

**Diseño del programa de humanización para una IPS de salud mental en Bogotá
basado en estándares superiores de calidad.**

Luis Fernando Romero Bernal

Ayda Lucia Rosero Reyes

Tania Viviana Salgado Hernández

Asesoras

Ana Elizabeth Pérez Barón

Laura Andrea Niño Silva

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Facultad de Ciencias de la Salud

Especialización en gerencia de la calidad en salud

Bogotá, 2019

Resumen

En el área de salud se debe reconocer la humanización y calidad de la atención como la finalidad del sistema general de seguridad social (Ministerio de la protección Social, 2016). En Colombia son escasas las políticas de humanización en la atención en Salud Mental considerando que la población que padece de patologías mentales es vulnerable y altamente estigmatizada. (Obertament, 2016). La humanización según la Resolución 2082 de 2014, es un eje trazador en el Sistema Único de la Acreditación con el objetivo de asegurar la dignidad y el respeto del ser humano. (Ministerio de protección social, 2014).

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos del presente trabajo, se realizó una revisión bibliográfica por medio de una matriz documental compuesta del título, datos bibliográficos, ideas principales y resumen, la cual está compuesta de once documentos con los que se logró responder a los principales interrogantes respecto a humanización en salud mental. Posterior a esto, para analizar las necesidades de humanización de una I.P.S. de Bogotá, se desarrollaron tres instrumentos (encuestas para usuarios, familiares o acudientes y trabajadores). Dichos instrumentos fueron validados a través de tres expertos, quienes los ajustaron de manera óptima para permitir la comprensión, concordancia y confiabilidad.

La muestra para el estudio se realizó con 12 pacientes hombres y/o mujeres con trastorno depresivo moderado y ansiedad los cuales no han alcanzado un deterioro de capacidad cognitiva tan significativo (Pino, et al., 2006) con un rango de edad entre 18-64 años debido a la evidencia de que las personas mayores de 65 años son más propensas al deterioro neuropsicológico no solo por poseer una patología mental, sino también por los cambios propios de la edad. (Baquero, et al., 2004), Se tomó la misma cantidad de muestra para familiares y trabajadores por motivos de accesibilidad. Se aplicaron los instrumentos, se tabuló y analizó la información. Con la información obtenida se pudo identificar los lineamientos que debían ser reforzados para brindar un cuidado humanizado y de calidad y se realizó el diseño del programa de humanización para dicha I.P.S.

Palabras clave: humanización, salud, salud mental, cuidado, calidad

Abstrac

In the area of health the humanization and quality of care must be recognized as the final purpose of the general social security system (Ministerio de la protección Social, 2016). In Colombia the policies of humanization in the Mental Health care are scarce considering that the population that suffers from mental pathologies is vulnerable and highly stigmatized. (Obertament, 2016). According to Resolution 2082 of 2014, the humanization is an axis tracer in the single system of accreditation with the objective of ensuring the dignity and respect for the human being. (Ministerio de la protección Social, 2014).

In order to complete the objectives of the present work, a literature review was made by means of a matrix composed of the documentary title, bibliographic data, main ideas and summary, which is composed by eleven documents with which were possible to give an answer to the principal questions regarding humanization in mental health. Subsequent to this, in order to analyze the needs of humanization of a I.P.S. in Bogotá, developed three instruments (surveys for users, family members or guardians and workers). These instruments were validated by three experts, who adjusted the instruments in an optimal way to allow the understanding, consistency, and reliability.

The sample for the study were 12 patients male and/or female with moderate depressive disorder and anxiety which have not reached a significant deterioration of cognitive ability (Pino, et al., 2006) with an age range between 18-64 years old because of evidence that people over the age of 65 years are more prone to neuropsychological deterioration not only for having a mental pathology, but also by changes characteristic of the age. (Baquero et al., 2004). The same amount of sample were taken for family and workers for reasons of accessibility. The instruments were applied, the information was tabulated and analyzed. With the obtained information it was possible to identify the guidelines that should be reinforced to provide a humanized care and quality and the design of the program of humanization for such I.P.S.

Keywords: humanization, health, mental health, care, quality.

Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	2
Justificación del problema.....	5
Objetivos generales y específicos.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
Antecedentes.....	9
Marco Teórico.....	12
Humanización.....	12
Programa de humanización: conceptos fundamentales.....	13
Gestión de la humanización:.....	13
Barreras para la humanización:.....	13
Vulnerabilidad y humanización:.....	14
Agentes de humanización:.....	14
Estándares de acreditación de humanización del servicio.....	14
Calidad.....	17
Salud Mental.....	18
Contexto, Salud mental en Bogotá.....	19
Marco Legal.....	21
Aspectos metodológicos.....	22
Enfoque.....	22
Alcance.....	22
Diseño de la investigación.....	23
Población y muestra.....	23
Técnica de recolección de información.....	24
Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	25
Desarrollo.....	26
Revisión bibliográfica de referenciación en temas de humanización en salud.....	26
Análisis de necesidades de humanización en una IPS de salud mental.....	26
Programa de humanización para una IPS de salud mental en Bogotá basado en estándares superiores de calidad.....	50

Conclusiones.....	52
Recomendaciones	56
Anexos.....	57
Referencias bibliográficas	68

Introducción.

Hablar de humanización es poner en práctica los valores que posee cada uno de los actores que intervienen en la prestación de un servicio en salud, los cuales van inmersos con el desarrollo del conocimiento adquirido en las aulas de clase, es aquí donde el respeto por la vida va más allá que aliviar un dolor físico y cumplir con una atención más. En este sentido cuando se presta atención en salud, esta debe estar enfocada principalmente en que el paciente es un ser humano que se debe tratar de forma integral, en lo físico, lo emocional, intelectual y social; para lograr esta atención es importante que las instituciones prestadoras del servicio de salud sean conscientes que debe contar con un recurso humano calificado y humanizado, por lo tanto debe propender por el bienestar del personal que hace parte de la institución como el de los pacientes, para ello es importante la creación y puesta en marcha de un programa de humanización con estándares altos de calidad.

Es así como para poner en marcha el programa de humanización se debe contar con el compromiso institucional que debe ir desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, contar con el apoyo de los comités como el de ética, oficinas como las de talento humano, salud ocupacional, atención al usuario, entre otras; desde ahí se debe promover una cultura de humanización en la prestación del servicio de salud, propendiendo el respeto por la dignidad humana.

Planteamiento del problema.

La humanización es un elemento de orden ético en el Sistema de Salud, que debe estar inmerso en cada una de las partes que lo conforman; una de las finalidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud es la de brindar respuestas a las necesidades de las personas a través de la humanización y la calidad en la atención. El cuidado humanizado permite transformar el pensar, actuar y la dirección del sistema a partir del cambio comportamental de los trabajadores de salud en todos los niveles de atención. (Ministerio de la protección Social, 2016).

Actualmente, un factor determinante para las instituciones prestadoras de servicios de salud es la competitividad de la calidad de la atención para mantenerse en el mercado; Uno de los principios en seguridad social es la eficiencia, entendida como: la mejor utilización de los recursos disponibles para que los beneficios recibidos por los usuarios sean prestados en forma adecuada y oportuna, permitiendo que la atención garantice estrategias para que el servicio sea humanizado, integral y continuo de acuerdo a los estándares de calidad que rigen a las organizaciones. (Cortes, 2015)

En el área asistencial y personal se ha logrado identificar que, la salud es vista solo como la carencia de enfermedades a nivel fisiológico y no se tiene en cuenta el concepto de cuidado integral. Políticas Europeas intentan pasar de un enfoque limitado que solo “afectaba al ámbito de la psiquiatría, al reconocer la salud mental como un factor social crucial, con grandes y amplias implicaciones para los servicios socio-sanitarios, la vida familiar, el mercado laboral y para la comunidad en general” (Mental Health Europe, 2008). Es indispensable invertir en educación, promoción y prevención en esta área generando un acercamiento inicial a la prestación de un servicio de salud humanizado.

La debilidad en el cuidado humanizado en el área de salud mental se hace cada día más evidente dado que en todos los países, clases sociales, géneros y edades se observa una prevalencia en los trastornos mentales que traen consigo graves consecuencias socioeconómicas y en el ámbito de derechos humanos (Organización Mundial de la salud,

2017), dichas patologías no han sido tratadas pertinentemente y aun siendo prevenibles, no se evitaron. Es esencial trabajar oportunamente en brindar un cuidado integral y prevenir patologías e incluso la muerte en la población.

