instituciones, se encuentran que solo seis (6) de diez (10) I.P.S. consultadas estaban acreditadas por el ICONTEC, teniendo en cuenta que no se encontró información acerca de las políticas de humanización discriminadas. Las cuatro (4) I.P.S. restantes no están acreditadas, pero cuentan con políticas de humanización visibles, dando a entender que no todas las instituciones tienen estas políticas abiertamente al público, es importante que lo elaboren, ya que muchas veces los pacientes o clientes no conocen de manera adecuada sus derechos y deberes.

Lastimosamente en Colombia aún no se cuenta con una política de humanización aprobada que de las directrices específicas de la humanización puesto que en estos momentos se encuentra en elaboración y finalización de detalles para ser presentado prontamente, pero no se cuenta con una política de humanización para los pacientes que se encuentren por aislamiento por enfermedades transmisibles.

Es importante establecer la creación de una estrategia en donde se enfoquen varios aspectos y no solo el usuario sino también de los profesionales, ya sea de la misma institución en donde los servicios de salud sean prestados y a la vez humanizados y que esta sea reconocida como humanizadora por parte de su personal.

Muchos de los países consultados sólo poseen metodología de atención humanizada en el cual dan pautas generales para la atención de los usuarios frente a los servicios de salud. A nivel de Norte – América solo se encuentran estudios de humanización en salud, pero no se tienen en cuenta como plan o política institucional, puesto que su sistema de salud está regido por una compleja estructura de pago público – privado donde el sector privado domina todos los mecanismos de reembolso; de esta forma, si se desea un buen servicio de salud y de calidad se debe tener un seguro de salud o póliza de atención.

Por este motivo, se recomienda la realización del programa de humanización Dux, teniendo en cuenta:

Los objetivos específicos propuestos para el programa de humanización Dux son: establecer una relación de respeto humanizado con nuestros pacientes y sus familiares aplicando un proceso de sensibilización que permita el desarrollo de competencias para el crecimiento de los trabajadores en salud que hacen parte de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (I.P.S).

Sensibilizar, educar y apropiar por parte del grupo de humanización “Dux” a cada uno de los colaboradores la atención humanista y compasiva al paciente y su familia en los procesos de enfermedad, dolor y duelo, en diferentes ambientes como: de bienestar, vocación de servicio, respeto y dignidad aplicando los valores corporativos de cada institución.

El grupo de humanización Dux será el encargado de aplicar los diferentes procesos establecidos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud consolidando una grata experiencia que inicie desde el ingreso a la institución, continuando con la hospitalización y terminando con el regreso a su hogar junto con la familia del paciente, de esta forma se promoverá la atención humanizada durante la prestación de los servicios a través de un trato digno, compasivo y respetuoso de su autonomía, actuando con los derechos y deberes del paciente, es decir, es el compromiso y esmero por el cual el programa quiere llegar, enmarcado en el apoyo espiritual y emocional, la calidez en la comunicación con el paciente y la familia junto con el grupo multidisciplinario tratante.

Para esto es importante que se conozcan los diferentes principios quienes orientaran una atención más humanizada, como lo son: ser cordial, actitud de atención, ofrecer metas terapéuticas reales y el no menospreciar a los pacientes, estos principios serán implementados sin importar el género, sexo, etnia ni la edad, buscando la tranquilidad del paciente y la familia. Para poder desempeñar estos principios se instauran las funciones de cada grupo junto con la especialidad involucrada, para esto encontramos: coordinadores, líderes de seguridad del paciente, área de psicología, trabajo social, atención al usuario, atención espiritual o pastoral, medico, enfermería y el convenio docencia – servicio. Para esto se establecen unas de las siguientes responsabilidades: Los coordinadores se encargarán de: garantizar la difusión de la información transversalmente a todos los servicios prestados. Los líderes de seguridad del paciente: garantiza que las actividades de sensibilización y capacitación sean llevadas a su totalidad. Psicología: ofrece el servicio de charlas terapéuticas a los pacientes que lo requieran y apoya el acompañamiento en el proceso de muerte o duele a los familiares afectados. Trabajo social: verifica la detección y tratamiento psicosocial de las necesidades individuales, familiares y grupales brindando apoyo al paciente y familia para desarrollar habilidades de manejo sobre su enfermedad. Atención al usuario: acompaña al médico durante la llamada telefónica a los familiares para la entrega de la información del estado de salud del paciente. Atención espiritual o pastoral: gestiona la interacción con otras iglesias pensantes como ortodoxa, islámica, testigos de jehová, budista, judías, entre otras. Medico: brinda información clara, concisa y fácil al paciente y familia. Enfermería: identifica al paciente con nombre propio y apellido manteniendo la una actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor hacia el paciente. Convenio docencia – servicio: incorporar estos lineamientos para una rotación eficiente del personal mejorando las actitudes y conductas de las personas de salud.

