

**PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA Y DETERMINANTES ASOCIADOS,  
EN LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN (ADULTO), EN LA ESE  
HOSPITAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA, QUIBDÓ, 2018**

**Autor**

**LUIS EDUARDO PEREA ASPRILLA**

**UNIVERSIDAD CES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN CALIDAD EN SALUD**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD**

**MEDELLIN**

**2019**

**PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA Y DETERMINANTES ASOCIADOS,  
EN LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN (ADULTO), EN LA ESE  
HOSPITAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA, QUIBDÓ, 2018**

**Autor**

**LUIS EDUARDO PEREA ASPRILLA**

**Trabajo de grado para optar a título de maestría en calidad en salud.**

**Asesor**

**JOHN JAIRO BOHÓRQUEZ.**

**UNIVERSIDAD CES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN CALIDAD EN SALUD**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD**

**MEDELLIN**

**2019**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

Medellín, marzo de 2019

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>P:</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>10</b>
<b>1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>2. MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 ESTADO DEL ARTE .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.1 Atención Integral en Salud.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.2 Aproximación teórica a la humanización en salud .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.3 Teorías clínicas transversales a la humanización en la salud .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.3.1 Modelos de suplencia.....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.3.2 Modelos de interrelación.....</b>	<b>30</b>
<b>2.3 MARCO LEGAL .....</b>	<b>33</b>
<b>2.4 MARCO CONTEXTUAL .....</b>	<b>34</b>
<b>2.4.1 Macro contextualización.....</b>	<b>34</b>
<b>2.4.2 Micro-Contextualización.....</b>	<b>37</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>39</b>
<b>4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2 TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>40</b>
<b>4.3 POBLACION.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3.1 Población de Estudio.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3.2 Criterios de Inclusión .....</b>	<b>42</b>

4.3.3 Criterios de Exclusión .....	42
4.4 DISEÑO MUESTRAL .....	42
4.4.1 Tamaño de la muestra .....	42
4.4.2 Selección de la muestra .....	43
4.5 DESCRIPCION DE VARIABLES.....	44
4.5.1 Variable dependiente .....	44
4.5.2 Variables independientes .....	44
4.5.3 Tabla de Variables.....	44
4.6 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	46
4.6.1 Fuentes de Información.....	46
4.6.3 Instrumento de Recolección .....	46
4.6.4 Proceso de Recolección.....	47
4.7 PRUEBA PILOTO.....	48
4.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	48
4.8.1 Técnicas de Procesamiento de datos .....	48
4.8.2 Análisis de datos.....	48
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	50
6. CONTROL DE ERRORES Y SEGOS.....	52
6.1 SEGOS DE SELECCIÓN .....	52
6.2 SEGOS DE INFORMACIÓN .....	52
6.3 SEGOS DEL INSTRUMENTO.....	53
7. RESULTADOS.....	54
7.1 Variables demográficas y sociales de la población del estudio. ....	54
7.2 Percepción de los usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto) en la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia .....	57
7.2.1 Percepción respecto a priorizar el sujeto de cuidado (la persona) ....	58
7.2.2 Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona.....	60
7.2.3 Cualidades del hacer de enfermería.....	62
7.3 Factores asociados con la percepción de la Atención Humanizada en los Usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto).....	66

7.3.1 Correlación entre la variables de percepción en atención humanizada y el factor “Edad” .....	66
7.3.2 Correlación entre la variables de percepción en atención humanizada y el factor “Sexo” .....	68
7.3.2 Correlación entre la variables de percepción en atención humanizada y el factor “Nivel Escolar” .....	69
8. DISCUSIONES.....	72
9. CONCLUSIONES .....	79
10. RECOMENDACIONES .....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	84
ANEXOS .....	92

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1. Dimensiones en la humanización la atención</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 2. Necesidades según Henderson</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 3. Modelos de interrelación</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 4. Normograma</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 5. Algunas instituciones que aportan a la salud en Quibdó.</b> ..... ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 6. Muestra</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 7. Tabla de variables</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 8. Distribución sociodemográfica (Sexo)</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 9. Distribución sociodemográfica (Edad)</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 10. Distribución sociodemográfica (Nivel Escolaridad)</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 11. Distribución sociodemográfica (Estrato/Ocupación)</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 12. Distribución sociodemográfica (EPS-Régimen)</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 13. Alfa de Cronbach</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 14. Percepción respecto a priorizar el sujeto de cuidado (la persona)</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 15. Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona.</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 16. Cualidades del hacer de enfermería</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 17. Correlación Percepción de la atención humanizada-Edad</b> ..... ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 18. Correlación Percepción en atención humanizada- Sexo</b> ..... ¡Error! Marcador no definido.	

**Tabla 19. Correlación Percepción en atención humanizada- Nivel Escolaridad**  
.....¡Error! Marcador no definido.

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1. Política de Atención Integral en Salud. ....</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 2. Cuadro resumen Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad de Salud en Colombia..</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 3. Teorías de Orem.</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 4. Marco teórico resumen.</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 5. Ubicación geográfica del municipio Quibdó.....</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 6. Procesos misionales</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 7. Proceso de recolección</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 8. Desviación estándar “percepción priorizar el sujeto de cuidado”</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 9. Desviación estándar “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona”. ....</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 10. Desviación estándar “Cualidades del hacer de enfermería” ...</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 11. Diagrama de regresión simple Edad y “Percepción atención humanizada”</b> .....¡Error! Marcador no definido.	
<b>Figura 12. Diagrama de regresión simple Sexo y “Percepción atención humanizada”</b> .....¡Error! Marcador no definido.	

**Figura 13. Diagrama de regresión simple Nivel de escolaridad y “Percepción atención humanizada”.....¡Error! Marcador no definido.**

## RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con la finalidad de analizar con pensamiento crítico la percepción de los Usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto), sobre la Humanización de la Atención y los determinantes asociados, en la ESE Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó, en el último trimestre de 2018. Se utilizó una metodología cuantitativa y el tipo de investigación fue descriptiva-transversal. Se aplicaron dos instrumentos de recolección de información: una encuesta sociodemográfica y el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3a versión”, a una muestra de 164 usuarios. Los resultados de este estudio dejan ver que la percepción global de atención humanizada fue de 9% Siempre, 15% Casi Siempre, 70% algunas veces y 7% nunca. Así mismo, se encontró una correlación baja entre los factores “edad” y “sexo” y la percepción que tiene los pacientes de la atención humanizada del personal de enfermería; mientras que, por el contrario, se encontró una relación moderada entre dicha percepción y el factor “nivel de escolaridad”. En conclusión, se indica que los pacientes del servicio de hospitalización (adulto) de la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia de la ciudad de Quibdó en general no perciben la atención de enfermería como atención humanizada, además, que uno de los factores que pueden condicionar esta percepción es el nivel escolar de los mismos.

**Palabras clave:** Percepción Atención Humanizada, Servicios de salud, calidad en la atención.

## ABSTRACT

This research was developed with the aim of critically analyzing the perception of Users of the Hospitalization Service (Adult), on the Humanization of Care and associated determinants, at the ESE Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó, in the last quarter of 2018. A quantitative methodology was used and the type of research was descriptive-transverse. Two data collection instruments were applied: a sociodemographic survey and the instrument "Perception of humanized nursing care behaviors (PCHE) 3rd version", to a sample of 164 users. The results of this study show that the overall perception of humanized care was 9% Always, 15% Almost Always, 70% sometimes and 7% never. Likewise, a low correlation was found between the factors "age" and "sex" and the patients' perception of the humanized care of nursing staff; whereas, on the contrary, a moderate relationship was found between such perception and the factor "level of schooling". In conclusion, it is indicated that the patients of the hospitalization services (adult) of the ESE Hospital Ismael Roldan Valencia in the city of Quibdó in general do not perceive nursing care as humanized care, in addition, that one of the factors that can condition this perception is the school level of them.

**Key words:** Perception of humanized attention, health services, quality of care.

# 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir del advenimiento del fenómeno de la globalización y con él, la apertura a la era de conocimiento, se han suscitado un conjunto de transformaciones sociales, económicas, ambientales y políticas que han incidido de manera determinante en el bienestar integral de los seres humanos [1, 2]; una de estas transformaciones se centra particularmente en la articulación de las tecnologías de la información y la comunicación (En adelante TIC) [3]<sup>1</sup> a la cotidianidad de los seres humanos, considerándose como una alternativa para mejorar la calidad de vida y dar solución a necesidades específicas de las personas relacionadas con aspectos como la comunicación, transacciones económicas, educación, salud, entre otros [4, 5].

De acuerdo con diversos estudios [6, 7], en el caso concreto de los servicios de salud, las TIC han contribuido a que estos sean más eficaces y que tengan un mayor nivel de seguridad y calidad; un ejemplo de estos avances son los software médicos, los cuales permiten almacenar datos de pacientes para hacer una trazabilidad de su historia clínica, de igual modo, se encuentran prácticas como la telemedicina, procedimientos robóticos y equipos biomédicos de última tecnología que permiten perfeccionar la praxis de los profesionales asistenciales y optimizar el proceso de atención.

Sin embargo, paralelo a la creciente especialización tecnológica se ha generado un proceso de instrumentalización de la atención en salud [8, 9], en donde, algunos prestadores de servicios de salud se enfocan fundamentalmente en validar el impacto y la efectividad de procesos, metodologías y equipos médicos en función de datos estadísticos, llegando a desestimar la condición humana de sus pacientes,

---

<sup>1</sup>Entendidos estos desde una concepción holística, como un conjunto de conocimientos y técnicas aplicadas de manera lógica para satisfacer las necesidades y requerimientos humanos

lo que abre paso no solo a la cosificación de las personas, sino a un servicio de salud mecánico y deshumanizado.

El anterior es el caso de diversas Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) colombianas [10], en donde se ha identificado una tendencia hacia una atención reduccionista [11], despersonalizada y sin sentido de lo humano, expresada en la resistencia que tiene el personal de estas entidades al momento de suplir las necesidades intelectuales, sociales y emocionales de los usuarios; de acuerdo con Orozco y Vija [12] esta resistencia se evidencia con mayor frecuencia en el personal de enfermería pues, al este tener a su cargo la ejecución de las ordenes médicas, procedimientos, cuidado y atención integral del paciente, son proclives a sobre carga laboral, estrés y desmotivación, aspectos que se ven evidenciados en las relaciones y tratos que le brindan a sus pacientes.

Ahora bien, de acuerdo con Bernal [13] el problema de la deshumanización en la prestación de los servicios de salud sobrepasa las actuaciones u omisiones del personal de enfermería, por el contrario, según la autora este fenómeno es sistémico y debe ser visto en forma global para ser entendido y atendido.

En consecuencia, es menester indicar que dentro de los elementos que influyen de manera negativa en la prestación de un servicio de salud humanizado se encuentra la inestabilidad propia del sistema de salud en Colombia [14], sumado a la ausencia o ineficacia de políticas de atención centradas en el bienestar integral de los usuarios y el personal por parte de las IPS [13]. Estos elementos, dificultan aspectos como la trazabilidad en los proceso de atención, así mismo, impiden que las políticas de contratación y gestión del personal asistencial sean garantistas, es decir, que los profesionales asistenciales como es el caso de los enfermeros y enfermeras, gocen de estabilidad laboral, turnos y cargas laborales acordes a sus capacidades, apoyo psicosocial para contrarrestar el estrés generado por sus actividades laborales, además, de procesos de formación continuos que le permitan actualizarse y especializarse en atención desde una perspectiva humana.

Así mismo, otro elemento que puede incidir en la deshumanización de la atención, son los errores o desaciertos en las estrategias gerenciales y directivas de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS); por ejemplo, si desde la dirección se establece un estilo de gestión autocrático y rígido, se limita la participación activa y el empoderamiento del personal asistencial, lo cual cohibe su acción y los limita a única y exclusivamente cumplir sus tareas desde una perspectiva meramente operativa o funcional [15]. De igual modo, según Ardinez y Gutiérrez [16] cuando la dirección de las IPS no tiene en cuenta aspectos como aspiraciones profesionales y necesidades del personal, este último puede desarrollar frustración y poco sentido de pertenencia por su labor, lo que repercute directamente en la calidad y humanización de la atención.

Finalmente, otro de los elementos que pueden afectar la humanización de la atención se relaciona directamente con la formación académica de los profesionales de la salud; algunas instituciones de educación se centran en formar buenos profesionales desde un punto de vista epistemológico y pragmático, centrados en la excelencia técnica, sin embargo, en algunos casos dejan en un segundo plano la importancia del carácter axiológico [17], es decir, de todo aquello que tiene que ver con los valores y la ética humana. Esta problemática se contrapone al deber ser de las IPS, las cuales en esencia son subsistemas sociales [4] y como parte de sus funciones deben velar por el cuidado holístico de los usuarios, es decir, el cuidado de la salud desde una perspectiva orgánica, pero también psicológica y emocional [18].

La anterior es una realidad latente que afecta a decenas de IPS en el territorio nacional y, en mayor medida, a entidades que por sus características georeferenciales, tamaño, propiedad (privada-pública) son proclives a este tipo de situaciones, como es el caso de algunas IPS públicas ubicadas en el departamento de Chocó, las cuales de acuerdo con Realpe [19] además de tener crisis financieras y poseer una infraestructura médica insuficiente, pocas veces cuenta con personal

médico calificado y con formación humana para asegurar que los servicios de salud, además de ser eficientes, sean humanizados.

Una de estas IPS es la Empresa Social del Estado (E.S.E.) Hospital Local Ismael Roldán Valencia de la ciudad de Quibdó, Chocó, la cual según Ríos [20] “está pasando por una crisis financiera que le impide abordar los retos de cara al futuro”, dentro de los cuales se incluyen el mejoramiento en la gestión y el seguimiento de los procesos de atención, es decir, la ESE cuenta con recursos limitados que le permitan validar de qué manera se está llevando a cabo la atención por parte de su personal y, consecuentemente, desarrollar estrategias para mejorar la atención integral de los usuarios.

Bajo esta perspectiva, el presente estudio se desarrolla con la finalidad de analizar la percepción que tienen los usuarios del servicio de Hospitalización (Adulto)<sup>2</sup> de la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia, respecto a la atención humanizada prestada por el personal de enfermería de la entidad. Se espera con el desarrollo de la investigación obtener información fidedigna y de primera mano que permita a la entidad reconocer la percepción de la atención por parte de los usuarios y con base a ello, identificar las prácticas que deben ser implementadas, corregidas o mejoradas para garantizar una atención en salud humanizada.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

En Colombia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), se encuentran en la búsqueda constante por mejorar su gestión, con la finalidad de ser eficientes en términos de cobertura y calidad [21]; sin embargo, algunas de estas entidades perciben la eficiencia y, específicamente la calidad desde una óptica netamente operativa, centrada en aumentar los niveles de productividad, reducir costes y optimizar los procesos de trabajo, sin asignar mayor importancia a

---

<sup>2</sup> Son atendidos un promedio de 200 pacientes por mes

aspectos que deben ser transversales a la prestación del servicio, como es el caso de la humanización en la atención de los usuarios.

El hecho de que los usuarios no reciban una atención humanizada repercute negativamente en la percepción que estos creen de la IPS pues, de acuerdo con Jiménez [22], la atención no solo se valora a partir de la mejoría de la salud o la rapidez en el acceso a los servicios médicos, sino en la experiencia que tengan tanto los cuidadores como los pacientes y de la entrega de la atención integral adecuada. Si una IPS pierde credibilidad, su imagen puede verse afectada, lo que tiene consecuencias para su posicionamiento en el mercado y competitividad.

De igual modo, Zeppelin [23] indica que cuando el usuario no recibe una atención humanizada pueden llegar a tener una menor adherencia a los tratamientos y controles asignados, hasta el punto de que su estado de salud física, mental y emocional pueda llegar a verse comprometido. Por tanto, las IPS en cumplimiento de sus objetivos misionales y en consonancia con sus políticas sociales deben asegurar por medio de la revisión de los procesos de atención y mejoramiento continuo, que los usuarios de los servicios de salud, máxime de hospitalización (en la medida que el usuario suele pasar mayor tiempo en la entidad), reciban una atención adecuada y humanizada.

Teniendo en cuenta lo anterior, se identifica la necesidad de analizar la percepción del usuario de Hospitalización (Adulto) en la ESE Hospital sobre la Humanización en la Atención prestada por el personal de enfermería. Los resultados de la investigación no solo serán el punto de partida para que la entidad identifique si el personal de enfermería del área de hospitalización está teniendo una atención humanizada que haga de la estancia del usuario y su cuidado algo agradable, sino que posibilitará identificar acciones de mejora, que le permitan garantizar que el servicio prestado cuente con las características de humanización, como es el caso de buen trato, relacionamiento respetuoso, empatía, disposición a cuidar siempre y reconocimiento de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del otro.

La investigación se justifica desde una perspectiva teórica, puesto que, si bien se retoma un conocimiento existente y documentado, este se analiza a la luz de un contexto diferencial: una institución que atiende fundamentalmente personas de estratos socioeconómicos bajos y que hacen parte de la ruralidad. Lo anterior, puede dotar a la temática de “percepción de atención humanizada de nuevos matices, contribuyendo así la generación de nuevo conocimiento.

Finalmente, es importante resaltar que la investigación tiene una justificación metodológica, ya que; para su desarrollo se utilizará el instrumento Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3a versión<sup>3</sup>, el cual se aplicará por primera vez al servicio de Hospitalización (Adulto) de la E.S.E objeto de estudio.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la percepción de la atención humanizada y los determinantes asociados, por parte de los usuarios del servicio de Hospitalización (Adulto), en la ESE Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó, en el último trimestre de 2018?