La condición del individuo en el área de salud mental hace la tarea de humanizar el cuidado más difícil pues, los problemas y trastornos mentales afectan a un número significativo de la población. En la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), (2015); se encontró que el 44.7% de la población infantil, 12% de adolescentes, 9,6% de adultos entre 18 y 44 años y el 11,2% de la población mayor de 45 años presentaron problemas mentales. Los trastornos mentales (como la ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta) afectaron al 4.7% de la población infantil en el último año. En adolescentes y adultos se exploraron los trastornos depresivos - depresivo mayor, menor y distimia - el trastorno afectivo bipolar (I y II) y los trastornos de ansiedad, generalizada, pánico y fobia social, en personas de 12 a 17 años, la prevalencia de estos trastornos en el último año fue de 4,4% y en adultos fue de 4%. Estas prevalencias se vieron más en las zonas urbanas (5.5%) que en las rurales (2.7%) y en las regiones pacífica y central. La región que presentó menores indicadores de trastornos mentales fue la región atlántica.

Las instituciones de salud tienen el compromiso de adaptar herramientas que apoyen la evaluación de la atención en los servicios de salud como resultado efectivo frente a la competitividad, por lo cual es importante crear planes de atención humanizada caracterizados por altos niveles de desarrollo humano. (Bautista, 2008) Teniendo en cuenta que las I.P.S. de salud mental son las instituciones que han logrado captar los casos de patologías mentales, es prioritario que dentro de sus programas incluyan la humanización como eje fundamental del cuidado en pacientes con estos trastornos.

En Colombia son escasas las políticas de humanización en la atención en Salud Mental y con base en la experiencia asistencial en una de las clínicas que se especializa en esta área, las IPS en salud mental se encuentran en crecimiento organizacional, sin embargo,

carecen de espacios de reflexión, sensibilización y concientización sobre la importancia de la atención digna y humanizada al usuario. Los pacientes hacen referencia a la deshumanización, al sentirse vulnerables frente a situaciones vivenciadas en el servicio de salud mental que generan incomodidad, las personas sufren de exclusión, rechazo y tratos deshumanizantes al interior de las instituciones, esa percepción afecta de manera significativa la calidad de la prestación de los servicios; considerando que la población que padece de patologías mentales es vulnerable y altamente estigmatizada tanto socialmente como auto estigmatizada. (Obertament, 2016). Estas situaciones se convierten en una oportunidad de mejora para los profesionales en salud mental, al implementar acciones de sensibilización y programas que busquen mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales, desplegando la filosofía de servicio humanizado que responda a las necesidades de los usuarios como seres humanos dignos de un cuidado integral. (Avila & Yaneth, 2017)

El abordaje realizado previamente permite realizar la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo diseñar un Programa de Humanización basado en estándares Superiores de Calidad para una I.P.S. de salud mental en Bogotá?

Justificación del problema.

La humanización según la Resolución 2082 de 2014, es un eje trazador en el Sistema Único de la Acreditación con el objetivo de asegurar la dignidad y el respeto del ser humano. (Ministerio de protección social, 2014) El talento humano en salud debe reconocer al usuario desde una perspectiva integral sin desconocer su actividad como individuo. El paciente psiquiátrico al momento de una consulta queda totalmente expuesto en sentido emocional frente al profesional, dejando al descubierto su grado de vulnerabilidad, fragilidad, o desconocimiento sobre el trastorno que lo aqueja, esperando una respuesta asertiva y respeto; condiciones necesarias para justificar un trato humanizado en su atención. (Avila & Yaneth, 2017)

Un factor esencial dentro de la misión, visión y objetivos de toda institución prestadora de salud es la humanización de los servicios, pilar del respeto a la autonomía y toma de decisiones de los clientes. En el decálogo de los pacientes de la resolución 13437 de 1991, los comités de ética hospitalaria adoptan el fortalecimiento de la humanización y el mejoramiento en la calidad en la atención en la prestación de servicios de salud. (Cortes, 2015). La Humanización es un campo transversal, donde se destacan componentes como los valores los cuales favorecen la construcción de una cultura reconocida por todos los miembros de la organización. El cuidado humanizado en la atención es una actitud de vida que permite entender la problemática del otro, permite respetarla, y valorarla (Salazar, 2008); sin embargo, la rutina en los servicios fomenta indiferencia, y mecanización creando una barrera que impide ser empático con la posición del paciente.

