

1. Introducción

En Colombia, el término *humanización* se ha utilizado en diversos sectores, entre ellos, y quizás en el más ampliamente abordado, destaca el sector salud. La humanización, entendida como el abordaje integral del ser humano, ha sido uno de los puntos álgidos y de mayor crítica en la actualidad. Esta crítica atraviesa temas fundamentales, como la definición de salud (equilibrio físico, mental, social; autonomía, interdependencia, goce legítimo, etc.), de la enfermedad (desequilibrio, patología), del sistema sanitario (accesibilidad a los servicios, noción de derecho, costo), de la asistencia integral (en todas las fases del proceso de atención), entre otros (Rodríguez, 2012).

Bajo esta perspectiva, el contexto de la humanización se ha desvirtuado gradualmente por una serie de factores que parecen tener prioridad en el día a día de las instituciones de salud, entre ellos está la tecnificación creciente del servicio de salud, la prioridad por la eficiencia y el control del costo médico. Todo esto ha hecho que el personal de salud anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un verdadero servicio orientado al ser humano (García, Gavilán A. y Gavilán M., 2017). Resulta paradójico que se hable de “humanizar los servicios de salud” cuando la esencia de estos es, precisamente, el ser humano y cuando el origen de las instituciones de salud se gestó a partir de la necesidad de que alguien atiende al enfermo (Aldeco, 2014).

Hay suficiente evidencia que demuestra que, usando eufemísticamente el discurso del acceso universal y la distribución justa de recursos en los servicios de salud, se ha llegado a destruir aspectos fundamentales que deben caracterizar la atención y el ejercicio del personal relacionado con la humanización como, por ejemplo, el respeto por las personas, su dignidad, su autonomía y el compromiso de ayuda al necesitado y vulnerable. En este contexto, es urgente la necesidad de crear una cultura de servicio centrada en las necesidades reales de los usuarios, cuyo principal eje transversal sea los valores (Díaz, 2017).

Desde esa perspectiva, la humanización de la atención debe ser entendida como imperativo ético que resulta del respeto por la dignidad humana (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2020), comprendida aquella como el elemento central del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, en el que se ubique a las personas como centro y finalidad del sistema y a través del cual se busque la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso con la calidad por parte de todos los agentes del sistema. Cuando en la atención de los pacientes se tiene en cuenta el contexto de la ética y los valores, es posible suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social (Minsalud, 2020).

Aunque se han realizado múltiples esfuerzos por implementar programas que se dirijan a crear un contexto más humano en las instituciones de salud, los resultados han sido limitados en el tiempo, es decir, no se ha logrado, de manera definitiva, que el personal de salud se apropie verdaderamente del proceso de humanización, quizá por la carencia de líderes que dirijan sus esfuerzos en este sentido, quizá por la falta de implementación de programas creados para tal fin, especialmente en el servicio de enfermería, principales gestores del cuidado en las instituciones de salud (Hoyos P, Cardona M, Correa D. 2008).

La Organización Mundial de la Salud en el 2015 mencionó que más del 80 % del personal institucional de salud está conformado por el personal de enfermería, de tal manera que es este grupo el que integra el perfil de acción en los servicios de salud, realizando funciones centradas en la atención a las personas, familias y comunidades. Es por eso que, en muchos países, el enfermero es el líder y, por su quehacer, es el actor clave en los equipos de salud multidisciplinarios, además de proporcionar una amplia gama de servicios a todos los niveles del sistema de salud (como se citó en Hernández M., 2016).

Por lo anterior, el presente trabajo propone determinar los factores que afectan la humanización de la atención en salud desde la percepción del personal de enfermería del servicio de urgencias que labora en una IPS Oncológica de Bogotá y desde la percepción de los usuarios que allí acuden. A partir de ello, se pretende generar una serie de recomendaciones de intervención sobre aquellos factores que limitan el desarrollo apropiado de las actividades del personal de enfermería y que, a su vez, favorezca la adherencia al programa de humanización, contribuyendo a la mejora de la calidad de la atención en salud en esta institución.

2. Marco de referencia

2.1 Marco conceptual

2.1.1 Humanización en salud

Bermejo afirma que “humanizar es una cuestión ética que tiene que ver con los valores que conducen la conducta en el ámbito de la salud” (como se citó en Díaz, 2017, p.51). Así, la ética y, en la actualidad, la bioética son temas decisivos en cuanto que aportan principios universales al compromiso de la humanización y responsabilidad en el servicio de la salud. Hoy no solo aparece la humanización en el ámbito ético y bioético, sino también moral, pues tiene en cuenta los valores y principios que se exigen en la asistencia en salud de manera que, ante la realidad de la salud y la enfermedad, sobre todo esta última, como situaciones que confrontan a la vida con la indetenible realidad de la muerte, se presentan casos de carácter jurídico-ético, bioético y moral. Es por esto que los conocimientos aportados por la ética y la bioética permiten proteger la dignidad y la calidad de vida de las personas, fomentando el respeto de todos sus derechos.

2.1.1.1 Elementos de la humanización

Los siguientes son elementos o componentes que constituyen el atributo de humanización y contribuyen a abordar la propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud (Minsalud, 2020):

- Abordar la integralidad del ser humano, asociada con las relaciones entre la persona y la red de apoyo, el personal de la salud, administrativo y directivo de las organizaciones; de las organizaciones del sector entre sí y con otras organizaciones de diferentes sectores.
- La promoción y la motivación a los otros como parte del contexto de la humanización, junto con la práctica y las relaciones interpersonales.
- Predominio en las instituciones del respeto por la dignidad humana, el buen trato, el acogimiento y hospitalidad, la formación del personal de salud, la organización de los servicios para la atención, la información brindada sobre su enfermedad y tratamiento.
- Todas las acciones orientadas a la dignidad, al respeto a la vida y a los derechos sin distinción en edad, género, creencias, cultura, etnia, condición socioeconómica e ideología política hacen al hombre más humano. Esto hace referencia a la habilidad de la comunicación y cómo influye en las relaciones interpersonales, en la red de apoyo con el personal de salud, en las organizaciones y en las asociaciones, entre otros (Ariza O., 2012).
- Hablar de humanización constituye un compromiso ético, promueve la dignidad del ser humano y su reconocimiento como un ser integral; se relaciona con favorecer el ambiente, los espacios que benefician el confort, la accesibilidad y la calidez del mismo; hace referencia a las componentes de la calidad en las intervenciones, en las prácticas y en la seguridad de las personas; se relaciona con la integración en la comunidad y la participación de la misma; se relaciona con aspectos de calidad del servicio.
- Reconocer al ser humano integral: pasar de paciente-enfermo a persona-salud.

2.1.1.2 Características de la humanización

Una de las principales características de la humanización es la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud, en la que los profesionales de la salud son la pieza clave. Aspectos como el optimismo del personal médico son fundamentales, puesto que influye en la buena relación con su entorno, facilitando la generación de empatía, a su vez indispensable para el buen desarrollo de sus actividades y de la socialización en pro de la mejora de la capacidad de comunicación con su equipo de trabajo, pacientes y/o familiares (Minsalud, 2020).

Otro aspecto para destacar es la autoeficacia, la cual se relaciona con la habilidad de integración con el entorno desde la solución efectiva de situaciones adversas, ligada con el autoestima, permitiendo que el personal de la salud maneje de una manera óptima y controlada las situaciones que se puedan presentar en el continuo ejercicio de sus funciones; esto quiere decir que el individuo no permite que las diferentes circunstancias negativas afecten su estado emocional y psicológico frente a su desempeño laboral (Minsalud, 2020).

De acuerdo a la propuesta de la Política Nacional de Humanización en Salud, las siguientes apreciaciones también son características que distinguen la humanización en el servicio de salud (Minsalud, 2020):

- Redrado argumenta que la humanización contribuye al bienestar propio y de los demás en busca constante del bien común (como se citó en Minsalud 2020).
- Bermejo rescata del Dr. Francesc Raventós las características de un sistema de salud humanizado, el cual está al servicio de la persona, pensado y concebido en función del hombre; un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud; que corrija

desigualdades y elimine discriminaciones; con participación ciudadana y que garantice la salud de todos los ciudadanos. Otras características que menciona el autor son la gestión, el funcionamiento de las estructuras sanitarias, la mentalidad de las personas involucradas en estas, la competencia profesional en el manejo de elementos no fácilmente comunicables (el dolor, el sufrimiento, las capacidades recuperadas, la alegría). Es decir, no es tanto un proceso o un cambio de estructuras, sino de actitudes, el avance de la humanización no solamente se condiciona a través de la transversalización en los lineamientos institucionales o nacionales, sino a través de un proceso de cambio de actitudes y de voluntad de todos (como se citó en Minsalud, 2020).

Hoyos et al. (2008) menciona la necesidad de humanizarse antes de humanizar a otros lo cual permite generar cambios personales de acuerdo con los ámbitos de gestión, además de promover una cultura donde predominen los valores humanos y el crecimiento personal. Señala el autor que la humanización es responsabilidad social, se presenta en la integridad del trabajo y se desarrolla de forma multidisciplinaria, con la mejora del entorno y la infraestructura de las instituciones de salud.

Bermejo y Durbán (2013) indican que la humanización tiene un componente individual y colectivo que extrae lo más genuino y natural de cada persona y se fundamenta en la relación interpersonal; además, se relaciona con la multidisciplinariedad, la integralidad del conocimiento, con los valores y con las capacidades y competencias del personal de salud; hace referencia a proteger el derecho fundamental de la salud, a actuar con libertad, a provocar la autonomía y la libre elección (como se citó en Minsalud, 2020).

Igualmente, como lo mencionan Bermejo y Durbán (2013), incide en la autonomía de las relaciones fundadas en los valores, en que se generen prácticas de atención centradas en la

persona. Involucra a todas las personas, desde la dirección administrativa hasta el guardia de seguridad. Se instituye en cada uno de los agentes del sector, con la adaptación de servicios y lineamientos que mejoren su misión al servicio de las personas y que favorezca al personal de salud (como se citó en Minsalud, 2020).

Por su parte, Magliozzi (2016) menciona que otra característica de la humanización es la relación con la promoción en salud, generada por el equilibrio entre los agentes y sus funciones a favor del bien común: salir del reduccionismo biológico en el que ha caído la medicina (como se citó en Minsalud, 2020).

En los últimos años, la humanización ha venido aplicándose y mejorándose como criterio esencial en la atención de los servicios de salud en la medida en que se avanza en la medición de los procesos de calidad institucional. Sin embargo, y particularmente en materia de satisfacción, existen aún muchos retos y expectativas al respecto. En Colombia, por ejemplo, la encuesta del DANE (2012) mostró la percepción que tienen los ciudadanos sobre el servicio que prestan las entidades del sector de la salud. La encuesta encontró resultados muy bajos que terminan afectando los procesos de humanización. Por ejemplo, el porcentaje de ciudadanos satisfechos con la rapidez en la entrega de los trámites fue de un 24 %, con los procesos para acceder a información, trámites y servicios fue de un 19 % y con la calidad del personal asistencial fue de tan solo un 18 %. Para el 2014, la percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue de 54 %, lo que indica que el 46 % de los usuarios consideraron difícil acceder a los servicios de salud de su EPS. A pesar de esto, el indicador mejoró un 11 % con respecto al 2015.

En cuanto a la proporción de personas que reportaron que la EPS les negó un servicio, esta se redujo a la mitad entre 2013 y 2014; la negación de servicios disminuyó, al pasar del 11%

al 5%. Dentro de las principales razones por las que la EPS negaron un servicio estuvieron la no disponibilidad del recurso, con 36,46 %; servicio no incluido en el POS: 29,02% y la no contratación con el prestador: 22,16%. Para encontrar respuestas a sus necesidades en salud, las personas tuvieron que acudir a una tutela o a derechos de petición para acceder a los servicios requeridos (Minsalud, 2015). Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2013-2014, el 80 % de los usuarios encuestados en 2014 se sintió atendido con trato amable y respetuoso por el personal administrativo de la EPS y del personal asistencial y la percepción de buen trato, 85 %.

Para el personal administrativo no hubo una diferencia significativa entre los años 2013 y 2014, mientras que para el asistencial disminuyó el indicador (Minsalud, 2015). Con respecto a la calidad de dicha información, los usuarios que recibieron la información manifestaron una alta calidad de la misma. Estos indicadores sugieren la importancia de que los servicios de salud respondan realmente a un sentimiento y a una actitud de servicio humanos hacia los pacientes mientras estos reciben el tratamiento médico que requieren. Este escenario de diversos retos ilustra la necesidad de promover una cultura de humanización de los servicios, fortalecer el proceso de preparación del personal, establecer líneas de intervención con usuarios y clientes internos, promover la práctica de valores y principios humanísticos y propender por el respeto a la dignidad humana, la motivación y el reconocimiento de la persona (Agrado,2017).

Rodríguez (2012) reconoce la existencia de lo que denomina “tres vertientes” en la forma de aproximarse al tema de la humanización de la salud en Colombia. La primera proviene de las comunidades religiosas y su trabajo de larga trayectoria en hospitales, fundamentada, entre otras cosas, en la caridad, la misericordia y la vocación de servicio al prójimo en tanto

valores inherentes a su credo. La segunda, que puede considerarse una aproximación política, hace énfasis en la reivindicación de los derechos del ciudadano en relación con la salud. En esta aproximación, cobran relevancia las nociones de autonomía y participación con fundamento en planteamientos filosóficos, éticos y jurídicos. Finalmente, la tercera forma de acercarse a la humanización es de carácter más técnico, incluso podría considerarse una postura ecléctica y pragmática, su énfasis se hace en los procesos de aseguramiento de la calidad de las instituciones que deben estar orientados a la satisfacción de necesidades concretas y específicas de cada uno de los distintos actores del sistema de salud. Esta última vertiente es la que caracteriza al sistema de acreditación actual en Colombia (Bejarano, 2017).

Actualmente, se tiene la percepción de como los pacientes prefieren, en mayor medida, ser atendidos por profesionales que no solo resuelvan sus problemas y necesidades de salud de manera efectiva, sino que, además de ello, actúen de forma humana, con empatía y en condiciones de infraestructura y equipamiento adecuados. En el mercado de servicios de salud, cada vez con mayor competitividad, se hace indispensable que los profesionales, más allá de estar académicamente actualizados, también tomen muy en cuenta la importancia de desarrollar otras cualidades como la empatía, la solidaridad, la calidez, el carisma, con el objeto de orientar sus servicios hacia las necesidades y al cumplimiento de las expectativas de los pacientes (Salazar, 2018). Una de las dificultades para entender cómo funcionan todas esas cualidades entorno a la atención humanizada es la complejidad de su medición, debido a que existen demasiadas extensiones y variables para lograr medirlas tanto en los usuarios, como también en el personal médico.

Debido a lo anterior se han hecho varios estudios, pero no se ha logrado desarrollar una herramienta eficaz que logre dimensionar en escalas la calidad de la humanización. Dentro de los avances al respecto, se creó HUMAS (Escala de Humanización Profesional de la Salud), la cual contiene cinco factores de construcción multidimensional que son: afecto, autoeficacia, comprensión emocional, disposición optimista y sociabilidad, siendo estos la fuente principal de la calidad de la atención en salud (Pérez et al., 2019).

Esta herramienta se diseñó con el fin de medir la humanización. Debido a que es demasiado denso y de gran dificultad lograr cuantificar su medida en cuanto a la atención humanizada, se tomaron los principios de la herramienta: afecto, autoeficacia, comprensión emocional, disposición optimista y sociabilidad; y de ellas se derivaron factores de medición como la empatía básica, la pro-sociabilidad y la positividad, entre otros. Para poder dimensionarlos, se emplearon métodos de estudio por cada uno de estos factores, por ejemplo, en cuanto a la empatía básica, se utilizó como base la *Escala de empatía básica* diseñada por Jolliffe y Farrington (2006), de donde se obtiene una puntuación de empatía afectiva y empatía cognitiva. De la misma manera se realizaron las mediciones para las demás escalas, llegando a la conclusión de que existe una correlación entre los factores mencionados, a excepción de la empatía afectiva. La importancia de esta última radica en la capacidad del profesional de sentirse en la posición de su paciente sin mezclar sus sentimientos con aquella persona, sin llegar a una asociación negativa con el afecto.

Así pues, esta herramienta logra aclarar el objetivo principal de la humanización en cuanto a la calidad de la atención de acuerdo a las necesidades de los usuarios, teniendo en cuenta la existencia de los cinco factores anteriormente mencionados (afecto, autoeficacia, comprensión emocional, disposición optimista y sociabilidad), que, como resultado, serían

los pilares fundamentales de la atención humanizada y que mediante la aplicación de este instrumento se puede llegar a un análisis general del personal médico y administrativo en salud. Finalmente, esta escala puede ser útil en investigaciones y desarrollo de proyectos en salud, puesto que es un instrumento de medición válido y confiable, que permite dimensionar la necesidad de intervención en cuanto a la atención con calidad y a la eficacia desde la perspectiva de la atención humanizada (Pérez et al., 2019).

Otros estudios de medición de la calidad de la atención humanizada y de la percepción de la misma, tanto desde la mirada del paciente como desde la del personal de salud, se han apoyado en diversas teorías usadas como fundamento teórico, dentro de las que destaca la teoría de Jean Watson. La esencia de esta teoría radica en los momentos de cuidados, es decir, como un ser humano, en este caso un profesional de enfermería, es consciente, tienen la intención, compasión y entiende cómo puede conectar con una persona en el momento de cuidado, tomando en consideración que dichos momentos pueden ser destructivos o motivadores para el paciente (Universidad Señor de Sipán, 2018).

Los momentos de cuidado son los momentos en los cuales se cuida de otro ser humano durante momentos simples de sus vidas. Pero, ¿qué pasa en esos momentos? La sensación queda con el paciente aun cuando se va la enfermera, trascendiendo en el tiempo y el espacio, incluso en los momentos de desinterés por los pacientes. En algunos casos, esta situación acarrea procesos legales en contra de los profesionales de la salud que, aunque no hayan hecho nada malo, generan desmotivación y frustración en el paciente (Universidad Señor de Sipán, 2018).

Cada ser humano necesita ser escuchado, necesita ser tenido en cuenta y necesita que le hablen con un sentido humano, por lo tanto, hay que ser conscientes de que esos momentos

de cuidado son la esencia de la teoría del cuidado, durante los cuales el lenguaje y la estructura de esta teoría misma tienen que ver con lo que llamó Watson “los diez procesos de caritas”. Esos diez procesos son principios universales de lo que las enfermeras hacen en realidad cuando realizan su labor, donde el núcleo, que en este caso es el lenguaje, es indispensable para describir el fenómeno de lo que están haciendo cuando cuidan a alguien. Este proceso es ignorado a causa de que pocos prestan atención y solo se concentran en lo que la ciencia médica hace y no en lo que el cuidado humano implica. Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser: este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería (Universidad Señor de Sipán, 2018).

Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación del profesional de enfermería. Los cuidados en esta cultura y tiempos históricos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente, pero que están en una tensión con los discursos dominantes, a saber: la tecnología, la enfermedad y la práctica basada en la evidencia; visiones en donde la enfermería y sus practicantes no aclaran aún por cuál corriente optar o cómo intentar convivir con ellas (Urra, Jana y García, 2011).

El profesional de la enfermería, en su interrelación con el paciente, debe ayudarlo a adoptar conductas de búsqueda de la salud, determinando para ello diez factores del cuidado. En sus

últimos estudios, Watson expande su trabajo original como ciencia del cuidado humano, dentro de un contexto ético-moral y científico apoyado en las filosofías éticas de Emmanuel Lévinas y Knud Logstrup. En este último trabajo teórico, presenta los conceptos *Clinical caritas* o *caritas processe* como extensión de los diez factores que evocan el amor y el cuidado como soporte teórico-filosófico del cuidado humano transpersonal que emergen desde un paradigma expandido, para conectar con las dimensiones existencial-espiritual y las experiencias del proceso de la vida humana. A continuación, se exponen brevemente los diez factores del cuidado (Poblete, Valenzuela y Merino, 2012):

1. Formación de un sistema de valores humanistas y altruistas para que los cuidados se conviertan en una práctica amable y ecuánime, dándole sentido al acto de cuidar. Estos valores se aprenden desde muy temprano en la vida, pero en la juventud son importantes los modelos, es por ello que las docentes de enfermería y las enfermeras asistenciales juegan un rol destacado en la formación de estos valores en los jóvenes estudiantes de enfermería.

2. Instilación de fe y esperanza, en donde los cuidados se transforman en una presencia auténtica que permite y sostiene el sistema profundo de creencias, tanto del que cuida, como del ser que es cuidado. Es necesario volver la mirada hacia los aspectos ancestrales del cuidado, en donde adquieren importancia la fe y la esperanza en las creencias que el ser humano sustenta tanto para su salud como para su curación.

3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, y las propias prácticas espirituales y transpersonales. La psicología humanista y transpersonal considera que la relación que se establece con el paciente es clave para lograr resultados en salud incluso más que los métodos tradicionales. La comunicación entre la enfermera/o y la persona cuidada debe ser auténtica, un encuentro persona a persona.

4. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza. Para que los cuidados sean auténticos, es necesario que esta relación se desarrolle y se sostenga en una confianza mutua. El profesional de enfermería debe ver al paciente como ser humano que necesita ser comprendido, no como un “objeto” de sus cuidados, objeto al que se puede manipular y tratar.

5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos. Este punto se deriva del tercero: cultivar la sensibilidad de uno mismo y de los demás. El autoconocimiento y la aceptación permiten compartir sentimientos con el otro. La autora de esta teoría reconoce que es una experiencia que implica riesgos, tanto para las enfermeras como para los pacientes; la enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación, y ser capaz de establecer la diferencia.

6. Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones. Esta es una actitud creativa para resolver problemas, es una forma de conocer las partes del proceso del cuidado incorporando el arte en la práctica de cuidar-sanando. El cuidado de enfermería adquiere el carácter científico basándose en un método organizado y sistemático. El uso del método de resolución de problemas como herramienta ha permitido a las enfermeras una práctica científica del cuidado.

7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal. Es una experiencia genuina de enlazar la enseñanza y aprendizaje como una unidad de “ser” y con “significado”. Los profesionales de la salud, en general, tienen el deber de prepararse para educar y entregar información a la persona cuidada, de este modo, la van a ayudar a adaptarse y a disminuir el estrés; a la vez, las enfermeras/os también deben aprender a recibir del otro.

8. Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, proporcionando un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al ambiente no físico, reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz. El bienestar se debe evaluar desde el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios. Aspectos como una cama confortable, una posición correcta y la realización de ejercicios, son tan importantes como explicar al paciente los procedimientos que se van a realizar, y la satisfacción de sus necesidades espirituales.

9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas. Satisfacer las necesidades básicas dándole sentido al cuidado, suministrando la esencia del cuidado humano, reforzando la integridad cuerpo, mente y espíritu, como un ser único en todos los aspectos del cuidar, incorporando el desarrollo espiritual profundo.

10. Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas. Se deben atender y abrir los misterios espirituales y existenciales de la vida y la muerte cuidando el alma de uno mismo y del ser que se cuida (Poblete et al., 2012).

Con base a la teoría anteriormente descrita, en recientes estudios, se analizó la validación de dos escalas del cuidado humano transpersonal, llamadas *Caring Efficacy Scale (CES)* y *Nyberg's Caring Assessment (NCA)*, las cuales se enfocan en el cuidado del paciente desde dos aspectos correlacionados, que son la eficacia en el cuidado y la valoración del sentir del paciente en cuanto a la empatía con el mismo respectivamente. Lo anterior, se infiere en el mencionado estudio de validación realizado en Chile en el año 2007, cuyo propósito fue medir la humanización en el personal de enfermería en el ámbito asistencial y académico hospitalario y que contó con una muestra de 360 personas para la investigación (Poblete et al., 2012).

Las escalas mencionadas, por pertenecer a la teoría de Watson, se rigen por las diez características que sintetizan esta presunción de que permite cubrir los ángulos requeridos para una atención humanizada por parte del personal de enfermería en general, objeto de este estudio, y que particularmente para el análisis de estas dos escalas se tienen en cuenta las enfermeras profesionales clínicas y académicas que trabajan en el sistema universitario chileno. Uno de los factores de inclusión es que el personal de enfermería debía poseer una experiencia laboral mínima de tres años (Poblete et al., 2012).

En cuanto a la escala CES, esta contiene 30 ítems enfocados en el análisis desde la autoeficacia del personal objeto de estudio, donde cada uno de ellos es autónomo para regular su comportamiento de acuerdo a las situaciones presentadas, teniendo en cuenta las características propias de la atención humanizada, aunada a los presupuestos de la teoría de Watson. Con ello, se tantea el grado de compromiso y de autorregulación del personal en cuanto al servicio, donde se encontró que aunque haya la disposición para generar la sensación de humanización a los usuarios, no se logra un desprendimiento de las creencias de aspecto espiritual relacionados con los prejuicios existentes al momento de escuchar a los pacientes como seres humanos, dificultando así la comunicación asertiva y cercana entre estos, es decir, no se abre la posibilidad de entablar conversaciones de confiabilidad con el usuario, conllevando a la dificultad de compenetración con el mismo (Poblete et al., 2012).

Por otra parte, la escala NCA se compone por 20 ítems que permiten obtener un análisis desde el aspecto espiritual, de comunicación, de esperanza y del respeto hacia las necesidades espirituales y físicas del otro desde la sensibilidad. Claramente, lleva a considerar que el personal logre empatizar con el usuario propendiendo a la atención humanizada hacia el mismo, cubriendo primordialmente los canales espirituales y de comunicación basados en la

filosofía de la teoría de Watson. Se evidenció que el personal, al tener esa compenetración profunda con el usuario, tiende a obviar las reglas de funcionamiento, es decir que, considera las relaciones antes que las reglas en el ejercicio de su labor o en la atención propia del paciente (Poblete et al., 2012).

Con base en la versión original del CBA y, específicamente, la versión de Ayala-Valenzuela, en Puebla, México, se realizó un estudio cuyo objetivo fue validar y adecuar la versión en español del *Caring Behaviors Assessment* para obtener una primera versión que pueda evaluar los comportamientos del cuidado otorgado en una población de enfermeras mexicanas de un hospital de segundo nivel de atención. Se decidió, entonces, realizar una adecuación de los ítems para desarrollar un instrumento que midiera la percepción del cuidado otorgado, a la cual se le denominó *Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería* (ECCOE). De esta forma, se realizaron adecuaciones en la redacción de los ítems, se respetó el orden y el sentido para evaluar los factores de cuidado de Watson con el propósito de evaluar la percepción de la calidad o comportamientos de cuidados que la enfermera considera que otorga a sus pacientes. La validación y estandarización que se realizó para obtener la versión en español del instrumento ECCOE permitió analizar estadísticamente la percepción que la enfermera asume sobre sus comportamientos dentro de la práctica profesional al brindar su cuidado a los pacientes (Morales, Hernández, Morales y Landeros, 2016).