---

<sup>3</sup> Es un instrumento elaborado y validado en su 1a y 2a versión por los enfermeros Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana. La validez y confiabilidad de la 3a versión realizada por el enfermero Oscar J. González H en el año 2013-

## **2. MARCO REFERENCIAL**

En el presente apartado se expone una compilación de postulados conceptuales, teóricos y legales, los cuales están ligados de manera directa a la problemática de investigación planteada. De igual modo, en esta sección se establece una contextualización de la institución objeto de estudio y se explora un conjunto de antecedentes investigativos que permiten analizar el conocimiento previo acumulado en relación con la atención humanizada en salud, a nivel internacional, nacional y local.

### **2.1 ESTADO DEL ARTE**

Una de las investigaciones es la de Monje, Miranda, Oyarzun, Seguel y Flores [24] en la cual se determina la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina Adulto de un hospital de alta complejidad, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de Enfermería. La metodología del estudio fue de corte transversal, correlaciona, en una muestra de 171 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, durante el año 2014, a la cual se aplicó una encuesta sociodemográfica y la escala Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE), segunda versión, adecuada transculturalmente a Chile. A partir del desarrollo del estudio, los autores concluyen que los/as enfermeros/as del hospital objeto de análisis respetan la dignidad humana al entregar cuidados humanizados, principalmente por la forma en que proporcionan los cuidados día a día.

Por su parte Rigon y Roque [25], analizan las prácticas de humanización en la atención primaria de salud en el Sistema Único de Salud de Brasil de acuerdo con los principios de la Política Nacional de Humanización. La metodología bajo la cual se desarrolló el estudio fue de tipo cualitativa documental, en la cual se revisó de manera sistemática la literatura producida entre el 2003 y 2011. Dentro de los resultados del estudio se destaca que, entre las 4.127 publicaciones encontradas

sobre el tema, 40 estudios fueron evaluados e incluidos en el análisis, produciendo tres categorías principales: el primero, referente a la infraestructura y organización del servicio de atención primaria, en la cual se dejó en claro la insatisfacción de la mayoría de los usuarios por la estructura física y el equipamiento de los servicios de salud. La segunda, refiriéndose al proceso de trabajo de salud, esta de igual modo, mostró problemas sobre la cantidad insuficiente de profesionales, la fragmentación de los procesos de trabajo, el perfil profesional y la responsabilidad. La tercera categoría, referida a las tecnologías relacionales, indicó la recepción, vinculación, escucha, respeto y diálogo con los usuarios del servicio.

González [26] en su estudio, se direcciona a determinar la validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”. Para lo anterior, hace uso de una metodología cuantitativa, en la cual participaron 320 pacientes hospitalizados en la IPS Centro Policlínico del Olaya. Una de las conclusiones del estudio, se centra en que la percepción de los comportamientos de cuidado por parte de los pacientes hospitalizados mostró en general que siempre se percibe una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería; de acuerdo con los pacientes participantes, en general que la atención por parte del personal de enfermería en los servicios de hospitalización es muy buena.

De igual modo, la investigación de Cano, Giraldo y Forero [27], se direccionó a comprender las experiencias y significados que tienen los beneficiarios del régimen subsidiado sobre calidad de la atención en los servicios de salud. Para el desarrollo del estudio, los autores utilizaron una metodología cualitativa– etnográfica, basada en la técnica de recolección de información entrevista semiestructurada, dirigida a 10 usuarios del régimen subsidiado de salud. Dentro de los resultados más relevantes se destaca que la percepción de calidad está influida por las experiencias de los usuarios, las cuales a su vez están condicionadas por el trato humanizado, la equidad y la participación.

En este mismo orden, se encontró la investigación de Romero, Contreras y Moncada [28], la cual se direcciona a determinar la relación entre la hospitalización y la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes. El estudio se planteó bajo una perspectiva metodológica transversal-analítica, y fue realizado en 132 pacientes durante el primer periodo de enero a junio de 2012, en un Hospital del caribe colombiano. Se aplicó, encuesta sociodemográfica, encuesta de datos de hospitalización y el instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Dentro de los resultados se destaca que la percepción global de cuidado humanizado fue de 55,4% excelente, 35% bueno, 7.9% aceptable y malo 1.7%. De igual modo, los resultados del estudio permitieron asociar el cuidado humanizado con el estado de salud de los pacientes y el servicio de hospitalización con  $P < 0,05$ .

Otro de los estudios precedentes es el de Prías [29], en el cual se expresa que el cuidado humanizado es la esencia de la enfermería y que, por tanto, este debe estar constituido por acciones transpersonales dirigidas a proteger, mejorar y preservar la humanidad de los sujetos de atención. El estudio sustenta una metodología cualitativa documental, a través de la cual la autora desarrolla una reflexión frente a la responsabilidad que tiene el personal de enfermería frente al cuidado humanizado de sus pacientes. Dentro de las conclusiones del trabajo se resalta que, al ser los pacientes seres en estado de vulnerabilidad, los enfermeros/as además de poseer fundamentación científica en el hacer de su profesión, deben desarrollar capacidad relacional, es decir, deben tener un conjunto de actitudes que le permitan establecer relaciones con el paciente y responder de forma integral a sus necesidades.

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

En esta sección se describen elementos teóricos que han sido planteados por diversos autores en torno a la temática trasversal al estudio: percepción de atención humanizada en el área de la salud; ello con la finalidad de fundamentar el proceso

de investigación y sentar bases epistemológicas para la estructuración del diseño metodológico.

### **2.2.1 Atención Integral en Salud**

Inconmensurables son los cambios que se han suscitado a nivel social, político, económico y ambiental, los cuales han tenido una influencia directa sobre la salud y el bienestar de los seres humanos, tal es el caso de la industrialización (y sus externalidades negativas como la contaminación ambiental), la cual es producto del consumismo desmedido que se instala en la realidad del mundo globalizado actual [1].

Sin embargo, a partir de estos cambios también se han gestado nuevas formas de conocimiento científico, dando paso a la generación de procesos, métodos y avances tecnológicos enfocados en la salvaguarda de la vida del ser humano y el cuidado de la salud desde una perspectiva integral [30] . Pero, precisamente estas nuevas propuestas tecnológicas han generado un sinnúmero de debates en el argot social, llevando a los individuos incluso a construir preceptos y proposiciones duales frente al tema, en tanto, por un lado, si bien los avances tecnología pueden ayudar a la preservar la vida, al tiempo, estos se constituyen como unos de los determinantes más relevantes en la deshumanización de la atención en salud [31].

Bajo esta perspectiva, se hace necesario que los distintos gobiernos se direccionen a configurar sistemas de salud integrales, en donde si bien se propenda por la incorporación de nuevas tecnologías en una relación costo/beneficio positiva, es decir, que aumenten los niveles de efectividad en la atención, en términos de cobertura y calidad sin incurrir en grandes inversiones; también se propende por la calificación del personal asistencial y administrativo de las distintas entidades e instituciones dedicadas a la prestación de servicios de salud.

En Colombia, “en las últimas décadas se ha incrementado el número de iniciativas institucionales dirigidas al mejoramiento de los sistemas de salud pública [32]”, las cuales se han apoyado en experiencias internacionales, configurándose en planes, programas, proyectos y avances normativos direccionados a resolver los problemas más latentes de salud pública que afectan a la población colombiana.

Una muestra de lo anterior es el Decreto Único Reglamentario en Salud (Decreto 780 de 2016) emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual plantea el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud; bajo esta perspectiva, el conjunto de servicios que se prestan al usuario, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales que se le apliquen deben estar transversalizadas por un componente de atención [33], en otras palabras, no se trata solo de curar a un enfermo, prevenir una enfermedad o salvar una vida, se trata de cómo se desarrollan estas actividades y de cómo esa atención está siendo percibida e interiorizada por los pacientes.

En consonancia con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, impulsa en el 2015 la Ley 1751 “Estatutaria de Salud”, con la cual promueve la Política de Atención Integral en Salud, cuyo fin primigenio se centra en:

Orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (Ministerio de Protección Social, 2016, p. 30)

Dentro de esta normativa, de igual modo se vela por la integralidad de la atención, axioma que se entrelaza con el principio de universalidad, en donde se propende porque los ciudadanos puedan acceder en igualdad de condiciones y de trato a los servicios de salud; lo anterior puede lograrse a partir de la interacción coordinada

de las entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores de servicios (Ver figura 1), las cuales deben propiciar que la atención primaria en salud sea garantizada en los territorios urbanos, rurales y rulares dispersos, con un enfoque diferencial (etnia, edad, condición física/mental, género, etc.) y con un elemento transversal: el cuidado humanizado.

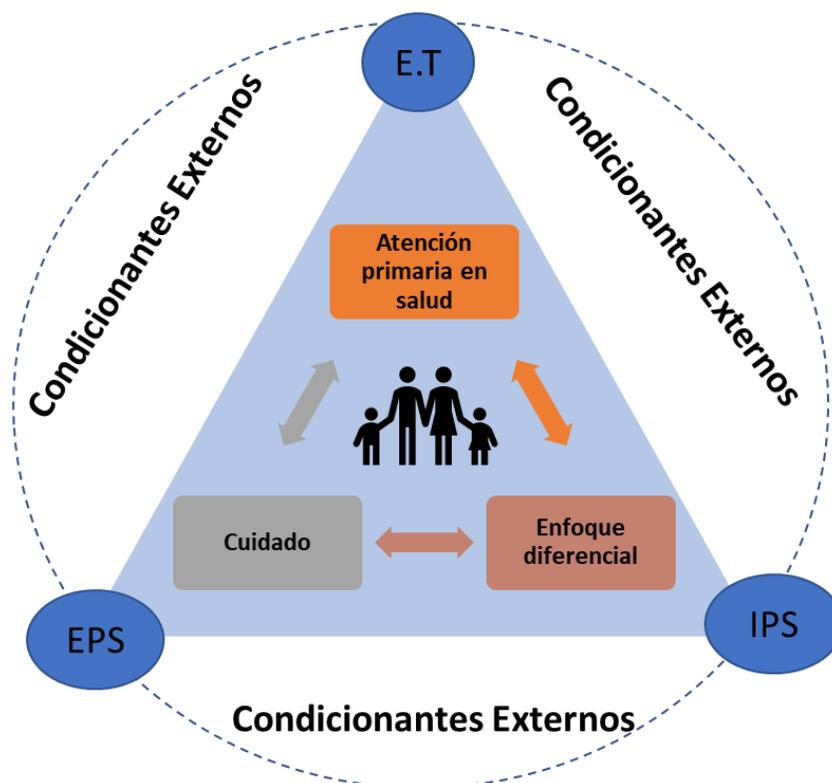


Figura 1. Política de Atención Integral en Salud. Fuente: elaboración propia basada en Ministerio de protección social [34]

Así pues, la atención integral en salud debe garantizar elementos como colaboración Intersectorial, enfoque diferencial, cobertura y calidad en salud y, el trato humanizado y dignificante de los usuarios, de este modo, desde el sistema de salud se puede hacer frente a las dinámicas de la salud pública

Uno de los instrumentos de gestión estratégica del cual se apoya el sistema de salud para cumplir con lo anterior es el Plan Decenal de Salud Pública 2016-2021, en el cual se estipula la importancia de garantizar el nivel más alto de salud a través de la atención integral, humanizada y de calidad. Para dar cumplimiento a este objetivo,

en este Plan Decenal de Salud Pública se plantean tres (3) estrategias específicas vinculadas con la atención humanizada, las cuales se resumen en:

- a) Diseño, implementación, monitoreo y evaluación de una política nacional de humanización de servicios de salud
- b) Proceso de sensibilización y movilización social para facilitar el desarrollo de competencias y habilidades de las personas que trabajan en los servicios de salud.
- c) Acuerdos con Instituciones de formación del talento humano en salud en el marco de la política nacional de talento humano.

Adicional a lo anterior, en el Plan Decenal de Salud Pública 2016-2021, en el marco del fortalecimiento de la atención integral y la prestación de servicios, tiene como meta que en el año 2021 el 80% los servicios de salud que atiende a las personas mayores tengan implementados protocolos de atención y desarrollaren políticas de calidad y humanización con resultados favorables reconocidos por los usuarios.

Otro de los instrumentos de gestión estratégica complementarios es el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad de Salud en Colombia (PNMCS), el cual propone realizar ajustes normativos en materia de calidad que impulsen la humanización, la seguridad, la coordinación y la transparencia que promuevan la recuperación de la confianza y legitimidad en el Sistema de Salud [35]. En este documento se establece un conjunto de objetivos, con sus respectivas estrategias, actividades y metas específicas. A continuación, en la figura 2 se muestra el esquema donde se resume el PNMCS, donde se puede observar a la humanización como elemento fundamental del sistema.



Figura 2. Cuadro resumen Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad de Salud en Colombia.

Fuente: PNMCS [35].

## 2.2.2 Aproximación teórica a la humanización en salud

La humanización en salud es concebida por diversos autores como la interacción entre el personal sanitario y los pacientes la cual se dirige a la auto transformación entre estos dos actores [36], [37] y [38]. Otras de las perspectivas en torno a la humanización, resaltan que esta se refiere al valor de lo que significa ser humano [39], es decir, a que la atención en salud no sea meramente instrumentalista, sino que se entienda desde un punto de vista ontológico.

Bermejo, Carabias, Villacero, Moreno [40] manifiestan que la humanización es un asunto ético que se refiere a los valores que conducen la conducta de los profesionales en el ámbito de la salud. En este sentido, a partir de la ética se pueden impulsar políticas, programas que garanticen relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, es decir, humanizados.

Por su parte Martins, Stein, Da Silva, Lorenzini y Luiz [41], manifiestan que la humanización de la salud se encuentra inserta en una confrontación entre dos culturas distintas. La primera, es una cultura que sobrepone la eficacia basada en resultados tecnológicos y de gestión; la segunda, es una cultura enfocada en la persona, su autonomía y la salvaguarda de sus derechos. En este sentido, es un reto que los profesionales en salud desarrollen sus actividades en un contexto de ética y valores para que, de este modo, se suplan las necesidades físicas y biológicas del paciente, pero así mismo, sus necesidades emocionales, intelectuales y sociales.

En síntesis, el concepto de humanización se refiere al proceso ético de subjetivación, para producir cuidados en salud integrales, y combatir la despersonalización del paciente y su círculo social cercano.

Al efectuar la revisión de la literatura se evidencia la existencia de ocho dimensiones que integran el concepto de humanización en la atención en salud, así mismo, su contrapartida, es decir, ocho dimensiones que integran el concepto de deshumanización, las cuales se muestran a continuación en la Tabla 1 y se explican en los párrafos siguientes.

**Tabla 1. Dimensiones en la humanización la atención**

<b>Dimensiones Humanización</b>	<b>Dimensiones deshumanización</b>
Subjetividad	Objetualización
Fuerza activa (acciones)	Pasividad
Singularidad (Particularidad)	Homogeneidad
Inclusión	Aislamiento. Discriminación
Camino (sentido) personal	Pérdida del sentido personal
Sentido de pertenencia	Dislocación
Personificación	Generalización

Fuente: elaboración propia basada en Todres, Galvin y Holloway [39].

Uno de los determinantes que hacen que cada individuo sea íntimamente humano es la subjetividad, es decir, tener una visión de vida “hacia dentro”; cada ser humano puede ser la autoridad en su mundo interno y determinar cómo sentirse respecto a los sucesos que le permean. Así pues, cuando la subjetividad se obvia en la atención en salud y se objetiviza o cosifica al paciente, el profesional en salud está dejando de lado sus cualidades y se centra de manera exclusiva en el diagnóstico y en los procedimientos que deben ser aplicados a partir de este último [39]. En este sentido, cuando no se valora la subjetividad del paciente, este último adquiere una imagen estadística, se convierte en un dato más para las instituciones prestadoras de servicios, en una “cosa” que debe ser tratada y luego dada de alta.

Otro de los elementos que deben resaltarse en la atención humanizada es la libertad que el paciente tiene de ser y actuar dentro de ciertos límites, lo cual se expresa en las acciones y la capacidad de discernimiento que este último tiene; bajo esta lógica los profesionales de la salud deben incentivar a que los pacientes sean partícipes activos de su recuperación y no generen una relación de dependencia con ellos o con la institución [42]

Con relación a la característica de singularidad, esta debe garantizarse en la atención en salud humanizada, en la medida que cada persona es única, por tanto,

no puede reducirse a un conjunto de atributos generales que la definan y, tampoco, puede homogenizarse a un grupo específico de manera indiscriminada. En atención a lo anterior, Todres, Galvin y Holloway [39], ponen el ejemplo de las etiquetas estigmatizantes del “buen paciente y mal paciente”, las cuales son usuales en los profesionales asistenciales de la salud; se define entonces que el buen paciente es aquel que actúa de acuerdo con las expectativas del personal de la salud como caso no quejarse del dolor y dejarse aplicar una inyección sin reparos, por el contrario, el mal paciente, es aquel que se mueve, se queja o no permite que se aplique el tratamiento.

Lo anterior evidencia el grado de despersonalización y etiquetado que algunos profesionales de la salud imprimen sobre los pacientes, lo cual puede llegar a influir negativamente en las actitudes y aptitudes que estos últimos tengan con sus pacientes a la hora de tratarlos [43].