La salud mental hace parte del cuidado integral y afecta notoriamente la vida de una persona y su entorno, a pesar de las modificaciones estructurales y del modelo de atención que ha tenido el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). (Avila & Yaneth, 2017) . El modelo de atención en salud mental en Colombia se ve muy fragmentado y esto es tendencia a nivel mundial, en algunos países en vía de desarrollo el área de rehabilitación y soporte social es casi nulo y frecuentemente la disponibilidad de los medicamentos se ve amenazada. En países que cuentan con mayores recursos

socioeconómicos, se percibe el cuidado prestado como “frio y despersonalizado”, haciéndose evidentes las quejas por la atención con rechazo, prejuicios y falta de escucha. (Carniel, Runte, Torres, & Bruce, 2011). Es preocupante que la mayoría de los países del tercer mundo no dispongan recursos económicos, ni cuenten con profesionales altamente calificados para brindar un cuidado integral a la población que requiere atención en salud mental.

Algunos de los actos más graves de violación de los derechos humanos y de discriminación que sufren las personas con discapacidad mental, son experimentados en entidades de salud. En muchos países, la calidad de la atención es deficiente, o incluso perjudicial, lo cual dificulta la recuperación. El tratamiento ofrecido se enfoca en mantener a las personas y a sus trastornos bajo control, en lugar de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida. Las personas son más bien vistas como objetos de tratamiento que como seres humanos con los mismos derechos y aspiraciones que los demás. No se les pide la opinión respecto a sus planes de atención o de recuperación, lo que en muchos casos significa que acaban recibiendo tratamiento en contra de su voluntad. La situación en los establecimientos de hospitalización es con frecuencia mucho peor: las personas pueden ser recluidas en hospitales psiquiátricos o en hogares de protección social durante semanas, meses y a veces años sin interrupción, donde sufren condiciones de vida terribles y se les somete a tratamientos degradantes y deshumanizadores, que incluyen violencia y abuso. La evaluación y la mejora de la calidad y el respeto a los derechos humanos. (Organización mundial de la salud, 2012)

El proceso de salud y enfermedad constituyen hechos estructurales de la sociedad, no solo porque reflejan fenómenos clínicos y epidemiológicos sino porque expresan las condiciones sociales, económicas y culturales de la sociedad, nos dan un reflejo de los determinantes sociales de los habitantes y de cómo es su forma de enfermar, curar y morir. (Correa, 2015). Por lo cual es prioritario que dentro de la sociedad sea claro el manejo de un cuidado integral, que exprese en los lugares de escasos recursos la oportunidad de la prevención como un ahorro en cuanto a que sale más económico prevenir que tratar a la población y en países con recursos económicos donde se invierta en la sensibilización en el trato humanizado.

Por los motivos previamente expuestos es indispensable que las I.P.S. de salud mental ejecuten un programa de cuidado humanizado con estándares de calidad que garantice la humanización de los pacientes y concebir al ser humano como una persona en una condición especial para permitir la disminución del maltrato, estigmatización y vulnerabilidad a la que se enfrentan día a día los pacientes con patologías mentales. El cuidado humanizado cobra importancia para la institución, debido al proceso de acreditación y crecimiento organizacional que lleva a cabo.

Objetivos generales y específicos.

Objetivo general

Diseñar el Programa de humanización para una I.P.S. de salud mental en Bogotá basado en estándares superiores de calidad.

Objetivos específicos

- Realizar una revisión bibliográfica de referencia en temas de humanización en salud.
- Identificar las necesidades y realizar el análisis correspondiente respecto a la humanización de los servicios, en los grupos de interés: usuarios y trabajadores de una IPS de salud mental.
- Documentar el programa de humanización desde los ejes estructurales definidos y objetivos planteados.

Antecedentes

La bibliografía consultada amplía una mirada hacía la atención humanizada en salud mental a nivel mundial, permite hacer uso de fuentes confiables respecto a la problemática que se evidencia no solamente por la carencia de recursos económicos, sino que más allá de esto, es por falta de formación humanizada.

Para Colombia, El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), reconoce la humanización como un accionar centrado en las personas y el planteamiento de la necesidad de fortalecer una cultura organizacional dirigida al ser humano, de direccionar al cumplimiento del derecho fundamental a la salud y a la protección de la vida. (Ministerio de salud y protección social, 2016).