Los resultados fortalecen los supuestos de la Teoría del cuidado humano de Jean Watson, dado que representan un aporte sin precedente para evaluar el cuidado humano transpersonal desde la perspectiva del profesional de enfermería, a partir de una filosofía humanista y ética. La validación de esta escala propicia continuar con investigaciones futuras del cuidado que

los profesionales de enfermería otorgan en diferentes contextos y no solo desde la perspectiva de los pacientes, dado que es necesario identificar, analizar y buscar puntos de encuentro para transformar debilidades desde la experiencia y la enseñanza, con la finalidad de mejorar la relación enfermera/o-paciente e incrementar la calidad de los programas que incluyan los cuidados en la práctica de enfermería (Morales, Hernández, Morales y Landeros, 2016)

Lo anterior lleva a establecer una correlación entre las escalas existentes enfocadas a la atención humanizada desde los principios de la teoría antes mencionada, y que, de acuerdo con los factores intrínsecos de cada uno de los encargados de la atención a los usuarios, específicamente las personas del área de enfermería, aplican los presupuestos, tienen compromiso tanto institucional como humano, pero, de acuerdo a su personalidad, creencias y formas de ser, estas variables pueden intervenir en los factores propuestos por las escalas para el desarrollo de sus actividades cotidianas con respecto a la atención humanizada (Poblete et al., 2012).

En la vida del ser humano que sufre alteración de salud, la enfermería ocupa un lugar muy definido y excepcionalmente importante. El médico y otros profesionales no suelen disponer de mucho tiempo para hablar con el enfermo, ni la familia puede permanecer lo suficiente a su lado, pues generalmente sus miembros solo disponen de algunas horas al día o a la semana; en cambio el profesional de enfermería gira en torno suyo durante todo el día y la noche y de una manera más intensa, asumiendo toda la responsabilidad por la vida que ha sido puesta en sus manos (Díaz, E. 2017).

La actitud de la enfermera debe estar, entonces, matizada por la tolerancia, la sensibilidad, el respeto y el amor hacia ese ser humano. No solo son importantes las habilidades manuales, el dominio de las técnicas y destrezas, sino se requiere, además, adecuada actitud y

comunicación con la familia y con los otros integrantes del equipo de salud para satisfacer las necesidades de la persona en tan delicada situación. Así, la enfermera es uno de los profesionales de la salud con mayor responsabilidad en la calidad humana de los servicios hospitalarios y la imagen de la institución donde labora. Los centros hospitalarios son lugares donde se concentran el dolor, la angustia y la incertidumbre; desde fuera, se los imagina generalmente como sitios hostiles, tristes y fríos; por ello no es de extrañar que quienes allí ingresan, agradezcan cualquier mínimo gesto que les devuelva a un mundo más amable y humano. Por tal motivo, necesitan de una acción amigable como una sonrisa o una caricia en la cual sienten la demostración de que tienen a alguien en quien confiar (Díaz, E. 2017).

2.1.1.3 Experiencias exitosas en humanización

A continuación, se exponen múltiples experiencias o buenas prácticas en humanización que se han destacado a nivel nacional e internacional (Minsalud, 2020).

Uno de los pioneros en esta materia es España, la cual cuenta con la incursión de la humanización en el sistema salud desde la década de los años 60. En el Consejo de Europa se sostiene que, para que los hospitales sean más humanos, debería existir un mayor respeto a la dignidad humana. En 1985 se realizaron las denominadas *Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD*, durante las cuales, el Director General del INSALUD, Torras Raventós, señaló que la humanización tiene que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras, con la mentalidad de las personas involucradas y con la competencia profesional. En la década de los años 80, nace el centro de humanización en salud de los Religiosos Camilos con el objetivo de promover cultura de humanización del cuidado, y Raventós asume la

calidad de Director, *Counselling* y experto en humanización y referente mundial en humanización (Minsalud, 2020).

En la actualidad, Madrid, España, cuenta con el *Plan Nacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*, cuyo objetivo es promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria y contribuir en el respeto a la dignidad humana, que se traduce en atención centrada en la persona, personalización de la atención; calidad de trato, información y comunicación, seguridad y confianza, continuidad e integración de la atención, accesibilidad externa e interna, confort de los entornos, cuidado en las situaciones especiales, participación y corresponsabilidad de los ciudadanos, fomento de la autonomía de las personas, atención integral y holística, formación de los profesionales agentes de humanización, dignidad y respeto de los derechos de las personas y comprensión de las necesidades y expectativas de los ciudadanos (Minsalud, 2020).

Para su implementación ha desarrollado 10 líneas estratégicas:

- Cultura de humanización,
- Información personalizada y acompañamiento,
- Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia,
- Humanización en la atención de urgencias,
- Humanización en la hospitalización,
- Humanización en unidades de cuidados intensivos,
- Humanización en la atención de la salud mental,
- Humanización y paciente oncológico,
- Humanización ante el final de la vida y

- Escuela Madrileña de Salud.

México en el año 2000, en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adquiere el compromiso de mejorar la salud materna y en reducir la tasa de mortalidad materna, en el año 2010, en los servicios de salud de Oaxaca, que presenta la mayor diversidad étnica y lingüística de México. Desarrolla el proyecto piloto de atención humanizada del parto con enfoque de interculturalidad. Involucra el reconocimiento y respeto de las diferencias: la mujer es protagonista del trabajo de parto, de acuerdo al respeto a sus tradiciones, lenguaje y otras prácticas propias de su cultura (Minsalud, 2020).

El Salvador cuenta, desde el 2011, con un Programa de Humanización de los Servicios de Salud, el cual promueve la humanización como eje transversal de todos los procesos, administrativos y de salud, además del fortalecimiento de una cultura institucional que promueva la práctica de principios y valores (Minsalud, 2020).

En Brasil, para el año 2000, el Ministerio de Salud desarrolló el Programa Nacional para la Humanización de la Asistencia Hospitalaria, con el objetivo de promover una nueva cultura de atención en salud que favoreciera la mejora de la calidad y la efectividad de los servicios prestados. En el año 2003, el Ministerio transforma el Programa en la Política Nacional de Humanización, la cual está presente en todas las acciones de salud de forma transversal, alimenta el intercambio y la construcción de conocimiento, el diálogo entre profesionales, el trabajo en equipo y la consideración de las necesidades, deseos e intereses de diferentes actores en el campo de la salud, incrementa el grado de corresponsabilidad entre los actores frente al cambio en la cultura del cuidado de los usuarios y en la gestión de los procesos de trabajo (Minsalud, 2020).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social expide el *Decreto 1011 de 2006*, el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), el cual, en su *Artículo 3*, hace referencia a sus características referidas a que “todas las acciones que se desarrollen están orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario”. El SOGC está conformado por: 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación (SUA). 4. El Sistema de Información para la Calidad (SIC). El componente Sistema Único de Acreditación es un proceso voluntario, de autoevaluación interna periódica y con una revisión externa de procesos que garanticen la mejora de la calidad de la atención realizada por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), con enfoque de humanización de la atención e incluye un grupo de estándares que favorecen su transversalización y busca que las instituciones prestadoras definan e implementen su Política de Humanización (Minsalud, 2020).

En la actualidad, Colombia cuenta con 51 instituciones prestadoras de salud acreditadas, de las cuales se mencionan algunas instituciones con experiencias en humanización y que han generado cambios significativos de su cultura organizacional y en la atención a las personas y su red de apoyo, entre ellas destacan los siguientes programas:

- Hospital Pablo Tobón Uribe: *Enfoque de Humanización en la Institución para el Trabajador de la Salud y su Familia*;
- Hospital Universitario San Ignacio: *El Arte de Humanizar Superhéroes de Radioterapia*;
- Secretaria Distrital de Salud, Subred Sur Occidente ESE: *Humanización Pilar Fundamental de la Cultura Institucional*;

- Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.: *Lactoterapia, Humanizando en la Atención Materno-Perinatal*;
- Hospital Universitario la Samaritana: *Enfoque Integral de Humanización SAMI “Calidad soy Yo”*;
- Hospital Susana López de Valencia E.S.E.: *Fortaleciendo el Talento Humano “SUSANITA”, Cultura Organizacional “Pensando en ti, doy lo mejor de mí”*;
- Instituto Roosevelt: *“Terapia del Amor”*;
- Hospital Infantil los Ángeles: *“Dignidad y Compasión” Experiencia de Transformación Cultural en el Proceso Integral de Humanización*;
- Clínica Foscal: *Humanizando los cuidados en la H-UCI*;
- Fundación Valle de Lili: *Comprometidos con la Ciencia y el Arte del Cuidado Humanizado*;
- Fundación Santa Fe de Bogotá: *Cultura de Servicio Humanizado. Atención Centrada en la Persona* (Minsalud, 2020).

Así mismo, se destacan otras instituciones que han desarrollado experiencias relevantes con base en su responsabilidad social con la comunidad, con otros agentes del sector salud y su talento humano en salud, que, aunque no se encuentran acreditadas, han generado acciones significativas en el goce del derecho fundamental de la salud y dignidad humana: Fundación Participar de Armenia Quindío con el modelo en gestión del riesgo; la E.S.E Hospital de Gacheta de Cundinamarca; La Unidad de Salud de Ibagué (USI-ESE) Tolima con el programa de *Parto Humanizado*; El Instituto Nacional de Cancerología con el *Plan de Humanización 2016* desde el enfoque biopsicosocial que considera al ser humano en sentido holístico en sus dimensiones física, emocional, intelectual, espiritual y social; La Alcaldía

Mayor de Bogotá “*Bogotá Humana*” con el *Programa de Humanización de los Servicios en Entidades Públicas de Salud Humanizar 2012* desde el enfoque ético orientado en la mejora de las competencias del talento humano, del bienestar de la comunidad y la mejora del grado de satisfacción de las personas con la participación activa y trabajo intersectorial; La Secretaría de Salud de Cundinamarca con su *Plan de Humanización* promovido en la mayoría de sus municipios (Minsalud, 2020).

2.1.2 Paciente oncológico

Los pacientes oncológicos padecen una enfermedad que se pueden desarrollar en cualquier parte del cuerpo. La característica principal de estos padecimientos es que las células se transforman y empiezan a crecer rápidamente y sin control. Al crecer, requieren mayor espacio y empiezan a invadir o desplazar a los órganos cercanos al tumor. Para lograr este crecimiento, las células cancerosas consumen una gran cantidad de nutrientes y energía, por lo que es frecuente que los pacientes con cáncer pierdan peso. Conforme crece el tumor e invade otros órganos, estos dejan de funcionar normalmente; por ejemplo, si el cáncer invade los pulmones, los pacientes presentarán tos y dificultad para respirar; si invade el estómago, no podrán comer; si crece en el abdomen, tendrán dolor y sensación de pesadez. El cáncer que padece cada persona es único y puede responder de manera diferente a los tratamientos, así como crecer a diferente velocidad (Allende, Verástegui y Herrera, 2012).

El paciente oncológico requiere de cuidados específicos por su alta vulnerabilidad física y emocional en las diversas etapas de la patología, que se irán presentando a medida que pasa el tiempo y, por consiguiente, el proceso de la atención humanizada debe orientarse a las

necesidades y requerimientos del paciente en pro del mejoramiento continuo de la institución prestadora de salud (Allende et al., 2012).

2.1.3 Atención centrada en la persona

De acuerdo con los siguientes referentes, se destaca la importancia en la generación de modelos de atención centrados en la persona, los cuales, a su vez, redefinen los enfoques actuales de la atención integral en salud, facilitando que este tipo de modelos sea la expresión de la humanización en salud, aplicable al sector y a sus servicios (Minsalud, 2020):

Abraham Maslow (1908-1970) como uno de los fundadores de la psicología humanista y transpersonal, centra al ser humano en la autorrealización, entendida como culminación de la tendencia al crecimiento, como la obtención de la satisfacción de necesidades gradualmente superiores y como parte de estructurar el mundo a partir de sus propios análisis y valores. Con la *Teoría de las necesidades humanas básicas* genera el concepto de condición interna del ser humano, que puede ser fisiológica, psicológica, social o autocumplida. Las condiciones del ser humano están medidas por sus potencialidades, aspiraciones y necesidades básicas. Por lo tanto, la personalidad de cada ser humano se basa en su naturaleza interna, biológica e innata, como parte de un ser individual y único, pero que en buena medida tiene algo en común con otros individuos. Entre los elementos comunes están las necesidades naturales, asociadas, por supuesto, a sus respectivas potencialidades y aspiraciones: necesidades básicas o fisiológicas (hambre, sed, sueño, entre otras), necesidades de seguridad (se relacionan con el sentirse seguro, protegido), necesidades de afiliación y afecto (estima alta, confianza, competencia, logros, entre otros), necesidad de estima (desarrollo afectivo

del individuo) y necesidades de autorrealización (se encuentra un sentido a la vida mediante el reconocimiento de las potencialidades de las aspiraciones y del placer al desarrollarlas) (Minsalud, 2020).

Carl Rogers (1902 – 1987) plantea la *Terapia centrada en la persona*, la cual consiste en el organismo que constituye la personalidad en su totalidad e incluye aspectos somáticos y psicológicos. En este contexto, la persona deja a un lado las actitudes defensivas y gradualmente se vuelve capaz de escucharse a sí misma y se abre a sentimientos de coraje, ternura y entusiasmo. Esta terapia determina que los seres humanos son válidos, independientemente de su comportamiento, condición o sentimientos. Así mismo, el autor considera que para que la terapia sea efectiva se necesita ser auténtico y entregarse por completo en la relación profesional al paciente. Donde se le permite a cada persona explorar su propia forma de ser y su complejidad, conociendo mejor sus problemas, lo que le lastima y lo que le ayudaría a darles solución dentro de un contexto de atención en salud. (Minsalud, 2020)

Los principales cambios observados por el autor en los pacientes, durante el proceso de terapia y después de su final, son:

- Obtienen una nueva perspectiva sobre la libertad y el determinismo.
- Usan la creatividad como elemento de la vida plena.
- Pueden vivir en cualquier momento y cultura.
- Comienzan a vivir de manera constructiva, es decir, siempre continúan progresando para ser ellos mismos.
- Comportarse lo más completamente posible para satisfacer sus necesidades.

Martin Heidegger (1889-1976), como aporte a la filosofía contemporánea, fundamenta el cuidado como parte esencial de la existencia humana y determina la estructura de su práctica. Este autor argumenta que el cuidado, como inherente a todo lo que el ser humano, emprende, proyecta y ejecuta. Haciendo positivo el hecho de que el ser humano está en el mundo, en una reconstrucción constante de sí mismo y de ese mundo, guiada por la idea de cuidado. (Minsalud, 2020)

Por su parte, Jean Paul Sartre (1905-1980) en su trabajo, *El Ser y la nada*, analiza los problemas de la existencia humana. Algunas de sus afirmaciones son: - El ser humano solo se realiza en acción, en un proyecto vivido de manera subjetiva con fines que lo superan y lo trascienden. El ser humano es responsable de lo que es. El "ser" es la síntesis de todos los actos de la persona. (Minsalud, 2020)

Atendiendo a Georges L. Engel (1977), podemos darnos cuenta de que él propone un modelo biopsicosocial, en el cual analiza la esfera psicológica como parte integral del ser humano, en el contexto de la enfermedad. El conocimiento del contexto emocional y social en el que vive cada sujeto o de los factores psicológicos que se dan en él, influyen en los procesos biológicos, los cuales a su vez pueden influir en el sistema social del paciente. El modelo biopsicosocial enfatiza en la visión integral de los factores relacionados con la salud, la enfermedad y la atención, con el propósito de mostrar la interrelación que presentan las creencias familiares con la forma en que las familias se adaptan a las enfermedades. El modelo biopsicosocial se afianza en la teoría de la terapia familiar que está orientada a entender los aspectos biopsicosociales que presenta el individuo, así mismo, con la atención médica centrada en la familia y termina con la creación de la terapia médica familiar. (como se citó en Minsalud, 2020)

El modelo se caracteriza por destacar el papel de:

1. La relación entre el cuerpo y la mente del individuo.
2. La relación entre la dinámica familiar y los hábitos saludables.
3. La relación de las condiciones saludables como persona y familia, así mismo, la relación personal de la salud-paciente y con el contexto social.
4. La atención centrada en la familia.
5. La familia como un sistema, dentro del cual trabaja colaborativamente en pro de lograr hábitos saludables, como estrategia de promoción de la salud.

2.1.4 Calidad de la atención en salud

Hasta la fecha, no existe una única definición universalmente aceptada para el concepto de calidad en salud, aunque bien es cierto que se encuentra una serie de autores con diversas interpretaciones, finalmente, todos tiene algo en común: la atención sanitaria orientada al mejoramiento de sus condiciones. Dentro de la comunidad de salud global, la definición del Instituto de Medicina de los Estados Unidos ha sido ampliamente utilizada. Según el Instituto, la calidad en salud es *el grado por el cual los servicios de salud individual y poblacional aumentan la probabilidad de los resultados de salud deseados y son consistentes con el actual conocimiento profesional*. En cuya definición se recalca que el impacto positivo en la salud, tanto del individuo como de las poblaciones, recae en el énfasis que se hace en los conocimientos profesionales (OPS, 2018).

Además, el Instituto de Medicina establece unos atributos y objetivos generales de calidad, declarando o exponiendo que la atención en salud debe ser segura, efectiva, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa. En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los conceptos básicos de calidad y varios países adoptaron este conjunto de atributos (OPS, 2018).

Ahora bien, actualmente hay una tendencia significativa para definir cuáles son las dimensiones o atributos esenciales de la calidad dentro del sector de la salud, en la que cada país, probablemente, construye su propia definición de calidad y reconoce la importancia de contextualizarla como un aspecto fundamental para la creación de una política de calidad con estrategias de acompañamiento que respondan a las necesidades de la población de cada territorio (OPS, 2018).

En Colombia, por su parte, los atributos para medir la calidad en la atención en salud son accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción del usuario. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respecto y enfrentar el final de la vida con dignidad. (Minsalud, 2020)

Por lo anterior, planificar una cultura de calidad implica un esfuerzo nacional que busque mejorar la calidad de la atención en salud y que considere la importancia de desarrollar e

institucionalizar una cultura de calidad en las IPS Oncológicas y en todo el sistema de salud como un medio para un cambio sostenible y significativo. Es por esto que fue importante contar con la percepción de los agentes del sector salud en la dinámica de calidad y humanización frente a factores que vulneran la condición de ser humano, identificados en la construcción y trabajo de campo, para la formulación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS), el cual señala aspectos como la desconfianza, la fragmentación, el desorden, la corrupción, la poca transparencia como prácticas que deshumanizan la atención en salud y que redundan en las dificultades en el acceso a los servicios requeridos en salud, a las condiciones y a la oportunidad en la atención en salud. (Minsalud, 2020)

Las brechas identificadas como problemas de calidad, en el proceso de construcción del PNMCS en relación con la humanización, fueron:

- Enfoque del mejoramiento continuo, centrado en los agentes del sistema y no en las personas.
- Desarticulación del SOGC con los demás sistemas de gestión.
- Debilidad y falta de articulación en la gestión de los agentes.
- Limitación en los incentivos a los agentes y los trabajadores de la salud.
- Deficiencias en la formación del talento humano en salud.
- Dificultad en el acceso de la información a los usuarios del sistema. Crisis de legitimidad y confianza. Entra a observar cómo las personas consideran el sistema y las brechas como deshumanizados.

2.2 Marco normativo

En la *Tabla 1* se presenta la normatividad vigente que dicta directrices para la prestación de los servicios en salud.

Tabla 1. *Normatividad vigente para la humanización en salud*

Norma	Fecha	Descripción
Ley 23	18 de febrero de 1991	Normas sobre la ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia
Constitución Política de Colombia	4 de julio de 1991	Artículo 48: Seguridad social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del estado.
Resolución 13437	1 de noviembre de 1991	Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes.
Ley 100	23 de diciembre de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1011	3 de abril 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
Ley 1164	3 de octubre de 2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

Norma	Fecha	Descripción
Decreto 4747	7 de diciembre de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
Ley 1384	19 de abril del 2010	Por la cual se establecen acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.
Ley 1502	30 de diciembre de 2011	Por la cual se promueve la cultura en seguridad social en Colombia, se establece la semana de la seguridad social, se implementa la jornada nacional de la seguridad social y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438	19 de enero 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. (Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021)
Resolución 4343	19 de diciembre del 2012	Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.
Decreto 903	13 de mayo de 2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema Único de acreditación en salud.
Ley estatutaria	16 febrero de 2015	Derecho fundamental a la salud.
Resolución 2082	29 de mayo de 2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.
Resolución 256	5 de febrero de 2016	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
Resolución 6055	6 de diciembre de 2016	Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.
Resolución 346	17 de febrero de 2017	Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud.
Resolución 5095	19 de noviembre de 2018	Por la cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1.
Ley 1955	25 de mayo de 2019	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.
Resolución 2626	27 de septiembre de 2019	Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE.
Decreto 2106	22 de noviembre de 2019	Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública.
Resolución 3100	25 de noviembre de 2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

Fuente: Las autoras. Revisión de la normatividad vigente, 2020

2.3 Marco institucional

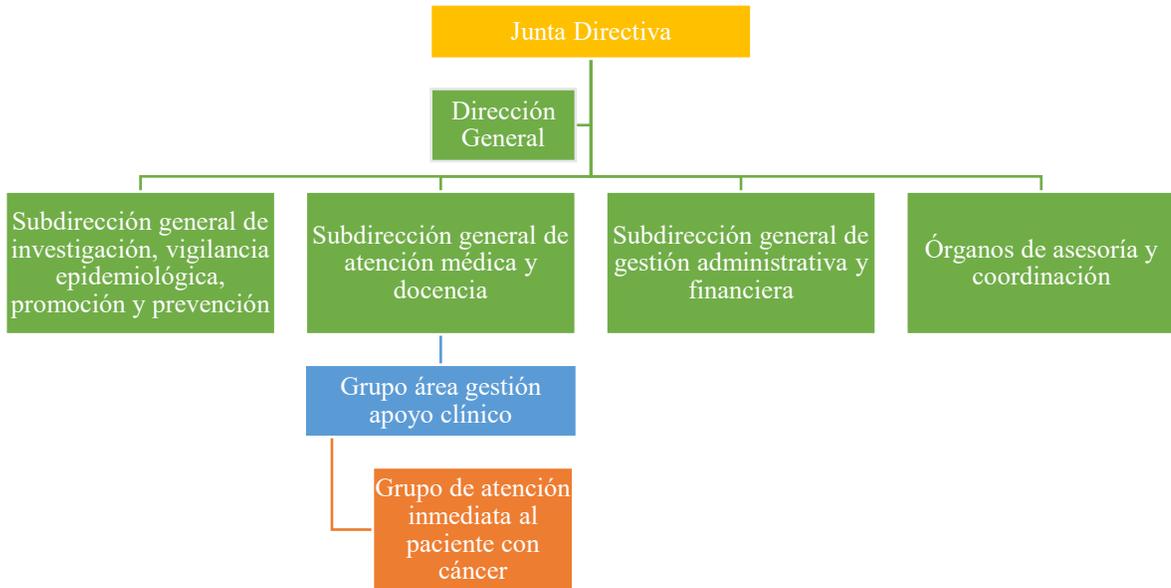
Para el esbozo de este marco institucional, se toma como referente lo planteado por la institución objeto de estudio, razón por la cual, esta no se nombra ni se cita de manera específica. Para el objetivo del presente estudio se hace referencia a una “entidad del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública”.

Los principios de la institución incluyen oportunidad, trabajo en equipo, orientación a resultados, servicio y seguridad. Esta IPS Oncológica está conformada por las siguientes dependencias:

1. Junta directiva
2. Dirección general.
 - 2.1 Oficina asesora de planeación y sistemas.
 - 2.2 Oficina de control interno
3. Subdirección general de investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención.
4. Subdirección general de atención médica y docencia
5. Subdirección general de gestión administrativa y financiera
6. Órganos de asesoría y coordinación
 - 6.1 Comité de organización del sistema de desempeño institucional
 - 6.2 Comisión de personal.

La estructura organizacional de la IPS Oncológica se representa en el *Gráfico 1*, donde se observa que el área de urgencias hace parte del grupo de área apoyo clínico, y que, a su vez, depende de la subdirección general de atención médica y docencia.

Gráfico 1. Organigrama de la IPS Oncológica



Fuente: Las autoras, a partir de información obtenida de la IPS Oncológica, 2020

En el servicio de urgencias de la IPS Oncológica se atienden entre 40 y 60 pacientes diarios para un promedio mensual de entre 1200 y 1800 pacientes. En el turno de la mañana, el cual comprende una jornada entre las 7 a.m. y la 1 p.m., se atienden entre 25 y 35 pacientes con horas pico de consulta entre las 10 a.m. y 12 m. En la tarde, el turno comprende entre la 1 p.m. y las 7 p.m., cuyas horas pico de consulta son desde las 3 p.m. hasta las 5 p.m., y una atención de entre 15 y 20 pacientes. A su vez, el turno nocturno, que tiene la jornada más larga: 12 horas, va desde las 7 p.m. las 7 a.m. del día siguiente, con una afluencia de entre 5 a 12 pacientes en este lapso.

El servicio de urgencias cuenta con un total de 15 médicos generales, 15 enfermeras jefes, 27 auxiliares de enfermería, tres terapeutas respiratorias. El personal tiene turnos rotativos de 6 y 12 horas según necesidad del servicio. En la jornada de la mañana, el servicio de urgencias cuenta con tres o cuatro médicos generales, en la tarde cuenta con cuatro o cinco médicos generales y en la noche con tres médicos generales. En cada uno de los turnos se cuenta con cinco jefes de enfermería y nueve auxiliares.