En la atención humanizada, debe concebirse que, ser humano es estar en comunidad [44]; cada individuo aún en su singularidad necesita estar en relación con el otro y establecer un diálogo continuo que lo haga sentirse incluido en un grupo pues, a partir de la conexión humana, este puede hacer significativas cada una de sus experiencias. Por lo anterior, es importante que los profesionales en salud se integren con sus pacientes, tengan contacto visual con ellos, tengan una conversación fluida [39], máxime si estos, por su condición de salud o por su condición social, no están constantemente acompañados por sus familiares o conocidos.

Otro de los determinantes de atención humanizada es la búsqueda de significado del ser humano, es decir, su sentido de pertenencia, por eso, cuando una persona es contada como una estadística, su tratamiento a menudo no tiene sentido para ella, en la medida que, lo que es importante estadísticamente no necesariamente se conecta con la experiencia humana individual [45]. De allí que los profesionales de la salud deban impulsar a que los pacientes le den sentido a su vida y a su

bienestar, ayudándoles a entender que ellos no son su enfermedad, sino que son seres que viven y que esa vida debe ser desarrollada de una manera digna y feliz.

De acuerdo con Todres, Galvin y Holloway [39] “ser humano es estar conectado a la familiaridad de la pasado, así como conectado con la familiaridad del futuro”, esta función de temporalidad debe ser entendida por los profesionales de la salud si desean tener una atención más humanizada, en la medida que, para muchos pacientes la pérdida del viaje personal puede ocurrir cuando las prácticas de atención no prestan suficiente atención a la historia del paciente o a la posibilidad de su vida futura; un ejemplo de ello, es cuando el personal médico lanza comentarios desalentadores sobre el estado de salud y el tiempo de vida de un paciente.

Finalmente, otra de las características de la atención humanizada se refiere a la personificación, en donde se expresa que “ser humano significa vivir dentro de los límites frágiles de la realización humana” [39]; así pues, desde la visión de los profesionales de la salud, estos deben impulsar a que los pacientes vean el bienestar como una calidad positiva que hace que la vida valga la pena y no como una ausencia de enfermedad, resaltando el poder del espíritu humano, el propósito y sentido de la propia existencia.

### **2.2.3 Teorías clínicas transversales a la humanización en la salud**

Diversas son los modelos que se vinculan íntimamente a la teoría de la humanización en salud, entre ellos se destacan dos corrientes principales: los modelos de suplencia o ayuda y los modelos de interrelación.

#### **2.2.3.1 Modelos de suplencia**

Bajo la perspectiva del modelo de suplencia o ayuda, los profesionales de la salud deben direccionarse a impulsar a sus pacientes a realizar acciones que les permitan

preservar su vida en fomento del autocuidado. Una de las autoras que aportó de manera significativa a este modelo es Henderson, quien postula que el ser humano tiene catorce (14) necesidades básicas (ver Tabla 2), las cuales puede ser satisfechas según el grado de dependencia o independencia que este tenga [46].

De acuerdo con Henderson, citado en Delgado, Hernández y Ostiguín [46], la única manera de que las personas puedan satisfacer sus necesidades es a partir de la independencia, sin embargo, esta característica de independencia se ve influida por determinantes como la salud y los diversos aspectos sociodemográficos como la edad. En consecuencia, los profesionales de salud deben desarrollar actividades que contribuyan a mejorar las condiciones de independencia de sus pacientes y, de este modo, apoyar a la satisfacción de sus necesidades, lo que se interrelaciona con la atención humanizada.

**Tabla 2. Necesidades según Henderson**

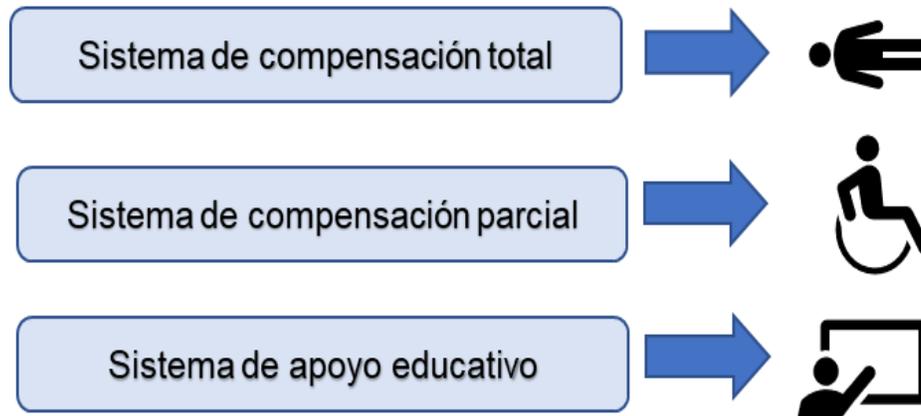
Respirar	Moverse	Mantener la postura
Comer y beber	Dormir y descansar	Evitar los peligros
Evacuar	Mantener la temperatura corporal	Comunicarse
Vestirse y desnudarse	Ofrecer culto	Trabajar
Mantenerse limpio	Jugar	Aprender

Fuente: Delgado, Hernández y Ostiguín [46].

Otra de las representantes del modelo de suplencia o ayuda es Dorothea Orem, quien indica que el autocuidado es la mayor necesidad humana y que, por tanto, los profesionales de la salud deben apoyar a las personas cuando presentan limitaciones para auto cuidarse [47].

Bajo la perspectiva teórica de esta autora, existen tres sistemas de asistencia: compensación total, parcial y educativa (Ver figura 3), el primer sistema se direcciona a apoyar a los pacientes que están totalmente incapacitados de satisfacer su necesidad de autocuidado; el segundo a apoyar de manera parcial a

pacientes que tienen algunas condiciones que impiden la satisfacción total de sus necesidades de autocuidado; el tercer sistema se enfoca en la capacitación, formación y educación en autocuidado.



*Figura 3.* Teorías de Orem. Fuente: Elaboración propia basada en revisión de la literatura.

### **2.2.3.2 Modelos de interrelación**

De acuerdo con los postulados teóricos de este modelo, los profesionales de la salud tienen la función de fomentar la adaptación de sus pacientes a entorno cambiantes, con base en una relación interpersonal o la mediación de la relación entre el paciente y su ambiente; contrario a los modelos de suplencia, el modelo de interrelación no es asistencialista, por el contrario, se enfoca en la generación de capacidades con un enfoque de humanización.

A continuación, en la tabla 3 se presenta un resumen analítico de los aportes de algunos autores respecto al modelo:

**Tabla 3. Modelos de interrelación**

<b>Representante</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Bases teóricas</b>	<b>Funciones profesionales salud</b>
<b>Hildegard Peplau.</b>	Que el paciente logre su máximo grado de desarrollo personal.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Teoría psicoanalítica.</li><li>• Teoría necesidades humanas.</li><li>• Motivación y desarrollo personal.</li></ul>	Ayudar al ser humano a madurar facilitándole una productiva.
<b>Callista Roy</b>	Que el paciente logre su máximo nivel de adaptación.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Teoría de la adaptación</li></ul>	Ayudar al paciente a que se adapte tanto a las situaciones de salud como a las de enfermedad
<b>Martha Rogers</b>	Que el paciente logre su máximo potencial de salud.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Teoría de sistemas.</li><li>• Evolucionismo</li></ul>	Ayudar al paciente a establecer una relación armónica con su entorno, para lograr tener salud y bienestar.

Fuente: elaboración propia a basada en revisión de la literatura

Hasta este punto se ha profundizado en la importancia de la atención integral como elemento clave para la humanización de la atención; así mismo, se ha ahondado en la teoría de la humanización de la atención enfatizando en los ocho criterios o dimensiones que la integran y, se ha profundizado en los modelos de atención transversales a la humanización en la salud. Estos postulados sientan una base teórica que permitirá configurar un diseño metodológico fiable y, por tanto, unos resultados coherentes con el problema de investigación planteado.

En la figura 4 se expone un esquema que resume lo abordado a partir del marco teórico:

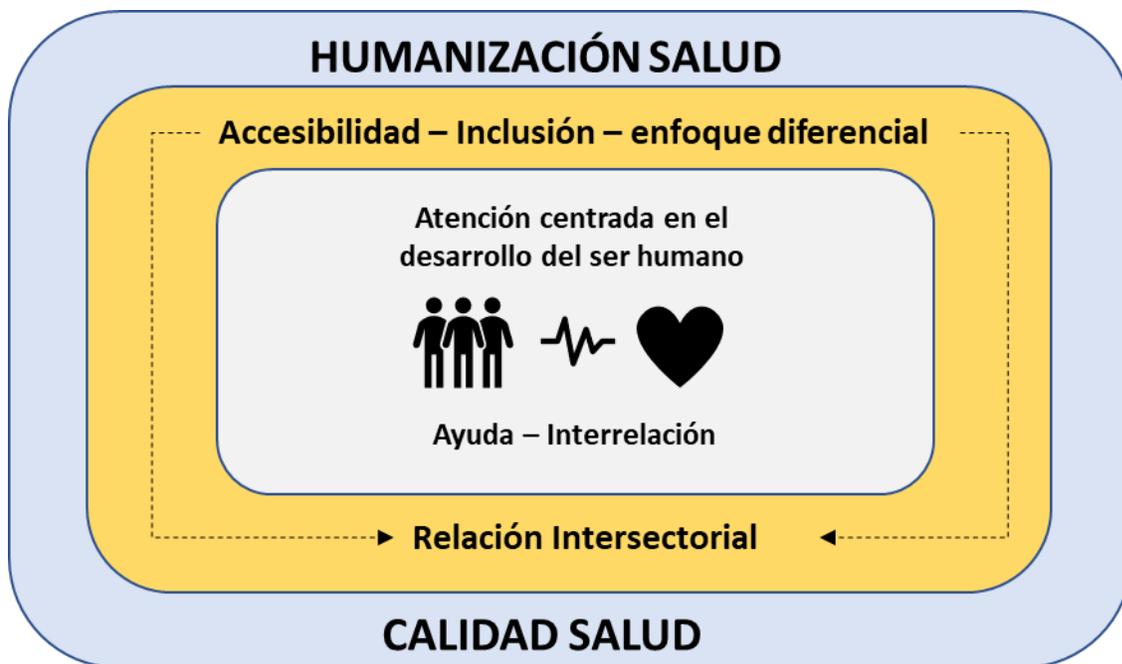


Figura 4. Marco teórico resumen. Fuente: Elaboración propia

La esencia de la humanización es una cuestión ética, de allí que los profesionales de la salud deben utilizar sus conocimientos técnicos, pero así mismo, deben tener valores y actitudes genuinamente humanas, acordes a las necesidades de sus pacientes. En este sentido, los profesionales de la salud tienen en deber de preguntarse ¿Qué es lo que en verdad espera el paciente mientras se está prestando el servicio de salud? ¿Qué necesita el paciente, además de recuperar su salud física?, solo desde esta postura podrá acercarse a las verdades necesidades el paciente y repensar las relaciones y los cuidados.

Finalmente, es importante resaltar que tanto el modelo de suplencia como el modelo de interrelación son importantes al momento de prestar un servicio de salud humanizado. Sin embargo, es el modelo de interrelación el que se adhiere en mejor medida a los objetivos del presente estudio, ya que, a partir del mismo se busca que el profesional de la salud tenga una relación interpersonal con el paciente y posibilite la mediación entre el paciente y su ambiente.

## 2.3 MARCO LEGAL

En este marco se incluyen los preceptos normativos que se interrelacionan de manera directa con el proceso de investigación adelantado. Para efectos de síntesis y organización de la información relevante, a continuación, en la Tabla 4 se diseña un normograma, el cual incluye el nombre de cada norma y su respectiva descripción y contribución al estudio.

**Tabla 4. Normograma**

<b>Normas generales</b>	<b>Descripción</b>
<b>Constitución Política de Colombia.</b>	“Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud 2 (Art. 49)
<b>Ley 100 de 1993.</b>	Esta ley reúne a un conjunto de entidades, mecanismos, procedimientos, para garantizar el acceso de la población general a la salud, en aras de mejorar su calidad de vida
<b>Ley 1122 de 2007.</b>	Esta ley modifica el SGSSS, teniendo como base las necesidades de los usuarios en términos de cobertura, calidad, financiación, racionalización y mejor prestación del servicio.
<b>Ley 1438 de 2011.</b>	Esta Ley fortalece el SGSSS a partir del marco de la estrategia de atención primaria en salud, la cual crea un abanico de posibilidades vinculadas a la intersectorialidad centradas en el mejoramiento de la salud desde una perspectiva de equidad e inclusión.
<b>Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021</b>	Es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia
<b>Resolución 2003 de 2014</b>	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
<b>Ley 1751 de 2015</b>	Esta Ley posiciona la salud en Colombia como un derecho fundamental autónomo y brinda algunas pautas para regularlo.

<b>Decreto 780 de 2016</b>	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
<b>Plan Nacional de Mejoramiento de la calidad en salud</b>	El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud incluido en el Plan Estratégico 2016-2021 Minsalud, en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública, reconoce a la humanización como fundamento esencial del Sistema de Salud. Esto implica, centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general.
Normas vinculadas a la ética	<b>Descripción</b>
<b>Código de Ética. Ley 23 de 1981</b>	La cual dicta normas sobre la Ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia.
<b>Resolución 13437 de 1991.</b>	Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes
<b>Ley 911 de 2004.</b>	Por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el servicio de la profesión de enfermería en Colombia

Fuente: Elaboración propia basada en revisión de la literatura

## 2.4 MARCO CONTEXTUAL

A continuación, se explora el ámbito espacial y temporal en el cual se enmarca el presente estudio, identificando elementos como el objeto de investigación y el medio, desde una perspectiva macro contextual y micro contextual.

### 2.4.1 Macro contextualización

El estudio se desarrolla en una institución prestadora de servicios de salud ubicada en el municipio de Quibdó, Chocó, un territorio que “tiene un área de 3.337,5 km<sup>2</sup> y

una población que sobrepasa los 100.000 habitantes, la cual representa el 32% del total del departamento” [48]. Quibdó está situada en una de las regiones con mayores recursos ecológicos de Colombia y, en la actualidad, está constituida, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNDU [49] “por 28 corregimientos, 14 veredas, 13 resguardos indígenas, 6 comunas urbanas y 74 barrios en la zona urbana”. A continuación, en la figura 5 se muestra la ubicación geográfica del municipio.

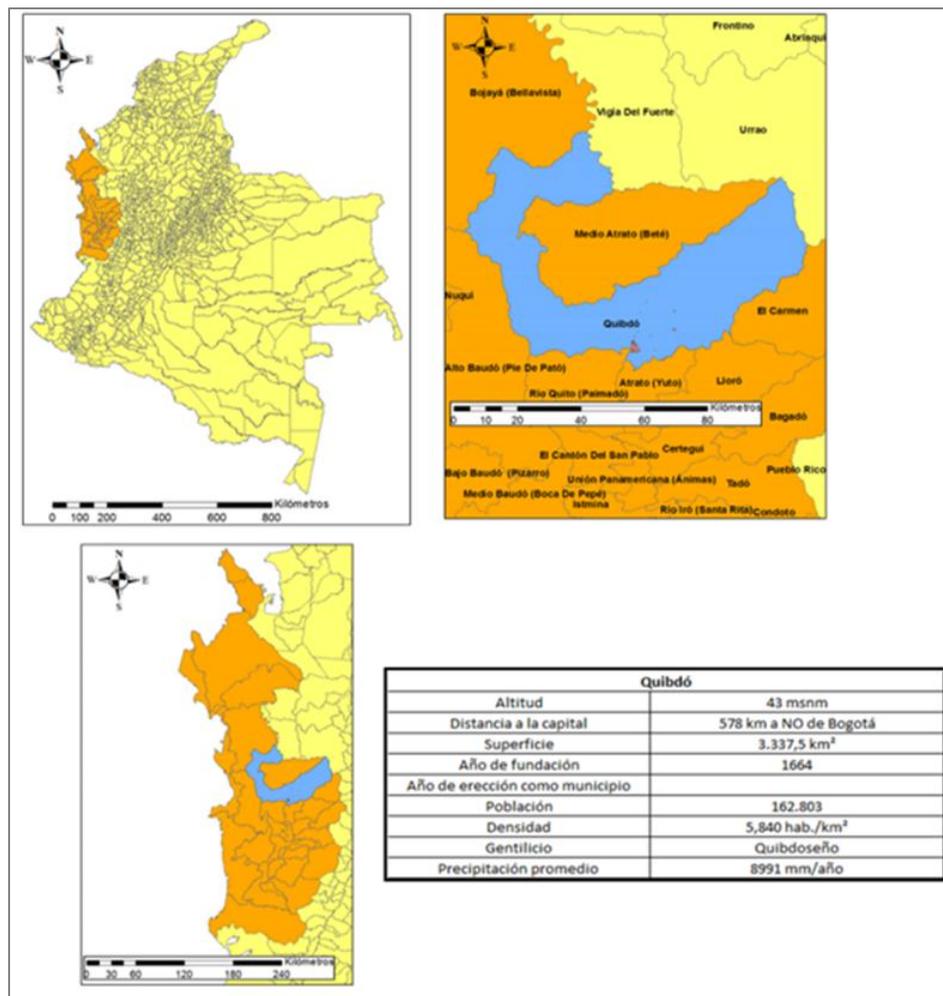


Figura 5. Ubicación geográfica del municipio Quibdó. Fuente: PNUD [49]

Respecto al acceso a la salud del municipio, de acuerdo con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES, para el

mes de diciembre de 2018, la población con acceso a la salud perteneciente al régimen contributivo corresponde a 35,679 afiliados, mientras que la población vinculada al régimen subsidiado para este mismo periodo corresponde a 116,925 afiliados. De igual modo, según el Plan Nacional de Desarrollo Urbano- PNDU [49] Quibdó tiene dos instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, una de segundo nivel llamada Hospital San Francisco de Asís, en la cual se atiende generalmente a los usuarios de la cabecera urbana; la otra institución es el Hospital Local Ismael Roldán Valencia, el cual es del primer nivel y atiende fundamentalmente a la población rural.