Para cumplir satisfactoriamente con los objetivos del programa se han creado diferentes herramientas que permitan implementar culturas de atención mas humanizadas sobre todo en los servicios de aislamiento por enfermedades transmisibles, como lo son: servicios de llamadas y videollamadas, actividades personales y familiares enviando un video o música preferida del paciente, privacidad y confidencialidad sensibilizando con campañas y por último, el área de bienestar del talento humano en salud junto con salud ocupacional y fisioterapeutas se programaran actividades para generar bienestar, disminución del estrés y mantener la calma ante la congestión del servicio.

De esta manera el programa de humanización Dux cuenta con diferentes fases para su realización, las cuales son planear, hacer, verificar, y actuar. Cada fase cuenta con sus propios objetivos y controles para el adecuado cumplimiento. Para fines del presente artículo se describirá y se desarrolla una sola matriz 5WH hacia la planeación incluyendo siete (7) fases para su implementación en pacientes que requieran aislamiento preventivo por enfermedades transmisibles.

Para implementación del programa de humanización Dux, se propone que se realice una prueba piloto en diferentes instituciones prestadoras de salud y se tome en cuenta las recomendaciones dichas.

17. Bibliografía

- Alcaldía de Medellín. *Buenas prácticas en salud para la atención de la pandemia de COVID – 19*. (2020). *Medellín Me Cuida. Un reconocimiento a las experiencias exitosas que cuidan la salud durante la pandemia*. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/COVID-19/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2021/CARTILLA%20GRUPO%201.pdf>
- Asociación de Académicas de la Lengua Española (2022). Real Academia Española. Madrid. Recuperado de: <https://dle.rae.es/humanizar>
- Bermejo, C. J., & Villacieros Durban, M. (2018). *Humanización y acción*. Revista Iberoamericana De Bioética, 1(8), 1-16. doi:10.14422. Recuperado de: https://www.humanizar.es/fileadmin/media/documentos/Investigacion/Humanizacion/articulos-revistas/Humanizacion_y_accion_-_Revista_Iberoamericana_de_Bioetica.pdf
- Castillo Velasco, S., & Barrera Molina, F. (2018). *Programa de humanización*. Pitalito Huila. Recuperado de: https://www.hospitalpitalito.gov.co/images/DOCUMENTOS/1-Ley-1712/2019/6-planeacion/2-programas_institucion/Programa_de_Humanizacin.pdf
- Ceballos Bolívar, C. E., & Gutiérrez González, S. (2012). *Humanización de la atención en salud*. Recuperado de: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1232/Humanizacion_servicios_salud.pdf;jsessionid=00B8332FC6AA272DDC00067E49C48140?sequence=1
- Consejería de sanidad. (2016). *Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016 - 2019*. Madrid: BIG Creativos, S.L. Recuperado de: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- Decreto 1009 de 2020 (2020). Ministerio de hacienda y crédito público. Recuperado de: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201009%20DEL%202014%20DE%20JULIO%20DE%202020.pdf>

Decreto 1011 de 2006 (2006). Ministerio de la protección Social. Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Decreto 1109 de 2020 (2020). Ministerio de salud y protección social. Recuperado de:
<https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201109%20DEL%2010%20DE%20AGOSTO%20DE%202020.pdf>