A continuación, se hace una descripción de la ruta de ingreso al servicio de urgencias:

- Primero, el paciente oncológico, al llegar al servicio de urgencias, se presenta en el área de facturación con su documento de identidad para posterior ingreso en el aplicativo institucional.
- Luego, el segundo paso es la realización de *triage*, el cual lo realiza un enfermero jefe o el galeno de turno, en ese momento, se determina si el paciente requiere atención médica intrahospitalaria o si se deriva a urgencias generales, se direcciona a su EAPB o a su domicilio.
- Si el paciente requiere atención médica intrahospitalaria se realiza la valoración donde se indica la toma de paraclínicos e imágenes y, si lo requiere, valoración por las diferentes especialidades Oncológicas.
- Posteriormente, es ingresado al servicio de urgencias donde es atendido por el personal de enfermería, el cual ejecuta las órdenes indicadas por el médico. Una vez realizado este paso, según su condición clínica, el paciente pasa a la sala de observación general o reanimación.
- Una vez se cuenta con el reporte de imágenes, laboratorios y/o valoración por especialidades Oncológicas, se define la conducta por seguir, donde se determina si el

paciente requiere continuar en observación médica, como también si el especialista tratante define su hospitalización o, finalmente, su egreso.

En el *Gráfico 2* se muestra la ruta de ingreso al servicio de urgencias.

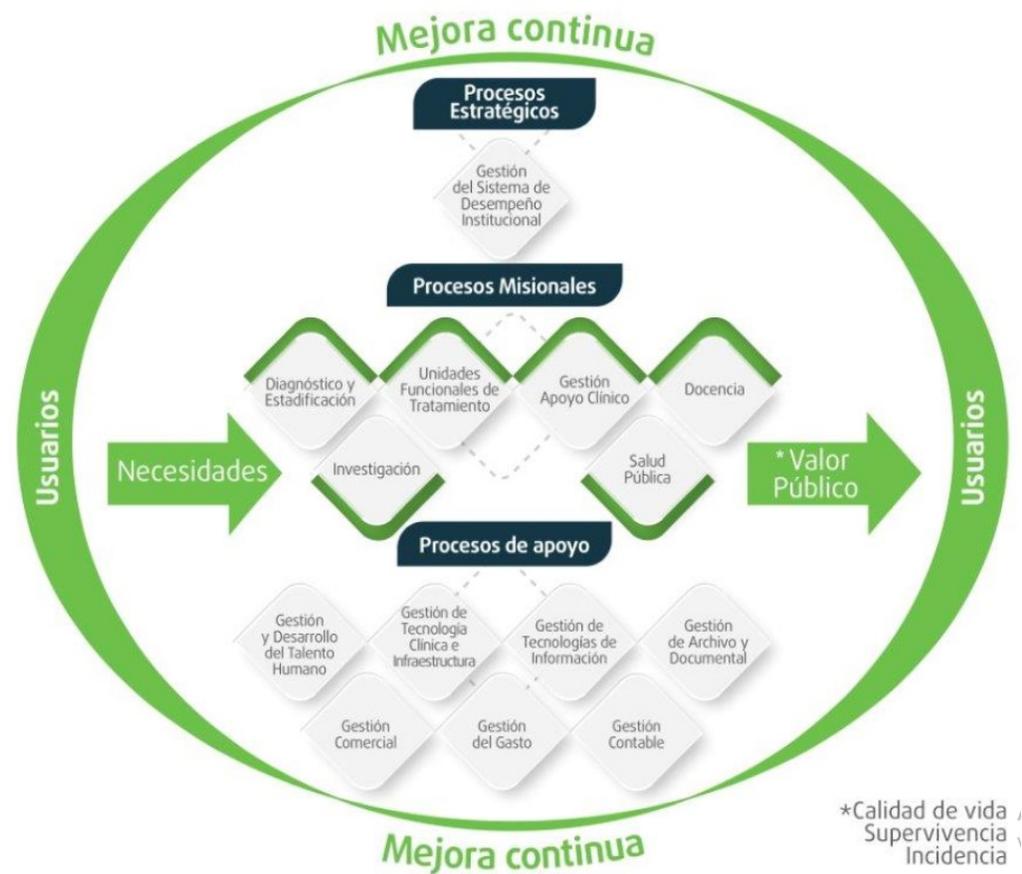
Gráfico 2. *Flujograma de la atención en urgencias de la IPS Oncológica*



Fuente: Las autoras, a partir de información obtenida de la IPS Oncológica, 2020

La institución cuenta con 14 procesos distribuidos de la siguiente manera: un proceso estratégico, seis misionales y siete procesos de apoyo, como se observa en el *Gráfico 3*. Esto es importante para toda institución, pues por medio de esta herramienta se pueden definir los objetivos estratégicos para las diferentes áreas; de igual manera, permite determinar roles y responsabilidades del personal dentro de cada uno de ellas, así como las necesidades y expectativas de los pacientes, permitiendo a la institución detectar sus falencias en pro de la mejora continua.

Gráfico 3. Mapa de procesos de la IPS Oncológica



Fuente: Las autoras, a partir de información obtenida de la IPS Oncológica, 2020

La IPS Oncológica diseñó un plan de humanización en el año 2016, en el cual define un modelo que inicia con el reconocimiento de la ruta de atención de pacientes con cáncer en sus diferentes etapas, precisa unos principios para este sistema y tiene dos dimensiones: 1. El usuario interno y 2. El usuario externo. A su vez, define cuatro enfoques: 1. Gestión del riesgo, 2. Seguridad del paciente, 3. Calidad en la atención y 4. Cultura humanística. Y, además, crea el decálogo para la humanización. Este modelo también contiene dos ejes de acciones transversales a las dimensiones correspondientes: información, comunicación, diálogo e infraestructura y ambiente físico. Caracteriza líneas de acción en la extensión del

usuario externo y del usuario interno, y, así mismo, determina los indicadores en general para las diferentes líneas de acción del sistema de humanización.

En el año 2017, la IPS Oncológica, por medio de una resolución interna, adopta la política institucional e implementa el comité de humanización.

2.3.1 Programa de humanización de la IPS Oncológica objeto de estudio 2019-2022

El programa de humanización de la IPS Oncológica escogida para fines de esta investigación hace parte de la política de prestación de servicios de la misma, junto con el programa de seguridad del paciente, y está dirigido a todo el personal participante dentro de los procesos institucionales para la prestación de los servicios de salud, docencia e investigación. Su propósito es el desarrollo de una cultura humanista desde habilidades y competencias de los colaboradores para la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente, la familia y la comunidad, bajo la política de *Hacer propio el tiempo, el espacio y el dolor del otro*.

Para esta institución, la atención del paciente y su familia se debe realizar de manera congruente con las características socioculturales individuales y de acuerdo con las condiciones específicas de salud, a través de un trato digno, compasivo y respetuoso de su autonomía, de manera informada, con principios de educación sobre su enfermedad. Su compromiso es 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. Para el caso de los

pacientes con cáncer, estas condiciones se consideran absolutamente necesarias, exigencia que justifica e inspira la construcción de la política anteriormente mencionada.

Dentro de los objetivos planteados en este programa, está el contribuir, con el mejor impacto, en el tratamiento del cáncer y a la vez en el mejoramiento continuo de la calidad para la prestación de servicios de salud, alcanzando niveles de satisfacción adecuados mediante el reconocimiento de la dignidad del ser humano, tanto en el usuario interno como en el externo, en un ámbito de integralidad.

Adicionalmente, resaltan dentro de sus objetivos dotar a los colaboradores de elementos necesarios para mejorar sus habilidades de comunicación asertiva con el paciente, la familia y la comunidad; promover clima organizacional más humano y cálido, fortaleciendo el trabajo en equipo, mejoras en las condiciones locativas y ambiente físico para aumentar satisfacción durante la atención y bienestar laboral; fomentar del desarrollo de competencias y habilidades humanistas en el talento humano en formación en el instituto y mejorar en las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del empleado, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia.

Para encaminarse adecuadamente hacia el cumplimiento de estos propósitos, el programa de humanización de la institución cuenta con un modelo centrado en la atención integral del paciente y su familia, partiendo del reconocimiento de la ruta de atención de pacientes con cáncer en sus diferentes etapas. Dentro de las necesidades de humanización identificadas en este modelo están las relacionadas con la comunicación de las malas noticias, la oportunidad en el diagnóstico, el conocimiento de la ruta de atención, el cuidado espiritual y el manejo del duelo.

El modelo está estructurado en cuatro fases identificadas secuencialmente: diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control al superviviente y fase final de la vida. Durante cada una de las cuales se desarrollan acciones con intención curativa o paliativa, centradas en el paciente, para mejorar su calidad de vida.

En ese sentido, el paciente oncológico es inicialmente diagnosticado y su enfermedad es tipificada. El tratamiento puede ser mono o multimodal con intervenciones quirúrgicas, quimioterapia y/o radioterapia, con manejo ambulatorio u hospitalario según sea el caso. Una vez finalizado el tratamiento, se realiza el seguimiento para identificar, de manera oportuna, posibles recaídas y efectuar el control de las mismas o dar el mejor soporte para el bienestar del paciente al final de su vida. Todos estos pasos requieren de una adecuada coordinación de cada uno de los servicios de atención solicitados en todas las etapas del proceso, definido por la institución como soporte oncológico.

Este modelo, tiene como pilares fundamentales valores que sostienen de manera equilibrada y consistente la política que lo define y la estructura que lo conforma. Entre estos están la autonomía, la compasión, la comunicación y el respeto. Como principios orientadores están definidos la confidencialidad, la atención integral en salud, la seguridad, la calidad y la humanización. Además, tiene un enfoque integral enfocado tanto en el usuario interno como en el externo, categorizado en cuatro tipos de gestión, cada uno con un fin específico:

- Gestión del riesgo. Mediante la ejecución de actividades de promoción de la salud en hábitos de autocuidado y prevención frente a la severidad del traumatismo y discapacidad asociada a la patología Oncológica, direccionadas a la asesoría en el desarrollo de políticas públicas encaminadas a mitigar efectos deletéreos en la salud de

la población colombiana, y a nivel institucional en el abordaje integral del paciente respecto a su curso de vida, esto es, la remisión y seguimiento a los diferentes niveles de atención para que el usuario sea incluido en todos los programas de promoción y prevención desarrollados por la aseguradora.

- Seguridad del paciente. La atención Oncológica segura se basa en la identificación, clasificación, priorización y administración de los riesgos en cada una de los procesos identificados en las rutas de atención integral al paciente con cáncer, realizándose de forma previsiva mediante la educación, capacitación y entrenamiento en seguridad a los procesos de atención, bajo una cultura de seguridad justa, no punitiva.
- Calidad en la atención. La institución provee diferentes herramientas que superen las brechas, satisfagan las expectativas y necesidades de los pacientes y requerimientos colectivos e individuales en cada una de las etapas del proceso asistencial, en función de la oportunidad de la atención, de la eficiencia de los procesos institucionales y de la disponibilidad de recurso de acuerdo a su oferta de servicios en búsqueda del mejoramiento continuo.
- Cultura humanista. Definida desde la concepción integradora de los valores humanos de la comunicación, el respeto, la autonomía y la compasión por un ser que padece física, corporal y emocionalmente su enfermedad Oncológica. El entendimiento del dolor como signo vital desde una intención curativa o paliativa es su principal valor. Dentro del desarrollo de la misma, está establecido el decálogo de humanización como pauta primordial en la relación personal asistencial de salud-pacientes.

El modelo de humanización contiene cuatro líneas de acción, las cuales, a su vez, poseen dos dimensiones transversales: cliente externo (paciente y familia) y cliente interno (colaboradores, contratistas, personal en formación):

- Línea de acción I. Derechos y deberes decálogo de humanización.
- Línea de acción II. Apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro.
- Línea de acción III. Espacios y tecnología humanizada.
- Línea de acción IV. Dolor y cuidado paliativo.

2.3.2 Situación actual del servicio de urgencias de la IPS Oncológica en relación a la atención humanizada

La principal problemática del servicio de urgencias de esta institución es el de la deshumanización y dentro de las principales causas que la afectan está la falta de capacidad en la infraestructura, debido a que, generalmente, la institución está en sobreocupación y no logra prestar una adecuada atención en salud. Aunque no es posible intervenir este factor, se han detectado otras causas que afectan el servicio en salud, como la comunicación no asertiva, falta de conocimiento del plan de humanización y, por ende, la no implementación del mismo en el servicio de urgencias. Para este trabajo en particular, el foco de atención se centra en determinar los factores que afectan la humanización de la atención en salud desde la percepción del personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio y desde la perspectiva de los usuarios que recurren a este servicio. Con esto se pretende mejorar la atención del servicio para los pacientes oncológicos, brindando un trato amable, respetuoso y cálido y fortaleciendo así los principios y valores de la institución.

3. Planteamiento del problema

La adopción de los derechos humanos en la atención en salud tiene como objetivo velar por la protección del derecho de la salud y los relacionados con el mismo. Es por ello que se ha reglamentado el servicio para la prestación de los servicios en relación de acuerdo con las políticas internacionales, velando por la no transgresión de los derechos de las personas que requieren de atenciones médicas, tal como reza en el programa de reforma de las Naciones Unidas de 1997, que, insta a todos los incorporados a integrar los derechos humanos como asunto transversal de las distintas actividades de las Naciones Unidas. Como resultado de lo anterior, se hace obligatoria la preservación y el cuidado de los mencionados derechos en todas las instituciones a nivel nacional (OMS, s.f.).

Brasil es uno de los países que más ha trabajado en humanización en sus instituciones, donde cada una de estas se ha comprometido con la adecuada prestación de servicios en salud, trabajando año a año por el mejoramiento continuo de sus dependencias, procesos, personal y otros factores fundamentales para una buena ejecución de labores en el sector de la salud, tal como se evidencia en las innumerables publicaciones de la *Revista Enfermagem* desde el año 2009 hasta la actualidad, en los que se abordan temas álgidos como las estructuras de las instituciones, los procesos y los protocolos, con el fin de motivar y capacitar al personal de la salud, ampliando su visión administrativa y de campo. Todo esto, da pie a que las organizaciones que prestan los servicios en salud en Colombia tengan la obligación

de mejorar el servicio en pro de la protección de la integridad, seguridad y derechos de los pacientes que depositan no solo su confianza, sino su vida a estas instituciones. (Sousa et al., 2019).

Para todas las instituciones prestadoras de servicios en salud, es de vital importancia velar por la satisfacción de los usuarios que a ella acuden, es por ello que se ha dispuesto como requisito para el goce de la acreditación en calidad en salud el imperativo de que se implemente una política de humanización en las organizaciones que pretendan brindar atención en salud. Resulta que, a raíz de la dificultad al acceso en la salud, falta de atención en el servicio, las inconformidades por presuntas acciones en las que se vulneran los derechos de los pacientes y otros factores de deshumanización, se hace necesaria la implementación de planes de humanización para una atención adecuada en el desarrollo de las actividades concernientes al cuidado de la salud, que, por sí mismo, es el bien jurídico de mayor valor para el ser humano después del de la vida y, por consiguiente, se está hablando de la protección sistemática de los derechos fundamentales de los usuarios, además de ser del interés humanitario internacional por sumisión al bloque de constitucionalidad (Rodríguez, 2010).

Ahora bien, la humanización es primordial para la protección de los derechos fundamentales de los pacientes, esta posee una gran diversidad de factores que no solo incluyen el bienestar del paciente, sino de quien lo trata. Así es como recae la responsabilidad sobre la institución prestadora del servicio, debido a que no solo tiene que dotarse del personal suficiente y calificado para la atención, sino que debe proveer las instalaciones, medios y equipamiento adecuados para el desarrollo oportuno y apropiado de las actividades misionales de la misma. Es por lo anterior que se puede establecer que la IPS Oncológica

carece de un área adecuada para atender la demanda que hoy en día es de entre 40 a 60 personas diarias por urgencias, sin contar a quienes se encuentran en observación intrahospitalaria desde días anteriores. Para atender esta demanda, la institución solo tiene 11 camas de observación, sin un espacio para sus acompañantes, lo cual incide en el incremento de hacinamiento y en la vulneración de los derechos de los pacientes con situaciones como la falta de privacidad, la incomodidad, la sensación de malos olores, sonidos desagradables y el quebrantamiento de la dignidad de la persona. A todo esto, se suma la falta de organización, que es directamente proporcional a la sobrecarga laboral y otros factores de deshumanización (Sousa et al., 2019).

Se puede afirmar que la humanización no solo es la calidez de la transmisión de la información hacia el usuario o sus acompañantes; tiene, además, un trasfondo más allá de lo que parece, no se trata únicamente de brindar espacios adecuados para la debida atención médica, contiene más eslabones que se enlazan en la cadena. El personal médico es uno de los elementos fundamentales de la humanización, es el conector principal entre el usuario y la organización, es por ello que, es susceptible a diferentes variables que le permiten encajar dentro de la planificación que se busca implementar. De esta manera, es vital que la institución posea esquemas que regulen los factores que influyen en el estado mental, físico, social, espiritual y emocional de quienes laboran allí, elementos imprescindibles para que este brinde un servicio adecuado con las características y exigencias que la labor específica requiere. El personal médico de esta IPS está expuesto diariamente a situaciones difíciles en la atención de los pacientes oncológicos como, por ejemplo, al momento de dar una mala noticia al paciente y/o sus familiares, puesto que diariamente, y de manera continuada, en el servicio de urgencias de la IPS oncología se presentan casos en los que las enfermedades

Oncológicas están tan avanzadas que la única opción que se les puede brindar a los pacientes es la de tratamientos paliativos para los síntomas, lo cual genera una sensación en los pacientes de que el personal médico no tiene la capacidad de presentar una solución definitiva al problema o bien una mejoría de la enfermedad. Esto conlleva a que los profesionales de la salud estén expuestos a sobrecargas psicológicas y físicas y, por consiguiente, exista la percepción de que el desahucio y/o el fallecimiento de los pacientes es un desenlace normal para el personal médico de la institución, a tal punto que se pierda la capacidad de empatía con respecto al duelo de los familiares y, de esta manera, se cree una sensación de atención deshumanizada en el servicio (Sousa et al., 2019).

Bajo este escenario, la clasificación de los pacientes en el *triage* en el área de urgencias es uno de los factores que más influye en la humanización, puesto que hay un gran número de necesidades de los usuarios cuya prioridad no se puede estimar. Es importante tener claridad sobre la adecuada clasificación del *triage* en el servicio, debido a que esta es una herramienta que ayuda a priorizar la atención a quien lo requiere con mayor urgencia, influyendo proporcionalmente en el tiempo de espera, por lo cual, es una etapa bastante importante en el sentido de que la clasificación debe ser muy acertada para no incurrir en la vulneración de los derechos del usuario, por lo cual, se debe contar con las instalaciones apropiadas y un personal capacitado para esa función.

En la IPS Oncológica se implementó un plan piloto con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en pro de disminuir las estancias prolongadas de los pacientes en el servicio de urgencias por medio de la demarcación de rutas específicas de acción. Para este plan piloto, se definió un medio para que las transfusiones sanguíneas se realizaran en el área de procedimientos del servicio de hematología, como también rutas para la realización de

procedimientos de toracentesis, paracentesis y recambios de nefrostomías, con el objetivo de que estos se realicen de manera programada en los servicios de radiología intervencionista y así disminuir la sobreocupación del área de urgencias, a favor de la prestación de una atención con calidad.

En dicho plan piloto se estableció que el doctor realice un *triage*-consulta, consistente en que no se realiza una clasificación previa de *triage* por la enfermera jefe, sino que se realiza el llamado del paciente por orden de llegada, se evalúa el *triage* y se ejecuta la consulta. El inconveniente con la adopción de esta medida radica en que no brinda la oportunidad de saber oportunamente si alguno de los pacientes en espera por valoración requiere de atención más urgente que se está atendiendo, derivando en una mala atención médica y aumentando el riesgo de mortalidad o eventuales secuelas causados por la falta de inmediatez en su atención. Los estudios publicados en las revistas *Enfermagem da UERJ* del 2011, *Revista Eletrónica de Enfermagem* del 2011 y *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2016, citadas en la revisión integradora con el título *Humanización en servicios de urgencia y emergencia: aportes a la atención de enfermería*, se refirieron a que la atención basada en parámetros de riesgo según las necesidades de los usuarios hace que la atención en los servicios de urgencias sea más rápida, garantizando la seguridad de los trabajadores, quienes saben desde un principio que las personas que están en la lista de espera fuera de las salas de urgencia fueron clasificadas por la enfermera y realmente pueden esperar (Sousa et al.,2019).

A pesar de que uno de los principales motivos de consulta es el manejo del dolor, lo cual es una de las variables de la IPS Oncológica según el programa de humanización vigente, además de ser un ítem bastante importante en el camino por mejorar la calidad de vida de los usuarios junto con el tratamiento especial perentorio para que el paciente no sufra las

incomodidades del dolor, la IPS Oncológica, específicamente en su área de urgencias, no cuenta con la farmacia disponible en urgencias, lo que deriva en la falta de disponibilidad inmediata de los medicamentos necesarios para controlar este síntoma, que es la causa principal de las consultas atendidas a diario en esta institución, razón por la cual el sistema de urgencias tiende a saturarse, desencadenando en la sensación de trato deshumanizado por parte del personal médico, incrementada por el desconocimiento de los usuarios de la no disponibilidad inmediata de los insumos requeridos para controlar el dolor que estos acusan.

En la dinámica del servicio, luego del ingreso del usuario, aparecen algunas variables en el campo de la humanización que se deben tratar, como la de brindar información al paciente, familiares y/o acompañantes, acción que se debe ejecutar a tiempo y de una manera clara y expresa, con un vocabulario que sea entendible para quien recibe el mensaje; razón por la cual se debe conocer a la población a la que se atiende con el fin de lograr una comunicación efectiva. En el caso específico de la IPS Oncológica, como consecuencia de que la institución carece de instalaciones con los espacios apropiados para tal fin, se presenta la dificultad de que por turno solo es posible brindar la información a tan solo 20 usuarios, lo que representa la tercera parte del promedio de asistencia al servicio de urgencias y lo que deriva, inevitablemente en problemas de hacinamiento de pacientes.

Bajo este escenario, también juega un papel importante la sensibilización del personal de urgencias, punto clave para los programas de humanización y que posibilita una comunicación más cercana con el paciente y/o acompañante. Lo óptimo es que el profesional de la salud tenga la sensibilidad necesaria ante la situación del usuario y su entorno, logre relacionarse de una manera más asertiva con el atendido, entendiendo la situación del momento, y cree una sensación de tranquilidad y confianza para el usuario desde su propia

experiencia. Aun así, la IPS Oncológica no ha implementado estrategias de socialización y sensibilización en el área de urgencias para el personal asistencial, lo que conduce a que haya un desconocimiento no solo del término humanización, sino del programa en sí, situación que lleva a que no se logre crear empatía entre el personal médico y sus pacientes, desembocando en problemas en la comunicación entre las partes y a que se genere en los usuarios y/o acompañantes una sensación de deshumanización en el trato por parte del personal médico. Teniendo en cuenta lo anterior, es evidente que existen falencias en el servicio de urgencias y que es apremiante y necesaria la toma de decisiones con relación a la corrección de los protocolos, áreas y programas en favor del mejoramiento continuo de la prestación de servicios de urgencias en salud de la institución.

Por todo lo anterior, el presente estudio se propone responder a la pregunta: *¿Qué factores influyen en la humanización de la atención en salud desde la percepción del personal de enfermería del servicio de urgencias de esta IPS Oncológica?*, con el objetivo de favorecer la adherencia al plan de humanización de la institución y, de esta manera, contribuir al mejoramiento de la calidad en la atención en salud.

4. Justificación

En el año de 1993, Colombia crea el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo es garantizar los derechos, la vida y la dignidad de las personas (*Ley 100, 1993*). En el *Artículo 153* de esta Ley se establecen mecanismos de control para garantizar la calidad en la atención, entre los que se encuentra el requisito de la humanización de los servicios en salud. La *Ley 1438 de 2011* modifica el artículo que como objetivo tiene reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y dictar otras disposiciones; incluye criterios de humanización y modifica en el *Artículo 3* el *Artículo 153 de la Ley 100 de 1993*, conservando el concepto de la atención humanizada (Andino, 2018).

Desde esa posición, y para velar por la garantía y protección de los Derechos Humanos, la Defensoría del Pueblo realizó una visita a 170 hospitales de todos los niveles de atención médica en el mes de agosto del 2019, con la intención de monitorear los servicios de urgencias debido a las reiteradas peticiones, quejas y reclamos que se recibieron en esta entidad. Dichos reclamos, principalmente, estaban relacionados con la posible vulneración del Derecho a la Salud y cuyos resultados fueron publicados en el periódico *El Tiempo*, donde se remarcó la situación que viven los servicios de urgencias en Colombia.

El análisis se basó en una metodología específica enfocada en cuatro grandes variables: 1. Características del servicio, 2. Disponibilidad y oportunidad, 3. Accesibilidad y 4. Calidad. Se evidenció que solo el 80 % de los usuarios fueron informados de manera veraz sobre su estado de salud y los tratamientos a los que se sometieron, sumado a que al menos tres de

cada diez pacientes recibieron procedimientos sin su autorización. Igualmente se encontró que el 10 % de los pacientes se quejaron por la falta de privacidad al recibir la atención por parte del personal médico y al 15 % de los atendidos no se les llama por su nombre, sino que son referenciados por el número de cama o, peor aún, por el tipo de enfermedad, lo que a simple vista parecen aspectos de poca importancia, pero que demuestran que existen preocupantes grietas en el contexto de la humanización, comprobada en la insatisfacción de los usuarios. Así mismo, se detectó la sensación de maltrato hacia el personal médico, puesto que cerca del 70 % de los trabajadores de urgencias mencionaron haber sufrido algún tipo de agresión por parte de los usuarios, sus familiares y/o acompañantes (agresiones principalmente de tipo verbal), el 5 % fueron víctimas de violencia física, de entre los cuales, el personal de enfermería es el más afectado. (Fernández y Suárez, 2020)

La Defensoría del Pueblo expresó que existen condiciones que amenazan o vulneran los derechos fundamentales de los usuarios y trabajadores de la salud, donde no necesariamente se encuentran ligados a temas de índole presupuestal, sino a la humanización y a la calidad de la atención. En ese orden de ideas, es muy usual encontrar el servicio de urgencias saturado por pacientes y/o familiares en espera de la consulta médica, lo que implica cubrir las demandas de la atención de forma rápida, sin prestar la mayor importancia a la calidad de la atención de acuerdo a la condición del enfermo. El Dr. Jovell (2008), manifiesta en su doble condición de profesional y paciente: “No todo es medicina en el tratamiento del cáncer. No todo es razón, no todo es técnica y procedimiento. Lo importante es el enfermo, no la enfermedad.” (como se citó en Fernández y Suárez, 2020)

Así que el enfoque de la humanización del servicio de urgencias de una IPS Oncológica se centra en un compromiso que se logra gracias a una incesante cooperación que va desde

el gobierno, los gestores, los profesionales, los familiares, hasta los pacientes. Sin olvidar que la calidad de la atención en salud está estrechamente ligada a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y que al mismo tiempo impulsa una mejora continua conforme al desarrollo de destrezas o habilidades humanistas (TEDx, 2018).