Actualmente, se perfilan instituciones que trabajan en pro del cuidado humanizado, por ejemplo, el Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud es un organismo creado en 1981 por la Orden Ministros de los Enfermos. Esta institución ofrece capacitación y formación, enfocadas a brindar una sensibilización y concientización a la sociedad sobre la importancia del cuidado humanizado en las instituciones de salud, la defensa de la vida, y un trato digno al enfermo y su familia. (Centro Camiliano de humanización y pastoral en salud, 2017).

En un análisis realizado sobre la humanización en la atención del paciente agitado con esquizofrenia (Trapero, 2016) concluye que: los profesionales de salud que intervienen a este tipo de población deben poseer conocimientos respecto al proceso de enfermedad, características, tratamiento y evolución. Además, deben estar implícitas habilidades como la empatía, la comunicación, la escucha activa, la observación; Para la presente investigación las estrategias de intervención utilizadas con el paciente con trastorno psiquiátrico en este estudio aportan herramientas para tener en cuenta en la prestación cuidado humanizado en salud mental.

(Valbuena & Franco, 2016), en su trabajo de investigación describen la importancia de un programa de humanización dirigido al personal de enfermería y como su implementación permitió la disminución de las quejas presentadas por los usuarios, así mismo logro motivar al personal para implementar el programa como herramienta de mejoramiento continuo y de reflexión de la humanización como concepción holística del cuidado de las personas.

(Avila & Yaneth, 2017), referencian los procesos de humanización en salud mental en un establecimiento de sanidad militar, donde se evidencia una visión integral del ser humano reconociendo sus componentes físico, mental, relacional y espiritual, define el humanizar con una posición ética basada en principios y valores. Por último, hace énfasis en el mejoramiento continuo de las instituciones en salud, propendiendo por dar respuesta a necesidades singulares de directivos, usuarios y trabajadores; regidos bajo estándares de calidad.

La Política Nacional de salud mental 2018, evidencia que las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad. Los trastornos mentales y del comportamiento representaron la primera causa de años de vida vividos con discapacidad (AVD) en la población de 10 a 60 años y la primera causa de AVD a nivel mundial. Así mismo, los trastornos mentales como la depresión y los trastornos bipolares se encontraron dentro de las primeras cinco causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) para la población general, con mayor carga en las mujeres y en las personas de 15 a 45 años, o las edades consideradas de mayor productividad de un individuo.

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medios bajos es superior al 75%. El

estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación. (Organización panamericana de la salud, 2009)

Es interesante recopilar conceptos básicos que permiten evidenciar a nivel macro los obstáculos y entender que el concepto de cuidado integral es el ideal, más aún cuando se trata del área de salud mental, desde la formación profesional se debería manejar términos específicos y cuidados fundamentales a este tipo de pacientes. (Estévez, Martínez, Salvador, & Arana, 2009).

Posterior a realizar la revisión de los antecedentes se evidencian herramientas tanto conceptuales como metodológicas sobre el cuidado humanizado en las instituciones de salud mental que dan soporte a la presente investigación.

Marco Teórico

Los conceptos básicos para entender el diseño de un programa de humanización, se describen a continuación. Con el fin de dar soporte a la importancia del cuidado humanizado en la atención de salud, el primer término a definir es Humanización.

Humanización.

Humanizar es favorecer las actividades relacionadas con la dignidad de los seres humanos, realizando cuidados, creando políticas y programas; es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen la conducta en el ámbito de la salud. (Correa, 2015).

Y se resalta la importancia del profesionalismo en salud para asumir de manera consciente y sensible la atención a los usuarios, basada en la ética y los valores para atender a los pacientes en todas sus dimensiones, en pro de garantizar una atención de calidad que permita eliminar barreras como la despersonalización, el irrespeto con la cultura del paciente y la estigmatización por su patología.

La humanización tiene un propósito imperativo para el sistema de salud colombiano desde el aspecto ético y no como un atributo del servicio. La calidad en conjunto con el cuidado humanizado tiene en conjunto el objetivo de dar respuesta a las necesidades de los usuarios de la atención en salud, promueven la transformación en la cultura del sistema de salud y el personal de salud en las instituciones. (Ministerio de la protección social, 2016). En busca de promover esa transformación en la cultura de cuidado se hace indispensable el diseño de un programa de humanización por lo cual se contextualizan algunos de sus conceptos fundamentales.

