

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

Ayala M. – Caballero L.

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

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

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

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

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

Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano (Bermejo, 2018). Enfatizando fundamentalmente en el reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, logrando sentirse valorado como una persona con todos sus derechos y deberes. Por esta razón, se ha proporcionado el interés de los usuarios y personas por investigar de forma crítica las funcionalidades del sector salud a nivel mundial, dando por avances tecnológicos como la telemedicina y teleconsulta; pues en el último año por la emergencia sanitaria que se dio por el virus de SARS Cov-2 (Covid-19) se aumentó el uso de los medios tecnológicos.

Es importante establecer la creación de una estrategia en donde se enfoquen varios aspectos y no solo el usuario sino también de los profesionales, ya sea de la misma institución en donde los servicios de salud sean prestados y a la vez humanizados y que esta sea reconocida como humanizadora por parte de su personal, por este motivo Se recomienda la realización del programa de humanización “Dux”, teniendo en cuenta la siguiente hoja de ruta orientada a minimizar las estancias hospitalarias mejorando la calidad en la atención humanizada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

todos los pacientes que se encuentren hospitalizados en la institución. Las precauciones estándar se aplican a: sangre, fluidos corporales excepto sudor, piel no intacta y membranas mucosas (Ministerio de Salud y protección social, 2020).

Para la realización del programa de humanización Dux es necesario involucrar diferentes tipos de leyes las cuales son: ley 100: *“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”*, Ley Estatutaria 1751 de 2021: *“El principal objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”*, Decreto 1011 de 2006: *“Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en salud”*, el cual fue modificado por el Decreto 780 de 2016 *“Incorpora las modificaciones introducidas al Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social a partir de la fecha de su expedición”* y por último una de las importantes, Decreto 1109 de 2020: *“Por el cual se crea, en el Sistema General de Seguridad Social – SGSSS, el Programa de Pruebas, rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus – COVID 19 y se dictan otras disposiciones”* teniendo en cuenta que el programa PRASS ya no se encuentra en curso al año 2022.

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

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

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

Es por esto que, a través de la adaptación de distintos programas de humanización nacional e internacional, se pretende la implementación del programa de humanización “Dux” orientado a

promover y fomentar dicha humanización en los centros de atención de salud del país. Por este motivo, el programa de humanización “Dux” define las líneas de atención al paciente con requerimiento de aislamiento por enfermedades transmisibles para mejorar la humanización de la atención en salud de las Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) en Colombia. Es importante la creación del programa para que a futuro se convierta en la prioridad de la atención en salud de centros de atención, como referentes a nivel nacional e internacional, como una atención integral con satisfacción positiva al trato recibido, la acogida, la hospitalidad, la información, respeto a todo el personal tratado, dignidad y a sus derechos.

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

Materiales y métodos

Para la realización del estudio se hizo una revisión sistemática con un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, manejando minuciosamente la búsqueda de diferentes artículos y temas relacionados con la humanización que hay actualmente, para esto se tuvo en cuenta las características de las políticas de humanización y atención al usuario de las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S) públicas y privadas, identificando diferentes hospitales a nivel nacional públicos y privados. Se escogieron dos (2) hospitales públicos, los cuales fueron el Hospital Militar Central y el Hospital Universitario de la Samarita, quienes sí contaban con su política de humanización. Y nueve (9) hospitales privados los cuales fueron: Hospital con alma Pablo Tobón Uribe, Hospital Universitario Mayor Mederi, Clínica del Occidente, Hospital Universitario Clínica San

Rafael, Clínica Imbaco, Clínica Reina Isabel, Centro Policlínico del Olaya, Fundación Valle del Lili, Hospital Susana López de Valencia E.S.S; quienes contaban o no contaban con políticas de humanización, los cuales se pudieron evidenciar en una tabla de comparación por medio de motores de búsqueda, incluyendo los tesauros. A nivel internacional, se buscaron seis (6) instituciones de diferentes países, las cuales fueron: Ministerio de Salud – Instituto Nacional de la Salud, Consejería de Salud y Familia, Hospital cayetano Heredia, Asociación Argentina y Terapistas ocupacionales, Hospital Naval de Guayaquil y Ministerio de Salud Brasil, los cuales contaban con lineamientos y políticas de humanización, sin exclusión alguna.