En tal sentido, el personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica desempeña un papel clave para garantizar el bienestar y la salud de los pacientes, donde, simultáneamente, se promuevan e instauren recomendaciones que beneficien la humanización en el servicio y como consecuencia la adecuada atención en salud desde una perspectiva más cálida y hospitalaria, de tal forma que se reconozca al paciente como un individuo que demanda cuidados específicos por su alta vulnerabilidad tanto física como emocional (TEDx, 2018).

Por tanto, en pro de su progreso, el educar, informar, reflexionar y empoderar al personal de enfermería con el propósito de centrar la atención en el paciente va a generar mayor fiabilidad y confianza, no solo en el personal comprometido en el servicio por consecuencia de su competencia, sino también en el sistema de salud porque es bueno y humano. De este modo es importante considerar la necesidad de crear consciencia en el personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica acerca de la humanización, como un proceso donde, a través de la aplicación de diversas recomendaciones enfocadas en la intervención de factores que influyen negativamente en el cuidado del paciente, se ejecuten las acciones requeridas encaminadas a resolver las dificultades presentes en el servicio, las cuales deben propender por el mejoramiento de calidad en la atención en salud de la organización (TEDx, 2018).

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Determinar los factores que afectan la humanización de la atención en salud, desde la percepción del personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio y la información aportada en las PQRS por los usuarios que recurren a este servicio, con el propósito de generar recomendaciones de intervención sobre aquellos factores que limitan el desarrollo de este atributo y de favorecer la adherencia al programa de humanización institucional y contribuir a la mejora de la calidad de atención.

5.2 Objetivo Específicos

- Caracterizar al personal de enfermería responsable de la atención en salud en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio.
- Identificar los factores relacionados con el desempeño laboral que puedan afectar la atención humanizada del personal de enfermería vinculado al servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio, a través de la medición subjetiva y percibida sobre condiciones de trabajo.
- Revisar y analizar las PQRS de los meses comprendidos entre septiembre de 2019 y febrero de 2020, que sean susceptibles a factores relacionados con humanización,

interpuestas al área de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio.

- Conocer la percepción del cuidado humanizado de la atención en salud, a través de la medición subjetiva de la misma en el personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio.
- Formular y presentar a la alta gerencia recomendaciones enfocadas a la intervención de los factores identificados que limitan el desarrollo de una atención humanizada del personal de enfermería en el servicio de urgencias, que sean extrapolables para su implementación al personal de enfermería de otros servicios de la institución.

6. Propósito

El presente trabajo, bajo la propuesta de la identificación de factores que limitan el desarrollo de la atención humanizada de enfermería en la IPS Oncológica objeto de estudio y la generación de recomendaciones de intervención sobre los mismos, pretende:

- Brindar, por medio de los resultados de esta investigación, acciones de mejoramiento sobre las fallas identificadas, en pro de optimizar la calidad de la prestación de servicios de salud en urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio, y que sea este servicio modelo para los demás servicios de la institución.
- Que el resultado del análisis permita detectar las fallas del servicio tanto del personal de enfermería, bajo la concepción de trato humanizado, como la satisfacción de los usuarios ante la atención recibida en el servicio de urgencias.
- Que todo el personal de enfermería del servicio de urgencias oriente su conocimiento, experiencia y saber al servicio de los pacientes y sus familias, situando, en primer lugar, la comprensión y la ética en el acto del cuidado, resaltando la dignidad humana desde una óptima comunicación, atención e información de su situación de salud.

7. Aspectos metodológicos

7.1 Tipo de estudio

La metodología aplicada en esta investigación es de carácter observacional descriptivo. Este tipo de estudio tiene como objetivo la descripción de variables en un grupo de sujetos por un periodo de tiempo (habitualmente corto), sin incluir grupos de control. En esta investigación se tuvieron en cuenta las variables medidas a la población objeto de estudio como base para generar recomendaciones de intervención sobre los factores que limitan la atención humanizada, buscando impactar en el mayor grado posible, en la mejora de la calidad de la atención en salud en el servicio de urgencias, transcrito en un mayor nivel de satisfacción de los usuarios que allí consultan y en una mejor percepción del cuidado humanizado de los enfermeros que laboran en este servicio.

7.2 Población de referencia y muestra

El estudio se realizó en el servicio de urgencias de una IPS Oncológica de la ciudad de Bogotá, tomando como población de referencia a todo el personal de enfermería que labora en el área mencionada de la institución en los tres turnos (mañana, tarde y noche). Se incluyeron 44 auxiliares de enfermería y 25 jefes de enfermería para un total de 69 personas.

7.2.1 Criterios de inclusión.

- Auxiliares y jefes de enfermería que laboran en el servicio de urgencias.
- Poseer título de enfermero, ya sea auxiliar o título universitario de Enfermería según corresponda.
- Personal de enfermería que tenga voluntad de participar en el estudio.

7.2.2 Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que se encuentren en periodo de vacaciones o licencia durante la fase de recolección de la información.

7.3 Matriz de variables

En la *Tabla 2* se detallan las diferentes variables que respondieron a los objetivos planteados de este estudio.

Tabla 2. Matriz de variables

Objetivos Específicos	Nombre Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición e indicador resumen de información	Fuente de la variable (instrumentos, formatos, lista chequeo, etc.)
Caracterizar al personal de enfermería responsable de la atención en salud en el servicio de urgencias de la IPS oncológica.	EDAD	Tiempo transcurrido que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Edad en años que tiene a la fecha del diligenciamiento de la encuesta, verificado con la fecha de nacimiento en su documento de identidad y ubicado en un rango de edad.	Cuantitativa ordinal 1. 18-25 2. 26-33 3. 34-41 4. 42-49 5. 50 -57 6. >57	Encuesta
	SEXO	Características biológicas y fisiológicas, incluyendo la composición genética del cuerpo humano.	Responde al sexo descrito en el documento de identidad del trabajador.	Cualitativa nominal 1. Masculino 2. Femenino	Encuesta
	NIVEL DE ESCOLARIDAD	Grado de educación formal impartido por una institución educativa.	Nivel de escolaridad más alto alcanzado-aprobado por el trabajador dentro del sistema formal de enseñanza bajo diploma certificado.	Cualitativa nominal 1. Técnico laboral 2. Profesional 3. Especializado	Encuesta
	VINCULACIÓN LABORAL	Relación contractual que tiene el trabajador con la entidad que labora.	Tipo de vinculación laboral que tiene el trabajador en la IPS Oncológica bajo contrato firmado verificado.	Cualitativo nominal 1.planta 2.tercerizado	Encuesta
	JORNADA LABORAL	Tiempo empleado por cada trabajador para realizar sus actividades laborales diarias durante el periodo para el cual fue contratado.	Turno en el que labora el trabajador en la IPS Oncológica objeto de estudio.	Nominal politómica 1. Turno mañana 2. Turno tarde 3. Turno Noche	Encuesta
	EXPERIENCIA LABORAL	Conjunto de conocimientos y aptitudes que un individuo ha adquirido a partir de realizar alguna actividad profesional en un transcurso de tiempo determinado.	Número de años ejerciendo la enfermería.	Cualitativa nominal 1. < de 5 años 2. Entre 5 y 10 años 3. > a 10 años	Encuesta

Objetivos Específicos	Nombre Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición e indicador resumen de información	Fuente de la variable (instrumentos, formatos, lista chequeo, etc.)
Caracterizar al personal de enfermería responsable de la atención en salud en el servicio de urgencias de la IPS oncológica.	ESTADO CIVIL	Condición de una persona que según el registro civil en función de si tiene o no pareja y situación legal respecto a esto.	Estado civil del trabajador en el momento de realizar la encuesta.	Cualitativa nominal politómica 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo	Encuesta
	PLURI-EMPLEADO	Situación en la que el trabajador por cuenta ajena presta sus servicios profesionales a dos o más empresarios distintos y en actividades que den lugar a su alta obligatoria en un mismo Régimen de la Seguridad Social.	Cantidad de empleos que tiene el trabajador en el momento de realizar la encuesta.	Cuantitativa 1 empleo 2 empleos Más de 2 empleos	Encuesta
	INDUCCIÓN INSTITUCIONAL	Formación por medio de la cual se otorga información relativa de la organización como sistema.	¿Recibió inducción sobre información general acerca de la IPS Oncológica?	Cualitativa nominal dicotómica 1. Sí 2. No	Encuesta
	INDUCCIÓN AL CARGO	Fase del proceso de inducción en la cual se transmite al nuevo empleado los conocimientos básicos que facilitan el aprendizaje de su trabajo, sus funciones específicas y procedimientos diarios, los reglamentos y normas relacionadas con la labor, normas de comportamiento interno y normas que rigen al interior del área al que se vincula.	¿Recibió inducción sobre información específica del oficio a desarrollar dentro de la IPS Oncológica?	Cualitativa nominal dicotómica 1. Sí 2. No	Encuesta
	EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN	Instrumento que permite identificar cuáles son los puntos claves de la inducción y que aspectos no quedaron lo suficientemente claros para el trabajador.	¿Realizó evaluación de inducción?	Cualitativa nominal dicotómica 1. Sí 2. No	Encuesta

Objetivos Específicos	Nombre Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición e indicador resumen de información	Fuente de la variable (instrumentos, formatos, lista chequeo, etc.)
<p>Caracterizar al personal de enfermería responsable de la atención en salud en el servicio de urgencias de la IPS oncológica.</p> <p>Identificar los factores relacionados con el desempeño laboral que puedan afectar la atención humanizada del personal de enfermería vinculado al servicio de urgencias de la IPS oncológica objeto de estudio, a través de la medición subjetiva y percibida sobre condiciones de trabajo.</p>	REINDUCCIÓN	Proceso de capacitación y reentrenamiento que se dirige al personal para actualizarlo con todo lo relacionado con la normatividad, estructura, procedimientos, así como reorientar su integrar a la cultura organizacional.	¿Ha recibido reinducción en su cargo?	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p>	Encuesta
	CULTURA ORGANIZACIONAL	Es el conjunto de creencias, hábitos, valores, actitudes y tradiciones de los miembros de una empresa.	Reconocimiento y compensación valores y principios Cohesión Equidad	<p>Cualitativa ordinal</p> <p>La escala Likert de estos cuatro bloques va desde 0 (valor pésimo) a 10 (valor óptimo). con escala Likert de 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo).</p>	Encuesta
	CLIMA LABORAL	Conjunto de cualidades, atributos o propiedades relativamente permanentes de un ambiente de trabajo concreto que son percibidas, sentidas o experimentadas por las personas que componen la organización empresarial y que influyen sobre su conducta.	Relaciones sociales en el trabajo Demandas del trabajo Manejo del cambio Presión	<p>Cualitativa ordinal</p> <p>La escala Likert de estos cuatro bloques va desde 0 (valor pésimo) a 10 (valor óptimo). con escala Likert de 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo).</p>	Encuesta
	LIDERAZGO	Es la capacidad para influir de forma no coercitiva en los miembros de un grupo para que éstos orienten sus esfuerzos hacia una tarea común de forma voluntaria y entusiasta	Relaciones con los colaboradores Retroalimentación del desempeño Confianza	<p>Cualitativa ordinal</p> <p>La escala Likert de estos cuatro bloques va desde 0 (valor pésimo) a 10 (valor óptimo). con escala Likert de 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo).</p>	Encuesta

Objetivos Específicos	Nombre Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición e indicador resumen de información	Fuente de la variable (instrumentos, formatos, lista chequeo, etc.)
Identificar los factores relacionados con el desempeño laboral que puedan afectar la atención humanizada del personal de enfermería vinculado al servicio de urgencias de la IPS oncológica objeto de estudio, a través de la medición subjetiva y percibida sobre condiciones de trabajo.	PARTICIPACIÓN	Es la acción de involucrarse en cualquier tipo de actividad de forma intuitiva o cognitiva.	Uso de habilidades y destrezas Autonomía sobre el trabajo Claridad del rol	Cualitativa ordinal La escala Likert de estos cuatro bloques va desde 0 (valor pésimo) a 10 (valor óptimo). con escala Likert de 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo).	Encuesta
	DESARROLLO PROFESIONAL	Proceso tiene como objetivo la mejora continua de la eficacia y eficiencia de las personas que integran la organización, a través del desarrollo permanente de sus competencias profesionales.	Capacitación Oportunidades de desarrollo Innovación	Cualitativa ordinal La escala Likert de estos cuatro bloques va desde 0 (valor pésimo) a 10 (valor óptimo). con escala Likert de 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo).	Encuesta
	BIENESTAR LABORAL	Estado de satisfacción que logra el empleado en el ejercicio de sus funciones, producto de un ambiente laboral agradable y del reconocimiento de su trabajo, lo cual repercute en un bienestar familiar y social.	¿Qué beneficios ha recibido del plan de bienestar por parte de su empleador?	Cualitativa nominal	Encuesta

Objetivos Específicos	Nombre Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición e indicador resumen de información	Fuente de la variable (instrumentos, formatos, lista chequeo, etc.)
Revisar y analizar las PQRS de los meses comprendidos entre septiembre de 2019 y febrero de 2020, que sean susceptibles a factores relacionados con humanización, interpuestas al área de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario." la satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a la respuesta y/o servicio brindados.	Grado de satisfacción de los usuarios frente al proceso de atención por parte del personal de enfermería del servicio de urgencias.	Cualitativa nominal	Análisis de contenido de las PQRS - Matriz de lectura
	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN	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.	Porcentaje de oportunidad de la atención.	Cualitativa nominal	Análisis de contenido de las PQRS - Matriz de lectura
	BUEN TRATO	Son todas las acciones que realiza el profesional de enfermería para proporcionar un ambiente seguro al paciente, inspirar confianza y proveer una atención integral de calidad.	Percepción del usuario frente al proceso de atención por parte del personal de enfermería respecto a respetar las diferencias, los espacios, costumbres, creencias y condiciones.	Cualitativa nominal	Análisis de contenido de las PQRS - Matriz de lectura
Conocer la percepción del cuidado humanizado de la atención en salud, a través de la medición subjetiva de la misma en el personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS oncológica objeto de estudio.	SENSIBILIDAD	Es la capacidad de un ser humano para sentir afecto, emociones.	Empatía Coherencia Acogida Comunicación eficaz Seguridad Motivación Elogio Respeto Motivación	Cualitativa nominal	Encuesta
	CONFIANZA	Es la seguridad o esperanza firme que alguien tiene de otro individuo o de algo. También se trata de la presunción de uno mismo y del ánimo o vigor para obrar.	Escucha activa Aceptación de sentimientos Trato personalizado Identificación al primer contacto Solicito Brinda consuelo y ánimo Es eficaz	Cualitativa nominal	Encuesta

Objetivos Específicos	Nombre Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición e indicador resumen de información	Fuente de la variable (instrumentos, formatos, lista chequeo, etc.)
Conocer la percepción del cuidado humanizado de la atención en salud, a través de la medición subjetiva de la misma en el personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS oncológica objeto de estudio.	EMOCIÓN	Conjunto de respuestas orgánicas que siente una persona cuando reacciona ante algunos estímulos externos que le facilita adaptarse a una circunstancia con relación a un individuo, lugar, objeto, entre otros. Se caracteriza por ser una perturbación del ánimo por un periodo corto, pero, de mayor ímpetu que un sentimiento.	Anima a expresar sentimientos control de emociones	Cualitativa nominal	Encuesta
	INFORMACIÓN	Conjunto organizado de datos que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto lo que recibe.	Solicita información Brinda información Ayuda a fijarse metas Ayuda a planificar cumplimiento de metas Ayuda a planificar su autocuidado	Cualitativa nominal	Encuesta
	AMBIENTE	Conjunto de factores externos que actúa sobre cada ser, que condicionan sus circunstancias vitales físicas y comportamentales.	Seguridad Confort Privacidad Autonomía Amabilidad Bienestar espiritual	Cualitativa nominal	Encuesta
	NECESIDADES HUMANAS	Son las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales del ser humano	Presta ayuda Diligencia Oportunidad Brinda información a la familia Promueve contacto familia-paciente Promueve toma de decisiones sobre su cuidado Seguimiento	Cualitativa nominal	Encuesta
	ESPIRITUALIDAD	Conjunto de principios o actitudes que configuran la vida espiritual de una persona o de un colectivo ante determinadas creencias.	Aceptación Bienestar espiritual	Cualitativa nominal	Encuesta

Fuente: Las autoras, a partir de la revisión documental sobre el tema 2020.

7.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Para el cumplimiento del objetivo general y propósito de esta investigación, se realizó la caracterización de la población objeto de estudio, la identificación de factores laborales a través de la medición de condiciones de trabajo, la revisión y el análisis de PQRS susceptibles a factores relacionados con humanización, interpuestas contra el área de enfermería, y la medición de la percepción del cuidado humanizado en la atención en salud del personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio.

Se realizó la adaptación e integración del instrumento *Escala de Evaluación de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por Enfermeros (ECCOE)*, el *cuestionario de condiciones de trabajo (qCT)* y la caracterización de la población de estudio, concluyendo en un cuestionario tipo encuesta con ítems cuantitativos y cualitativos (*Anexo 3*).

Se utilizó como técnica la encuesta, la cual “utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características” (Casas, Repullo y Donado, 2002, p.527).

7.4.1. Escala de Evaluación de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por Enfermeros (ECCOE)

La *Escala de Evaluación de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por Enfermeros (ECCOE)* diseñada por Ayala et al., validado y traducido al español en población chilena, versión final adaptada, validada y estandarizada por Morales et al. en México en 2015. En Perú fue utilizada por Villanueva y Allazo en Arequipa, en el año 2017 (como se citó en

Castillo, 2019). Este instrumento tiene su base filosófica en la teoría de Jean Watson. El objetivo de este instrumento es determinar la capacidad percibida por el profesional de enfermería para expresar los comportamientos de cuidado en la práctica y en la enseñanza del cuidado. Este instrumento contempla los 10 factores del cuidado de Watson, estructurados en 63 ítems y divididos en 7 sub-escalas o dimensiones así:

- Humanismo/Fe-esperanza (ítems 1 a 16)
- Ayuda/Confianza (ítems 17 a 27)
- Expresión de sentimientos positivos/negativos (ítems 28 a 31)
- Enseñanza/Aprendizaje (ítems 32 a 39)
- Soporte protección/ambiente (ítems 40 a 51)
- Asistencia en las necesidades humanas (ítems 52 a 60)
- Fuerzas existenciales/fenomenológica (ítems 61 a 63)

La escala de respuesta de este instrumento es tipo Likert con 4 opciones, 1= Nunca, 2= A veces, 3 = casi siempre y 4 = siempre; al sumarlas, se obtiene un puntaje mínimo de 63 puntos y un puntaje máximo de 252 puntos. Este instrumento ha sido utilizado en varios países de Latinoamérica como Chile y México, donde reportan un Alfa de Cronbach promedio de 0,90 (Morales, 2016).

En la *Tabla 3*, se especifican los rangos de medición para la cuantificación de la percepción de los 63 ítems por cada una de las 7 dimensiones y para la cuantificación de la percepción global, expresada también en rangos de favorabilidad.

Tabla 3. Dimensiones ECCOE y sus rangos de medición

Dimensiones/ indicadores	Percepción
Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad	No favorable: 16 - 39 Favorable: 40 - 64
Ayuda/confianza	No favorable: 11 - 27 Favorable: 28 - 44
Expresión de sentimientos positivos / negativos	No favorable: 4 - 9 Favorable: 10 - 16
Enseñanza aprendizaje	No favorable: 8 - 19 Favorable: 20 - 32
Soporte/ protección / ambiente	No favorable: 12 - 29 Favorable: 30 - 48
Asistencia en las necesidades humanas	No favorable: 11 - 27 Favorable: 28 - 44
Fuerzas existencia / fenomenológica / espiritual	No favorable: 3 - 7 Favorable: 8 - 12
Percepción global	No favorable: 63 - 157 Favorable: 158 - 252

Fuente: Las autoras, a partir de la revisión documental sobre el tema 2020

7.4.2. Cuestionario de Condiciones de Trabajo

El *Cuestionario de Condiciones de Trabajo* (qCT) está concebido y diseñado especialmente como herramienta para evaluar componentes centrales de la dimensión psicosocial, subjetiva y percibida de las condiciones de trabajo en organizaciones de servicio a personas (como, por ejemplo, sanidad, educación o justicia). Su contenido incluye aspectos de tales condiciones que, en función de su presencia e intensidad, pueden funcionar como factores protectores y promotores de salud, bienestar, calidad de vida laborales o bien, por el contrario, como factores de riesgo psicosocial (Blanch, Sahagún y Cervantes, 2010).

Es un instrumento encargado de evaluar las condiciones de trabajo concretas, específicas y determinadas del entorno particular del individuo. Cada encabezado de la escala está direccionado a situarse ante la propia circunstancia laboral. La versión original española contiene un total de 44 ítems, divididos en 3 dimensiones, cada una de estas compuesta por

2 sub-escalas. La escala de respuesta es tipo Likert. La de las dos primeras dimensiones van desde 0 (valor pésimo) a 10 (valor óptimo) y la de la tercera dimensión va desde 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo). Su punto de corte es de 198 Puntos. La mayor puntuación en cada dimensión representa mayor magnitud de presencia en cada uno de los factores (factores protectores). La mayor puntuación global representa mayor magnitud de presencia en cada uno de los factores. A menor puntuación son considerados factores de riesgo (Yáñez, 2018). La *Tabla 4* recopila la estructura y calificación de este instrumento.

Tabla 4. Dimensiones qCT y sus rangos de medición

Dimensiones	Sub-escalas	Escala de respuestas
Organización y Método	Resultados	Escala Likert de estos cuatro bloques va desde 0 (valor pésimo) a 10 (valor óptimo).
Organización y Entorno	Entorno material Entorno social	
Organización y persona	Ajuste organización-persona Adaptación persona-organización	La escala Likert de estos dos bloques va desde 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo).

Fuente: Las autoras, a partir de la revisión documental sobre el tema 2020

7.4.3. Proceso de aplicación de la encuesta

El proceso de aplicación de encuesta contempló 5 momentos:

1. Explicación verbal y respaldo documental sobre la investigación, a la población objeto de estudio, descrita en el consentimiento informado (*Anexo 2*).
2. Diligenciamiento del consentimiento informado por parte del personal de enfermería, el cual concluyó con la aceptación bajo firma de cada encuestado, incluyendo nombre, cédula y cargo.

3. Caracterización de la población encuestada. Parte del instrumento que respondió a los dos primeros objetivos específicos de la investigación, determinando sus aspectos sociodemográficos, nivel de formación y capacitación intrainstitucional.

4. Calificación de los 44 ítems de la Escala qCT. En esta parte del cuestionario cada uno de los encuestados tuvo la oportunidad de determinar de manera cuantitativa puntos explícitos relacionados con las condiciones de trabajo, respondiendo así al segundo objetivo específico.

5. Calificación de los 63 ítems de la Escala ECCOE: En esta parte del cuestionario cada uno de los encuestados tuvo la oportunidad de determinar de manera cuantitativa puntos explícitos relacionados con el cuidado que brindan a sus pacientes en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio, respondiendo así al cuarto objetivo específico.

El tiempo estimado para la aplicación de la encuesta fue de 30 minutos promedio, el cual se determinó y ajustó mediante la prueba piloto.

Previa socialización y diligenciamiento del consentimiento informado, cada cuestionario fue auto administrado por cada enfermero y auxiliar de enfermería de manera digital, dado que este se encuentra en formato *Google Forms*, facilitando no solo la aplicación del mismo, sino también recopilación y análisis de resultados con mayor rapidez y precisión. Durante la administración del cuestionario las investigadoras pudieron aclarar a los encuestados las inquietudes que se presentaron, sin que esto interfiriera con las respuestas. La encuesta se realizó en las instalaciones de la IPS Oncológica objeto de estudio por medio del celular de cada encuestado.

En respuesta al tercer objetivo específico de la investigación, se realizó la revisión y análisis de las *Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias* (PQRS) presentadas por los usuarios sobre el personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio, durante el periodo comprendido entre septiembre de 2019 y febrero de 2020, recopiladas en una matriz de lectura, a través de la cual se especificó una a una cada PQRS por canal de entrada, transcritas y categorizadas de acuerdo al atributo de calidad afectado y clasificadas según su asociación con las dimensiones de la Escala ECCOE.

8. Materiales y Métodos

El presente estudio se desarrolló sistemáticamente, de manera que pueda implementarse en diferentes instituciones hospitalarias, en todos los servicios que se requiera con miras a fortalecer la atención humanizada en función del cumplimiento de los atributos de calidad que permitan así desarrollarla. La investigación se llevó a cabo de acuerdo a las etapas que se describen a continuación.

Etapas 1: Recolección de la información

Se realizó la búsqueda de material literario relacionado con la humanización, haciendo énfasis en los ejes temáticos calidad de la atención en salud, paciente oncológico, atención centrada en el paciente y humanización en salud. Para lo anterior, se analizó documentación legislativa, instrumentos de análisis y medición, así como indicadores de calidad en salud.

Etapas 2: Definición de la institución y sujetos objetos de estudio

Se propuso la Institución IPS Oncológica debido al alto índice de quejas y reclamos que llegan a la oficina de gestión del usuario y se evidenciaron comportamientos que atentan contra la humanización por parte de los profesionales de la salud y personal administrativo, sin dejar atrás la carencia de una disposición locativa adecuada para la prestación del servicio con calidad en salud. Además, teniendo en cuenta que el personal de enfermería tiene como principio del ejercicio de su labor el propender por el cuidado y atención del paciente y que,

por lo tanto, el área más relevante para abordar el tema de la humanización, se determinó llevar a cabo una investigación en pro de la mejora de la atención en el servicio con el fin de velar por los derechos del paciente oncológico y los de sus familiares.

Etapa 3: Análisis de PQRS

El análisis de las PQRS recibidas en el periodo objeto de evaluación se realizó mediante la utilización la matriz de lectura (*Anexo 4*), donde, en primer lugar, se identificó el canal de recepción de las mismas y, posteriormente, se clasificaron teniendo en cuenta los atributos de calidad definidos por la institución. Seguido de esto, fue necesario recategorizar las PQRS en los casos que se detectó una inadecuada tipificación y se adicionó una serie de categorías distintas a las ya establecidas por la institución. Finalmente, se examinó y comparó con la clasificación asociada a dimensiones de Escala ECCOE.