Programa de humanización: conceptos fundamentales

En el sistema de salud colombiano la humanización es producto de las organizaciones o actores que hacen parte de este; los principales componentes son:

Gestión de la humanización:

La humanización en el servicio se nutre y debe guiarse por el quehacer de los profesionales de atención en salud desde los enfoques de derechos humanos, corrientes religiosas, principios y valores, ética y bioética, los requisitos de acreditación que rigen actualmente; todos estos elementos permiten la articulación y la generación de directrices para implementar un cuidado humanizado y una atención integral. (Ministerio de salud y protección Social, 2014). El cliente interno (personal asistencial) debe tener información sobre el cuidado humanizado para brindar una atención integral basada en estándares superiores de calidad, con base a su experiencia con los pacientes, sujetos de su cuidado, esto permitirá entender el punto de vista de la empresa y la alineación de objetivos personales y organizacionales.

Barreras para la humanización:

Las principales barreras para brindar una atención humanizada son: la tecnificación, la centralización del poder, la sobreutilización de los servicios de salud, el lenguaje tecnificado que hace más complicada la interacción usuario-profesional, la falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales. En conclusión, la tecnificación en el cuidado lleva a que las relaciones se vuelvan mecánicas y disminuye la posibilidad de impregnar el cuidado de ese toque humanizado que deben poseer los servicios de salud prestados. (Consejería de Sanidad, 2016)

Vulnerabilidad y humanización:

La humanización cobra importancia cuando las personas usuarias de cuidado se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, a causa de los procesos de enfermedad. La empatía que genera este proceso permite a los profesionales en salud sentirse comprometidos y responsables de los usuarios, ayudando a aliviar el sufrimiento de los demás y fomentando conductas y actitudes humanizantes. (Consejería de Sanidad, 2016)

Agentes de humanización:

La humanización empieza en la alta dirección, que actúa con respeto. Los comportamientos humanizantes son una condición necesaria para orientar al valor de una atención más humana, todas las instituciones deben esforzarse por prevenir sobrecargas en los profesionales y promover un desarrollo humanístico. (Consejería de Sanidad, 2016)

Estándares de acreditación de humanización del servicio

Actualmente el sistema de salud es altamente criticado por sus falencias, una de las cuales es la deshumanización, la cual es entendida como la pérdida de vista de ser humano de forma integral, es manejada desde una perspectiva de cosificación del sujeto. (Rodríguez, 2015) Lo anterior es evidenciado en que los pacientes refieren sentirse como una enfermedad, una cama, un número o un examen por realizar y no como un ser humano lo cual resta importancia a los logros y resultados positivos de la atención.

La política de humanización de la atención en Colombia muestra una relación con la acreditación en salud al sugerir estándares que aporten metas concretas para dar respuesta a los problemas anteriormente mencionados. Dicha política se enfoca en tres ramas: La primera es la labor religiosa dirigida por algunas comunidades, la segunda es inspirada en los derechos, deberes, autonomía y el respeto a los pacientes como eje de la atención humanizada, la tercera vertiente ve la humanización de la atención en salud, como un reto de calidad de las instituciones, no solo en la humanización de la atención al usuario sino también en el abordaje de la problemática de los trabajadores de la salud. (Rodríguez, 2015)

La más reciente versión del manual de acreditación en salud propone avanzar en la línea de humanización de la atención. Para ello hay tres puntos específicos:

1. La acreditación en salud, la definición e implementación de una política de humanización de la atención en salud.
2. Los grupos de estándares con aspectos concretos de humanización de servicio que se deben tener en cuenta las instituciones
3. Un abordaje transversal del tema de humanización.

A continuación, se rescatan los aspectos más relevantes de humanización abordados en los estándares: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Tabla 1. Primera parte. Estándares de Acreditación para la Humanización en los Servicios de Salud. Resolución 5095 de 2018.

Grupo: ESTANDARES ASISTENCIALES	
Subgrupo: Derechos de los pacientes	
Estándar 1.	Derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.
Estándar 2.	Participación voluntaria en proyectos de investigación, información pertinente
Subgrupo: Acceso	
Estándar 12.	Garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas.
Subgrupo: Planeación de la atención	
Estándar 29.	Puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.
Estándar 32.	Proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado.
Estándar 33.	Política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.
Subgrupo: Ejecución del tratamiento	
Estándar 45.	La ejecución del tratamiento aborda estrategias de humanización de la atención.