De igual modo, se destaca que en Quibdó operan diversas instituciones no gubernamentales que hacen presencia en el territorio y apoyan al sector salud; a saber: la Organización Panamericana para la Salud OPS – OMS, la ACDI/VOCA y la Organización Médicos Sin fronteras (Ver Tabla 5)

**Tabla 5. Algunas instituciones que aportan a la salud en Quibdó.**

Institución	Objetivo principal
	Se centra en la atención en salud a la niñez desvinculada del sistema
	Formula y ejecuta proyectos de salud
	Ofrece asistencia médica a las personas con difícil acceso a los servicios de salud

Fuente: elaboración propia

#### **2.4.2 Micro-Contextualización.**

La ESE Hospital Local Ismael Roldán Valencia fue creada a partir del acuerdo 016 del 1997, como una IPS de primer nivel de atención, habilitada para su funcionamiento el 02 de julio de 1999 y certificada por DASALUD en el año 2000 [50]. En la actualidad, esta ESE tiene diversas sedes y puntos de atención, entre ellas: Unidad Intermedia Jardín Hospital, Centro de Salud de Niño Jesús, Centro de Salud de San Vicente, Centro de Salud de Nicolás Medrano, Centro de Salud del Reposo y Centro de Salud del Porvenir [51].

De acuerdo con la Plataforma estratégica de la ESE Hospital Local Ismael Roldán Valencia, la misión de esta institución se centra en prestar servicios de salud con vocación docente asistencial e investigativa, enfocada en la atención humanizada, cálida, oportuna [52]; bajo esta perspectiva, la visión institucional se direcciona a que, para el 2020 la ESE en mención, amplíe la cobertura poblacional, mejorando su infraestructura física e implementando novedosas tecnologías en cada uno de sus procesos de atención [52].

Por otra parte, los principios institucionales de la ESE Hospital Local Ismael Roldán se circunscriben en una triada basada en el ser humano: el respeto, la tolerancia y la solidaridad. Es importante resaltar que la ESE en la actualidad desarrolla tres procesos misionales primigenios: gestión de servicios ambulatorios, gestión integral de servicios de hospitalización y Hospitalización (Adulto) y gestión en servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico (Ver Figura 6).

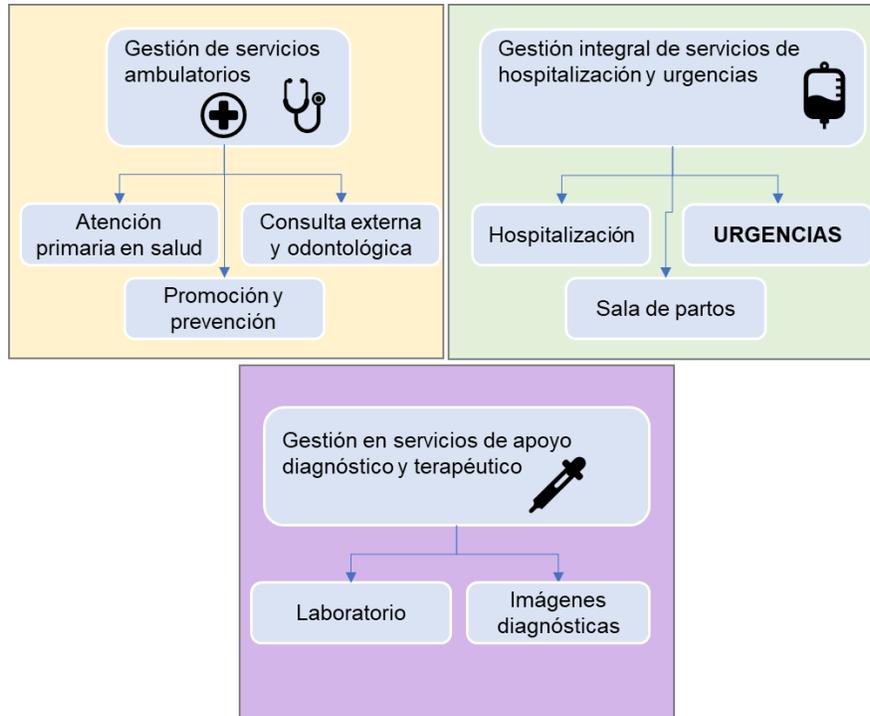


Figura 6. Procesos misionales. Fuente: elaboración propia basada en ESE Hospital Local Ismael Roldán [52]

Con relación a la gestión integral de servicios de hospitalización, se resalta que los procedimientos que se desarrollan en la ESE Hospital Local Ismael Roldán van desde la Hospitalización (Adulto) de complejidad I, hasta la unidad de cuidados al paciente crítico. La ESE, además, cuenta con un procedimiento estandarizado que describe las actividades de ingreso del paciente a hospitalización, el cual es seguido por el personal administrativo y asistencial para asegurar que la atención sea de calidad, humanizada e integral.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar con pensamiento crítico la percepción de los Usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto), sobre la Humanización de la Atención y los determinantes asociados, en la ESE Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó, en el último trimestre de 2018

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar las variables demográficas y sociales de la población del estudio, Usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto) en la E.S.E. Hospital Local “Ismael Roldán Valencia” de la ciudad de Quibdó, durante el último trimestre de 2018
- Evaluar la percepción de los usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto) en la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia, de la ciudad de Quibdó, durante el último trimestre de 2018
- Determinar los factores asociados con la percepción de la Atención Humanizada en los Usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto) en la ESE Hospital Ismael Roldán Valencia de la ciudad de Quibdó, durante el último trimestre de 2018

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO**

La presente investigación se circunscribe al paradigma empírico-analítico de investigación, el cual en palabras de Cifuentes [53] busca conocer de manera objetiva, externa y fáctica los hechos de la realidad, para poder predecirlos y controlarlos. Este paradigma intenta plantear explicaciones causales y hace énfasis en el análisis de datos empíricos de corte cuantitativo.

En consecuencia, el presente estudio se desarrolla bajo un enfoque cuantitativo, el cual sigue un patrón predecible y estructurado, basado en elementos como la validez y la confiabilidad [54]. Bajo el enfoque cuantitativo “la relación entre la teoría, la investigación y la realidad está basada en la coincidencia entre la percepción del investigador reflejada en una hipótesis y la realidad como fenómeno para que se apruebe una teoría” [55]. En este sentido, el enfoque cuantitativo hace un uso fundamental de la hipótesis, en tanto parte de supuestos como punto de referencia para el desarrollo del proceso investigativo.

En el contexto de la presente investigación, el enfoque cuantitativo permite la obtención de datos objetivos tendientes a ser verificados y validados a nivel empírico y estadístico; los cuales develen aspectos de corte demográfico y aquellos que se interrelacionan directamente con el tema de la atención humanizada.

### **4.2 TIPO DE ESTUDIO**

El estudio que se llevó a cabo fue de tipo descriptivo-transversal, el cual permitió medir los resultados de los instrumentos en una población definida y en un punto específico de tiempo, que en este caso corresponde al último trimestre de 2018.

A partir de la observación y recolección de información, se describieron, midieron y analizaron hechos concretos relacionados con los determinantes evaluados, caracterizando las variables con intención analítica, buscando posibles relaciones y diferencias entre las respuestas de la población analizada.

## **4.3 POBLACIÓN**

### **4.3.1 Población de Estudio**

En la actualidad la E.S.E. Hospital Local “Ismael Roldán Valencia” de la ciudad de Quibdó cuenta con 16 camas para el servicio de Hospitalización (Adulto). De acuerdo con datos de la entidad, el Giro Cama<sup>4</sup> del servicio de hospitalización adulto de la entidad es de 70.74 anual, lo que quiere decir que una cama es ocupada en promedio alrededor de 71 veces por año. Con base a esta información y a partir de los reportes de ingreso y egreso proporcionados por la entidad, se determina que en promedio ingresan al servicio de hospitalización 1.132 usuarios adultos al año, 284 usuarios en un trimestre y 95 usuarios al mes. En este caso el universo que se tomó como punto de partida para el estudio fue de 284 usuarios, correspondientes al último trimestre del año 2018.

En consonancia con lo anterior, se resalta que se encuestaron pacientes que estuvieron hospitalizados en el último trimestre del año 2018 (octubre, noviembre, diciembre), con la finalidad de evitar el sesgo de memoria, el cual podría afectar la exactitud del recuerdo de eventos pasados o experiencias en el servicio de hospitalización.

De igual modo, se indica que los participantes fueron adultos jóvenes (19-26 años), adultos (27-59) y adultos mayores (60 años y más), ya que el instrumento aplicado

---

<sup>4</sup> Medida del número de egresos que en promedio comprometieron el uso de cada cama disponible. Dicho de otra manera, es la rotación media de las camas y expresa cuántos pacientes pasan en un período dado, en promedio, por cama disponible

“Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3a versión”, no indica que el ciclo vital ni el nivel de vulnerabilidad relacionado con este altere o tenga una influencia precisa sobre los resultados del estudio.

#### **4.3.2 Criterios de Inclusión**

- Pacientes adultos (a partir de los 19 años) que ingresaron al servicio de hospitalización del Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó
- Pacientes que estuvieron hospitalizados en Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó entre los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018
- Pacientes que puedan leer y firmar la autorización para la realización del estudio.
- Pacientes residentes en el municipio de Quibdó

#### **4.3.3 Criterios de Exclusión**

- Personas con discapacidad cognitiva
- Pacientes cuyo estado de salud sea crítico
- Trabajadores de LA IPS
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio

### **4.4 DISEÑO MUESTRAL**

#### **4.4.1 Tamaño de la muestra**

La muestra estuvo constituida por los usuarios del servicio de hospitalización (adulto). Tomando como punto de partida la población promedio de 284 usuarios por trimestre en la institución, se aplicó la técnica de muestreo aleatorio simple con un índice de confiabilidad (IC) del 95% y un margen de error del 5%, lo que arrojó un resultado de **164** usuarios (Ver Tabla 6). Cabe resaltar que este tipo de muestra

es probabilística, lo que sugiere que, por medio de estimaciones estadísticas pueda presuponerse que todos los elementos de la población tienen una misma probabilidad de ser elegidos.

**Tabla 6. Muestra**

<b>MARGEN DE ERROR</b>	<b>5,0%</b>				
<b>TAMAÑO POBLACIÓN</b>	284	*			
<b>NIVEL DE CONFIANZA</b>	95%	**			
<b>Valores Z (valor del nivel de confianza)</b>	90%	95%	97%	98%	99%
	1.645	1.960	2.170	2.326	2.576

$$\text{TAMAÑO DE LA MUESTRA} = \frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))} = 164$$

Fuente: Elaboración propia

Donde:

N: Tamaño de la población

Z: Nivel de confianza

A: Nivel de riesgo

#### 4.4.2 Selección de la muestra

Ya que en el muestreo aleatorio simple cada combinación posible de muestras tiene igual probabilidad de ser seleccionada, se recurrió a una base de datos en donde, con base a los criterios de selección, se identificaron los pacientes que estuvieron hospitalizados en el último trimestre del año 2018.

## 4.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

### 4.5.1 Variable dependiente

El estudio contempla tres (3) variables dependientes que son cuantitativas y continua, a saber: a) priorizar el sujeto de cuidado, b) apertura a la comunicación y c) cualidades del hacer de enfermería.

### 4.5.2 Variables independientes

De igual modo, la presente investigación contempla una (1) variable independiente: “Percepción de la atención humanizada”.

### 4.5.3 Tabla de Variables

**Tabla 7. Tabla de variables**

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	ÍTEMS RELACIONADOS
Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)	Esta variable rescata la valorización del sujeto de cuidado como ser único, coparticipe en la experiencia del cuidado de enfermería, donde prima el respeto por s subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus formas de ser/estar en el mundo y sus decisiones.	1. Le hacen sentirse como una persona
		2. Le tratan con amabilidad
		6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted
		7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted
		8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan
		15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado
Apertura a la comunicación para	Esta variable se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera/o) para construir una relación dialéctica (dialógica) entre	4. Le miran a los ojos, cuando le hablan
		5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes
		9. Le facilitan el diálogo

para proporcionar educación en salud a la persona	enfermera/o y sujeto de cuidado (paciente), fundamental para el crecimiento mutuo, la adopción y/o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado.	<p>10. Le explican previamente los procedimientos</p> <p>11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas</p> <p>12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos</p> <p>14. Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna</p> <p>19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud</p>
Cualidades del hacer de enfermería	Esta categoría refleja los patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico (Carper, 1978) que caracterizan un Cuidado de Enfermería experto, reflexivo y crítico	<p>3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización</p> <p>13. Le dedican el tiempo requerido para su atención</p> <p>16. Le llaman por su nombre</p> <p>18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)</p> <p>20. Le manifiestan que están pendientes de usted</p> <p>21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento</p> <p>22. Responden oportunamente a su llamado</p> <p>23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual</p> <p>24. Le escuchan atentamente</p> <p>25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo</p> <p>26. Le brindan un cuidado cálido y delicado</p> <p>27. Le ayudan a manejar el dolor físico</p> <p>28. Le demuestran que son responsables con su atención</p> <p>29. Le respetan sus decisiones</p> <p>30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar</p> <p>31. Le respetan su intimidad</p> <p>32. Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico</p>

Fuente: Rivera y Triana [56]

## **4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **4.6.1 Fuentes de Información**

La recolección de la información se basó en las diferentes fuentes de información que posibilitaron en el desarrollo de dicho trabajo investigativo, estas fuentes de información fueron primarias y secundarias.

La fuente primaria son las respuestas que los pacientes del servicio de Hospitalización (Adulto) brindaron al momento de recolectar de información mediante los instrumentos de investigación. Este proceso de recolección de información se realizó directamente en las instalaciones de la E.S.E Hospital Local “Ismael Roldán Valencia, específicamente en el área de hospitalización (adulto).

Respecto a las fuentes secundarias, se realizó un proceso de recopilación, análisis y síntesis de documentos académicos, artículos y publicaciones científicas, información que permitió sentar las bases teóricas y conceptuales del presente estudio.

### **4.6.2 Técnicas de Recolección**

La técnica de recolección de información que se utilizó en el estudio fue la encuesta, la cual en palabras de López y Fachelli [57] se reconoce como aquella que permite la recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida.

### **4.6.3 Instrumento de Recolección**

La recolección de los datos se realizó a través de dos instrumentos: el primero un cuestionario de preguntas cerradas, el cual se utilizó para captar la información

sociodemográfica de los participantes (Ver anexo 1). El segundo fue un instrumento de medición llamado “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ª versión” [58] (Ver anexo 2).

#### 4.6.4 Proceso de Recolección

Debido a las características específicas de los sujetos participantes y para evitar sesgos de información, los instrumentos de recolección de información no fueron autoadministrados, sino que fueron asistidos por el encuestador. El proceso de recolección de información se detalla a continuación en el siguiente esquema:

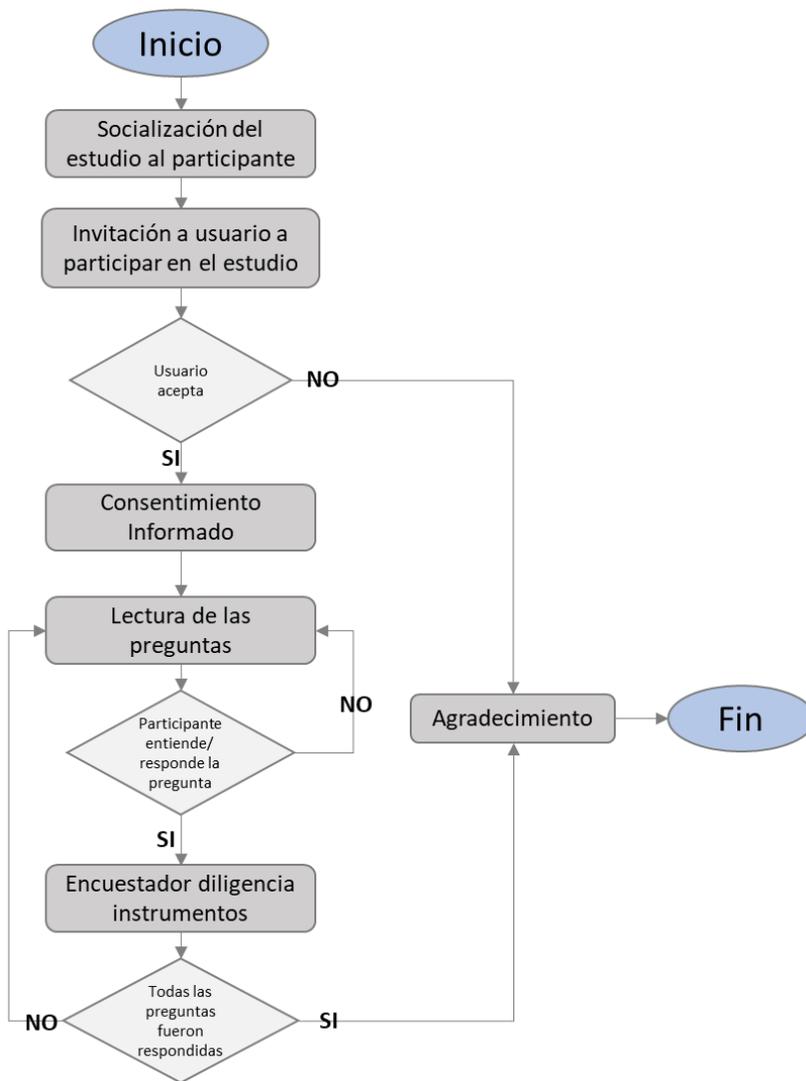


Figura 7. Proceso de recolección: Fuente: elaboración propia.