Etapa 4: Adaptación de los instrumentos

De acuerdo con los análisis realizados y con base en el material literario recolectado, se definió una matriz de variables que respondió a cuatro objetivos específicos de la investigación. Se realizó la adaptación de dos instrumentos y una caracterización: la escala de *Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermeros* ECCOE y el *Cuestionario de Condiciones Laborales* qCT, así como la caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio. Todo ello integrado en un solo cuestionario tipo encuesta, con ítems cuantitativos y cualitativos, buscando conocer ampliamente la percepción de los encuestados respecto a la atención humanizada en salud en un servicio de urgencias y las condiciones intrínsecas y extrínsecas que la afectan.

Etapa 5: Realización de prueba piloto

Previo consentimiento informado y de manera personalizada, se realizó la prueba piloto del instrumento, donde participaron dos enfermeras, una jefe de enfermería y una auxiliar de dos instituciones de salud de Bogotá, incluida la IPS objeto de estudio.

En esta prueba piloto se identificaron fallos en la redacción de algunas preguntas, por lo cual se procedió a la mejora de las mismas y se aplicó nuevamente la prueba con otras dos enfermeras (jefe de enfermería y auxiliar de enfermería) de una tercera institución, obteniendo un resultado favorable para iniciar la aplicación de la encuesta a todo el personal de enfermería, sujetos de estudio de esta investigación. Posteriormente, consentimiento informado y encuesta fueron aplicados por las investigadoras, con plena autonomía por parte de cada enfermera participante tanto jefe como auxiliar de enfermería. El tiempo promedio de diligenciamiento fue de 30 minutos.

Etapa 6: Aplicación de la encuesta en campo

Se realizó trabajo de campo durante los meses de junio y agosto del año 2020, tiempo en el que se aplicó la encuesta a una muestra representativa determinada por el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio a un total de 69 enfermeras. La encuesta fue dirigida por las investigadoras.

La aplicación de la encuesta se realizó en cuatro momentos:

Primer momento. Se explicó de manera verbal el objetivo y propósito de la investigación, así como la estructura de cada uno de los documentos por diligenciar, los cuales se presentan en formato físico en el caso del consentimiento informado y en formato digital la encuesta.

Segundo momento. Se realizó el diligenciamiento del consentimiento informado, el cual concluyó con la aceptación bajo firma de la persona encuestada, incluyendo nombre, cédula y cargo. Cada consentimiento informado quedó registrado como un archivo PDF con acceso limitado a las investigadoras y al asesor metodológico por motivo de asuntos de privacidad de los encuestados.

Tercer momento. Se efectuó la caracterización sociodemográfica y la calificación de las condiciones laborales de los enfermeros.

Cuarto momento: Se realizó la descripción del cuidado humanizado, desde la percepción del encuestado, de la atención en salud que realiza en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica con la aplicación de la tercera parte de la encuesta, en respuesta al cuarto objetivo específico de este estudio.

Etapa 7: Análisis de la información

Esta etapa corresponde a la organización, procesamiento, análisis y presentación de los resultados obtenidos en el trabajo de campo. Una vez recogidos los valores que toman las variables del estudio (datos), por medio de la herramienta de *Google Forms* (Formularios de Google), la cual permitió la creación de la encuesta, facilitando el trabajo de tabulación, ya que, al realizarse en un formato virtual, los datos ingresados fueron almacenados en una hoja de cálculo para la presentación y análisis de resultados. Se utilizó el paquete de estadística descriptiva de Excel con el fin de referir los datos y las puntuaciones obtenidas para las variables en estudio. Los datos obtenidos se presentaron en tablas y gráficos para finalmente realizar un aporte real en la discusión de resultados.

Etapa 8: Recomendaciones para la institución objeto de estudio

Con base a los análisis de los hallazgos y a los resultados obtenidos, se realizó una serie de indicaciones sugeridas por cada dimensión medida altamente susceptible de optimizarse, con el propósito de darle cumplimiento al quinto objetivo específico de este estudio, y, por ende, a la realización del informe con las recomendaciones generales para que la alta gerencia tenga en cuenta el resultado de esta investigación y tome las decisiones que crea pertinentes.

Para la elaboración de dicho informe, como primer paso, se describió de manera detallada el análisis de los resultados obtenidos, seguido del planteamiento de las recomendaciones específicas para cada dimensión y los factores relacionados identificados que limitan el desarrollo de la humanización en la atención en enfermería, mediante la metodología 5w1h y ciclo PHVA, a fin de garantizar el cumplimiento del propósito del estudio y contribuir al fortalecimiento de una cultura organizacional desde el mejoramiento de la calidad de la atención con enfoque humanista.

9. Plan de análisis

Los datos obtenidos con la encuesta aplicada son recolectados a través de la herramienta *Google Forms*, por medio de la cual alimentó la base de datos, insumo para el análisis de la información. Tanto para las variables cualitativas como para las cuantitativas se realizó un análisis descriptivo univariado. Inicialmente, se describieron las características sociodemográficas del personal médico que participó en la investigación. Para las variables cuantitativas se realizaron tablas de frecuencias simples y fueron descritas de acuerdo con su distribución. Aquellas con distribución normal fueron presentadas como medias con desviaciones estándar. Para las demás se utilizaron medianas y rangos intercuartílicos.

La importancia y valoración de las dimensiones evaluadas sobre las condiciones de trabajo y la percepción del cuidado otorgado por el equipo de enfermería se presentaron en promedios de manera individual por dimensión y global por escala, y de manera comparativa con el nivel de formación.

Para determinar el valor de importancia de cada dimensión, se utilizó el promedio de cada una en relación con la calificación brindada por el personal involucrado, dada en medida de tendencia central, determinando un porcentaje representativo dentro del análisis.

10. Consideraciones y aspectos éticos

En concordancia con la *Resolución 8430 de 1993*, por medio de la cual se disponen los parámetros científicos, técnicos y administrativos para la investigación en salud y se clasifican los estudios en seres humanos de acuerdo a su nivel de riesgo (*Capítulo primero, Artículo 5* y subsiguientes), el presente estudio se cataloga como investigación sin riesgo de acuerdo a lo plasmado en el *Artículo 11* de la mencionada *Resolución*, en el cual se definen como “*estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta*”(Díaz, L. 2013).

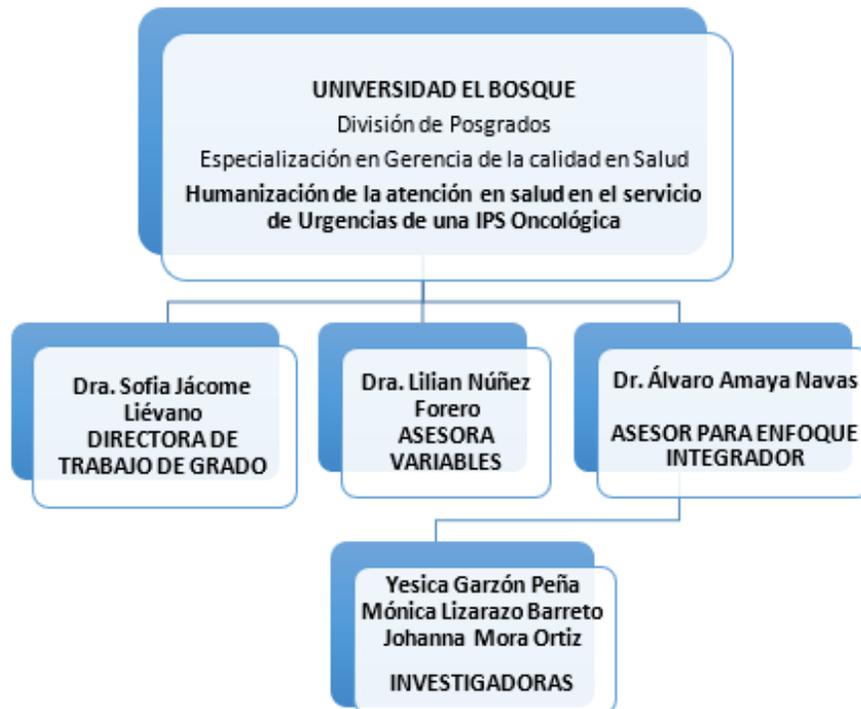
En cuanto la a protección de derechos de autor, se tuvo en cuenta el *Artículo 61* de la *Constitución Política de Colombia* promulgada en el año 1991, el cual expresa que el Estado protege la propiedad intelectual actuando bajo las formalidades dictadas por la ley, y, de acuerdo con ello, se tuvo en cuenta la *Ley 599 de 2000 (Código Penal Colombiano)*, *Capítulo VIII* en sus *Artículos 270 al 272*, en los que se disponen de los delitos contra los derechos de autor. De acuerdo con lo anterior, es de aclarar que el presente estudio se realizó bajo el amparo de las normas y leyes preexistentes, actuando de buena fe, con el tratamiento idóneo

y adecuado de la información, velando por la seguridad de la misma en pro de la protección de los derechos de las personas que participaron en esta investigación, guardando completa confidencialidad y custodiando la mismidad de esta, no sin antes informar y explicar la finalidad y objetivo del ejercicio por ejecutar.

11. Estructura organizacional del proyecto

Se describió en orden jerárquico el direccionamiento organizacional del proyecto de investigación, el cual se constituyó desde la División de Posgrados: *Especialización de Gerencia de la Calidad en Salud*, con asesorías orientadas entorno a tres diferentes áreas tales como metodología, variables y enfoque integrador con el objeto de guiar el desarrollo de la investigación, tal como se observa en el *Gráfico 4*.

Gráfico 4. Estructura Organizacional del proyecto



Fuente: Elaborado por las autoras, junio 2020

12. Cronograma

Las actividades del presente estudio se desarrollaron según el cronograma de la *Tabla 5*.

Tabla 5. Cronograma de actividades

Etapa	Responsable	Mes Semana	Enero				Febrero				Marzo				Abril			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1 Propuesta de investigación	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2	■															
2 Definición de tema Definición línea temática	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2	■	■														
3 Definición enfoque gerencial	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2			■	■												
4 Lineamientos para la Presentación de Trabajos de Grado. Asesoría N° 1	Dra. Sofia Jácome	2				■	■											
5 Asesoría Enfoque integrador N° 1	Dr. Álvaro Amaya	1					■											
6 Búsqueda de bibliografía	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2					■	■										
7 Introducción Marco Conceptual Marco Institucional Marco Normativo	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2					■	■										
8 Asesoría N° 2	Dra. Sofia Jácome	1							■									
9 Planteamiento del problema Justificación Objetivos general y específico Propósito	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2								■	■							
10 Asesoría Enfoque integrador N° 2	Dr. Álvaro Amaya	1											■					

Etapa	Responsable	Mes	Enero				Febrero				Marzo				Abril			
		Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
11	Asesoría N° 3 Dra. Sofía Jácome	1																
12	Definición de aspectos metodológicos Elaboración Instrumento Elaboración Matriz de variables Elaboración Matriz de lectura Propuesta Encuesta Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2																
13	Asesoría N° 4 Dra. Sofía Jácome	1																
14	Correcciones Instrumento Yésica G. Mónica L. Johanna M.	1																
15	Accesoría Matriz de variables Propuesta de Matriz de lectura Propuesta Encuesta N° 1 Dra. Lilian Núñez	1																
16	Corrección Matriz de variables Propuesta encuesta Yésica G. Mónica L. Johanna M.	1																
Etapa	Responsable	Mes	Mayo				Junio				Julio				Agosto			
		Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
17	Asesoría Variables N° 2 Dra. Lilian Núñez	2																
18	Descripción materiales y métodos Plan de análisis Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2																
19	Asesoría N° 5 Dra. Sofía Jácome	1																
20	Correcciones materiales y métodos Descripción Aspectos éticos Aspectos organizacionales Aspectos estructurales Presupuesto Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2																
21	Correcciones del consentimiento informado Reorganizar encuesta Dra. Sofía Jácome	1																
22	Primera Entrega Yésica G. Mónica L. Johanna M.	1																
23	Trabajo de campo Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2																

Etapa	Responsable	Mes	Mayo				Junio				Julio				Agosto				
		Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
24	Aplicación prueba piloto y observaciones	Yésica G. Mónica L. Johanna M	3																
25	Recolección de la información	Yésica G. Mónica L. Johanna M	3																
26	Matriz de lectura Análisis de las PQRS Resultados	Yésica G. Mónica L. Johanna M	2																
27	Asesoría N° 6	Dra. Sofía Jácome	1																
Etapa	Responsable	Mes	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				
		Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
28	Corrección gráficos - tablas y resultados Discusión Conclusiones Recomendaciones	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2																
29	Asesoría Enfoque integrador N° 3	Dr. Álvaro Amaya	1																
30	Asesoría N° 7	Dra. Sofía Jácome	1																
31	Correcciones finales I	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2																
32	Asesoría N° 8	Dra. Sofía Jácome	1																
33	Correcciones finales II Entrega Artículo	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2																
34	Asesoría N° 9	Dra. Sofía Jácome	1																
35	Correcciones finales Artículo	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	1																
36	Entrega y Sustentación Final Trabajo de Grado	Yésica G. Mónica L. Johanna M.	2																

Fuente: Las autoras, junio 2020

13. Presupuesto

Para el presente estudio, se destinaron los siguientes recursos económicos presentados en la *Tabla 6*.

Tabla 6. Presupuesto del Trabajo de Grado

Rubros y fuente	Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor total
Recursos humanos				
Investigadora	3	Encargadas de realizar el diseño y desarrollo del trabajo de investigación	0,0	0,0
Asesoría metodológica	1	Profesional orientadora de los aspectos metodológicos del trabajo de investigación	0,0	0,0
Asesoría estadística	1	Profesional orientadora de los aspectos estadísticos del trabajo de investigación	0,0	0,0
Materiales				
Resma de papel	1	Utilizado para la impresión de consentimiento informado	\$ 10.000	\$ 10.000
CD	3	Soporte de almacenamiento del Trabajo de Grado	\$ 2.000	\$ 6.000
USB	2	Soporte de almacenamiento del Trabajo de Grado	\$ 20.000	\$ 40.000
Equipos				
Computador portátil	2	Equipos requeridos para documentación y desarrollo del Trabajo de Grado	\$2.300.000	\$4.600.000
Transporte				
Gastos de transporte	4	Desplazamiento a las asesorías metodológicas	\$ 20.000	\$ 80.000
Total				\$4.736.000

Fuente: Las autoras, junio de 2020

14. Resultados

Una vez finalizado el trabajo de campo, se logró consolidar 69 encuestas aplicadas en los meses de julio y agosto de 2020. Los resultados obtenidos se presentan en el siguiente orden:

- Caracterización del personal de enfermería responsable de la atención en salud en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio.
- Identificación de los factores relacionados con el desempeño laboral que puedan afectar la atención humanizada del personal de enfermería vinculado al servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio, a través de la medición subjetiva y percibida sobre condiciones de trabajo.
- Revisión y análisis de las PQRS de los meses comprendidos entre septiembre de 2019 y febrero de 2020, susceptibles a factores relacionados con humanización, interpuestas al área de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio.
- La percepción del cuidado humanizado de la atención en salud, a través de la medición subjetiva de la misma en el personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio.

14.1 Caracterización del personal de enfermería responsable de la atención en salud en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio

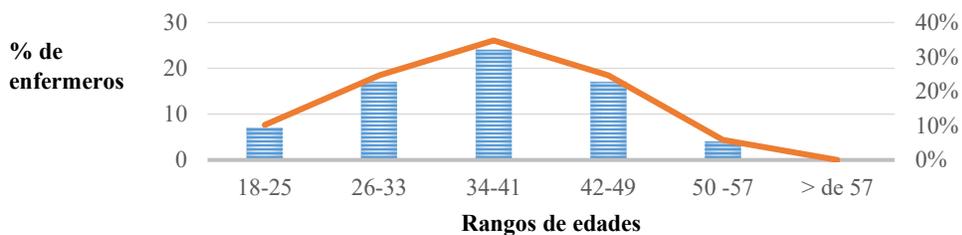
Con una muestra de 69 enfermeros (44 auxiliares de enfermería y 25 jefes de enfermería), el comportamiento poblacional se enfocó en cinco características clasificatorias: sexo biológico, edad en rangos, estado civil, nivel de escolaridad y situación laboral. En relación con su caracterización de la situación laboral actual y proceso de vinculación a la institución se analizaron las siguientes variables: tipo de vinculación, jornada, experiencia, número de empleos actuales, inducción institucional, inducción a funciones del cargo, evaluación, reinducción y beneficios recibidos del empleador.

14.1.1 Sexo biológico y rango de edad del personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica

La distribución general del personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica indica que el 84 % de la muestra son mujeres y el 16 % hombres, siendo esta diferencia una tendencia común característica de diversas instituciones de salud de tercer nivel.

La distribución por rangos de edad reveló que la mayor proporción del personal se encuentra ubicada en el rango de los 34 a 41 años, con un porcentaje del 35 % de la muestra, seguido de los rangos entre los 26 y 33 años y los 42 y 49 años, ambos con un porcentaje del 25 %. El 10 % corresponde a personal en edades entre los 18 y 25 años y el 6 % restante está entre los 50 y 57 años. No se encontró personal de enfermería mayor de 57 años laborando en este servicio al momento del estudio (*Gráfico 5*).

Gráfico 5. *Proporción del personal de enfermería según el rango de edad*

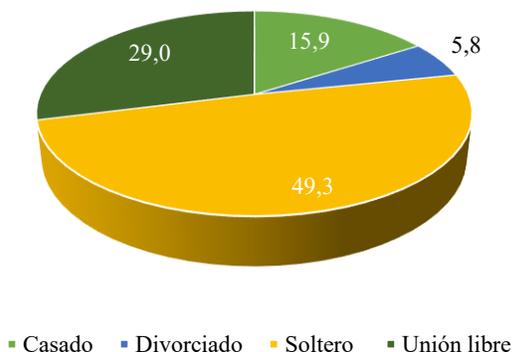


Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la Pregunta No. 2 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

14.1.2 Estado civil del personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica

Respecto al estado civil del personal de enfermería del servicio de urgencias, se observó que la mitad de las personas se encontraba en el grupo de los solteros, seguido del grupo de unión libre representado en un 29 %, grupos de casados en un 15,9 % y en menor proporción los que están en el grupo de divorciados con un porcentaje del 5,8 %. No había personal en el grupo de *Viudos* para el momento del muestreo (*Gráfico 6*).

Gráfico 6. *Proporción del personal de enfermería según su estado civil*

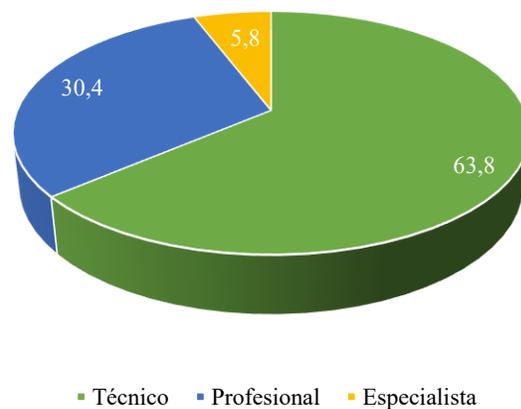


Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la Pregunta No. 3 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

14.1.3 Nivel de escolaridad del personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica

En los resultados obtenidos se evidenció que, de 69 personas que hacían parte del personal de enfermería en el servicio de urgencias, el 63,8 % tenía un nivel de escolaridad de técnico, el 30,4 %, profesionales de enfermería y el 5,8 % profesionales de enfermería con formación de posgrado tipo especialización, lo que evidencia que 2/3 del personal de enfermería en el servicio de urgencias eran Auxiliares de Enfermería (*Gráfico 7*).

Gráfico 7. *Proporción del personal de enfermería según el nivel de escolaridad*



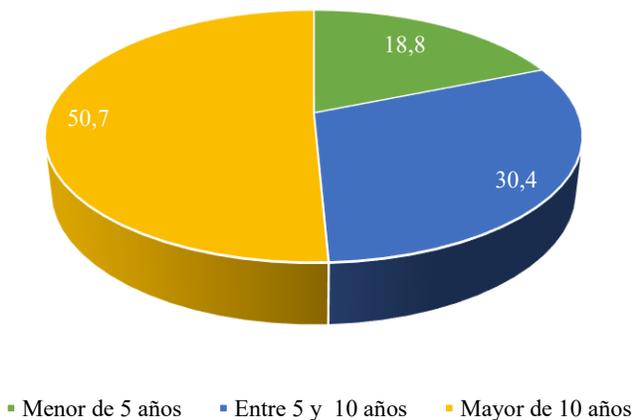
Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la Pregunta No. 4 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

De los 69 enfermeros (44 auxiliares de enfermería y 25 jefes de enfermería), que laboraban en el servicio de urgencias para el momento del estudio, solo cuatro de ellos tenían en formación de posgrado y se ubicaban en el rango de edad entre los 35 y 45 años. El 100 % de los que se ubicaban en el rango entre los 18 y 25 años tenía formación como auxiliares de enfermería.

14.1.4 Tipo de vinculación, jornada y experiencia laboral

El 74 % del personal de enfermería que laboraba en el servicio de urgencias estaba vinculado con la IPS Oncológica con contrato tercerizado. El 26 % restante estaba vinculado directamente con la institución, como personal de planta. Adicionalmente, se observó que, en relación con la trayectoria laboral, el 18,8 % del personal de enfermería tenía experiencia menor a 5 años, el 30,4 % en el intervalo de 5 a 10 años y, finalmente, con la mayor proporción, en un 50,7 %, experiencia mayor a 10 años. Prevalcía el personal con una experiencia laboral mayor a 10 años (*Gráfico 8*).

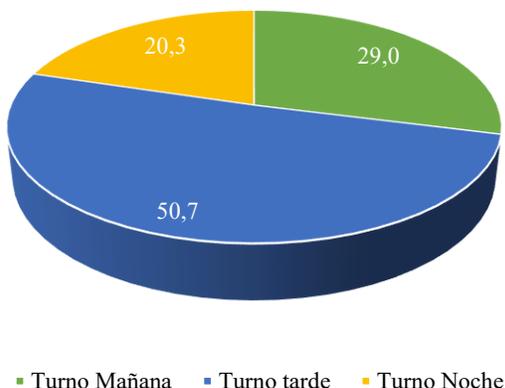
Gráfico 8. *Proporción del personal de enfermería según el tiempo de experiencia laboral*



Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la Pregunta No. 6 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

Respecto a la distribución por turnos (cada uno de 6 horas), como lo muestra el *Gráfico 9*, la mitad del personal de enfermería laboraba en la jornada nocturna, seguido del turno de la mañana con un 29 % del total del personal y, con menor proporción, el turno de la tarde con el 20,3 % del personal.

Gráfico 9. *Distribución del personal de enfermería por jornada laboral*



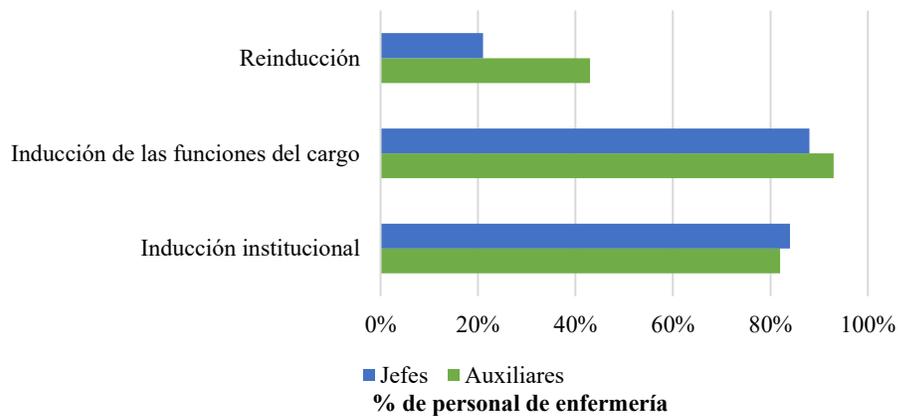
Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la Pregunta No. 5 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

14.1.5. Empleabilidad, vinculación y seguimiento laboral

En el momento de la aplicación de las encuestas, el 95 % del personal de enfermería solo laboraba en la IPS Oncológica objeto de estudio y el 5 % restante tenía un empleo adicional. Ninguno de los encuestados tenía más de dos empleos.

En el *Gráfico 10* se observa la proporción del personal de enfermería que laboraba en el servicio de urgencias que, dentro del proceso de vinculación y seguimiento al talento humano en la IPS Oncológica, recibió inducción institucional, inducción a las funciones del cargo y reinducción. Prevalece, en grado de importancia, la inducción de las funciones por cargo por parte del jefe de área, en relación a la inducción institucional con un porcentaje del 91 %. Solo 2/3 de este personal de enfermería había recibido reinducción al cargo con porcentaje promedio del 32 %, con una diferencia significativamente alta, con un 50 % más respecto a los jefes de enfermería.

Gráfico 10. *Relación entre el tipo de cargo y el proceso de vinculación y seguimiento laboral del personal de enfermería*



Fuente: Las autoras, a partir de los resultados de las Preguntas No. 9, 10 y 12 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

14.2 Identificación de factores relacionados con las condiciones de trabajo del personal de enfermería

En este apartado se evidencian los resultados obtenidos de la evaluación de componentes centrales de la dimensión psicosocial (subjetiva y percibida) de las condiciones de trabajo del personal de enfermería que laboraba en el servicio de urgencia de la IPS Oncológica objeto de estudio. El cuestionario de qCT alcanzó un Alpha de Cronbach de 0,86 para todas las escalas y dimensiones, lo que demostró que el cuestionario es de alta confiabilidad y valida su utilización en este medio. Las enfermeras del estudio, y de acuerdo a la media (\bar{X}) y a la desviación estándar (SD), manifestaron una percepción global positiva de las condiciones de trabajo de acuerdo a las variables evaluadas en todas las sub-escalas del instrumento (*Regulación, Desarrollo, Entorno material, Entorno social, Ajuste y Adaptación*) como lo detalla la *Tabla 7*.

Tabla 7. Promedios por sub-escala y desviación estándar de la puntuación obtenida del cuestionario qCT

Sub-escalas	Promedios escalas			
	X	SD	Mínimo	Máximo
1 Regulación	7,3	1,9	1	10
2 Desarrollo	6,6	2,1	1	10
3 Entorno material	7,6	1,7	2	10
4 Entorno social	7,1	1,9	1	10
5 Ajuste	5,9	1,2	1	7
6 Adaptación	8,7	1,1	4	10

Fuente: Las autoras, a partir de resultados de las Preguntas No. 16 a 59 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

Las puntuaciones obtenidas se agruparon en las seis sub-escalas en las que se encuentra estructurado el instrumento, con rangos de calificación entre 1 y 10 para las primeras cuatro sub-escalas y entre 1 y 7 para las dos últimas (Tabla 8). A cada una de las variables (entiéndase cada uno de los 44 ítems que conforma la totalidad del instrumento) se les calculó la media (X) y la desviación estándar (SD), como se observa en la Tabla 8.