Decreto 780 de 2016 (2016). Ministerio de salud y protección social. Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de:
<https://www.usa.gov/espanol/agencias-federales/departamento-de-salud-y-servicios-humanos>

Díaz Amado, E. (2017). *La humanización de la salud conceptos, críticas y perspectivas* (1st ed.). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de:
https://www.javeriana.edu.co/documents/4578040/4715782/Humanizacion_de_la_Salud/22f8a084-b9a5-41dd-8673-487bc72b90aa

Fonseca Salguero, M. A., & Martínez Peñuela, D. A. (2020). *Caracterización de peticiones, quejas y reclamos del SGSSS en Colombia en 2014 - 2019: Retos y perspectivas*. Recuperado de:
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/78105/caracterizaciondepeticionesquejasyreclamosdelsgsssencolombiaretosyperspectivas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gutiérrez Fernández, R. (2017). *La humanización en la atención primaria*. Revista Clínica De Medicina De Familia, 1(10), 29-38. Recuperado de:
<https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v10n1/especial.pdf>

Hernández Orozco, H. G. (2012). *Criterios para aislamiento por enfermedades infectocontagiosas*. Revista Ciencias De América Latina, 33(2), 89-93. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640333008.pdf>

- Hurtado Sepúlveda, E., & González Mayorga, M. Equipo dirección de calidad de servicios de salud. (2020). *Orientaciones técnicas para la protección mental de los trabajadores de la salud, la comunicación sistemática con la familia y afrontamiento del duelo en el marco de la humanización de los servicios de salud*. Bogotá. Recuperado de: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid_S/Orientaciones_Humanizacion.pdf
- Ley 100 de 1993 (1993). Congreso de la república de Colombia. Recuperado de: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=5248
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 (2015). Congreso de la república de Colombia. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Mendocilla Risco, M. E. (2020). *Fortalecimiento de la atención primaria con brigadas itinerantes - covid-19*. Lima. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/fortalecimiento-atencion-primaria-con-brigadas-itinerantes-covid-19-con-hospital-peru>
- Ministerio de Salud (2021). *Ejes de la acreditación. Humanización de la atención*. Recuperado de: <https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/#:~:text=Humanizar%20es%20un%20asunto%20%C3%A9tico,ser%20humano%2C%20hablamos%20de%20humanizaci%C3%B3n>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Lineamientos para el manejo del aislamiento domiciliario, frente a la introducción del sars-cov-2 (covid-19) a Colombia*. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS06.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016). *Política de atención integral en salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente". El sistema de seguridad social en salud* (1ª ed., pp. 1-97). Colombia: Universidad del Externado de Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud. *Mención a la excelencia a 37 I.P.S del país* (2016). Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-entrega-mencion-a-la-excelencia-a-37-IPS-del-pais.aspx>

Montilla, S., Pesce, M. C., Cristiani, S. L., & De Bartolis, L. (2021). *La humanización de la atención sanitaria en el contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19: Reflexiones de cuidados paliativos con una mirada interdisciplinaria desde la terapia ocupacional*. (1st ed.). Argentina: Revista Argentina de Terapia Ocupacional. Recuperado de: <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2021jul-dossier3.pdf>

Nulens, E. (2018). *Guía para el control de infecciones asociadas a la atención en salud*. Recuperado de: https://isid.org/wp-content/uploads/2019/08/07_ISID_InfectionGuide_Enfermedades_Transmisibles.pdf

Pabón Ortiz, E. M., Derth Mora Cruz, Jop Vann, Buitrago, C. Y., & Castiblanco Montañez, R. A. (2021). *Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias*. Ciencia Y Cuidado. Scientific Journal of Nursing, 18(1), 1-11. Recuperado de: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2512/2984>

Resolución 5261 de 1994 (1994). Ministerio de salud. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf

Resolución 8430 de 1993 (1993). Ministerio de salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Santacruz Bravo, J. D. (2016). *Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la resolución 13437 de 1991*. Revista Universitaria De Salud, 18(2), 373-384. Revisada de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a17.pdf>