## **4.7 PRUEBA PILOTO**

Con el objetivo de comprobar el grado de adecuación de los instrumentos de recolección de información a la población sujeto de estudio, se desarrolló una prueba piloto con el 10% del total de la muestra, es decir, con 16 personas. La prueba piloto permitió verificar:

- Que la aplicación de la técnica seleccionada fue factible en la muestra seleccionada
- Que el lenguaje utilizado en los cuestionarios es comprensible para los participantes
- Que no existe ningún desajuste en los cuestionarios, por ejemplo, estos no provocan cansancio en los participantes.

## **4.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

### **4.8.1 Técnicas de Procesamiento de datos**

La técnica que se utilizó para el procesamiento de los datos fue la tabulación, la cual consiste en el recuento de las respuestas contenidas en los instrumentos con el fin de generar resultados. En el caso del presente estudio dichos resultados se esquematizaron en cuadros y gráficos estadísticos, para su posterior análisis e interpretación

### **4.8.2 Análisis de datos**

Respecto a las variables demográficas se calcularon frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas (Variables dependientes) se calculó la prueba de normalidad, posteriormente, se calculó la media, mediana, moda y desviación estándar. Los datos fueron consignados en el paquete de Excel de Microsoft Office

y en el software SPSS ® Statistics versión 21 de IBM, para su posterior análisis y procesamiento estadístico.

Con relación al análisis de las variables cualitativas se utilizaron tablas de frecuencias y tablas de contingencia. La asociación se hizo mediante el método de chi cuadrado. De igual modo, se realizó análisis Univariado, para las variables demográficas y, análisis bivariados buscando establecer relaciones significativas entre las variables dependientes y la variable independiente desarrollada a lo largo del estudio.

## 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por tratarse de datos recolectados mediante un cuestionario, la investigación realizada en la Empresa Social del Estado Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó, de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, se clasifica, como investigación sin riesgo<sup>5</sup>; en tanto en la investigación se emplean técnicas y métodos de investigación 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.

Sin embargo, es importante resaltar que, si bien la investigación no conlleva a que los individuos participantes sufran daños, puede identificarse que esta posee un mínimo de riesgo ético para aquellos pacientes que no participan, contemplados en los criterios de exclusión presentados en la metodología del estudio, a saber: personas con discapacidad cognitiva, personas en un estado de salud crítico, esto último no solo implica necesariamente un análisis de los sujetos a estudio, sino una segregación de los mismos, al no cumplir con las condiciones para ser participantes.

La realización del estudio en la E.S.E. fue avalada por el representante legal de la misma mediante autorización por escrito; previamente el responsable se llevó a cabo el estudio puso en conocimiento del representante legal toda la información del estudio que se llevará a cabo y los objetivos que se pretenden alcanzar. Adicionalmente, a cada una de las personas a las cuales se les aplicará la encuesta, se le hará una autorización de participación por escrito, en la cual se explica el pacto de confidencialidad. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, son anónimas.

---

<sup>5</sup> Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio

Cabe mencionar que, la presente investigación tiene potencialidades en lo que respecta su pertinencia social y al aporte que, una vez desarrollada puede hacer al mejoramiento de la calidad de la atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

## **6. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS**

### **6.1 SESGOS DE SELECCIÓN**

Este tipo de sesgo tiene su origen en la falta de representatividad de la muestra estudiada, para el control del mismo y de este modo evitar la extrapolación o distorsión de los resultados del estudio se seleccionó una muestra significativa respecto a la a población de referencia, logrando que los participantes del estudio contaran con las características o variables estipuladas en los criterios de inclusión.

Ahora bien, dentro de los sesgos de selección también se reconocen aquellos vinculados con la integridad de la muestra, por ejemplo, la no respuesta a alguna pregunta, datos perdidos o rechazo de datos. Con relación a la no respuesta, este sesgo se controló en la medida que el cuestionario no fue autoadministrado, sino que fue asistido por el encuestador. Respecto a los datos perdidos o rechazo de datos, este sesgo fue evitado a partir de un proceso de organización y registro de información a la base de datos del software SPSS de manera rigurosa, donde, además, se hicieron tres revisiones antes de tabular la información y analizar los resultados.

### **6.2 SESGOS DE INFORMACIÓN**

Los sesgos de información son errores de medición y pueden afectar la precisión de los resultados. Uno de estos sesgos puede estar relacionados con el investigador cuando este no tiene una clara definición o conocimiento respecto a los instrumentos de medida que va a aplicar o en relación con el procesamiento de los datos. Para controlar este sesgo en primer lugar se realizó una prueba piloto la cual permitió valorar la idoneidad y viabilidad de los instrumentos, en segundo lugar, los procedimientos de procesamiento de datos se desarrollaron con apoyo de un

programa estadístico, además, dichos procesos fueron efectuados en dos ocasiones para comprobar su veracidad y corregir imprecisiones.

Los sesgos de información también pueden estar en los participantes, por ejemplo, imprecisiones, confusiones, cansancio o errores al recordar un hecho. Para controlar el sesgo referente al cansancio se socializó la investigación a los sujetos explicándoles el alcance de la misma y la duración en la aplicación del instrumento, este proceso posibilitó que las personas que estuviesen cansados o con prisa decidieran no participar en el estudio. De igual modo, con el ánimo de evitar confusiones e imprecisiones el cuestionario fue guiado o asistido por los encuestadores, los cuales previamente fueron capacitados al respecto. Finalmente, con la finalidad de evitar el error de “no recordar un hecho”, los participantes que fueron seleccionados estuvieron hospitalizados recientemente, específicamente dentro del último trimestre del 2018.

### **6.3 SEGOS DEL INSTRUMENTO**

Con el objetivo de evitar posibles sesgos en los ítems que componen el cuestionario, se indagó acerca de las pruebas de validación y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª Versión”, una de estas pruebas fue desarrollada por González [58] quien comprobó que el instrumento posee un índice de acuerdo de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por el grupo de expertos; de igual modo, a través del análisis factorial el autor obtuvo una prueba de KMO de 0,956 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 0,0, lo que quiere decir que el instrumento es válido y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios.

## 7. RESULTADOS

Con la finalidad de analizar con pensamiento crítico la percepción de los usuarios del servicio de hospitalización (Adulto), sobre la Humanización de la Atención y los determinantes asociados en la ESE Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó, en el último trimestre del año 2018, en esta sección se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento para la recolección de información, el cual, en primer lugar permitió caracterizar las variables demográficas y sociales de la población del estudio; en segundo lugar, se direccionó a evaluar la percepción de los usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto) en la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia y, en tercer lugar, permitió determinar los factores asociados con la percepción de la Atención Humanizada en los usuarios.

Los resultados permitirán reconocer las potencialidades del servicio de hospitalización en cuanto a la atención humanizada por parte de su personal de enfermería, pero así mismo, los elementos que deben ser mejorados.

### 7.1 Variables demográficas y sociales de la población del estudio.

El primer objetivo específico se centró en caracterizar las variables demográficas y sociales de la población del estudio. Luego de la recolección de la información se logró evidenciar que la mayoría de los participantes fueron mujeres, representadas por un 93.3%, mientras que solo un 6.7% correspondió al sexo masculino.

**Tabla 8. Distribución sociodemográfica (Sexo)**

		Sexo			
		Frec	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	11	6.5	6.7	6.7
	Femenino	153	90.5	93.3	100.0

Total	164	97.0	100.0
-------	-----	------	-------

Fuente: Resultados SPSS

De igual modo, se logró identificar que la mayoría de los participantes tiene una edad entre los 19 y 26 años (adultos jóvenes), representados por un porcentaje de 54,9%; seguido por aquellos que tiene entre 27 y 59 años (adultos), los cuales están representados por un porcentaje de 27,4%; y, los participantes de 60 años y más (adultos mayores), están representados por un porcentaje de 17,7% (Ver Tabla 9).

**Tabla 9. Distribución sociodemográfica (Edad)**

		Edad Paciente			
		Frec	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	19-26	90	53.3	54.9	54.9
	27-59	45	26.6	27.4	82.3
	60 y más	29	17.2	17.7	100.0
	Total	164	97.0	100.0	

Fuente: Resultados SPSS

Respecto al nivel de escolaridad se identificó que el 54,9% de los participantes son bachilleres; seguido por el 31,7% quienes afirman tener un nivel de básica primaria; por otra parte, se encontró que el 6,7% de los participantes son profesionales y que el 6,7% restante es analfabeta. No se encontraron participantes con formación técnica o tecnológica.

**Tabla 10. Distribución sociodemográfica (Nivel Escolaridad)**

		Nivel de escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	11	6.5	6.7	6.7
	Primaria	52	30.8	31.7	38.4
	Bachiller	90	53.3	54.9	93.3
	Profesional	11	6.5	6.7	100.0

Total	164	97.0	100.0
-------	-----	------	-------

Fuente: Resultados SPSS

Con relación al nivel socioeconómico de los participantes, se identificó que el 99% de los encuestados hacen parte del estrato 1, mientras que solo el 1% hace parte del estrato 2; la mayoría de las participantes tiene una ocupación como amas de casa, seguido de aquellos que se ocupan como independientes, estudiantes, pensionados y dependientes, como se observa en la Tabla 11

**Tabla 11. Distribución sociodemográfica (Estrato/Ocupación)**

		Tabla cruzada Estrato Socioeconómico*Ocupación						
		Ocupación						
		Ama de casa	Independiente	Pensionado	Dependiente	Estudiante	Otro	Total
Estrato	E1	128	15	5	3	7	4	162
	E2	2	0	0	0	0	0	2
Total		130	15	5	3	7	4	164

Fuente: Resultados SPSS

Finalmente, con relación al régimen de afiliación al SGSSS en el cual se encuentran los participantes, se destaca que 154 personas que corresponde al 94% del total de la muestra hacen parte del régimen subsidiado y solo 10 personas (6%) hacen parte del régimen contributivo como se muestran en la tabla 12.

**Tabla 12. Distribución sociodemográfica (EPS-Régimen)**

Tabla cruzada EPS a la que se encuentra afiliado actualmente*Régimen de Afiliación al SGSSS				
		Régimen de Afiliación al SGSSS		Total
		Contributivo	Subsidiado	
EPS a la que se encuentra afiliado actualmente	Nueva EPS	10	0	10
	Comparta	0	42	42
	Barrios Unidos	0	101	101
	Comfa-Choco	0	11	11
Total		10	154	164

Fuente: Resultados SPSS

## 7.2 Percepción de los usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto) en la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia

El instrumento aplicado posee 32 preguntas las cuales se distribuyen en tres variables: siete (7) preguntas hacen parte de la primera variable llamada “Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)”; ocho (8) preguntas hacen parte de la segunda variable llamada “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona”; y, diecisiete (17) preguntas hacen parte de la tercera variable llamada “Cualidades del hacer de enfermería”.

Con la finalidad de estimar la fiabilidad de la escala de medida aplicada se procesaron los datos y, posteriormente, se determinó el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo resultado se expresa en la Tabla 13

**Tabla 13. Alfa de Cronbach**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.993	32

Fuente: Resultados SPSS

Como criterio general George y Mallery [59] establecen que el Coeficiente Alfa  $>0,9$  es excelente, el Coeficiente Alfa  $>0,8$  es bueno, el Coeficiente Alfa  $>0,7$  es aceptable, el Coeficiente Alfa  $>0,6$  es cuestionable y el Coeficiente Alfa  $>0,5$  es pobre. Bajo esta perspectiva y según los resultados, el coeficiente alfa para el caso del instrumento aplicado es de 0,993, categorizado como EXCELENTE, lo que permite comprobar su fiabilidad.

A continuación, se detallarán de forma descriptiva los resultados de cada una de las variables estudiadas indicando principalmente la media y la desviación estándar (D.E).

### 7.2.1 Percepción respecto a priorizar el sujeto de cuidado (la persona)

**Tabla 14. Percepción respecto a priorizar el sujeto de cuidado (la persona)**

N°	Enunciado Ítem	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	Media	Dev. Estándar
1	Le hacen sentirse como una persona	19	71	69	5	2.37	.727
2	Le tratan con amabilidad	22	120	11	11	2.07	.684
6	Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted	20	43	101	0	2.49	.705
7	El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted	10	19	126	9	2.82	.619
8	Le generan confianza cuando lo(la) cuidan	16	25	112	11	2.72	.731
15	Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado	10	37	97	20	2.77	.737
17	Le demuestran respeto por sus creencias y valores	13	9	131	11	2.85	.648

Fuente: Resultados SPSS

#### Ítem con mayor valoración

A partir de los resultados se puede establecer que el ítem con mayor valoración dentro de la variable “Percepción respecto a priorizar el sujeto de cuidado (la

persona)” corresponde al N° 17 el cual se refiere a la percepción que posee el paciente respecto a si el personal de enfermería le demuestra respeto por sus creencias y valores; este ítem fue valorado con una media de 2,85.

En este mismo orden, se identifica que el segundo ítem con mayor valoración es el N°7 “El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted”, el cual obtuvo una media de 2,82; seguido por el ítem N° 15 “Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado”, con una media de 2,77 y, por el ítem N° 8 “Le generan confianza cuando lo(la) cuidan” con una media de 2,72.

### Ítem con menor valoración

El ítem con menor valoración dentro de la variable analizada corresponde al N°2 “Le tratan con amabilidad”, con una media de 2,07; seguido por el ítem N° 1 “Le hacen sentirse como una persona” con una media de 2,37 y del Ítem N°6 “Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted” con una media de 2.49

### Homogeneidad en las respuestas

Es relevante analizar la dispersión de las respuestas, en la medida que, una dispersión pequeña o menor, indica un gran acuerdo por parte de los sujetos en la respuesta (Ver figura 8)

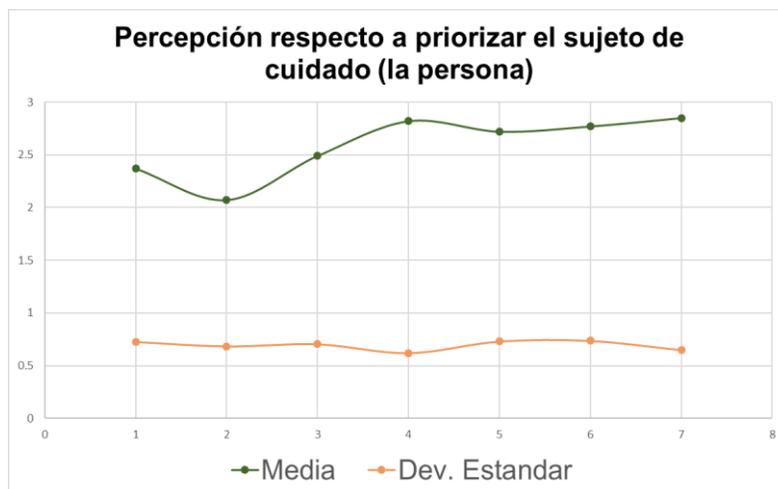


Figura 8. Desviación estándar “percepción priorizar el sujeto de cuidado”. Fuente: resultados del estudio.

En la figura 8 se logra identificar que las respuestas tienen un nivel de homogeneidad bajo, en la medida que, las desviaciones son relativamente más altas comparadas con las medias. Por ejemplo, en el ítem con mayor valoración cuya media es 2,85 la desviación es de .648, lo que indica que en este ítem las respuesta tiene un nivel alto de variabilidad en relación con las respuestas.

### 7.2.2 Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona.

**Tabla 15. Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona.**

N°	Enunciado ítem	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	Media	Dev. Estándar
4	Le miran a los ojos, cuando le hablan	11	11	139	3	2.82	.568
5	Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes	15	7	131	1	2.84	.673
9	Le facilitan el diálogo	15	16	127	6	2.76	.666
10	Le explican previamente los procedimientos	8	10	133	13	2.92	.575
11	Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas	20	19	114	11	2.71	.767
12	Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos	5	14	134	11	2.92	.519
14	Le dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna	22	56	68	18	2.50	.862

19	Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud	16	43	94	11	2.61	.755
----	---	----	----	----	----	------	------

Fuente: Resultados SPSS

### Ítem con mayor valoración

Con relación a la variable “apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona”, cabe anotar que la mayoría de los ítems tuvieron una puntuación alta, lo que indica que tienen una valoración con tendencia negativa por parte de los participantes, ya que la mayoría de las respuestas corresponden a la opción “Algunas veces”.

En este sentido, se logró identificar que los ítems con mayor valoración son el N° 12 “Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos” y el N° 10 “Le explican previamente los procedimientos”, ambos tienen una media de 2,92. Otros de los ítems con media alta es el N°5 “Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes” con una media de 2,84, seguido por el ítem el N° 4 “Le miran a los ojos, cuando le hablan” cuya media es de 2.82.