Las sub-escalas que obtuvieron mayor puntuación promedio fueron *Adaptación* (X= 8,7; SD= 1,1) y *Entorno Material* (X= 7,6; SD= 1,7). Las de menor calificación fueron las escalas de *Ajuste* (X= 5,9; SD= 1,2) y *Desarrollo* (X= 6,6; SD= 2,1). Al revisar cada una de las variables, los que obtuvieron la mayor calificación promedio por sub-escala, con valores que oscilan entre 6,3 y 8,9 fueron: *Retribución económica, Evaluación del rendimiento profesional por la institución, Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.), Reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias, Me hace sentir útil, Aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia, Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados* (Tabla 8). Las variables de menor calificación promedio por sub-escala, con

promedios entre 5,3 y 6,4, fueron: *Carga de trabajo*, *Participación en las decisiones organizacionales*, *Relaciones con la dirección*, *Entorno físico*, *instalaciones y equipamientos*, *Facilita que mis méritos sean valorados con justicia*. Todos los anteriores valores descritos, resaltados en la *Tabla 8*, por cada sub-escala tanto los de mayor como menor puntuación.

El personal de enfermería del estudio calificó las sub-escalas de *Entorno material* y *Adaptación* con los mayores promedios, lo que indica que la IPS Oncológica donde laboraban las garantizan. Esto se traduce en que tales variables eran factores laborales protectores, facilitadores del desempeño de las actividades contractuales realizadas por el personal de enfermería del servicio de urgencias. Así mismo, Las enfermeras manifestaron poca participación en las decisiones organizacionales, es decir, no eran tenidas en cuenta al momento de la toma de decisiones por parte de la institución, lo que afectaba su reconocimiento y autonomía en la misma.

La investigación reportó menor calificación en la escala de *Ajuste*, al compararla con la de *Adaptación*. Con cada uno de los ítems de la sub-escala de *Ajuste*, el personal de enfermería inicialmente hacía una reflexión personal y una apreciación entre lo que la institución les ofrecía y los intereses personales y expectativas laborales. Esto fue determinante para el logro de una adaptación positiva en la institución.

Tabla 8. Promedio y desviación estándar de variables en las sub-escalas del cuestionario de qCT

Escalas	Variable	X	SD
Regulación	Tiempo de trabajo (horarios, ritmos, descansos, etc.)	7,6	1,8
	Organización general del trabajo	7,3	1,7
	Retribución económica	8,0	1,9
	Carga de trabajo	6,4	2,3

Escalas	Variable	X	SD
Desarrollo	Calidad del contrato laboral	7,6	1,7
	Conciliación trabajo - vida privada y familiar	6,9	2,1
	Autonomía en la toma de decisiones profesionales	7,0	2,0
	Justicia en la contratación, remuneración y promoción	7,1	2,0
	Oportunidades para la formación continua	7,0	2,0
	Vías de promoción laboral	7,0	2,0
	Participación en las decisiones organizacionales	5,7	2,4
	Relaciones con la dirección	5,7	2,4
	Evaluación del rendimiento profesional por la institución	7,3	1,7
	Apoyo recibido del personal directivo	5,9	2,4
Entorno Material	Entorno físico, instalaciones y equipamientos	7,2	2,0
	Recursos materiales y técnicos	7,8	1,6
	Prevención de riesgos laborales	7,4	1,7
Entorno Social	Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.)	7,9	1,6
	Compañerismo	6,9	2,1
	Respeto en el grupo de trabajo	7,3	1,7
	Reconocimiento del propio trabajo por colegas	6,6	2,1
	Reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias	7,7	1,7
Ajuste	Satisface mis intereses	5,8	1,1
	Me exige según mis capacidades	6,2	0,9
	Responde a mis necesidades	6,0	1,2
	Encaja con mis expectativas	6,1	1,0
	Se ajusta a mis aspiraciones	6,0	1,2
	Concuerda con mis valores	6,1	1,1
	Facilita que mis méritos sean valorados con justicia	5,3	1,5
	Estimula mi compromiso laboral	5,6	1,5
	Me permite trabajar a gusto	5,9	1,2
	Me motiva a trabajar	5,8	1,4
	Me da sensación de libertad	5,4	1,5
	Me hace crecer personalmente	6,0	1,2
	Me permite desarrollar mis competencias profesionales	6,1	1,1
Me proporciona identidad	6,0	0,9	
Me hace sentir útil	6,3	0,9	
Adaptación	Me adapto a la política del centro	8,9	1,1
	Asumo los valores de la dirección	8,7	1,1
	Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo	8,6	1,3
	Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio	8,8	1,0
	Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos	8,4	1,3
	Aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia	8,9	1,0
Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados	8,9	1,0	

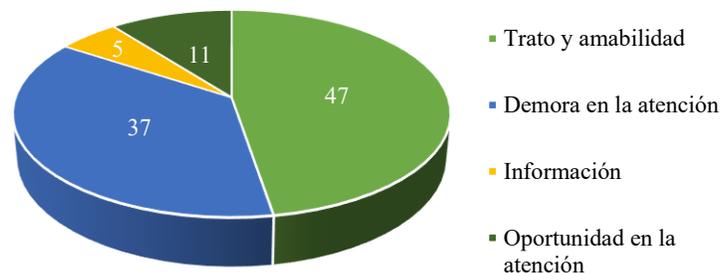
Fuente: Las autoras, a partir de resultados de las Preguntas No. 16 a la 59 de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

14.3 Análisis de las PQRS de los meses comprendidos entre septiembre de 2019 y febrero de 2020, susceptibles a factores relacionados con humanización, interpuestas al servicio de enfermería del área de urgencias

De acuerdo con la revisión de las quejas allegadas a la IPS Oncológica, se estableció que, para el periodo comprendido entre septiembre de 2019 y febrero de 2020, fueron interpuestas 19 quejas, de las cuales, el 100 % (19 usuarios) llegó a través del canal del *Buzón de PQRS*.

La IPS Oncológica categorizó las PQRS en cuatro atributos: *trato y amabilidad*, *oportunidad en la atención*, *demora en la atención* e *la información*. Se evidenció que el atributo más vulnerado era el *Trato y amabilidad*, con un 47 %, que correspondió a 9 usuarios, en segundo lugar, con un 37 %, la *Demora en la atención*, con 7 usuarios afectados, seguido de la *Oportunidad en la atención*, con 11 % (2 usuarios), y, por último, la *Información* con 5 %, correspondiente a 1 usuario (*Gráfico 11*).

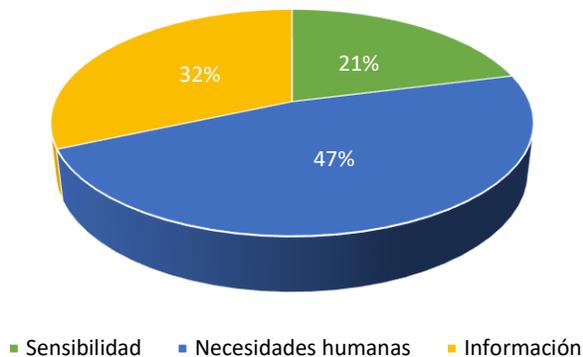
Gráfico 11. Clasificación por atributos según referente institucional



Fuente: Las autoras, a partir de información obtenida de la IPS Oncológica, 2020

De acuerdo con la encuesta aplicada al personal de enfermería sobre la percepción de la humanización de la IPS Oncológica, se realizó una subcategorización de atributos con base en las dimensiones de la Escala ECCOE, en la que se halló que la dimensión más afectada era la de las *Necesidades humanas* con un 47 %, seguida, con un 32 %, la de la *Información*, y en último lugar, con un 21 %, la de la *Sensibilidad* (*Gráfico 12*).

Gráfico 12. *Clasificación por sub-escalas con base en la escala de evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería (ECCOE).*



Fuente: Las autoras, a partir de información obtenida de la IPS Oncológica y sub-escalas de la escala ECCOE, 2020.

14.4 La percepción del cuidado humanizado de la atención en salud, a través de la medición subjetiva de la misma, en el personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio.

A continuación, se evidencian los resultados obtenidos de la aplicación de la escala ECCOE al personal de enfermería que labora en el servicio de urgencia de la IPS Oncológica objeto de estudio, los cuales determinan el nivel de percepción de cuidado otorgado a los pacientes. La escala ECCOE alcanzó un Alpha de Cronbach general de 0,82; con valores por subescala entre 0,73 y 0,87 estimados como aceptables, lo que demostró que el cuestionario es de alta confiabilidad y valida su utilización en este medio. Según la media (\bar{X}) y a la desviación estándar (SD) calculadas para todas las variables evaluadas en cada subescala del instrumento, como se detalla en la *Tabla 9*, los enfermeros del estudio manifestaron una percepción global favorable respecto al cuidado brindado a sus pacientes

durante su estancia en el servicio de urgencias, representado en el 97 % de la población objeto de estudio (*Tabla 9*).

En la *Tabla 10*, se muestran resaltados los factores de cuidado de mayor importancia y con una percepción más favorable para el personal de enfermería, los cuales están inmersos en las sub-escalas de *Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad*, *Ayuda /confianza* y *Soporte/protección/ambiente*, sobresaliendo el *Trato con respeto al paciente*, así como *Dejo la habitación del paciente limpia y ordenada después de un procedimiento*, en lo que se observó que el cuidado otorgado por los enfermeros se establecía a través de una relación con el paciente fundada en valores y principios, dentro de un entorno seguro, limpio, confiable y cómodo, favoreciendo así la recuperación de la salud de los usuarios que consultan al servicio de urgencias, en las mejores condiciones ambientales y brindando siempre un buen trato durante la atención.

Tabla 9. *Percepción del cuidado de enfermería por sub-escalas del instrumento ECCOE*

Sub-escala N=69	Percepción del cuidado de enfermería					
	Percepción favorable			Puntuación		
	F	%	X	Min	Max	Interpretación
Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad	69	100%	57	16	64	Favorable
Ayuda/confianza	67	97%	35	11	44	Favorable
Expresión de sentimientos positivos/negativos	48	70%	11	4	16	Favorable
Enseñanza aprendizaje	55	80%	24	8	32	Favorable
Soporte/protección/ambiente	69	100%	42	12	48	Favorable
Asistencia en las necesidades humanas	67	97%	37	11	44	Favorable

Sub-escala N=69	Percepción del cuidado de enfermería					
	Percepción favorable			Puntuación		
	F	%	X	Min	Max	Interpretación
Fuerza existencial/fenomenológica/espiritual	63	91%	10	3	12	Favorable
Percepción global	67	97%	209	63	252	Favorable

Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

También se muestran, en la *Tabla 10*, señalados en rojo, los factores de cuidado de menor puntuación para el personal de enfermería, es decir, los que reflejaron percepciones no favorables. Entre ellos, destacaron las sub-escalas de *Ayuda/confianza*, *Expresión de sentimientos positivos/negativos*, *Soporte protección/ambiente* y *Asistencia en las necesidades humanas*, evidenciando que no se hacía seguimiento al paciente cuando era trasladado a otro servicio, no se mantenía informada a la familia de la evolución del paciente y había poca tolerancia frente a la irritabilidad del paciente. La interacción enfermero-paciente estaba limitada, ya que no se mostraba interés por planificar, junto con el paciente, cómo lograr esas metas en salud ni se le mencionaban las expectativas del día durante su estancia en la institución.

Tabla 10. Puntuación por variables de la escala ECCOE

Variable	Calificación	
	X	SD
1. Trato al paciente como persona individual	3,70	0,7
2. Trato de ver las cosas desde el punto de vista del paciente	3,46	0,6
3. Tengo los conocimientos suficientes para brindar cuidado	3,74	0,4
4. Brindo seguridad al paciente	3,80	0,5
5. Atiendo las necesidades de cuidado del paciente cuando lo necesita	3,72	0,5
6. Animo al paciente a confiar en sí mismo	3,68	0,6
Variable	Calificación	

	X	SD
7. Destaco aspectos positivos del paciente y de su condición de salud	3,39	0,6
8. Elogio los esfuerzos del paciente en el manejo de su propia salud.	3,45	0,7
9. Comprendo al paciente como persona	3,70	0,5
10. Pregunto al paciente cómo le gusta que se hagan las cosas	3,17	0,7
11. Acepto el modo de ser del paciente	3,32	0,7
12. Demuestro sensibilidad hacia los sentimientos del paciente y su estado de ánimo	3,59	0,6
13. Soy amable y considerado (a) con el paciente	3,75	0,5
14. Me doy cuenta cuando el paciente está fastidiado y tiene paciencia ante su condición actual	3,33	0,7
15. Mantengo el control de mis emociones ante situaciones personales	3,62	0,5
16. Trato al paciente con respeto	3,93	0,3
17. Escucho al paciente cuando habla	3,78	0,4
18. Acepto los sentimientos del paciente sin juzgarlo	3,58	0,6
19. Acudo a la habitación del paciente solo para saber cómo se encuentra	3,19	0,9
20. Converso con el paciente sobre su vida, no relacionada a su hospitalización	2,81	0,9
21. Pregunto al paciente cómo le gusta que lo llamen	2,55	1,0
22. Me presento ante el paciente cuando recién lo conozco	3,59	0,7
23. Acudo rápidamente al llamado del paciente	3,38	0,5
24. Pongo toda la atención cuando estoy asistiendo al paciente	3,78	0,4
25. Visito al paciente si es trasladado a otro servicio del hospital	1,87	1,0
26. Tomo la mano u hombro del paciente cuando necesita consuelo para darle ánimo	2,91	0,9
27. Las metas que me propongo respecto al paciente, trato de cumplirlas	3,26	0,6
28. Animo al paciente para que pueda expresar cómo se siente	3,29	0,7
29. Cuando el paciente se encuentra enojado no me molesto	2,46	1,1
30. Ayudo al paciente a entender sus sentimientos	3,01	0,8
31. Cuando el paciente está pasando por un mal momento y está irritable, callado, malhumorado, no lo abandono, ni me alejo ante esta situación	2,55	1,0
32. Animo al paciente a que pida información sobre su enfermedad y su tratamiento	2,93	0,9
33. Respondo de manera clara las preguntas del paciente	3,48	0,6
34. Brindo al paciente enseñanza acerca de su enfermedad	3,26	0,7
35. Me aseguro de que el paciente entienda lo que le explico	3,62	0,6
36. Le pregunto al paciente qué desea saber acerca de su salud/ enfermedad	2,75	0,9
37. Ayudo al paciente a fijarse metas realistas con respecto a su salud	2,84	0,9
38. Ayudo a planificar junto con el paciente cómo lograr esas metas de salud	2,68	0,9
39. Ayudo a planificar el cuidado del paciente cuando es dado de alta	2,74	1,0

Variable	Calificación	
	X	SD
40. Menciono al paciente cuáles son sus expectativas del día	2,46	0,9
41. Entiendo cuando el paciente necesita estar solo (a)	3,26	0,8
42. Ofrezco al paciente alternativas para estar más cómodo	3,48	0,6
43. Dejo la habitación del paciente limpia y ordenada después de un procedimiento	3,84	0,4
44. Explico al paciente las precauciones de seguridad que debe tener junto con su familia	3,59	0,6
45. Proporciono los medicamentos para el dolor cuando el paciente lo necesita	3,23	0,9
46. Animo al paciente a que haga actividades por sí mismo	3,43	0,7
47. Respeto el pudor del paciente (no lo destapo en público)	3,51	0,9
48. Antes de retirarse de la habitación, verifico junto con el paciente o familia si tiene todo lo necesario al alcance de sus manos	3,71	0,5
49. Considero las necesidades espirituales del paciente	3,57	0,6
50. Soy gentil y alegre con el paciente	3,72	0,5
51. Siempre muestro al paciente mi mejor cara	3,75	0,5
52. Ayudo al paciente en su cuidado hasta que él pueda hacerlo por si solo	3,65	0,6
53. Tengo los suficientes conocimientos para aplicar las técnicas correctas	3,74	0,5
54. Sé manejar los equipos biomédicos (monitores, entre otros)	3,72	0,5
55. Proporciono el tratamiento y los medicamentos a tiempo	3,25	0,9
56. Mantengo informada a la familia de la evolución del paciente	2,48	1,0
57. Permito a los familiares que visiten al paciente las veces que sean necesarias	2,48	1,0
58. Vigilo el estado de salud del paciente muy de cerca	3,30	0,8
59. Hago sentir al paciente que puede tomar decisiones sobre su cuidado	3,42	0,7
60. Doy a conocer al paciente las situaciones de alarma que requieran de médicos y enfermeras	3,58	0,6
61. Muestro ante el paciente que entiendo cómo se siente	3,45	0,7
62. Ayudo a entender al paciente que sus experiencias de vida son importantes para crecer	3,35	0,7
63. Ayudo al paciente a sentirse bien con él mismo (a)	3,49	0,6

Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la encuesta aplicada entre julio-agosto de 2020.

En la sub-escala de *Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad*, el nivel de percepción del cuidado brindado no tuvo diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cambio, en

la sub-escala de *Expresión de sentimientos positivos/negativos*, las mujeres tuvieron una percepción más favorable en cuanto a la manifestación de sus emociones frente a las actitudes y emociones de los pacientes.

Con respecto a los grupos etarios establecidos en la caracterización del personal de enfermería, no se observaron diferencias significativas en los enfermeros con edades entre los 18 y 49 años en la sub-escala de *Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad*, evidenciando en todos ellos una percepción favorable; No así en el grupo de 50 a 57, donde el 10,9 % del personal de enfermería del servicio de urgencias tenía una percepción no favorable respecto a la atención a sus pacientes en relación con buen trato, comprensión, confianza y retroalimentación continua al paciente frente a su estado de salud (*Tablas 11 y 12*).

Tabla 11. *Percepción del Personal de Enfermería acerca del comportamiento humanizado en la sub-escala de Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad de acuerdo con el grupo etario.*

Grupo de edad	Favorable	No favorable
18-25	96,4%	3,5%
26-33	91,9%	8,0%
34-41	95,5%	4,4%
42-49	97,0%	2,9%
50-57	89,0%	10,9%

Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

Tabla No 12. *Percepción del Personal de Enfermería acerca del comportamiento humanizado en la sub-escala de Expresión de sentimientos positivos/negativos de acuerdo con el grupo etario.*

Grupo de edad	Favorable	No favorable
18-25	67,8%	32,1%
26-33	55,8%	44,1%
34-41	66,6%	33,3%
42-49	48,5%	51,4%
50-57	56,2%	43,7%

Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

En la percepción del cuidado en la sub-escala de *Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad*, con relación al estado civil, se observó que no había diferencias importantes, sin embargo, el personal de enfermería que son divorciados tenían una percepción más favorable respecto a los más demás, representada en un 98,4 % del personal, frente a solteros, casados y en unión libre. De estos tres últimos estados, los casados manifestaron una menor percepción, representado en un 38,6 % de los enfermeros (*Tabla 13*).

Tabla 13 *Percepción del Personal de Enfermería acerca del comportamiento humanizado en la sub-escala de Expresión de sentimientos positivos/negativos de acuerdo con el estado civil.*

Estado civil	Favorable	No favorable
Casado	61,3%	38,6%
Divorciado	62,5%	37,5%
Soltero	69,1%	29,4%
Unión libre	62,5%	37,5%

Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

Con respecto al nivel de escolaridad en relación a la primera sub-escala del cuestionario ECCOE, se evidenció que había una mejor percepción de cuidado otorgado por parte de los Auxiliares de Enfermería, representada en un 95,8 % del personal, frente a un 90 % de los profesionales – Jefes de Enfermería. Así mismo, la percepción era mejor frente a la expresión

de emociones y sentimientos, situación que podría estar favorecida por el tiempo compartido con los pacientes, dado que eran los Auxiliares de enfermería son quienes tenían mayor comunicación y seguimiento durante la estadía en el servicio de urgencias. Con relación al tipo de vinculación, turnos no se encontraron variaciones importantes.

Con relación a la sub-escala de *Sentimientos positivos/negativos*, el personal de enfermería del turno de la noche, en comparación al turno de la mañana, evidenció un nivel de percepción más bajo, con una diferencia del 10,9 % (Tabla 14).

Tabla 14. *Percepción del Personal de Enfermería acerca del comportamiento humanizado en la sub-escala de Expresión de sentimientos positivos/negativos de acuerdo con la jornada laboral.*

Jornada laboral	Favorable	No favorable
Turno mañana	66,2 %	33,7%
Turno tarde	61,4%	38,5%
Turno noche	55,3%	44,6%

Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

Con referencia a la sub-escala *Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad*, se evidenció que había un mayor índice de percepción favorable en el personal de enfermería con experiencia mayor a 10 años, con 95,8 % de los enfermeros, a diferencia de quienes tenían experiencia de 5 a 10 años, los cuales presentaron el mayor porcentaje no favorable con 7,1 %. No hubo diferencias significativas en la percepción entre el personal de enfermería que tenían uno o dos empleos, en esta sub-escala.

Con base en la sub-escala *Expresión de sentimientos positivos/negativos*, se observó que el personal de enfermería con experiencia laboral menor a 5 años es la categoría con menor percepción de favorabilidad, frente a la de los enfermeros que llevaban ejerciendo su labor de 5 a 10 años presentándose una diferencia del 8 %. No hubo diferencias significativas en la percepción entre los enfermeros que tenían uno o dos empleos en esta sub-escala.

El 94 % del personal de enfermería consideró tener una percepción favorable en la sub-escala la *Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad*, independientemente de haber recibido o no inducción institucional en la IPS Oncológica. Se pudo inferir que el cuidado del paciente caracterizado por un buen trato, individualizado y de escucha efectiva en la relación paciente-enfermero era propio de su formación y estaba inmerso en su labor diaria.

En la *Tabla 15*, el personal de enfermería percibió como *No favorable* la sub-escala de *Expresión de sentimientos positivos/negativos*, expresando como resultado que aproximadamente la mitad de personas que no recibieron inducción institucional en la IPS Oncológica piensan que hay mal manejo de las emociones tanto de la enfermera como del paciente, sin embargo, los valores de los porcentajes para ambos grupos son muy parejos.

Tabla 15. *Percepción del Personal de Enfermería acerca del comportamiento humanizado en la sub-escala de Expresión de sentimientos positivos/negativos de acuerdo a si recibió inducción institucional.*

Recibió inducción institucional	Favorable	No favorable	TOTAL
No	54.17%	45.83%	100%
Sí	63.16%	36.84%	100%

Fuente: Las autoras, a partir de resultados de la encuesta realizada en julio-agosto de 2020.

La totalidad del personal de enfermería que no recibió inducción de las funciones por desarrollar en su cargo percibió favorable la sub-escala de *Fuerzas existencial/fenomenológica/espiritual*, haciendo énfasis en la comprensión de los pacientes sobre cómo sentirse bien consigo mismo, respetando sus creencias, indicando que, aunque no recibieron formalmente inducción al cargo, esto no se veía reflejado en el trato que brindaban al paciente.

Analizando la variable de *Escolaridad*, se encontró que el profesional de enfermería especializado tenía mejor percepción en la sub-escala *Soporte/protección/ambiente*, que alcanzó el 95,8 % de percepción favorable, a diferencia del profesional no especializado y el técnico.

15. Discusión

Con el propósito de determinar los factores que afectan la humanización de la atención en salud, desde la percepción del personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio y la información aportada en la PQRS por los usuarios que recurren a este servicio, se analizaron los resultados de las mediciones hechas a las variables establecidas.

Varios estudios muestran que es tendencia histórica encontrar mayor número de personal femenino con un promedio de 85 % con respecto al masculino, debido a que la mujer tiene la capacidad de responder a las altas demandas laborales paralelamente con las familiares. Además, tiende hacia los trabajos en salud por tener este tipo de oficio una carga superior en labores de cuidado, lo cual involucra la capacidad de las mujeres para soportar una mayor exposición a las cargas laborales con altos niveles de estrés, como producto de las estructuras psicológicas que posee (Castillo et al., 2014), (Aspiazu, 2016).

De acuerdo con el presente estudio, basado en el análisis de la escala ECCOE, se identificó que el personal de enfermería de género masculino tiene mayor índice de percepción favorable de cuidado y humanización respecto al género femenino. El número de hombres era inferior comparado con la cantidad de mujeres que laboran en el área de enfermería en esta institución, correspondiendo al 7 % de la muestra seleccionada. Si bien, las investigaciones relacionadas evidencian que es la mujer la que predomina en número en la labor de enfermería, las diferencias en los niveles de percepción favorable del cuidado, en

función del género, no son significativas, por lo cual no generan un impacto evidente en el desempeño de este personal.

En cuanto a la percepción de favorabilidad, teniendo en cuenta el estado civil de las personas que laboran en el área de enfermería de la institución objeto de estudio, se encontró que, particularmente, los individuos que son separados y aquellos que conviven en unión libre son quienes tienen un mayor índice de favorabilidad en las diferentes sub-escalas de la escala ECCOE, alcanzando promedios superiores al 82 %, si se tienen en cuenta las siete sub-escalas. Ahora bien, individualmente, los divorciados alcanzaron el 100 % de percepción favorable en la sub-escala *Fuerzas existencial/fenomenológica/espiritual*.

Si se habla sobre el tipo de vinculación y cómo influye sobre la percepción de favorabilidad en el servicio en salud, este estudio no encontró diferencias significativas en las diferentes sub-escalas, ya que la mayor diferencia que se halló fue de 2 % entre la vinculación directa y la tercerizada; lo que evidencia que no hay una influencia directa según el tipo de vinculación en el servicio de urgencias.

Por otra parte, y en respuesta al segundo objetivo de este trabajo de investigación, es importante comprender que las condiciones de trabajo y organización laboral son “el conjunto de circunstancias ecológicas, sociales, económicas, jurídicas, tecnológicas, etc., en el marco de las cuales se desarrolla la actividad laboral”, que inciden sobre la dinámica organizacional, las relaciones laborales, la calidad de vida en el trabajo, la motivación, la satisfacción y la productividad de las personas y las organizaciones (Blanch, 2010, p.213). Para Davis y Newstrom, la organización del trabajo, debe reflejar la relación armoniosa entre

el administrador y el trabajador para el logro de objetivos comunes (como se citó en Zapata y Zapata, 2015).