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

Resultados

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

A nivel Nacional se encontraron varias semejanzas entre ellas, cuatro (4) instituciones privadas, las cuales son: Hospital con alma Pablo Tobón Uribe, Hospital Universitario Mayor

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

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

Se reflejó que la institución Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales cuenta con un protocolo de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) contando con diversos condicionamientos instituciones en el acompañamiento de personas diagnosticadas con COVID – 19 y/o en fin de vida, siendo la única institución que más se “cerca” a un programa de humanización para personas que requieren

aislamiento preventivo. Las otras cinco (5) instituciones, que son Ministerio de Salud – Instituto Nacional de la Salud, Consejería de Salud y Familia, Hospital cayetano Heredia y Hospital Naval de Guayaquil y Ministerio de Salud Brasil, se basan en una atención de pacientes durante un proceso de atención en salud mas no está enfocado a una política de humanización de los pacientes que requieran aislamiento por enfermedades transmisibles.

Discusión

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

Conscientes del grave problema que conlleva la deshumanización en el área de salud y el peligro que corre a los usuarios por una mala atención, se encendieron las alertas en las instituciones prestadores de servicios de salud para crear estrategias y/o métodos que eviten

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

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

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

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

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

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

la función más simple en nuestras instituciones de salud.

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

Para evidenciar lo dicho anteriormente es importante corroborar la información de las instituciones con las variables correspondientes para esto fue necesario crear una tabla comparativa. Encontrando:

A nivel nacional unas de las siguientes instituciones:

Tabla 1: Cuadro comparativo de las políticas de humanización

Tipo de institución	Nombre de institución	Departamento / municipio	Cuenta con política (si/no)	Características de la política
Pública	Hospital Militar Central	Cundinamarca / Bogotá	Si	Fomenta el respeto por los deberes y derechos de los usuarios y de las familias, está centrado en la familia y el paciente
Privada	Hospital con alma Pablo Tobón Uribe	Antioquia/ Medellín	Si	Se centra en la reducción de las desigualdades, por la cual busca brindar al paciente el respeto, cuidado y ayuda a que tiene derecho como ser humano
Privada	Hospital Universitario Mayor Mederi	Cundinamarca / Bogotá	Si	Brinda un proceso humanizado con dignidad y privacidad, mediante el respeto y cumplimiento a los derechos del paciente y su familia y el fomento de sus deberes

Fuente: Elaboración propia por autores. Mayo, 2022

Adicionalmente, se realizó la búsqueda con diferentes instituciones a nivel internacional con sus respectivas variables y tomando en cuenta las que más llamaban la atención por su plan de humanización unas de ellas fueron:

Tabla 2: comparación de las políticas, estrategias y lineamientos a la humanización en instituciones de salud a nivel mundial para el año 2021

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

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

Consulta Pagina Web	http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/RD_085-2018-HCH-DG.pdf	Hospital Cayetano Heredia	Lima / Perú	“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres” “Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”	Relaciones interpersonales Buen trato Humanización de la atención de salud Trabajo en equipo	“Compromiso por el buen trato para la humanización de la atención de salud en el hospital CAYETANO HEREDIA.”	Percepción del Buen trato Decálogo del Buen trato Conceptos del buen trato.
------------------------	---	---------------------------------	-------------	--	---	--	---

Fuente: Elaboración propia por autores. Mayo, 2022

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

Conclusiones y recomendaciones

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

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

Al relacionar las I.P.S. que se buscaron aleatoriamente vía web no discriminando si están o no acreditadas por cualquiera de estas dos instituciones, se encuentran que solo seis (6)