En esta misma línea, se establece que otro de los ítems con valoración alta es el N°9 “Le facilitan el diálogo” con una media de 2.76, seguido por el ítem N° 11 “Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas” con media de 2.71 y, del ítem N°19 “Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud” con una media de 2.61

### Ítem con menor valoración

Solo hubo un ítem con una valoración relativamente baja que fue el N°14 “Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna”, con una media de 2,50.

### Homogeneidad en las respuestas

En esta categoría de igual forma se identifica un nivel bajo de homogeneidad en las respuestas dado que el valor de las medias es relativamente más bajo que el valor de la desviación estándar, tal como puede observarse en la Figura 9

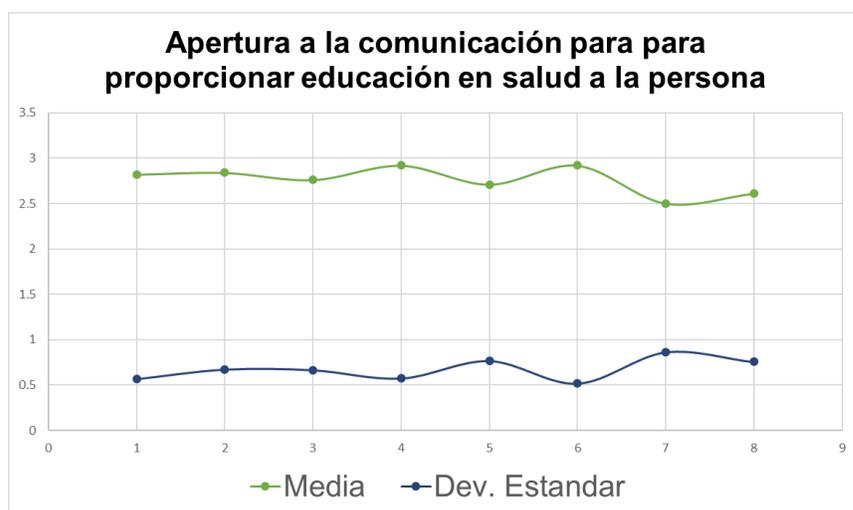


Figura 9. Desviación estándar “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona”. Fuente: resultados del estudio.

### 7.2.3 Cualidades del hacer de enfermería

Tabla 16. Cualidades del hacer de enfermería

N°	Enunciado ítem	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	Media	Dev. Estándar
----	----------------	---------	--------------	---------------	-------	-------	---------------

3	Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización	14	136	10	4	2.02	.495
13	Le dedican el tiempo requerido para su atención	11	8	123	22	2.95	.672
16	Le llaman por su nombre	19	40	101	4	2.55	.729
18	Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)	11	27	109	17	2.80	.708
20	Le manifiestan que están pendientes de usted	18	22	113	11	2.71	.749
21	Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento	16	49	77	22	2.64	.835
22	Responden oportunamente a su llamado	14	8	131	11	2.85	.661
23	Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual	11	9	134	11	2.88	.611
24	Le escuchan atentamente	11	9	133	11	2.88	.615
25	Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo	15	6	132	11	2.85	.670
26	Le brindan un cuidado cálido y delicado	14	22	117	11	2.76	.699
27	Le ayudan a manejar el dolor físico	19	19	115	11	2.72	.756
28	Le demuestran que son responsables con su atención	14	28	111	11	2.73	.712
29	Le respetan sus decisiones	11	30	112	11	2.75	.677
30	Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar	64	7	82	11	2.24	1.052

31	Le respetan su intimidad	11	24	118	11	2.79	.662
32	Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico	11	22	120	11	2.80	.657

Fuente: Resultados SPSS

### Ítem con mayor valoración

Los resultados demuestran que la mayoría de los ítems de la variable “Cualidades del hacer de enfermería” tienen una valoración alta, siendo el N° 13 “Le dedican el tiempo requerido para su atención” el que tiene una mayor puntuación. Tomando como punto de partida este resultado, se indica que una gran porción de la muestra participante considera que el personal de enfermería solo “algunas veces” o “nunca” le dedican el tiempo requerido para su atención.

Otro de los ítems con valoración alta son el N° 23 “Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual” y el N° 24 “Le escuchan atentamente”, ambos con una media de 2,88; seguido por el Ítem N° 22 “Responden oportunamente a su llamado” con una media de 2,85 y el ítem 18 “Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)” con una media de 2,80.

Otro ítem que sustenta una media de 2,80 es el N° 32 relacionado con que el personal de enfermería les administra a los pacientes a tiempo los medicamentos formulados por el médico; seguido por el ítem N° 31 “Le respetan su intimidad” con una media de 2,79 y el ítem N°26 relacionado con el cuidado cálido y delicado.

Los ítems N° 29,28 y 27 relacionados con el respeto a las decisiones de los pacientes, la responsabilidad con la atención y el apoyo en el manejo del dolor físico tienen una media de 2,75, 2,73 y 2,72 respectivamente.

### Ítem con menor valoración

Dentro de los ítems con menor valoración, es decir, cuyas respuestas tienen una tendencia positiva se encuentra el N° 3 relacionado con que el paciente percibe que el personal de enfermería le muestra interés por brindarle comodidad durante su hospitalización; este ítem tiene una media de 2,02.

Otro ítem con una valoración baja es el N° 30, el cual se refiere a que el personal de enfermería le indica al paciente que cuando requiera algo, lo puede llamar. Este ítem tiene una media de 2,24.

### Homogeneidad en las respuestas

En esta categoría de igual forma se identifica un nivel bajo de homogeneidad en las respuestas dado que el valor de las medias es relativamente menor que el valor de la desviación estándar, sin embargo, en el caso del ítem N°3 “Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización” la desviación sustenta un valor bajo, lo que quiere decir que hay mayor homogeneidad en las respuestas, las cuales en este caso corresponden a la opción d respuesta “Casi siempre”. Los datos se pueden visualizar en la Figura 10

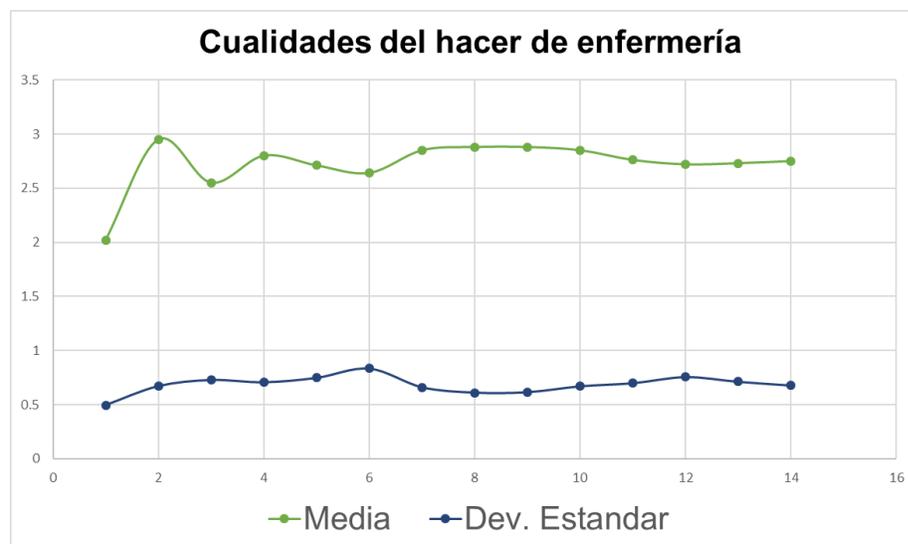


Figura 10. Desviación estándar “Cualidades del hacer de enfermería”. Fuente: resultados del estudio.

### 7.3 Factores asociados con la percepción de la Atención Humanizada en los Usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto)

Con la finalidad de determinar los factores que se asocian a la percepción de la Atención Humanizada por parte de los participantes del estudio se desarrolló un proceso de análisis bivariado el cual permitió determinar la existencia o no de relación entre dos variables. Para el caso del presente estudio se decidió establecer el análisis tomando como punto de partida las variables sociodemográficas edad, sexo y nivel de educación, las cuales se analizaron en relación con las tres variables dependientes abordadas de manera precedente, a saber: a) Priorizar el sujeto de cuidado (la persona); b) Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona; y, c) Cualidades del hacer de enfermería.

#### 7.3.1 Correlación entre la variables de percepción en atención humanizada y el factor “Edad”.

**Tabla 17. Correlación Percepción de la atención humanizada-Edad**

Correlaciones			
		Percepción Atención Humanizada	Edad Paciente
Percepción Atención Humanizada	Correlación de Pearson	1	.585**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	164	164
Edad Paciente	Correlación de Pearson	.585**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	164	164

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultados SPSS

Como se puede observar en la Tabla 17 la correlación existente entre la edad y la percepción de atención humanizada es de ,585 lo que indica que existe una asociación entre las variables moderada. Ahora bien, la correlación es significativa

al nivel 0,01 sin embargo, en la Tabla 17 se identifica que la significación es de 0,00 y al ser menor que 0,01 se determina el rechazo a la hipótesis nula, por tanto, el factor edad no tiene relación directa con la percepción de la atención humanizada. A partir de los resultados se diseñó un diagrama de regresión simple el cual se muestra en la Figura 11.

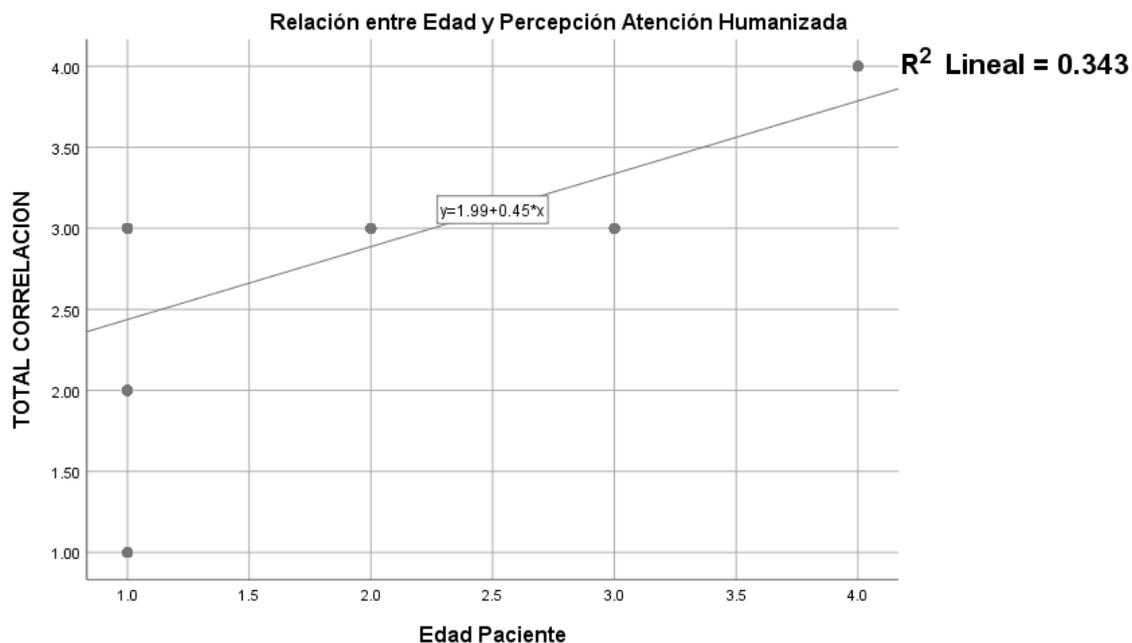


Figura 11. Diagrama de regresión simple Edad y “Percepción atención humanizada”. Fuente: Resultados SPSS

Se observa en el diagrama de regresión simple que existe una correlación lineal positiva (Baja) ya que R no está cerca de 1. En este mismo gráfico se observa que  $R^2$  es el coeficiente de determinación cuyo valor es 0,343. Al hablar en términos porcentuales se evidencia que el 34,3% de la variabilidad de los datos de las respuestas del instrumento son explicadas por la variable “Edad”.

### 7.3.2 Correlación entre la variable de percepción en atención humanizada y el factor “Sexo”.

**Tabla 18. Correlación Percepción en atención humanizada- Sexo**

<b>Correlaciones</b>			
		Percepción Atención Humanizada	Género
Percepción Atención Humanizada	Correlación de Pearson	1	.669**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	164	164
Sexo	Correlación de Pearson	.669**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	164	164

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultados SPSS

Como se puede observar en la Tabla 18 la correlación existente entre el factor sexo y la percepción de la atención humanizada es de ,669 lo que indica que existe una asociación entre las variables moderada. Ahora bien, la correlación es significativa al nivel 0,01 sin embargo, en la Tabla 18 se identifica que la significación es de 0,00 y al ser menor que 0,01 se determina el rechazo a la hipótesis nula, por tanto, el factor sexo no tiene relación directa con la percepción de la atención humanizada. A partir de los resultados se diseñó un diagrama de regresión simple el cual se muestra a continuación en la Figura 12.

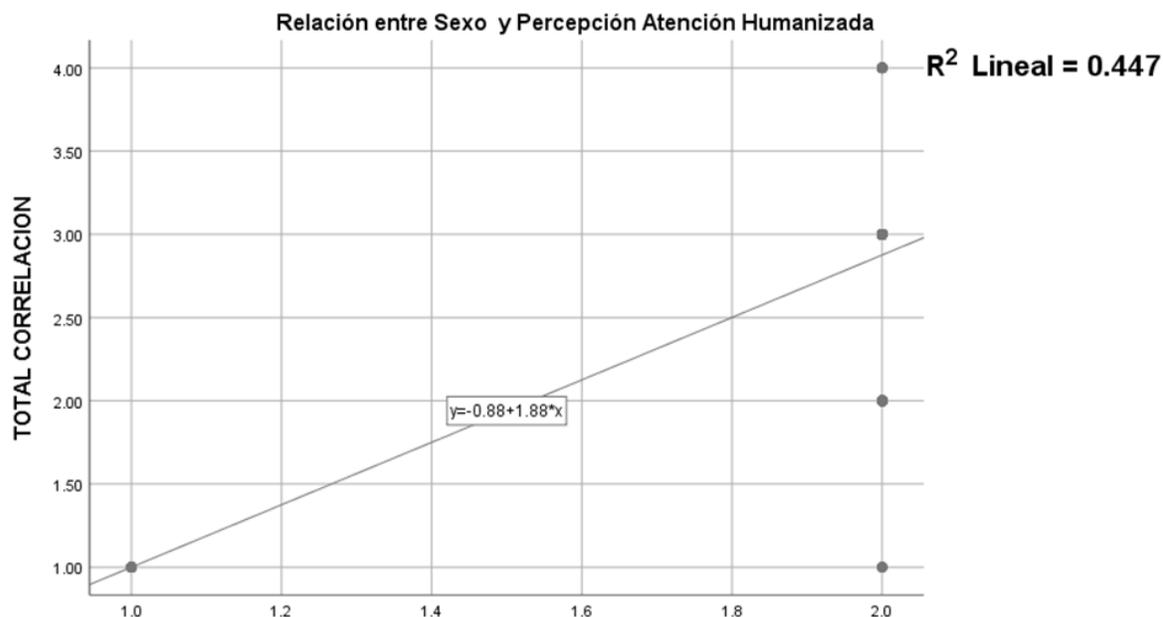


Figura 12. Diagrama de regresión simple Sexo y “Percepción atención humanizada”. Fuente: Resultados SPSS

Se observa en el diagrama de regresión simple que existe una correlación lineal positiva (baja) ya que R no está cerca de 1. En este mismo gráfico se observa que  $R^2$  es el coeficiente de determinación cuyo valor es 0,447; al hablar en términos porcentuales se evidencia que el 44,7% de la variabilidad de los datos de las respuestas del instrumento son explicadas por la variable “Sexo”.