En Colombia, fueron pocos los estudios que las investigadoras encontraron, que analizan las condiciones de trabajo y la organización con la utilización de instrumentos validados como el qCT. Algunos estudios contemplan componentes similares a los que contiene el cuestionario qCT, puntualmente, aspectos relacionados con satisfacción laboral, calidad de vida laboral, desgaste laboral y riesgo psicosocial. Son Norteamérica y Europa, los lugares donde se encuentra la mayor evidencia al respecto. En Latinoamérica y el Caribe, las condiciones de trabajo en enfermería se caracterizan por realidades desfavorables de contratación: bajos salarios, incremento de la carga de trabajo, entornos físicos negativos, desmotivación, insatisfacción y abandono de los cargos (Zapata y Zapata, 2015). El estudio de Baraldi y Car (2014) muestra que la contratación flexible en enfermería afecta sus derechos laborales, privilegia el trabajo individual calificado y el rol polivalente, donde importa más el control y el indicador, que la calidad de los procesos y los servicios. Contrario a ello, investigaciones en Norteamérica dan cuenta de unas condiciones de trabajo favorables y destacan, además, la seguridad de la enfermera y del paciente, una mayor calidad de la atención de enfermería, así como la satisfacción y retención laboral de estos profesionales en hospitales magnéticos que reportan mejores condiciones de trabajo y menor movilidad y abandono de los cargos.

Investigaciones realizadas en Colombia entre 1995 y 2010 sobre las condiciones de trabajo de las enfermeras, reportan disminución de la satisfacción, aumento de la carga laboral y agotamiento, además de bajos salarios, precarias condiciones laborales y de seguridad social,

poco reconocimiento por estudios de posgrado y distorsión del perfil de la enfermera, lo que se traduce en disminución de la calidad del cuidado (Zapata y Zapata, 2015).

En un estudio descriptivo-transversal, realizado en la ciudad de Medellín por Zapata (2015), que seleccionó 552 enfermeras que laboraban en instituciones de 2º, 3º y 4º nivel de atención en salud, se evidenció que cuando el personal de enfermería realiza funciones administrativas y funciones asistenciales simultáneamente, le restan tiempo al cuidado directo del paciente y la familia, lo cual afecta negativamente la gestión del cuidado, la satisfacción laboral y la pertenencia a la institución. Adicionalmente, constata que las IPS públicas y mixtas son las que más vinculan enfermeras jóvenes y con poca experiencia con la modalidad de contrato flexible (contrato sindical, cooperativa y prestación de servicios, entre otros), situación que sería favorable si estas enfermeras ganaran en antigüedad y cualificación profesional. Pero, por el contrario, lo que se observó fue una alta movilidad de estas profesionales en busca de empleo, desmotivadas por los bajos salarios y la falta de cubrimiento de prestaciones sociales (recargo de horas en nocturno y festivos, primas y vacaciones, entre otros), con consecuencias negativas no solo para ellas (frustración, falta de estabilidad y satisfacción laboral), sino también para las instituciones por la falta de continuidad en los procesos y sus implicaciones en la calidad de la atención (Zapata y Zapata, 2015).

Las enfermeras del estudio realizado por Zapata (2015) califican el entorno material y social con los mayores promedios, lo que indica que las IPS donde laboran lo garantizan. Lo que más valoran es disponer de servicios de apoyo en el entorno laboral para su comodidad y seguridad en su desempeño. Así mismo, el que sean reconocidos por los usuarios y por el equipo de salud es muy valorado y esto reafirma su satisfacción laboral e identidad

profesional en la institución. También identifican poca participación en las decisiones organizacionales, no son tenidas en cuenta, lo que afecta su reconocimiento y autonomía en la institución, aunado a una alta carga de trabajo, como se evidencia en otros estudios. Esta situación es contraria a lo encontrado en Norteamérica, donde se les da participación en los procesos administrativos de la empresa, se promueve estrategias para retener a las enfermeras con estímulos de competencias profesionales, capacitaciones y cumplimiento de indicadores de productividad y seguridad para los pacientes y para las enfermeras (Zapata y Zapata, 2015).

La presente investigación mostró que la IPS Oncológica objeto de estudio garantiza condiciones relacionadas con entorno material para el personal de enfermería que laboran en el servicio de urgencias, al igual que lo reportado por las enfermeras del estudio realizado en la ciudad de Medellín por Zapata, siendo tal escala (entorno material) la de mayor puntuación para los dos estudios, donde se destacan con alta puntuación aspectos como servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.) y recursos materiales y técnicos, aspectos indispensables para tener buen desempeño laboral en función del cuidado de la salud y la seguridad de sí mismos y de los pacientes, en un servicio crítico como lo es el de urgencias.

Otro aspecto a destacar, muy bien valorado por el personal de enfermería de esta investigación, sumado a los dos aspectos anteriormente descritos, y contrario a lo reportado por diversos estudios realizados en Latinoamérica, es la retribución económica. Estos aspectos, en conjunto, brindan satisfacción, comodidad y adaptación a la institución para la cual laboran, impactando de manera muy favorable en la motivación para la realización de sus funciones.

Así mismo, en la escala de adaptación, el personal de enfermería califica positivamente cada ítem valorado, lo que indica que existe adherencia a políticas y protocolos establecidos por la institución, favoreciendo brindar a los pacientes que allí consultan una atención segura, confiable y con buenos resultados clínicos, características de una atención de calidad.

Tanto en el estudio realizado en Medellín (Zapata y Zapata, 2015), así como en esta investigación, se reporta menor calificación en la escala de *Ajuste*, al compararla con la de *Adaptación*. En la primera, el personal de enfermería inicialmente hizo una reflexión personal y una calibración entre lo que la institución les ofrece y los intereses personales y expectativas laborales, esto es determinante para el logro de una adaptación positiva en la institución. Los dos estudios también coinciden en los resultados de la escala de *Desarrollo*, percibido por el personal de enfermería por tener poca o nula participación en los procesos de tipo estratégico organizacional, afectando su autonomía y participación activa para la toma de decisiones dentro de la institución, que puedan llevar a fomentar mejoras y reconocimiento dentro de su servicio.

Por otra parte, y en relación al tercer objetivo de esta investigación, respecto con las quejas presentadas desde septiembre de 2019 hasta febrero de 2020, se encontró que el canal de recepción de quejas más utilizado es el buzón, lo cual evidenció que se debe potencializar el medio virtual para este servicio y más aún en estos tiempos de pandemia. La IPS Oncológica tiene establecidos dos medios de recepción de peticiones: el medio presencial que cuenta con 13 buzones distribuidos en los diferentes servicios y el medio virtual conformado por correo electrónico, página web y redes sociales.

Se verificó que el atributo más vulnerado, según la clasificación de la IPS Oncológica, es *Trato y amabilidad* y, según la clasificación asociada a la escala ECCOE, la dimensión más afectada es la de las *Necesidades humanas*. Desde la perspectiva de los usuarios se percibe que no se atienden adecuadamente las necesidades presentadas por ellos.

Con respecto al cuarto objetivo de esta investigación, relacionado con la percepción sobre el cuidado otorgado a los usuarios en el servicio de urgencias por parte del personal de enfermería, se encontró, adicionalmente, que el personal de enfermería que no recibió evaluación e inducción de las funciones por desarrollar a su cargo dentro de la IPS Oncológica percibió como *No favorable* la sub-escala de *Expresión de sentimientos positivos/negativos*. Bejarano (2017) reportó que los diferentes participantes de su estudio no recibieron una orientación en aspectos relacionados con la humanización en el momento de la inducción, dejando que el personal actuara según lo que entiende o concibe sobre la humanización de cara al paciente, por su parte, Gallardo, Maya y Vásquez (2011) comprobaron que el diálogo, la capacidad de escucha, el afecto y la actitud del personal de enfermería facilitan la promoción y aceptación de la *Expresión de sentimientos positivos/negativos* de sus pacientes.

De igual manera, se encontró en los datos observados, que el 94,5 % del personal de enfermería que no recibió beneficios del plan de bienestar por parte de su empleador y percibieron que la sub-escala favorable es la de *Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad*. Ariza (2012) refiere al respecto en su investigación que para hablar de humanización de los servicios de salud se debe proveer al personal con incentivos y motivar su desempeño. Sin embargo, el personal de enfermería de la IPS Oncológica ha desempeñado un buen papel en

la asistencia satisfactoria de las necesidades humanas cuya finalidad es lograr el bienestar del paciente.

Adicionalmente, y respondiendo al cuarto objetivo propuesto, relacionado con los factores de cuidado otorgado por los enfermeros, entre los ítems con mayor puntuación para el personal de enfermería se destacan el *Tratar al paciente con respeto*, *Bridar seguridad al paciente* y *Dejar la habitación del paciente limpia y ordenada después de un procedimiento*. Lo anterior coincide con Hernández (2016), quien comprobó que las sub-escalas de *Humanismo/Fe-esperanza/sensibilidad* y *Asistencia en las necesidades humanas* son las más importantes por su alto puntaje.

Los factores de cuidado con menor puntuación para el personal de enfermería fueron el *Visitar al paciente si es trasladado a otro servicio del hospital*, probablemente porque asumen que su tarea respecto al cuidado de la salud del paciente ha finalizado ahí y ya hace parte de otro proceso. De igual forma, la sub-escala de *Asistencia en las necesidades humanas* se dividió entre los ítems con mayor y menor puntaje, porque el personal de enfermería cuenta con los suficientes conocimientos para aplicar las técnicas correctas, pero no informa a la familia ni al paciente sobre la evolución durante la hospitalización. No se encontraron estudios relacionados que concuerden con esta dualidad. Sin embargo, se establece que el cuestionario ECCOE es fiable para su utilización en el personal de enfermería en el servicio de urgencias de una IPS Oncológica; los resultados del estudio lo soportan, al menos en la muestra seleccionada, generando conocimiento para fundamentar recomendaciones orientadas al mejoramiento de la atención en salud de los cuidados de enfermería.

16. Conclusiones

Las encuestas de percepción son una herramienta eficaz para el seguimiento de factores relacionados con el desempeño laboral de los trabajadores del sector salud, que favorece, a partir de los hallazgos, la toma de decisiones con un enfoque objetivo, en pro de la mejora continua desde la escucha activa de los principales actores del sistema y en la búsqueda constante de la calidad de la atención en los servicios de salud, especialmente las instituciones de tercer y cuarto nivel de complejidad con población de alto riesgo, como la IPS Oncológica objeto de esta investigación.

Con relación a la caracterización de la población, se evidenció que la mayoría del personal del personal de enfermería encuestado eran mujeres solteras de 31 a 41 años, auxiliares de enfermería, en mayor número con contratos tercerizados con experiencia mayor a 10 años. Estas variables no evidenciaron diferencias significativas al cruzarlas con las respuestas obtenidas en los cuestionarios de *Escala de evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería*, y el *cuestionario de condiciones de trabajo* aplicados al personal de enfermería. Las variables con mejor porcentaje de favorabilidad fueron referidas por parte de los participantes de sexo masculino, con edades entre 18 y 25 años, con estado civil separado y en unión libre; la jornada laboral del turno de la mañana y la experiencia laboral menor a 5 años son variables que influyen positivamente en la percepción favorable de humanización de la escala ECCOE.

Con la aplicación del cuestionario qCT, con el cual se midió la percepción sobre condiciones de trabajo en el personal de enfermería vinculado al servicio de urgencias de la IPS, las enfermeras del estudio manifestaron una percepción global positiva de las condiciones de trabajo ofrecidas por la institución. Se identificaron algunos factores intralaborales evaluados en este cuestionario, relacionados con el desempeño laboral, que afectan la atención humanizada en este servicio:

- sobrecarga de trabajo, especialmente en el turno de la tarde,
- pobre o nula participación en las decisiones organizacionales,
- pobre o nula relación con las directivas de la institución,
- entorno físico, instalaciones y equipamientos limitados para la demanda de pacientes que consultan en el servicio de urgencias y
- el no reconociendo de los logros alcanzados en su labor, no valorados con justicia por parte de los líderes de la institución.

Estos factores en conjunto aumentan el riesgo de fallos durante la atención brindada por los enfermeros, afectando no solo el trato humanización con los usuarios, sino otros atributos que van de la mano de este, como la oportunidad y la seguridad.

Dentro de los factores identificados como factores protectores de las condiciones laborales brindadas a los enfermeros están:

- la retribución económica,
- la evaluación continua del rendimiento profesional por la institución,
- la disponibilidad de personal de servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.) que labora con diligencia,

- el reconocimiento del propio trabajo por parte de los pacientes,
- la adecuada adherencia a protocolos ante cualquier dilema de conciencia y
- la adecuada adaptación a los tiempos y ritmos de trabajo fijados.

Estos aspectos, en conjunto, brindan satisfacción, comodidad y adaptación a la institución para la cual laboran e impactan de manera muy favorable en la motivación para la realización de sus funciones. Así mismo, el personal de enfermería calificó positivamente los procesos de adaptación, lo que indica que existe adherencia a políticas y protocolos establecidos por la institución, que favorecen brindar a los pacientes que allí consultan una atención segura, confiable y con buenos resultados clínicos, características de una atención de calidad.

También se identificaron factores de riesgo extralaborales que puedan afectar la humanización de la atención brindada por el personal de enfermería como el alto nivel de estrés, producto de las circunstancias relacionadas con la pandemia del momento por Covid-19. De acuerdo con los niveles de estrés manejados por el personal de enfermería en la IPS objeto de estudio en los oficios inherentes a la práctica profesional, sumado al generado por la pandemia y al generado por aspectos personales, el estrés se convirtió en un determinante con alto impacto negativo en el desempeño laboral y el trato humanizado hacia los pacientes, afectando también la sensación de estabilidad y la calidad de vida de los enfermeros. De hecho, los enfermeros refirieron que la principal causa de estrés han sido las circunstancias asociadas a la pandemia por encima de la sobrecarga laboral, factor que mayor puntuación tuvo entre los factores intralaborales.

Con relación a la revisión de las PQRS de la IPS Oncológica, se identificó que la institución tenía establecidos dos medios de recepción de peticiones: el medio presencial, con 13 buzones distribuidos en los diferentes servicios y el medio virtual, conformado por correo

electrónico, página web y redes sociales. También se determinó que mensualmente llegan a la institución un promedio de 150 requerimientos de los cuales el 6 % corresponde al trato del personal de enfermería, en los que la mayoría de los pacientes y familiares se quejan por el trato deshumanizado por parte de dicho personal y la falta de sensibilidad del personal de atención en salud. También, se evidenció que se vulneraba la oportunidad en la atención de los pacientes oncológicos en el servicio de urgencias por tiempos de esperas prolongados.

Se evidencia una favorabilidad en la percepción del personal de enfermería acerca de la atención en salud del servicio de urgencias de una IPS Oncológica respecto al comportamiento del cuidado humanizado, generado gracias a las habilidades y competencias que se ejecutan para la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente y familia. El cuidado es brindado con respeto, amabilidad, seguridad, basado en la capacidad de escucha y la obtención de conocimientos para aplicar las técnicas en un ambiente de cuidado. Sin embargo, el cuidado también presenta limitaciones en cuanto a la participación del personal al seguir el proceso del paciente en cuanto es trasladado a otro servicio y la insuficiente tolerancia en consideración a la *Expresión de sentimientos positivos/negativos* que exteriorizan los pacientes.

17. Recomendaciones

Para lograr contextos de salud más humanizados, se requiere de profesionales de la salud líderes que tengan conocimientos, motivaciones, experiencias, habilidades, manejo de grupos, resolutiveidad, organización del trabajo y comunicación asertiva; además de capacidad de generar cambios, de valorar y aprovechar las diferencias y potencialidades de las personas, de extrapolar el liderazgo a todas las situaciones de la vida, de ser ejemplo para los demás, de autoevaluarse, entre muchas otras características. Sin embargo, lo más importante es que quien desee humanizar servicios de salud debe caracterizarse por tener un proyecto personal dirigido a generar bienestar en áreas de interacción social y personal, alineado a metas y proyecciones laborales en beneficio propio, el de sus usuarios y de la institución para la que labora (Hoyos et al., 2008).

Las recomendaciones que se generan en el presente estudio se realizan con base en los hallazgos encontrados posterior a la aplicación de la escala de evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería, y el cuestionario de condiciones de trabajo al personal de enfermería.

Se recomienda la formación de equipos de colaboradores líderes en el área de urgencias, que fomenten la cultura en humanización en el servicio de urgencias, para que por medio de esta estrategia se logre brindar una atención más humanizada en salud.

En respuesta al quinto objetivo de esta investigación, se proponen acciones de mejoramiento bajo la modalidad de matriz de priorización 5w1h, con implementación de

ciclo PHVA, para cada acción propuesta, que surge a partir de los factores identificados que afectan la humanización de la atención en salud brindada por el personal de enfermería en el servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio y de las propuestas hechas por los enfermeros, registradas al final de la encuesta aplicada, se plantearon acciones enfocadas a favorecer la adherencia al programa de humanización institucional 2019-2021 y a contribuir a la mejora continua de la calidad de atención.

Tabla 16. Ficha técnica de indicadores

Ficha técnica de indicadores	
IPS ONCOLÓGICA	CÓDIGO DEL INDICADOR 0,1
	NOMBRE DEL INDICADOR Porcentaje de intervenciones efectivas del equipo líder de humanización en urgencias
	APROBADO POR Gerente - Dirección de Calidad
	FECHA ACTUALIZACIÓN 5 de enero de 2021
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Seguridad y pertinencia
NUMERADOR	Número de intervenciones efectivas realizadas por el equipo de humanización en los casos de trato inadecuado por parte del personal de enfermería en el servicio de urgencias
DENOMINADOR	Número de casos detectados de trato inadecuado por parte del personal de enfermería en el servicio de urgencias.
UNIDAD DE MEDIDA	Relación Porcentual
FACTOR	100
META	100 %
FORMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Base de datos del líder institucional del programa de humanización
	DENOMINADOR: Base de datos del líder institucional del programa de humanización
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: No aplica
	DENOMINADOR: No aplica
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Equipo líder de humanización
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Líder institucional del programa de humanización y equipo líder de humanización.
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Gerente - Comité de Calidad - Equipo líder de humanización.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Servicio de urgencias

Ficha técnica de indicadores

IPS ONCOLÓGICA	CÓDIGO DEL INDICADOR	0,2
	NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje del personal de enfermería capacitado en signos de alerta y reconocimiento de patologías oncológicas del servicio de urgencias
	APROBADO POR	Gerente - Dirección de Calidad
	FECHA ACTUALIZACIÓN	5 de enero de 2021
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA		
NUMERADOR	Número de enfermeras capacitadas en signos de alerta y reconocimiento de patologías oncológicas del servicio de urgencias	
DENOMINADOR	Número total de enfermeras que laboran en el servicio de urgencias	
UNIDAD DE MEDIDA	Relación Porcentual	
FACTOR	100	
META	100%	
FORMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Base de datos del coordinador de enfermería	
	DENOMINADOR: Base de datos del coordinador de enfermería	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: No aplica	
	DENOMINADOR: No aplica	
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Trabajadores evaluados	
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Coordinadora de enfermería	
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Gerente - Comité de Calidad	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Servicio de urgencias	

Ficha técnica de indicadores	
IPS ONCOLÓGICA	CÓDIGO DEL INDICADOR 0,3
	NOMBRE DEL INDICADOR Porcentaje de oportunidades de mejora intervenidas.
	APROBADO POR Gerente - Dirección de Calidad
	FECHA ACTUALIZACIÓN 5 de diciembre de 2020.
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Gerencia del riesgo
NUMERADOR	Total de oportunidades de mejora intervenidas por el equipo de humanización respecto al trato por el personal de enfermería hacia el usuario y su familia en un periodo de tiempo en el servicio de urgencias.
DENOMINADOR	Total de oportunidades de mejora identificadas por el equipo de humanización en el servicio de urgencias.
UNIDAD DE MEDIDA	Relación Porcentual
FACTOR	100
META	100 %
FORMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Aplicativo de seguridad del paciente DENOMINADOR: Aplicativo de seguridad del paciente
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: No aplica DENOMINADOR: No aplica
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Trabajadores evaluados DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Área de Calidad – Gerente DE LA TOMA DE DECISIONES: Gerente - Comité de Calidad
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Por todos los Servicios.

Ficha técnica de indicadores	
IPS ONCOLÓGICA	CÓDIGO DEL INDICADOR 0,4
	NOMBRE DEL INDICADOR Porcentaje del personal de enfermería capacitado en técnicas y habilidades de comunicación asertivas
	APROBADO POR Gerente - Dirección de Calidad
	FECHA ACTUALIZACIÓN 5 de enero de 2021
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Satisfacción del usuario
NUMERADOR	Total del personal de enfermería capacitado en técnicas y habilidades de comunicación asertivas
DENOMINADOR	Total del personal de enfermería en el servicio de urgencias.
UNIDAD DE MEDIDA	Relación Porcentual
FACTOR	100
META	100 %
FORMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Base de datos del líder institucional del programa de humanización
	DENOMINADOR: Base de datos del líder institucional del programa de humanización
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: No aplica
	DENOMINADOR: No aplica
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Equipo líder de humanización
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Líder institucional del programa de humanización y Jefe líder del área de urgencias
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Gerente - Comité de Calidad - Jefe líder del área de urgencias - Personal de enfermería del área de urgencias
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Servicio de urgencias

Fuente: *Las autoras, 2020.*

Tabla 17. *Acciones de mejoramiento de la calidad de la atención en salud brindada por el personal de enfermería del servicio de urgencias de la IPS Oncológica objeto de estudio, desde el atributo de la humanización*

Acciones de intervención propuestas								
Tiempo propuesto de ejecución: 6 meses								
OPORTUNIDAD DE MEJORA	QUE (ACTIVIDAD)	COMO (PHVA)	PORQUE (Propósito)	DONDE (Sitio, área o lugar)	QUIEN (Responsables)	CUANDO (Fecha)	INDICADOR	META
Reporte de quejas de trato inadecuado frente a los pacientes y familiares	Promover en la institución la formación de equipos de colaboradores líderes en el área de urgencias que fomenten la cultura en humanización.	P: Conformación del equipo líder de humanización en el servicio de urgencias (definición, funciones, cronograma de reuniones). H: Realizar rondas diarias en el servicio de urgencias que refuercen el modelo y las líneas del programa de humanización de la institución. Realizar reuniones mensuales del equipo líder de humanización V: Verificar el cumplimiento de las metas propuestas por el equipo líder de humanización A: Implementar acciones de mejora en caso de no cumplimiento de las metas propuestas	Es de vital importancia en la prestación de una atención humanizada en salud potenciar las capacidades del personal de enfermería, que favorezca el trabajo en equipo, la comunicación asertiva, el cuidado integral del paciente, la actitud de servir, la empatía por el paciente y sus acompañantes, junto con las habilidades de escucha del personal de enfermería.	Servicio de urgencias de la IPS oncológica	Líder institucional del programa de Humanización	Mes uno	Porcentaje de intervenciones efectivas del equipo líder de humanización en urgencias	Las intervenciones efectivas del equipo líder de humanización deben ser de mínimo de un 80 %.