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

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

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

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

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

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

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

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

Para esto es importante que se conozcan los diferentes principios quienes orientaran una atención más humanizada, como lo son: ser cordial, actitud de atención, ofrecer metas terapéuticas reales y el no menospreciar a los pacientes, estos principios serán implementados sin importar el género, sexo, etnia ni la edad, buscando la tranquilidad del paciente y la familia. Para poder desempeñar estos principios se instauran las funciones de cada grupo junto

con la especialidad involucrada, para esto encontramos: coordinadores, líderes de seguridad del paciente, área de psicología, trabajo social, atención al usuario, atención espiritual o pastoral, medico, enfermería y el convenio docencia – servicio. Para esto se establecen unas de las siguientes responsabilidades: Los coordinadores se encargarán de: garantizar la difusión de la información transversalmente a todos los servicios prestados. Los líderes de seguridad del paciente: garantiza que las actividades de sensibilización y capacitación sean llevadas a su totalidad. Psicología: ofrece el servicio de charlas terapéuticas a los pacientes que lo requieran y apoya el acompañamiento en el proceso de muerte o duele a los familiares afectados. Trabajo social: verifica la detección y tratamiento psicosocial de las necesidades individuales, familiares y grupales brindando apoyo al paciente y familia para desarrollar habilidades de manejo sobre su enfermedad. Atención al usuario: acompaña al medico durante la llamada telefónica a los familiares para la entrega de la información del estado de salud del paciente. Atención espiritual o pastoral: gestiona la interacción con otras iglesias pensantes como ortodoxa, islámica, testigos de jehová, budista, judías, entre otras. Medico: brinda información clara, concisa y fácil al paciente y familia. Enfermería: identifica al paciente con nombre propio y apellido manteniendo la una actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor hacia el paciente. Convenio docencia – servicio: incorporar estos lineamientos para una rotación eficiente del personal mejorando las actitudes y conductas de las personas de salud.

Para cumplir satisfactoriamente con los objetivos del programa se han creado diferentes herramientas que permitan implementar culturas de atención mas humanizadas sobre todo en los servicios de aislamiento por enfermedades transmisibles, como lo son: servicios de llamadas y videollamadas, actividades personales y familiares enviando un video o

música preferida del paciente, privacidad y confidencialidad sensibilizando con campañas y por último, el área de bienestar del talento humano en salud junto con salud ocupacional y fisioterapeutas se programaran actividades para generar bienestar, disminución del estrés y mantener la calma ante la congestión del servicio.

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

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

Tabla 3. Matriz 5WH para la planeación del programa de humanización Dux

SECUENCIA DE ETAPAS / PASOS	5W					2H		CONTROL		
	¿QUÉ?	¿PARA QUÉ?	¿QUIÉN?	¿DÓNDE?	¿CUÁNDO?	¿CÓMO?	¿CUÁNTO?	Indicador (es) para el seguimiento	Meta de cumplimiento esperada	Obstáculos y / o barreras a superar
1	Identificar los procesos y actividades que se implementaron con la política de humanización (si aplica) para los pacientes con aislamiento por enfermedad transmisible.	Reconocer que tipo de procesos sirven para el programa de humanización	Institución Prestadora de Servicios de Salud - María Paula Ayala Dueñas - Luis Alberto Caballero Herrera	En la institución prestadora de servicios de salud	Desde el mes 01 al mes 02 de 12 meses	Realizando una comparación con las diferentes políticas de humanización que se encontraron en las instituciones prestadoras de salud	De acuerdo al presupuesto dado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S)	Numero de procesos de implementación al paciente con aislamiento por enfermedades transmisibles identificados en las políticas de humanización / Número total de procesos a implementar en el programa de humanización DUX a pacientes con aislamiento por enfermedades transmisibles X 100	Un porcentaje mayor al 80% de cumplimiento de las acciones de implementación	* Falta de Política de Humanización de la I.P.S * Falta de acciones implementadas por la Política de Humanización de la I.P.S * Falta de acciones implementadas a los pacientes con aislamiento por enfermedad transmisible por la política de humanización.

Fuente: Elaboración propia por autores. Mayo, 2022

Tabla 4. Indicador de la matriz 5WH para la planeación del programa de humanización Dux