Fuente: Elaboración propia. Modificado de: Abordajes de Humanización desde los estándares del manual de Acreditación.

Tabla 1. Segunda parte. Estándares de Acreditación para la Humanización en los Servicios de Salud. Resolución 5095 de 2018.

Grupo: ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	
Estándar 76.	La humanización durante la atención del usuario y su familia. Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales).
Estándar 79.	Acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención.
Grupo: ESTANDARES DE GERENCIA	
Estándar 93.	La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
Estándar 94.	Apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de: Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
Estándar 97.	Implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.
Grupo: ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	
Estándar 105.	Planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos como: Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
Estándar 108.	Las competencias del personal deben incluir: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.
Estándar 110.	Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
Estándar 112.	La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con Humanización del servicio.
Estándar 115.	La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.
Grupo: ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	
Estándar 121.	Condiciones para la humanización del ambiente físico.

Fuente: Elaboración propia. Modificado de: Abordajes de Humanización desde los estándares del manual de Acreditación.

Tabla 1. Tercera parte. Estándares de Acreditación para la Humanización en los Servicios de Salud. Resolución 5095 de 2018.

Grupo: ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA	
Estándar 132.	Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.
Grupo: ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	
Estándar 143.	Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.

Fuente: Elaboración propia. Modificado de: Abordajes de Humanización desde los estándares del manual de Acreditación.

Estos elementos permiten la expedición de unos lineamientos de “política nacional de humanización en la atención”, en el marco de la reglamentación de la Ley 1438 de 2011. El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), implementa como principio orientador: La humanización y la reconoce como eje del sistema de Salud. En este sentido se hace indispensable manejar el concepto de calidad.

Calidad.

Según (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), está estrechamente relacionado con la atención integral en salud y hace referencia a garantizar los principios de la calidad estipulados en accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad, respetando la condición y la dignidad humana sin dejar de lado su contexto social, cultural y poblacional que participa en el desarrollo como persona.

Desde esta visión se ve la necesidad que el país a través del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS en su calidad de ente rector a nivel nacional, este obligado a continuar trabajando en procura del bienestar y la calidad de vida de la población colombiana, como lo viene haciendo en la salud pública donde se ve la creación de las condiciones y oportunidades necesarias para el disfrute de una adecuada salud mental.

Es por esto por lo que cualquier ministerio de salud debe contar con una política explícita de salud mental que logre un impacto significativo sobre la población, a través de planes y programas correctamente formulados. La literatura describe que algunas herramientas de esta política deben ser: accesibilidad, cuidado comunitario, fortalecimiento de los vínculos entre las personas con trastornos mentales y sus cuidadores, calidad de la prestación de los servicios y mejora en los indicadores de atención. A pesar de la importancia de las políticas de salud mental, el 40,5% de los países no poseen una política de salud mental y un 33,3% no dispone de programa. (Organización mundial de la salud, 2001).

El concepto de calidad está ligado fuertemente a nuestra cultura, por lo que es difícil definirlo pues en él, están presentes una serie de factores y fases impregnados de juicio de valor sobre lo que constituye para cada uno de los actores. La calidad como una propiedad que se adquiere de relación de los productos y servicios con el cliente o en el caso de los servicios de salud con el usuario, por lo que para su existencia y valoración se requiere de estos dos elementos: productos (servicio) y usuarios. Para este caso el producto a entregar por parte de las IPS de interés es la atención en salud mental. Definida a continuación:

Salud Mental.

La salud mental es el estado que permite el desarrollo óptimo de cada individuo en el orden físico, intelectual y afectivo, reflejándose en la relación con otros individuos y la capacidad de enfrentar las situaciones de la vida cotidiana. Se manifiesta por un equilibrio dinámico de la personalidad, la integración, siempre renovada a tendencias contradictorias que permiten establecer relaciones significativas entre el individuo y el mundo, que a la vez preserva la identidad del yo y favorece la adaptación al medio. La salud mental, aporta nuevos elementos para la reflexión en la medida que introduce las variables de las posibilidades al nivel individual y/o social.