### 7.3.2 Correlación entre la variable de percepción en atención humanizada y el factor “Nivel Escolar”.

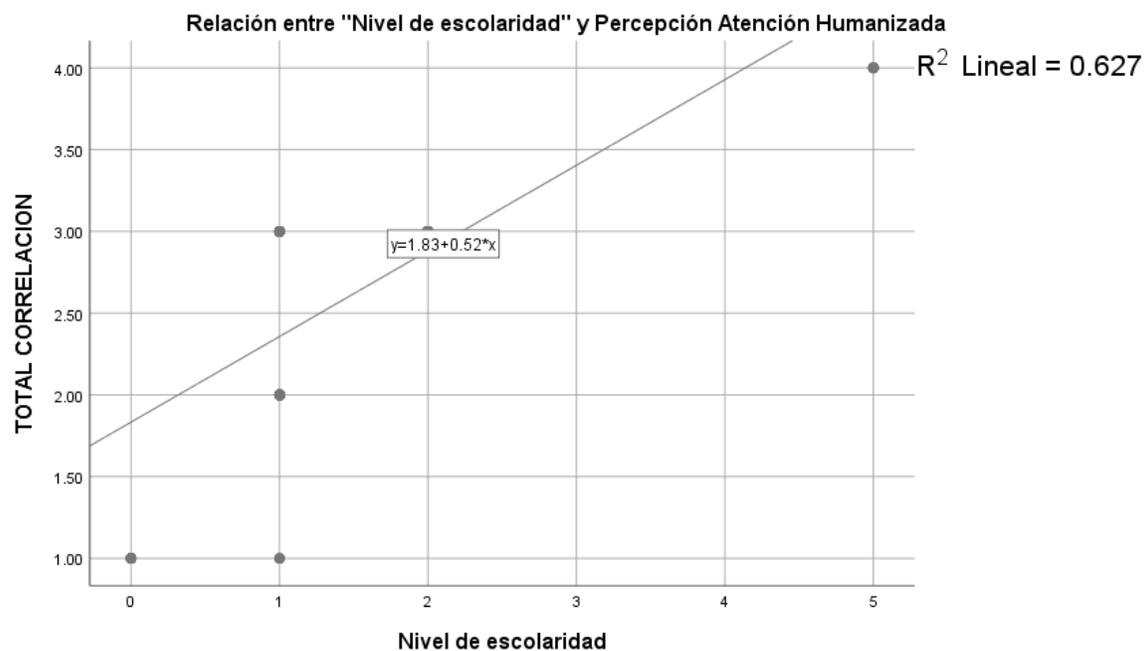
Tabla 19. Correlación Percepción en atención humanizada- Nivel Escolaridad

		Correlaciones	
		Percepción Atención Humanizada	Nivel de escolaridad
Percepción Atención Humanizada	Correlación de Pearson	1	.792**

	Sig. (bilateral)		.000
	N	164	164
Nivel de escolaridad	Correlación de Pearson	.792**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	164	164

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se puede observar en la Tabla 19 la correlación existente entre el factor sexo y la percepción de la atención humanizada es de ,792 lo que indica que existe una asociación entre las variables alta. Ahora bien, la correlación es significativa al nivel 0,01 sin embargo, en la Tabla 18 se identifica que la significación es de 0,00 y al ser menor que 0,01 se determina el rechazo a la hipótesis nula, por tanto, el factor “Nivel de Escolaridad” no tiene relación directa con la percepción de la atención humanizada. A partir de los resultados se diseñó un diagrama de regresión simple el cual se muestra a continuación en la Figura 13.



*Figura 12.* Diagrama de regresión simple Nivel de escolaridad y “Percepción atención humanizada”.

Fuente: Resultados SPSS

Se observa en el diagrama de regresión simple que existe una correlación lineal positiva (moderada) en donde R se aproxima a 1. En este mismo gráfico se observa que  $R^2$  es el coeficiente de determinación cuyo valor es 0,627; al hablar en términos porcentuales se evidencia que el 62,7% de la variabilidad de los datos de las respuestas del instrumento son explicadas por la variable “Nivel de escolaridad”.

## 8. DISCUSIONES

Los resultados de este estudio dejan ver que la percepción global de atención humanizada fue de 9% Siempre, 15% Casi Siempre, 70% algunas veces y 7% nunca, lo que se traduce que en general los pacientes hospitalizados en la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia de la ciudad de Quibdó no perciben la atención de enfermería como atención humanizada.

Los anteriores resultados se contraponen a los expuestos por Monje, Miranda, Oyarzún, Seguel y Flores [60], quienes tras la aplicación del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE)”, identificaron que los usuarios adultos que estuvieron hospitalizados en una institución en Chile siempre se percibe cuidado humanizado. Otro de los estudios que empleó el instrumento utilizado en la presente investigación y cuyos resultados son considerablemente disímiles es el de Malpica [61], en el cual ese logró identificar que la percepción global de atención humanizada fue de 51,9% siempre, 45.52% casi siempre; 2,58% algunas veces y el 0% nunca.

En palabras de Ávila [17], la deshumanización en la atención en salud se origina cuando los profesionales pierden o ignoran el concepto de integralidad del paciente, en este sentido si el personal de enfermería de la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia de la ciudad de Quibdó desarrolla una intervención desde un determinante únicamente biológico, los pacientes hospitalizados no pueden cubrir sus necesidades emocionales y sociales, lo que los lleva a construir una percepción deshumanizada de la atención, la cual se reflejó en los resultados del instrumento.

Con relación a la primera categoría evaluada, a saber: “Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)”, se logró identificar que el ítem con valoración más negativa correspondió al N° 17 el cual se refiere a la percepción que posee el paciente respecto a si el personal de enfermería le demuestra respeto por sus creencias y valores; en este sentido, la mayoría de los participantes (representados por 131

sujetos) indican que solo algunas veces perciben este tipo de respeto por parte de los enfermeros/as. Lo anterior impide que los pacientes perciban humanización en la atención.

En relación con lo anterior autores como Castillo [62] manifiestan que “cuando los enfermeros conocen los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, el cuidado que se brinda es mucho más provechoso e integral”, de allí la importancia de este tópico. Sin embargo, de acuerdo con Pellegrino [63] a menudo el personal de enfermería tiene que manejar conflictos de conciencia respecto a las cuestiones de la “vida humana”, especialmente al tema de la moral y la religión, temas que en algunas veces no son manejados de la manera adecuada lo que puede generar conflictos en la relación con los pacientes.

Adicional a lo anterior, es importante resaltar que, por diversas razones como prejuicios y creencias no compartidas “se puede tender a limitar el cuidado al aspecto corporal del ser humano, lo cual deja de lado la atención a lo espiritual” [64], de allí que en ocasiones el personal de enfermería no suela centrarse en las creencias y valores de los usuarios, generándose de este modo un conflicto relacional.

Otro de los ítems con una de las valoraciones más negativas dentro de la categoría “Priorizar el sujeto de cuidado” fue el N° 7 “El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted”. De acuerdo con los resultados 126 sujetos que corresponde al 76.8% de la muestra encuestada consideran que solo algunas veces los enfermeros/as les hicieron sentir tranquilos en el periodo de hospitalización. En el estudio de Ramírez y Mügggenburg [65] los participantes que refirieron que la presencia de la enfermera les generaba tranquilidad no solo estuvieron más satisfechos con la atención, sino que se demostró que ese sentimiento de tranquilidad afectó favorablemente sus condiciones de recuperación. De allí la importancia el personal de enfermería de la ESE Hospital Ismael Roldan

Valencia mejore las relaciones que sustentan con los pacientes de hospitalización y con su atención generen tranquilidad en los mismos.

Ahora bien, dentro de la categoría “Priorizar el sujeto de cuidado” el ítem con la valoración más positiva correspondió al N° en el cual se logró observar que 120 participantes (73,82% de la muestra encuestada) consideraron que el personal de enfermería casi siempre es amable; si bien este resultado es el más positivo en relación con los demás de esta categoría, la amabilidad del personal debería ser una constante y los pacientes siempre deberían percibirla. En consonancia con lo anterior, Ruydiaz, Saldarriaga y Fernández [66] en su estudio demuestran que la amabilidad de los/as enfermeros/as es directamente proporcional al porcentaje de satisfacción de pacientes en el servicio de hospitalización, en la medida que dicha actitud genera confort, seguridad y motivación para estos últimos.

Con relación a la categoría “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona”, se logró identificar que 134 participantes (81,70% de la muestra encuestada) afirman que el personal de enfermería solo algunas veces le indica su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos, así mismo se logró evidenciar que 133 participantes (81,09% de la muestra encuestada) indicaron que el personal de enfermería solo algunas veces le explicaba previamente los procedimientos. En palabras de Mastrapa y Gibert [67] es indispensable que el personal de enfermería tenga una comunicación fluida con el pacientes y expliquen el procedimiento a realizar explicando en qué consiste y cómo se llevará a cabo para que, de este modo haya una respuesta positiva por parte del usuario y este se sienta cómodo, seguro y confiado.

En complemento de lo anterior, se resalta los resultados del estudio de Donoso [68] autor que identifica que si hay inconvenientes en lo que respecta la empatía y el diálogo entre el personal de la salud y los pacientes pueden aumentar la tasa de desconfianza de estos últimos, lo que consecuentemente fragmenta la relación y puede influir negativamente en la percepción de la atención humanizada.

En esta misma categoría se encontró que 139 participantes (84.75% de la muestra encuestada) afirman que el personal de enfermería solo algunas veces los mira a los ojos. Estos resultados se asemejan al estudio de Grados [69] direccionado a analizar las características de comunicación del enfermero con el paciente, en donde los autores identificaron que el 68 % de los pacientes consideraron que los enfermeros eran indolentes e indiferentes ya que al momento de atenderlos no los miraban a los ojos. Claro esta que esta conducta se contrapone a la armonía en la relación personal de enfermería-paciente, en la medida que forma una barrera de comunicación y, por tanto, genera limitantes que influyen en que el proceso de atención se armonioso y cómodo para ambas partes [70]

En términos generales en la categoría “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona” se identificó una percepción negativa en cada uno de los ítems, por ejemplo, los participantes piensan que el personal de enfermería solo algunas veces le dedicó tiempo en aclararle sus dudas, así mismo, que algunas veces le respondía con seguridad y claridad a sus preguntas. En su estudio Antúnez y Torres [71], identifican una correlación entre la forma en la cual el profesional de la salud se comunica con sus pacientes, es decir, entre el nivel de claridad en el lenguaje y tono de voz, y la tranquilidad y satisfacción de los usuarios; bajo lógica, si los profesionales de la salud no se comunican de la manera adecuada con los usuarios, difícilmente estos puedan desarrollar calma, tranquilidad, sosiego y confianza.

De igual manera, cuando el personal de enfermería no aclara las dudas de sus pacientes de forma pertinente, segura y clara está yendo de los derechos de estos. Al respecto Reyes [72] expresa que los profesionales de la salud deben estar capacitados para transmitir la información relativa al estado de salud, tratamientos, procedimientos al paciente, o en su caso, a sus familiares y responsables, siempre desde el respeto, de manera verídica y oportuna, constituyéndose esta acción como una obligación del personal y un derecho del usuario.

Con relación a la categoría “Cualidades del hacer de enfermería”, un total de 133 participantes (81.09%) manifestaron que solo algunas veces el personal de enfermería los escucha atentamente. En relación con estos resultados, es importante resaltar que, un rasgo fundamental en la atención humanizada es la comunicación dialógica paciente-personal de enfermería, en concreto, Joven [73] manifiesta que el escuchar al paciente ayuda a “forjar acciones sistematizadas y continuas tendientes a promover la satisfacción de la atención recibida”.

Otro de los aspectos de la categoría “Cualidades del hacer de enfermería” calificados de forma negativa por los participantes se refiere a si el personal de enfermería les dedica el tiempo requerido para su atención; al respecto 122 (75% de la muestra encuestada) personas indican que este planteamiento se cumple algunas veces y 22 (13,41% de la muestra encuestada) personas aseveran que dicho planteamiento nunca se cumple.

Esta problemática no es exclusiva de la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia, sino que es latente en algunas IPS del país en la medida que el personal de enfermería, en la mayoría de los casos, no cuenta con el tiempo suficiente para dedicarse al cuidado directo, constante y personalizado de los pacientes [74]. En consonancia con lo anterior, Macías [75] manifiesta que “los servicios de salud están organizados según la capacidad de oferta y no según las necesidades de la demanda”. Esta situación debe ser evaluada por la entidad y determinar que el porcentaje de pacientes mensuales demanda una mayor cantidad de enfermeros para cumplir a cabalidad con los procesos de atención.

Por otra parte, en esta misma categoría se observa que la mayoría de los participantes representados por 136 (81.70% de la muestra encuestada) indicaron que el personal de enfermería casi siempre les muestra interés por brindarles comodidad durante su hospitalización. Sin embargo, cabe anotar que la comodidad que es validada por el instrumento se asocia con el confort físico que el paciente

puede experimentar, es decir, en esta pregunta no se englobaron aspectos como la comodidad social, ambiental y psicoespiritual, los cuales según González, Montalvo y Herrera [76] son de vital importancia para el paciente hospitalizado.

Finalmente, a determinar los factores asociados con la percepción de la Atención Humanizada en los Usuarios del Servicio de Hospitalización (Adulto) en la ESE Hospital Ismael Roldán Valencia de la ciudad de Quibdó, durante el último trimestre de 2018, se logró identificar que el factor “Edad” no tuvo una correlación alta en lo que respecta la percepción de la atención humanizada; dicho de otro modo, la edad de los pacientes no influye en la forma en la cual cada uno de ellos percibe la atención recibida por parte del personal de enfermería.

El anterior hallazgo concuerda con los resultados de la investigación de Monje, Miranda, Oyarzun, Seguel y Flores [24], en los cuales se muestra que no hay diferencias significativas en relación con la edad y la percepción de la atención humanizada. Otro de los estudios que afirma el anterior planteamiento es el de Silva, Ramón, Vergaray, Palacios y Partezani [77], en donde se niega la asociación entre la variable edad y la percepción de la atención humanizada.

Por su parte, el factor “Sexo” mostró una correlación positiva baja en relación con la percepción de la atención humanizada, lo que permite indicar que el hecho de ser hombre o ser mujer no tiene una influencia significativa sobre la forma en la cual se percibe la atención brindada por parte del personal de enfermería. Estos resultados concuerdan con diversos estudios [24], [77] y [78].

Finalmente, al analizar el factor “Nivel de escolaridad” se encontró una correlación positiva moderada en relación con la percepción de la atención humanizada, en este sentido, el hecho de que el paciente sea analfabeta tenga estudios básicos o posea estudios de educación superior puede influir en la percepción que este tenga respecto a la atención brindada por el personal de enfermería. Estos resultados se articulan a los de Monje, Miranda, Oyarzun, Seguel y Flores [24], quienes

demuestran una asociación estadísticamente significativa entre las variables nivel académico y percepción del ciudad humanizado.

## 9. CONCLUSIONES

En términos generales los resultados indican que los usuarios del servicio de hospitalización (adulto) no tienen una percepción positiva en relación con la atención humanizada brindada por parte del personal de enfermería. Lo anterior se evidencia a partir de los resultados del instrumento PCHE 3ª versión, en donde la mayoría de las respuestas referentes a las variables “Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)”; “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud”; y, “Cualidades del hacer de enfermería” tuvieron una tendencia de respuesta hacia “Algunas Veces”, lo que indica que no hay satisfacción por parte de los pacientes en relación con estos aspectos.

Con relación a “Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)”, se puede concluir a partir de los resultados que el personal de enfermería tiene dificultades para rescatar la valorización del sujeto de cuidado como ser único, así mismo se identifica que el personal no posee un respeto especial por las creencias, lenguaje, forma de ser de los pacientes; lo anterior dificulta la generación de relaciones intersubjetivas centradas en la confianza y la seguridad.

Respecto a la “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud”, se puede concluir que el personal de enfermería no guarda una relación dialéctica (dialógica) con sus pacientes. La mayoría de ellos indica que solo algunas veces el personal tiene una mirada atenta, una escucha activa, les proporcionan información oportuna, clara y suficiente o responden a sus preguntas en un lenguaje comprensible.

En este mismo orden, al analizar los resultados vinculados a las “Cualidades del hacer de enfermería”, se concluye que los pacientes consideran que el personal de enfermería no comprende a cabalidad que sus acciones deben estar encaminadas no solo a proporcionarles soporte físico, sino a preservar su dignidad. Lo anterior se logra evidenciar en la medida que la mayoría de los pacientes que participaron en

el estudio consideran que no hay una respuesta oportuna a su llamado, ni una identificación concreta de sus necesidades físicas, psicoemocionales y espirituales.

Lo anterior es una gran desventaja, pues si el personal de enfermería no entabla con sus usuarios relaciones redituales y asertivas, no se pueden generar procesos satisfactorios para los pacientes, por el contrario, se pueden romper los vínculos generándose tensiones que en el tiempo pueden contribuir al detrimento de la institución prestadora de servicios de salud.

Ahora bien, es importante concluir que, respecto al perfil sociodemográfico de los usuarios atendidos en el servicio de hospitalización (adulto), se destaca que la mayoría de ellos pertenecen al régimen subsidiado (93.90%) y en la actualidad viven en un estrato socioeconómico 1 y 2 (94% y 6% respectivamente). Así mismo, se destaca que la mayoría de los participantes son amas de casa (78.04%), tienen un nivel académico de básica secundaria (54.87), seguido por nivel básica primaria (37,70%)

Ahora bien, al analizar los factores edad y sexo en relación con la percepción de la atención humanizada por parte del personal de enfermería, no se halló una correlación significativa, sin embargo, a pesar de no observarse asociación con estas variables sociodemográficas no puede descartarse que estas puedan estar asociadas, de allí que sea necesario desarrollar estudios detallados que permitan profundizar en este hecho.

Sin embargo, al analizar el factor “Nivel de escolaridad” se encontró una correlación positiva moderada; lo anterior indica que el nivel educativo alcanzado por los participantes tiene alguna relación en la percepción que estos tengan de la atención humanizada del personal de enfermería.

En síntesis, es importante resaltar que los resultados del estudio son preocupantes, en la medida que en Chocó se desarrollan lógicas diferentes a las de las ciudades capitales y, por ende, la percepción en torno al trato humanizado puede ser incluso un poco más básica en sus habitantes, por carecer de referentes directos de “buen trato en el sistema de salud”. En este sentido, si se compara el hecho que un paciente de este territorio sienta la frialdad en el trato que se le da, con el hecho de que este mismo trato se esté dando a un usuario en una E.S.E de Medellín, de seguro el usuario de esta última institución interpondría una querrela por la violación de sus derechos humanos y sus derechos como usuario.

## 10. RECOMENDACIONES

A continuación, se hace una lista de las recomendaciones direccionadas a la ESE Hospital Local “Ismael Roldán Valencia” de la ciudad de Quibdó y, al personal de la salud que labora en la institución. También se hacen algunas recomendaciones para los futuros magister en calidad en salud.