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

Fuente: Elaboración propia por autores. Junio, 2022

Bibliografía

- Alcaldía de Medellín. *Buenas prácticas en salud para la atención de la pandemia de COVID – 19*. (2020). *Medellín Me Cuida. Un reconocimiento a las experiencias exitosas que cuidan la salud durante la pandemia*. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/COVID-19/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2021/CARTILLA%20GRUPO%201.pdf>
- Asociación de Académicas de la Lengua Española (2022). Real Academia Española. Madrid. Recuperado de: <https://dle.rae.es/humanizar>
- Bermejo, C. J., & Villaceros Durban, M. (2018). *Humanización y acción*. Revista Iberoamericana De Bioética, 1(8), 1-16. doi:10.14422. Recuperado de: https://www.humanizar.es/fileadmin/media/documentos/Investigacion/Humanizacion/articulos-revistas/Humanizacion_y_accion_-_Revista_Iberoamericana_de_Bioetica.pdf
- Castillo Velasco, S., & Barrera Molina, F. (2018). *Programa de humanización*. Pitalito Huila. Recuperado de: https://www.hospitalpitalito.gov.co/images/DOCUMENTOS/1-Ley-1712/2019/6-planeacion/2-programas_institucion/Programa_de_Humanizacin.pdf
- Ceballos Bolívar, C. E., & Gutiérrez González, S. (2012). *Humanización de la atención en salud*. Recuperado de: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1232/Humanizacion_servicios_salud.pdf;jsessionid=00B8332FC6AA272DDC00067E49C48140?sequence=1
- Consejería de sanidad. (2016). *Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016 - 2019*. Madrid: BIG Creativos, S.L. Recuperado de: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- Decreto 1009 de 2020 (2020). Ministerio de hacienda y crédito público. Recuperado de: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201009%20DEL%2014%20DE%20JULIO%20DE%202020.pdf>
- Decreto 1011 de 2006 (2006). Ministerio de la protección Social. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Decreto 1109 de 2020 (2020). Ministerio de salud y protección social. Recuperado de: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201109%20DEL%2010%20DE%20AGOSTO%20DE%202020.pdf>
- Decreto 780 de 2016 (2016). Ministerio de salud y protección social. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- Departamento de Salud y Servicios Humanos. Recuperado de: <https://www.usa.gov/espanol/agencias-federales/departamento-de-salud-y-servicios-humanos>
- Díaz Amado, E. (2017). *La humanización de la salud conceptos, críticas y perspectivas* (1st ed.). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: https://www.javeriana.edu.co/documents/4578040/4715782/Humanizacion_de_la_Salud/22f8a084-b9a5-41dd-8673-487bc72b90aa
- Fonseca Salguero, M. A., & Martínez Peñuela, D. A. (2020). *Caracterización de peticiones, quejas y reclamos del SGSSS en Colombia en 2014 - 2019: Retos y perspectivas*. Recuperado de:

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/78105/caracterizaciondepeticionesquejasyreclamamosdelsgssencolombiaretosyperspectivas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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

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

Hurtado Sepúlveda, E., & González Mayorga, M. Equipo dirección de calidad de servicios de salud. (2020). *Orientaciones técnicas para la protección mental de los trabajadores de la salud, la comunicación sistemática con la familia y afrontamiento del duelo en el marco de la humanización de los servicios de salud*. Bogotá. Recuperado de: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid_S/Orientaciones_Humanizacion.pdf

Ley 100 de 1993 (1993). Congreso de la republica de Colombia. Recuperado de: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=5248

Ley Estatutaria 1751 de 2015 (2015). Congreso de la republica de Colombia. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Mendocilla Risco, M. E. (2020). *Fortalecimiento de la atención primaria con brigadas itinerantes - covid-19*. Lima. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/fortalecimiento-atencion-primaria-con-brigadas-itinerantes-covid-19-con-hospital-peru>

Ministerio de Salud (2021). *Ejes de la acreditación. Humanización de la atención*. Recuperado de: <https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/#:~:text=Humanizar%20es%20un%20asunto%20%C3%A9tico,ser%20humano%2C%20hablamos%20de%20humanizaci%C3%B3n>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Lineamientos para el manejo del aislamiento domiciliario, frente a la introducción del sars-cov-2 (covid-19) a Colombia*. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS06.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). *Política de atención integral en salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente". El sistema de seguridad social en salud* (1ª ed., pp. 1-97). Colombia: Universidad del Externado de Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

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

Montilla, S., Pesce, M. C., Cristiani, S. L., & De Bartolis, L. (2021). *La humanización de la atención sanitaria en el contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19: Reflexiones de cuidados paliativos con una mirada interdisciplinaria desde la terapia ocupacional*. (1st ed.).

Argentina: Revista Argentina de Terapia Ocupacional. Recuperado de: <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2021jul-dossier3.pdf>

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

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

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

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

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