OPORTUNIDAD DE MEJORA	QUE (ACTIVIDAD)	COMO (PHVA)	PORQUE (Propósito)	DONDE (Sitio, área o lugar)	QUIEN (Responsables)	CUANDO (Fecha)	INDICADOR	META
<p>No hay conocimiento del programa de humanización de la institución por parte del personal de enfermería</p>	<p>Implementación del programa de humanización vigente de la IPS oncológica objeto de estudio, al personal de enfermería del servicio de urgencias.</p>	<p>P: socialización del programa de humanización vigente de la IPS oncológica objeto de estudio.</p>	<p>Contribuir con el mejor impacto en el tratamiento de los pacientes que consultan a esta institución en búsqueda del mejoramiento continuo de la calidad para la prestación del servicio de urgencias, alcanzando niveles de satisfacción adecuados mediante el reconocimiento de la dignidad del ser humano tanto del cliente interno como externo.</p>	<p>Servicio de urgencias de la IPS oncológica</p>	<p>Líder institucional del programa de Humanización y Jefe inmediato del personal de enfermería</p>	<p>Mes dos (70 %) a mes tres (100 %)</p>	<p>Porcentaje de adherencia al programa de humanización vigente en la institución. Nivel de percepción de cuidado humanizado del personal de enfermería del servicio de urgencias mediante Cuestionario ECCOE Indicadores de seguimiento de medición semestral</p>	<p>Porcentaje de adherencia: 100 % Nivel de percepción del cuidado humanizado: Favorable para todas las dimensiones de la escala</p>
		<p>H: Capacitación en el programa de humanización vigente, bajo cronograma y organizando el personal de enfermería por los grupos de edades definidos en la encuesta de esta investigación, brindando estrategias que fortalezcan las competencias de los enfermeros frente al cuidado humanizados de los pacientes que consultan en el servicio de urgencias. Definir las competencias de humanización que deben ser evaluadas desde el proceso de selección del personal e incluir esta capacitación en los procesos de inducción y reinducción de todo el personal de la institución.</p>						
		<p>V: Medir la percepción del cuidado humanizado en el personal de enfermería y la adherencia a la política de humanización</p>						
		<p>A: Socialización de los resultados de la medición de la percepción del cuidado humanizado al personal de enfermería e implementación de las acciones de mejora sobre los factores que presenten niveles de percepción poco favorables.</p>						

OPORTUNIDAD DE MEJORA	QUE (ACTIVIDAD)	COMO (PHVA)	PORQUE (Propósito)	DONDE (Sitio, área o lugar)	QUIEN (Responsables)	CUANDO (Fecha)	INDICADOR	META
<p>Hay sobrecarga laboral asociado al alto volumen de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, especialmente en la jornada de la tarde y al déficit de personal de enfermería en el servicio de urgencias.</p>	<p>Reestructuración del modelo de atención en el servicio urgencias</p>	<p>P: Optimización de los tiempos de atención (efectiva y oportuna) por parte del personal de enfermería a los usuarios que consultan al servicio de urgencias.</p>	<p>Garantizar a los pacientes que consultan en el servicio de urgencias una atención efectiva y oportuna por parte del personal de enfermería</p>	<p>Servicio de urgencias de la IPS oncológica</p>	<p>Jefe inmediato del personal de enfermería</p>	<p>Mes cuatro</p>	<p>Nivel de desempeño laboral del personal de enfermería del servicio de urgencias Nivel de percepción de condiciones de trabajo mediante cuestionario qCT del personal de enfermería del servicio de urgencias Indicadores de seguimiento de medición semestral</p>	<p>Porcentaje de desempeño: > 95 % Nivel de condiciones de trabajo: Favorable para todas las dimensiones de la escala (Todos socializados y retroalimentados y que su percepción no cambie)</p>
		<p>H: Redistribución del personal de enfermería contratado en las 3 jornadas establecidas (mañana, tarde y noche), en turnos no mayores a 8 horas, con programación flexible sujeta a la disponibilidad del personal (con cumplimiento del número horas contratadas) que permita la cobertura completa en las franjas de mayor afluencia de pacientes consultantes al servicio de urgencias y en los tiempos de picos epidemiológicos. Con apoyo del Jefe de Urgencias, optimizar el proceso de interdependencia en función de disminución de los tiempos de respuesta de todos los servicios requeridos, tiempos de respuesta a interconsultas y tiempos de definición de plan de manejo a los usuarios consultantes al servicio de urgencias.</p>						
<p>Hay sobrecarga laboral asociado al alto volumen de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, especialmente en la jornada de la tarde y al déficit de personal de enfermería en el servicio de urgencias.</p>	<p>Reestructuración del modelo de atención en el servicio urgencias</p>	<p>V: Medir la percepción de las condiciones de trabajo y evaluar el desempeño del personal de enfermería del servicio de urgencias</p>						
		<p>A: Socialización de los resultados de las mediciones realizadas al personal de enfermería, retroalimentación bidireccional entre personal operativo y jefatura de enfermería sobre dificultades que no permitan el cumplimiento de las metas establecidas en cuanto a los tiempos de atención e implementación de las acciones de mejora sobre las deficiencias halladas.</p>						

OPORTUNIDAD DE MEJORA	QUE (ACTIVIDAD)	COMO (PHVA)	PORQUE (Propósito)	DONDE (Sitio, área o lugar)	QUIEN (Responsables)	CUANDO (Fecha)	INDICADOR	META
<p>Incremento de estrés en el personal de enfermería asociado a circunstancias propias de la pandemia de COVID -19.</p>	<p>Creación de un programa de psicoeducación para manejo del estrés asociado a la pandemia</p>	<p>P: Implementación del programa de psicoeducación para manejo del estrés asociado a la pandemia.</p>	<p>Controlar y reducir la tensión que surge cuando una situación es considerada difícil o inmanejable, a partir del desarrollo de técnicas aprendidas y pautas para la prevención del estrés, que favorezcan la calidad de vida del trabajador sin que se afecte su desempeño laboral.</p>	<p>Servicio de urgencias de la IPS oncológica</p>	<p>Equipo psicosocial de la institución (psicólogo y trabajador social)</p>	<p>Mes cinco</p>	<p>Nivel de estrés percibido del personal de enfermería del servicio de urgencias mediante una escala de medición de estrés percibido.</p>	<p>Puntuación que reflejen niveles bajos de estrés en el personal, de acuerdo a la escala aplicada, escogida por el equipo psicosocial</p>
		<p>H: Realizar reuniones de intervención grupal con el equipo psicosocial (2 fases por cada grupo de 5 enfermeros). Una primera fase para detectar las principales causas de estrés asociadas a la pandemia y brindar estrategias de manejo y afrontamiento dentro y fuera del entorno laboral. Una segunda fase de seguimiento e impacto de las pautas y estrategias brindadas.</p>						
		<p>V: Medición del estrés laboral en el personal de enfermería</p>						
<p>A: Seguimiento e intervención individualizada por parte del equipo psicosocial en los casos del personal enfermería que presente los mayores niveles de estrés percibido</p>								

OPORTUNIDAD DE MEJORA	QUE (ACTIVIDAD)	COMO (PHVA)	PORQUE (Propósito)	DONDE (Sitio, área o lugar)	QUIEN (Responsables)	CUANDO (Fecha)	INDICADOR	META
Hay poca participación en la toma de decisiones relacionadas con acciones de optimización del servicio de urgencias.	Crear equipo de mejoramiento continuo del servicio de enfermería	<p>P: Conformación del equipo de mejoramiento continuo del servicio de enfermería (definición, funciones, cronograma de reuniones)</p> <p>H: Realizar reuniones mensuales del equipo de mejoramiento continuo del servicio de enfermería</p> <p>V: Verificar el cumplimiento de las metas propuestas por el equipo de mejoramiento continuo</p> <p>A: Implementar acciones de mejora en caso de no cumplimiento de las metas propuestas</p>	Es importante tener una adecuada y continua comunicación entre el personal administrativo y asistencial de la organización, esto con el fin de estar al tanto del cómo funciona el servicio desde la perspectiva del cliente interno, asimismo facilitar la toma de decisiones en pro del mejoramiento continuo del mismo.	Servicio de urgencias de la IPS oncológica	Coordinadora de enfermería	Mes cinco	Número de acciones efectivas en pro de la optimización y mejoramiento del servicio/Número de acciones propuestas por el equipo	Las Acciones efectivas en busca del mejoramiento continuo tendrán que ser del 85 %
Hay pocas oportunidades de formación continua; el personal de enfermería refiere desconocimiento de algunos tipos de enfermedades que llegan con frecuencia al servicio de urgencias, limitando las opciones de manejo	Realizar capacitaciones al personal de enfermería sobre las patologías más frecuentes en la institución.	<p>P: Programar cronograma de las reuniones mensuales en el servicio de urgencias para revisar las patologías más frecuentes que llegan a la institución.</p> <p>H: Realizar reuniones mensuales de las patologías oncológicas más frecuentes de la institución.</p> <p>V: Evaluar el conocimiento y apropiación de los temas revisados en las reuniones mensuales.</p> <p>A: Implementar acciones de mejora en caso de no apropiación de los temas revisados.</p>	Es de gran importancia que el personal de enfermería conozca las patologías más frecuentes en el servicio para que de esta manera puedan brindar una atención segura y de acuerdo con las necesidades de los pacientes.	Servicio de urgencias de la IPS oncológica	Coordinadora de enfermería	Mes seis	Porcentaje del personal de enfermería capacitado en patologías oncológicas del servicio de urgencias	El 100 % del personal de enfermería debe estar capacitado en las patologías oncológicas más frecuentes del servicio de urgencias.

OPORTUNIDAD DE MEJORA	QUE (ACTIVIDAD)	COMO (PHVA)	PORQUE (Propósito)	DONDE (Sitio, área o lugar)	QUIEN (Responsables)	CUANDO (Fecha)	INDICADOR	META
El personal de enfermería admite que se molesta cuando el paciente se encuentra enojado	La comunicación se convierte en la herramienta principal, donde cuyo manejo permitirá ayudar a los pacientes tanto a avanzar en su proceso de adaptación como a conservar su propia identidad con la finalidad de reducir su ansiedad y evitar el sufrimiento que conlleva, manteniendo a lo largo de todo el proceso una relación de confianza con el personal de enfermería.	<p>P: Lograr mantener empatía y actitud positiva del personal de enfermería, con el objetivo de procurar tener expresiones o sentimientos positivos hacia el paciente, no juzgarlo y además intentar ponerse en su lugar</p> <p>H: Realizar capacitaciones para el desarrollo de técnicas y habilidades de comunicación asertivas que favorezcan el bienestar y tranquilidad del personal de enfermería</p> <p>V: Evaluar las habilidades de comunicación</p> <p>A: Generar y mantener expresiones de sentimientos o emociones positivas que reflejen una impresión favorable en el paciente, para conseguir una cooperación y predisposición al diálogo</p>	Es sustancial que el personal de enfermería sea capaz de valorar adecuadamente los comportamientos o expresiones de sentimientos negativos/positivos que un paciente emite a la hora de enfrentarse a determinadas situaciones en la atención médica con la finalidad de propender hacia un servicio humanizado	Servicio de urgencias de la IPS oncológica	Líder institucional del programa de Humanización y Jefe inmediato del personal de enfermería	Mes seis	Porcentaje del personal de enfermería capacitado en técnicas y habilidades de comunicación asertivas	El 100 % del personal de enfermería debe estar capacitado en técnicas y habilidades de comunicación asertivas

Fuente: Las autoras, 2020

Bibliografía

- Agrado, E. (2017). *Avances de la humanización en los servicios de salud en Colombia durante el periodo 2006-2016*. (tesis de postgrado). Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia.
- Aldeco, M. (2014, 19 de noviembre). *Humanización de los servicios de salud*. Popayán, Colombia. *Geostigma*. Recuperado de <http://www.asmetosalud.org.co>
- Allende, S., Verástegui, E. y Herrera, Á. (Ed.). (2012). *Manual de cuidados paliativos para pacientes con cáncer*. Monterey, México: Alfil.
- Andino, C. (2018). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Cultura del cuidado*, 13(2), 78. Recuperado de <https://revistas.unbosque.edu.co/>
- Ariza, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería universitaria*, 9(1), 51. Recuperado de <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/>
- Aspiazu, E. (2016). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, 28(6), 11-35.
- Baraldi, S., y Car, M. R. (2008). Labor flexibilization and deregulation for nursing workers in Brazil: the PROFAE case. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(2), 205–211. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692008000200006>

- Blanch, J., Sahagún, M., & Cervantes, G. (2010). *Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 26(3),175-189. doi: 105093/tr2010v26n3a2
- Bejarano, J. (2017). *La atención humanizada en una IPS de la ciudad de Cali: percepción desde los diferentes actores institucionales* (tesis de posgrado). Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.
- Bueno, M., Girón, M., Mesa C. & Moscote D. (2014). *¿Qué favorece la no humanización en nuestro sistema de salud?* (Tesis de posgrado). Universidad Católica de Manizales, Manizales, Colombia.
- Casas, J., Repullo, J. y Donado J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención primaria*, 31(8), 527-38. Recuperado de <https://www.elsevier.es>
- Castillo, I. Y., Torres, N., Ahumada, A., Cárdenas, K. y Licon, S. (2014). Estrés laboral en enfermería factores asociados: Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 30(1), 34-43. Recuperado de <http://www.scielo.org.co>
- Castillo, M. (2019). *Percepción de los enfermeros acerca del comportamiento de cuidado humanizado. Hospital General de Jaén* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca, Jaén, Perú.
- Departamento Nacional de Planeación. (2012). *Programa Nacional de Servicio al Ciudadano. Informe de gestión 2012*. Bogotá D.C: DNP.
- Díaz, E. (Ed.). (2017). *La humanización de la salud. Conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Pontificia Javeriana

- Díaz, L., Torruco, U., Martínez M. y Varela M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx>
- Fernández, C. F., y Suárez, R. (2020, 10 de febrero). Dramática radiografía de los servicios de urgencias en Colombia. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/>
- García, E., Gavilán A., Gavilán M. (2017, 22 de abril). Humanización en los servicios de enfermería. *Portales médicos*. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/>
- Gallardo, K., Maya, G. y Vásquez, M. (2011, junio). La comunicación: llave maestra para la aplicación de valores humanísticos y altruistas en el cuidado de niños. *Cultura del cuidado*, 8(1), 5-16. Recuperado de <https://repository.unilibre.edu.co/>
- Hernández, M. (2016). *Factores de cuidado en los profesionales de enfermería* (tesis de maestría). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla de Zaragoza, México.
- Hoyos, P., Cardona, M. y Correa, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 218-225. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/scielo>
- Jolliffe, D. & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589-611. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.08.010
- Jovell, A. J. (2008). *Cáncer, biografía de una supervivencia: el esperanzador testimonio de un médico enfermo de cáncer*. Recuperado de: <https://books.google.com.co/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Propuesta política de humanización de la salud*. Bogotá. Documento en fase de revisión.

Morales, F.A., Hernández, M.C., Morales, M.C., y Landeros, E.A. (2016). Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. *Enfermería universitaria*, 13(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.11.005>.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.) *Enfoque de la salud basado en los derechos humanos*. Recuperado de <https://www.who.int>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49549>

Pérez, M., Herera, I., Molero, M., Oropesa, N. F., Ayuso, D., y Gázquez, J. J. (2019). The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3999. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203999>.

Pérez, G. (2011). Cuerpo Y Subjetividad: Una Filosofía Del Dolor. *Revista páginas de filosofía*. 15, 33-54.

Poblete, M., Valenzuela, S. y Merino, J. (2012, 06 de noviembre). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*, 12(1), 8-21. Recuperado de <http://www.scielo.org.co>

- Rodríguez, C.E. (2009). *Humanización de la atención en salud y acreditación. normas y calidad*. 25, 58.
- Rodríguez, C.E. (2012) Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en Salud. *Normas & Calidad*. 95, 8-14. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/>
- Salazar, C. (2018). *Nivel de satisfacción del paciente en el Servicio de Odontología del Centro de Salud Tambo-La Mar-Ayacucho-2017* (tesis de maestría) Universidad César Vallejo, Lima, Perú.
- Sousa, K., Damasceno, C., Almeida, C., Magalhães, J. y Ferreira, M. (2019, 10 de junio). Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. doi:10.1590/1983-1447.2019.20180263.
- TEDx Talks. (Productor). 2018. *Hospitales amables. Hacia una medicina más humanizada* [DVD]. De <https://www.ted.com/tedx>
- Universidad Señor de Sipán. (Productor). (2018). *Opinión USS - La teoría del cuidado de Jean Watson* [DVD]. De <https://www.youtube.com/user/ussipan>
- Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
- Yáñez D. (2018). *Bienestar psicológico y su relación en el bienestar laboral del personal de salud del Hospital Básico San Miguel* (tesis de posgrado). Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Ambato, Ecuador.

Zapata, M. y Zapata, N.E. (2015). Condiciones de trabajo de las enfermeras y las formas de contratación en Medellín, Colombia. *Universidad y Salud*, 17(2), 212-223.

Recuperado de <http://www.scielo.org.co>

Anexos

Anexo 1. Cuestionario Humanización de la atención en salud de enfermería

Cuestionario

El siguiente cuestionario tiene como objetivo describir el cuidado y trato humanizado del personal de enfermería desde la perspectiva de los propios enfermeros. Está compuesto por tres secciones donde se relacionan datos de información general, condiciones laborales y percepción del cuidado humanizado respectivamente.

Este será anónimo y la información, además de tener un fin investigativo, tiene el propósito de que usted conozca los resultados y análisis de los mismos.

I. DATOS GENERALES

Por diligencie los siguientes datos según corresponda:

Sexo:

Masculino ()
Femenino ()
Transgénero ()

Edad:

18-25 ()
26-33 ()
34-41 ()
42-49 ()
50 -57 ()
>57 ()

Vinculación laboral:

Planta ()
Tercerizado ()

Experiencia laboral:

Menor a 5 años ()
5 a 10 años ()
Mayor a 10 años ()

Estado civil:

Soltero ()
Casado ()
Unión libre ()
Divorciado ()
Viudo ()

Nivel de escolaridad:

Técnico laboral ()
Profesional ()
Especialización ()

Jornada laboral:

Turno mañana ()
Turno tarde ()
Turno noche ()

¿Con cuántos empleos cuenta?:

1 empleo ()
2 empleos ()
Más de 2 empleos ()

¿Recibió inducción institucional en la IPS Oncológica?

Sí () No ()

¿Recibió inducción de las funciones a desarrollar en su cargo dentro de la IPS Oncológica?

Sí () No ()

Si su respuesta fue afirmativa, ¿le fue evaluada esta inducción?

Sí () No ()

¿Ha recibido reinducción de su cargo?

Sí () No ()

¿Qué beneficios ha recibido del plan de bienestar por parte de su empleador? Puede señalar uno o más beneficios.

- Programa de retiro asistido ()
- Taller de sensibilización en Bogotá ()
- Seminario-taller sensibilización fuera de Bogotá ()
- Programa de pensionados ()
- Educación formal ()
- Apoyo aprendizaje convenios docentes ()
- Fomento educativo ()
- Apoyo económico de idiomas ()
- Subsidio exequial ()
- Transporte circular para funcionarios ()
- Programa de vivienda ()
- Programa de turismo ()
- Servicio de alimentación ()
- Refrigerio balanceado ()
- Obsequio de navidad ()
- Torta navideña ()
- Promoción y prevención de la salud ()

¿Ha recibido algún otro beneficio distinto a los anteriormente relacionados?

Sí () No ()

Si respondió *Sí*, ¿cuál?

II. CONDICIONES DE TRABAJO

A continuación, encontrará 6 grupos de una serie de aspectos relacionados con condiciones de trabajo. Los 5 primeros grupos tienen una escala de 1 a 10 con nivel de calificación entre pésimo y óptimo. El último grupo tiene una escala de 1 a 7 con nivel de calificación entre total desacuerdo y total acuerdo. Por favor valore cada aspecto marcando con una X de acuerdo con su criterio, la calificación que usted considere.

	Pésimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Óptimo			
VALORE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO															
Tiempo de trabajo (horarios, ritmos, descansos, etc.)						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Organización general del trabajo						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Retribución económica						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Carga de trabajo						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Calidad del contrato laboral						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conciliación trabajo – vida privada y familiar						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Pésimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Óptimo			
VALORE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO															
Autonomía en la toma de decisiones profesionales						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Justicia en la contratación						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Oportunidades para la formación continua						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vías de promoción laboral						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Participación en las decisiones organizacionales						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relación con la dirección						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Evaluación del rendimiento profesional por la institución						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoyo recibido del personal directivo						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Pésimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Óptimo			
VALORE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO															
Entorno físico, instalaciones y equipamientos						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Recursos materiales y técnicos						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prevención de riesgos laborales						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Servicios auxiliares (Limpieza, seguridad, etc.)						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Pésimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Óptimo			
VALORE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO															
Compañerismo						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Respeto en el grupo de trabajo						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reconocimiento del propio trabajo por colegas						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reconocimiento del propio trabajo por usuarios						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Pésimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Óptimo			
ANTE LAS DEMANDAS DE MI ORGANIZACIÓN															
Me adapto a la política del centro						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asumo los valores de la dirección						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Total desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total acuerdo				
LA ACTUAL ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO...												
Satisface mis intereses						1	2	3	4	5	6	7
Me exige según mis capacidades						1	2	3	4	5	6	7
Responde a mis necesidades						1	2	3	4	5	6	7
Encaja con mis expectativas						1	2	3	4	5	6	7
Se ajusta a mis aspiraciones						1	2	3	4	5	6	7
Concuerda con mis valores						1	2	3	4	5	6	7
Facilita que mis méritos sean valorados con justicia						1	2	3	4	5	6	7
Estimula mi compromiso laboral						1	2	3	4	5	6	7
Me permite trabajar a gusto						1	2	3	4	5	6	7
Me motiva a trabajar						1	2	3	4	5	6	7
Me da sensación de libertad						1	2	3	4	5	6	7
Me hace crecer personalmente						1	2	3	4	5	6	7
Me permite desarrollar mis competencias profesionales						1	2	3	4	5	6	7
Me proporciona identidad						1	2	3	4	5	6	7
Me hace sentir útil						1	2	3	4	5	6	7

III. COMPORTAMIENTO Y TRATO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA

A continuación, encontrará una serie de aspectos relacionados con la atención en salud de enfermería. Por favor valore cada uno de ellos marcando con una X de acuerdo con su criterio con la calificación que usted considere

Ítems	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Trato al paciente como persona individual				
2. Trato de ver las cosas desde el punto de vista del paciente				
3. Tengo los conocimientos suficientes para brindar cuidado				
4. Brindo seguridad al paciente				
5. Atiendo las necesidades de cuidado del paciente cuando lo necesita				
6. Animo al paciente a confiar en sí mismo				
7. Destaco aspectos positivos del paciente y de su condición de salud				
8. Elogio los esfuerzos del paciente en el manejo de su propia salud.				
9. Comprendo al paciente como persona				
10. Pregunto al paciente cómo le gusta que se hagan las cosas				
11. Acepto el modo de ser del paciente				
12. Demuestro sensibilidad hacia los sentimientos del paciente y su estado de ánimo				
13. Soy amable y considerado (a) con el paciente				
14. Me doy cuenta cuando el paciente está fastidiado y tiene paciencia ante su condición actual				
15. Mantengo el control de mis emociones ante situaciones personales				
16. Trato al paciente con respeto				
17. Escucho al paciente cuando habla				
18. Acepto los sentimientos del paciente sin juzgarlo				
19. Acudo a la habitación del paciente solo para saber cómo se encuentra				
20. Converso con el paciente sobre su vida, no relacionada a su hospitalización				
21. Pregunto al paciente cómo le gusta que lo llamen				
22. Me presento ante el paciente cuando recién lo conozco				
23. Acudo rápidamente al llamado del paciente				
24. Pongo toda la atención cuando estoy asistiendo al paciente				
25. Visito al paciente si es trasladado a otro servicio del hospital				
26. Tomo la mano u hombro del paciente cuando necesita consuelo para darle ánimo				
27. Las metas que me propongo respecto al paciente, trato de cumplirlas				
28. Animo al paciente para que pueda expresar cómo se siente				
29. Cuando el paciente se encuentra enojado no me molesto				

Ítems	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
30. Ayudo al paciente a entender sus sentimientos				
31. Cuando el paciente está pasando por un mal momento y está irritable, callado, malhumorado, no lo abandono, ni me alejo ante esta situación				
32. Animo al paciente a que pida información sobre su enfermedad y su tratamiento				
33. Respondo de manera clara las preguntas del paciente				
34. Brindo al paciente enseñanza acerca de su enfermedad				
35. Me aseguro de que el paciente entienda lo que le explico				
36. Le pregunto al paciente qué desea saber acerca de su salud/ enfermedad				
37. Ayudo al paciente a fijarse metas realistas con respecto a su salud				
38. Ayudo a planificar junto con el paciente cómo lograr esas metas de salud				
39. Ayudo a planificar el cuidado del paciente cuando es dado de alta				
40. Menciono al paciente cuáles son sus expectativas del día				
41. Entiendo cuando el paciente necesita estar solo (a)				
42. Ofrezco al paciente alternativas para estar más cómodo				
43. Dejo la habitación del paciente limpia y ordenada después de un procedimiento				
44. Explico al paciente las precauciones de seguridad que debe tener junto con su familia				
45. Proporciono los medicamentos para el dolor cuando el paciente lo necesita				
46. Animo al paciente a que haga actividades por sí mismo				
47. Respeto el pudor del paciente (no lo destapo en público)				
48. Antes de retirarse de la habitación, verifico junto con el paciente o familia si tiene todo lo necesario al alcance de sus manos				
49. Considero las necesidades espirituales del paciente				
50. Soy gentil y alegre con el paciente				
51. Siempre muestro al paciente mi mejor cara				
52. Ayudo al paciente en su cuidado hasta que él pueda hacerlo por si solo				
53. Tengo los suficientes conocimientos para aplicar las técnicas correctas				
54. Sé manejar los equipos biomédicos (monitores, entre otros)				
55. Proporciono el tratamiento y los medicamentos a tiempo				
56. Mantengo informada a la familia de la evolución del paciente				
57. Permito a los familiares que visiten al paciente las veces que sean necesarias				
58. Vigilo el estado de salud del paciente muy de cerca				

Ítems	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
59. Hago sentir al paciente que puede tomar decisiones sobre su cuidado				
60. Doy a conocer al paciente las situaciones de alarma que requieran de médicos y enfermeras				
61. Muestro ante el paciente que entiendo cómo se siente				
62. Ayudo a entender al paciente que sus experiencias de vida son importantes para crecer				
63. Ayudo al paciente a sentirse bien con él mismo (a)				

Por favor responda a las siguientes preguntas de acuerdo con su percepción:

¿Cuáles considera usted que son los factores que dificultan una atención humanizada en esta institución?

¿Cuáles son sus sugerencias para que se logre el objetivo de brindar una atención humanizada?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Fuente: *Las autoras a partir del instrumento Evaluación de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por Enfermería (ECCOE)*

Anexo 2. *Hoja de información al participante sobre la investigación*

Título del estudio: Humanización de la atención en salud en el servicio de Urgencias de una IPS Oncológica.

Investigadores: Mónica Julieth Lizarazo Barreto

Kelly Johana Mora Ortiz

Yésica Alexandra Garzón Peña

Estimada(o) enfermera(o), le saludamos cordialmente y a la vez le informamos que se está realizando un estudio titulado “Humanización de la atención en salud en el servicio de Urgencias de una IPS Oncológica”, velando por la mejora continua de los procesos de humanización implementados en la institución. Teniendo en cuenta el gran valor de su labor dentro de la organización, es muy importante el aporte que usted nos puede brindar para el desarrollo del mencionado estudio.

Por tal razón y de la manera más atenta, lo invitamos a participar en el diligenciamiento de una encuesta que comprende tres partes. La primera, relacionada con aspectos personales y laborales; la segunda, consiste en el índice de apreciación de las condiciones laborales y la tercera, trata lo relacionado con la percepción de la humanización en su lugar de trabajo.

La información suministrada por usted gozará de total confidencialidad al ser tratada únicamente por las investigadoras, y solo será utilizada para los fines de esta investigación. Su nombre no será incluido en ningún informe. De esta manera nos comprometemos a salvaguardar la información de manera confidencial y con total reserva, así como a compartir el análisis de los resultados y propuestas surgidas del estudio, con los participantes.

Anexo 3. Consentimiento informado proyecto de investigación

Título del estudio: Humanización de la atención en salud en el servicio de Urgencias de una IPS Oncológica.

Investigadores: Mónica Julieth Lizarazo Barreto
 Kelly Johana Mora Ortiz
 Yésica Alexandra Garzón Peña

Yo _____, declaro que he leído la hoja de información al participante, del estudio titulado “Humanización de la atención en salud en el servicio de Urgencias de una IPS Oncológica”, desarrollado por las investigadoras para obtener el título de Especialista En Gerencia de la Calidad en Salud de la Universidad El Bosque. Así mismo, que he recibido información concerniente al estudio y que se me ha preguntado sobre posibles dudas que tenga con respecto a la práctica de las encuestas a realizar, las cuales se me han resuelto de forma satisfactoria clara y expresamente.

Es de mi conocimiento que el participar en la investigación propuesta lo hago de manera espontánea, consciente y voluntaria, además, se me ha informado sobre el tratamiento de la información y su manipulación. Por lo anterior, manifiesto que estoy de acuerdo con participar en el diligenciamiento de la encuesta.

En concordancia con lo que antecede, se firma el presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma

Nombre:

Fuente: Las autoras, junio 2020

Anexo 4. *Matriz De Lectura -PQRS Recibidas en el Último Trimestre De 2019, del Personal de Enfermería del Servicio de Urgencias de la IPS Oncológica Objeto de Estudio*

Fecha de recepción	Canal de recepción	Transcripción	Categorización por atributos de Calidad por referente institucional	Recategorización por criterio de las investigadoras	Clasificación asociada a dimensiones de Escala ECCOE

Fuente: Las autoras, junio 2020