Respecto a las recomendaciones para la E.S.E:

- Quizás la más importante es que efectúe un análisis de desempeño periódico, el cual no solo dé cuenta de las habilidades y competencias técnicas y disciplinarias de sus profesionales, sino que permita evaluar sus competencias del ser, validando cómo es su trato con los pacientes y cómo reaccionan a ciertas situaciones de verdad.
- De igual modo, es importante que la E.S.E capacite y forme a su personal en procesos de atención humanizada, por medio de jornadas de sensibilización y de la mano de expertos en el tema.
- Así mismo, la E.S.E debería desarrollar encuestas de satisfacción al usuario de manera periódica, para de esta manera evaluar cómo es percibida la atención por parte de los directamente beneficiados con los servicios: los pacientes.

Por otra parte, se recomienda a los profesionales de la salud:

- Demostrar atención y respeto por sus usuarios
- Compartir información del proceso de atención con el usuario a lo largo del mismo
- Infundir ánimo en los usuarios, por medio del buen humor
- Respetar las costumbres y hábitos de los usuarios

- Saludar y despedirse del paciente utilizando su nombre propio
- Utilizar un lenguaje poco técnico para explicar a los usuarios los procedimientos a los cuales serán sometidos
- Respete la privacidad e intimidad de los usuarios, aplicando los principios de la bioética
- Favorecer un ambiente de confianza entre usted y el usuario para que este último exprese sus dudas, sentimientos y emociones.
- Preocúpese más allá de las dolencias físicas del usuario, por su estado de ánimo y su bienestar psicológico y emocional.
- Proporcionar cuidados que garanticen la atención con mínimos riesgos y daños innecesarios

Respecto a las recomendaciones para los magister en calidad en salud

- Se recomienda seguir investigando acerca de la atención humanizada, ya que este es un tema que en territorios rurales no se han explorado de la manera adecuada y que puede sentar un precedente para mejorar la calidad de la atención beneficiando así tanto a los usuarios (y su círculo social), como a las IPS.
- Se recomienda que los futuros magister en calidad en salud., investiguen a acerca de qué estrategias pueden posicionarse en las distintas IPS y, especialmente, qué acciones de sensibilización se pueden hacer con el personal médico para incentivar y volver cotidiana una cultura de atención humanizada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Franco, G. La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2002; 20(2): 103-118
- [2] García, J. Pulgar, N. Globalización: aspectos políticos, económicos y sociales. *Revista de Ciencias Sociales*. 2010; 16(6): 721-726
- [3] Vega, M. Aspectos y avances en ciencia, tecnología e innovación. *POlis. Revista latinoamericana*. 2012; 33(1): 1-414.
- [4] Correa, M. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista cuidarte*. 2016; 7(1).
- [5] Regina, V. Figueiró, R. Caring and humanization: relationships and meanings. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24(3): 414-418
- [6] Patiño, J. La tecnología afecta la relación médico-paciente. *Cirugía y Cirujanos*. 2016; 84(1): 80-87
- [7] Casanova, J. Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente. *Horiz Med*. 2017; 17(3) 43-49.
- [8] Johanson, S. Rangel, S, Marialda, C. Technology and humanization of the Neonatal Intensive Care Unit: reflections in the context of the health-illness process. *Rev. esc. enferm*. 2009; 43(3): 684-689
- [9] Hazelton, M. Morrall, P. Nursing, Information Technology and the Humanization of Health Care. *Clinical Technologies: Concepts, Methodologies, Tools and Applications*. 2011; 11(1): (2126-2142)
- [10] Bermejo, J. Humanización de la Atención,» Ministerio de Salud, 2016. [En línea]. Available: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/HumAte.aspx>. [Último acceso: 02 01 2019].
- [11] Benevides, R. Passos, E. Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005 10(3): 561-571.

- [12] Orozco, S. Vija, M. Deshumanización en la atención de enfermería hacia los pacientes del servicios hospitalarios. [Internet]. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2018. [citado 02 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>
- [13] Bernal,L. Humanización en la prestación de servicios de salud de la empresa social del estado de primer nivel de atención “ESE salud Aquitania” departamento de Boyacá. [Internet]. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2015. [citado 02 de enero de 2019]. Disponible en: [https://repository.usta.edu.co/handle/11634/13/browse?rpp=20&offset=2400&etal=-1&sort\\_by=-1&type=sede&value=CRAI-USTA+Bogot%C3%A1&order=ASC](https://repository.usta.edu.co/handle/11634/13/browse?rpp=20&offset=2400&etal=-1&sort_by=-1&type=sede&value=CRAI-USTA+Bogot%C3%A1&order=ASC)
- [14] Herrera, B. La humanización en el servicio, como determinante en la cultura organizacional del sector salud. [Internet]. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada, 2016. [citado 02 de enero de 2019]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/15199/HerreraGuerreroBlancaCatalina2016.pdf;jsessionid=7720818C9CCF243878B4910C6F62FC7F?sequence=1>
- [15] Carrada, T. Liderazgo médico en sistemas de salud. Diseño de un nuevo modelo de gestión. *Rev Mex Patol Clin*. 2003; 50(3): 142-156,
- [16] Ardinez,O. Gutierrez, J. Evaluación de la influencia del clima laboral en la motivación y satisfacción del personal técnico–científico y administrativo de una institución de salud de tercer nivel en el municipio de San Juan del Cesar – La Guajira. 2014, Cartagena: Universidad de Cartagena Facultad, 2014.
- [17] Ávila, J. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA*, 2017. 30(2) 116-129, 2017.
- [18] Sanz, P. La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial. Escuela Universitaria de enfermería Santa Madrona, Mexico D.F, 2009.

- [19] Realpe, L. La salud en la ruralidad en Colombia: un análisis desde el sistema de salud colombiano en el departamento del Chocó bajo los atributos de cobertura y acceso con la crisis en 2014, Bogotá: Universidad de la Salle, 2018.
- [20] Ríos, L. Diagnóstico Organizacional y Plan de Modernización de la ESE Hospital Local “Ismael Roldán Valencia” de Quibdó, Quibdó: UNAD, 2015.
- [21] Acevedo, W. Murgueitio, M. La competitividad en el sector salud colombiano desde una mirada estatal. *Gestión & Desarrollo*. 2010; 7(1), 37-53.
- [22] Jiménez, R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004; 30(1)1-6.
- [23] Zeppelin, M. La deshumanización de la salud,» 12 08 2016. [En línea]. Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/la-deshumanizacion-de-la-salud>.
- [24] Monje, P. Miranda, P. Oyarzul, J. Seguel, F. Flores, E. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de los usuarios hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*. 2018; 24(5) 1-10.
- [25] Rigon, C. Roque, J. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(6): 1186–1200.
- [26] González, O. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería pche clinicountry 3ª versión. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2014.
- [27] Cano, C. Giraldo, S. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Pública*. 2016 34(1)
- [28] Romero, E. Contreras, I. Moncada, A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia promoc. Salud*. 2016; 21(1): 26-36.

- [29] Prías,H.Cuidado humanizado: un desafío para el profesional de enfermería. *EVISALUD Unisucre*. 2015; 3(1): 26-30.
- [30] Martins,C. Dal, G.La Tecnología: definiciones y reflexiones para la práctica en salud y enfermería. *Texto contexto – enferm*. 2008; 17(1):11-12.
- [31] Arredondo, C. Siles, J.Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. 2009; 18(1): 32-36.
- [32] Ruiz, R. Rocha, A. Pérez, E. Córdoba, C.. Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2016; 34(3)
- [33] H. Gómez. Políticas Públicas en Salud: Aproximación a un análisis. [Internet] Medellín, 2008. Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. [citado 02 de enero de 2019]. Disponible en: [http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo2/politicas\\_publicas\\_en\\_salud\\_aproximacion\\_a\\_un\\_analisis.pdf](http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo2/politicas_publicas_en_salud_aproximacion_a_un_analisis.pdf)
- [34] Ministerio de Salud y Protección Social, *Política de Atención Integral en Salud*, Bogotá, 2016.
- [35] Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud en Colombia, Plan Estratégico 2016-2021, Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social , 2016.
- [36] Molina, N. ¿Qué es el estado del arte?. *Ciencia y Tecnología para la salud*. 2005; 5(1).
- [37] Beltrán. O. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Invest. educ. Enferm*. 2015; 33(1). 18-27
- [38] Cássia, R. Komatsu, MC. Dos Santos, M. Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital. *Rev. esc. Enferm*. 2015; 49(2). 41-46

- [39] Todres, L. Galvin, K. Holloway, I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2009; 4(2).
- [40] Bermejo, J. Carabias, R. Villacieros, M. Moreno, C. Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. *Ética de los Cuidados*. 2011; 4(8).
- [41] Martins, J. Stein, D. da Silva, R. Lorenzini, A. De Albuquerque, G. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. *Rev Enferm*. 2008; 16(1): 276-281.
- [42] Achury, D. Castaño, H. Gómez, L. Guevara, N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en enfermería, imagen y desarrollo*. 2011; 13(1)
- [43] Uribe, A. Orcasita, L. Valuation of the health professionals' knowledge, attitudes, susceptibilities and self-effectiveness related to HIV/AIDS. *Avances en Enfermería*. 2011; 29(2): 271-284
- [44] González, N. Bauman, identidad y comunidad. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*. 2007; 14(40): 179-198
- [45] Sánchez, B. Dimensión espiritual del cuidado de Enfermería en situaciones de cronicidad y muerte, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.
- [46] Delgado, D. Hernández, C. Ostiguín, R. Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. *Enfermería Universitaria*. 2007; 4(2) 24-27
- [47] Navarro, Y Castro, M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, 2010 ; 9(2): 1-14.
- [48] Alcaldía de Quibdó , «Alcaldía de Quibdó. 2017. [En línea]. Disponible en: <https://www.quibdo-choco.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>.
- [49] PNDU, «Perfil Productivo del municipio de Quibdó, Chocó.,» Bogotá, 2016.

- [50] Hospital Ismael Roldan Valencia. Historia. 2018. [En línea]. Disponible en: <http://hospitalismaelroldan.gov.co/>
- [51] Palacios, E. Mendoza, E. Sern, L. Caicedo, R. Cuesta, Yasser. Plan de bioseguridad para el Hospital Local Ismael Roldán Valencia de quibdó para el 2006-2007. [Internet]. Quibdó: Universidad Cooperativa de Colombia, 2007.[citado 02 de enero de 2019]. Disponible en: [http://repository.ucc.edu.co/browse?type=subject&sort\\_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&value=Normatividad&starts\\_with=ismael](http://repository.ucc.edu.co/browse?type=subject&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&value=Normatividad&starts_with=ismael)
- [52] Hospital Ismael Roldan Valencia. Plataforma estratégica. 2017. [En línea]. Disponible en: <http://hospitalismaelroldan.gov.co/>.
- [53] Cifuentes, R. Diseño de proyectos en investigación. 2011. Buenos Aires: Noveduc Libros.
- [54] Fernández, R. Hernandez, C. Baptista, P. Metodología de la investigación. 2010. México DF: Mc Graw Hill.
- [55] Del Canto, E. Silva, A. Metodología cuantitativa: abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. *Revista de Ciencias Sociales Cr.* 2013; 3(141). 26-34
- [56] Rivera, L. Triana, A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm.* 2015. 1 (1), 56- 68
- [57] P. López y S. Fachelli, Metodología de la Investigación Social Cuantitativa, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2015.
- [58] González, O. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermerría. *Aquichan.* 2015; 15(3).381-392
- [59] George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, Boston, MA: Allyn & Bacon: MA: Allyn & Bacon, 2003

- [60] Monje, P. Miranda, P. Oyarzul, J. Seguel, F Flores, E. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de los usuarios hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*. 2018; 24(5) 1-10.
- [61] Malpica, M. Percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente adulto con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de IV nivel. [Internet]. Bogotá: Universidad de la Sabana. 2017. [citado 02 de enero de 2019]. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co>
- [62] Castillo, J. El Cuidado Cultural De Enfermeria: Necesidad Y Relevancia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2008; 7(3).
- [63] Pellegrino, E. La conciencia del médico, cláusulas de conciencia y creencia religiosa: una perspectiva católica. *Cuadernos de Bioética*. 2014; 25(1): 25-40.
- [64] Espinales, J. García, V. Martínez, D. Miranda, C. Quesada, M. Vargas, M. Actitud del personal profesional de Enfermería frente a la voluntad anticipada de la persona sobre su cuidado al final de la vida: caso de Costa Rica, *Enfermería Actual en Costa Rica*, 2012; 2(23). 1-14.
- [65] Ramírez, P. Müggenburg, C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12(3)134-143.
- [66] Ruydiaz, K. Saldarriaga, G. Fernández, S. Satisfacción del usuario: un reto para la calidad del cuidado. *Rev CS*. 2018; 10(1). 49-61.
- [67] Mastrapa, Y. Gibert, M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 2016; 32(4).
- [68] Donoso, C. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein.,» *Persona y Bioética*. 2014; 18(2):184-193.
- [69] Grados, B. Características de la comunicación enfermero – paciente postquirúrgico. 2014. UNMSM, Lima,
- [70] Forguione, V. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Méd.UIS*. 2015;1(7): 7-13,

- [71] Antúnez, A. Torres, A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *MediCiego*. 2014.; 20(1)
- [72] Reyes, A. Los Derechos del Paciente e el Marco de los Derechos Humanos,» *Salud y Administración*. 2016. , 4(9): 31-40
- [73] Joven, Z. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. 2017. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- [74] Acox, A. Un problema subestimado en enfermería: la influencia que ejerce sobre la atención al paciente el bienestar económico y social de la enfermera. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 1979 31(1) 8-19.
- [75] Macias, G. Evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de campo verde: San Salvador de Jujuy. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*. 2009. 37(1): 291-305,
- [76] González, A. Montalvo, A. Herrera, A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global*. 2017; 45(1): 266-280
- [77] Silva, S. Ramón, S. Vergaray, V. Palacios, R. Partezani, A. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12(2): 80-87,
- [78] Bautista, L Parra,E. Arias, K. Parada, K. Ascanio, K. Villamarin, M. Herrera, Y. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Rev. cienc. Ciudad*. 2015. 12(/1): 105-118,
- [79] Cámara de comercio del Chocó. Dinámica Económica del Chocó durante el año 2013. 2013. [En línea]. Disponible en: [http://camarachoco.org.co/sites/default/files/adjuntos/estudio\\_economico\\_ccch-2013.pdf](http://camarachoco.org.co/sites/default/files/adjuntos/estudio_economico_ccch-2013.pdf).
- [80] C. Andino Acosta, «Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud.,» *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 10, nº 1, 2010.

## ANEXOS

### Anexo 1. Encuesta Sociodemográfica

#### ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

#### ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

**Objetivo:** Obtener información relevante que permita identificar las características sociodemográficas de los usuarios del servicio de hospitalización (adulto).

#### Edad del paciente

19-26 años \_\_\_\_\_

27 a 59 años \_\_\_\_\_

60 años y más \_\_\_\_\_

#### Género

Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

#### Nivel de escolaridad

Analfabeta \_\_\_\_\_

Técnico \_\_\_\_\_

Primaria \_\_\_\_\_

Tecnólogo \_\_\_\_\_

Bachiller \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

#### Estrato socioeconómico

I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_ III \_\_\_\_\_ IV \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ VI \_\_\_\_\_

#### Ocupación

Ama de Casa: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_

Independiente: \_\_\_\_\_

Dependiente: \_\_\_\_\_

Pensionado: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

#### Régimen de Afiliación al SGSSS

Contributivo: \_\_\_\_\_ Subsidiado: \_\_\_\_\_

EPS a la que se encuentra afiliado actualmente: \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Instrumento percepción de comportamientos de cuidado Humanizado De Enfermería (PCHE) 3ª Versión

### INSTRUMENTO “PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) 3ª VERSIÓN”

Estimado(a) señor(a): A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería). En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que, según su percepción, corresponde a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

En caso de dificultad al responder alguna(s) pregunta(s), estamos dispuestos a aclararla(s).

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

Instrumento elaborado y validado en su 1ª y 2ª versión por los enfermeros Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana. La validez y confiabilidad de la 3ª versión realizada por el enfermero Oscar J. González H. Bogotá, Colombia. 2013

15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. Le llaman por su nombre				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22. Responden oportunamente a su llamado				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. Le escuchan atentamente				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				
29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico				

En este espacio describa aquellos comportamientos del personal de enfermería que a su modo de ver son importantes para su cuidado y que no se muestran en el instrumento. O bien, amplie su respuesta a los ítems de este cuestionario que usted considere.

---



---

Instrumento elaborado y validado en su 1ª y 2ª versión por los enfermeros Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana. La validez y confiabilidad de la 3ª versión realizada por el enfermero Oscar J. González H. Bogotá, Colombia. 2013

### **Anexo 3. Formato autorización para participar en el estudio**

#### **AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al investigador Luis Eduardo Perea Asprilla a que recepcione mi información sociodemográfica (personal) y aplique un instrumento tipo cuestionario a fin de recolectar datos de primera mano que le permitan identificar la percepción que poseo en torno a la atención humanizada en el servicio de Hospitalización al Adulto de la E.S.E. Hospital Local “Ismael Roldán Valencia” de la ciudad de Quibdó.

Cabe resaltar que, el investigador podrá hacer uso exclusivamente académico de la información recolectada y que esta se encontrará resguardada bajo criterios de confidencialidad.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona quien da la autorización