Lejos de ser la ausencia de enfermedades y problemas mentales y psíquicos, la salud mental es por el contrario la percepción y conciencia de ellos y la posibilidad personal

y/o colectiva de tratar de solucionarlos, de modificarlos e intervenir sobre ellos. Las crecientes necesidades de la población demandan servicios de salud con calidad, dentro de los pactos estructurales del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 existe una línea de acción para brindar salud para todos con calidad y eficiencia, con base al cambio social, demográfico y epidemiológico que atraviesa Colombia, para ello es necesario crear un sistema de medición y de esta forma cubrir todos los aspectos que determinan el concepto de calidad, sin restarle importancia a la salud mental, por lo cual se debe tener en cuenta lo que se entiende por calidad de los servicios que brinda el sector salud. Para cerrar a este capítulo es importante obtener un panorama de la situación actual en la ciudad en relación con temas de salud mental, el cual se desarrolla en el apartado: contexto de salud mental en Bogotá.

Contexto, Salud mental en Bogotá

Desde la interpretación de la encuesta de salud mental 2015, la reforma de salud distrital ha deteriorado la atención en salud mental en la ciudad. Las cifras más elevadas en cuanto a la frecuencia de síntomas de patologías mentales se presentan en Bogotá, en personas entre los 18 y 44 años. (Florez, 2017)

La secretaría de salud realiza un diagnóstico de los principales trastornos mentales tratados en el año 2015 con un total de 168.582 personas atendidas. En la siguiente tabla se ilustra el desglose de los casos tratados:

Tabla 2. Ranking de las enfermedades prevalente en materia de salud mental en Bogotá, 2015

No.	Diagnóstico	Total No. de Atenciones	Porcentaje Total de Atenciones
1	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.	29.773	18%
2	Trastorno de Ansiedad, no Especificado.	20.337	12%
3	Esquizofrenia Paranoide	13.192	8%
4	Trastorno de Adaptación.	9.648	6%
5	Episodio Depresivo, no Especificado.	9.420	6%
6	Otros.	86.212	51%
	TOTAL 2015	168.582	100%

Fuente: Elaboración Propia Modificada de Encuesta Nacional de salud mental, 2015.

Actualmente la ciudad no se dispone de los recursos económicos necesarios para atender de forma oportuna las demandas de atención de salud mental. En respuesta a la proposición 480 de 2016, el gobierno formulo 5 metas con enfoque a la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, con un presupuesto de \$255.997.126.143 millones. A pesar de esto, un 70% del dinero es destinado para actividades que no tienen nada que ver con el campo de salud mental. Bogotá tiene 3,8 trabajadores de salud mental por cada 100.000 habitantes, cuando la recomendación de la OMS es de 10, además de tener habilitadas 533 camas en todo el territorio distrital, número insuficiente para la demanda de atención. (Florez, 2017)

Marco Legal

En la tabla 3 se recopilan los principales aspectos legales que documentan la presente investigación.

Tabla 3 Marco Legal Colombiano para la prestación de Servicios de Salud.

MARCO LEGAL	
LEY 10 DE 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
LEY 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991	La constitución política es nuestra máxima ley. Como ella misma lo dice es la norma de normas en otras palabras, es un conjunto de reglas que establece la forma en que debemos comportarnos todos los que vivimos en Colombia para que exista bienestar y podamos vivir en paz.
LEY 9 DE 1979	Por la cual se dictan Medidas Sanitarias.
LEY 1122 DE 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
LEY 1438 DE 2011	Por la cual se implementa el plan nacional de mejoramiento de calidad.
RESOLUCIÓN 13437 DE 1991	Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.
DECRETO 780 DE 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
DECRETO 903 DE 2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud
LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015.	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones.
RESOLUCIÓN 4886 DE 2018	Política nacional de salud mental
RESOLUCIÓN 2082 DE 2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud
RESOLUCIÓN 5095 DE 2018	Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio Hospitalario de Colombia.

Fuente: Normatividad Colombiana Vigente. Elaboración propia.

Aspectos metodológicos

En el presente capítulo se describen los principales aspectos metodológicos que estructuran el proyecto desarrollado, se incluyen aspectos tales como enfoque metodológico; alcance y diseño de la investigación; población y muestra e instrumentos de recolección de datos.

Enfoque

El enfoque cualitativo evalúa los sucesos y su desarrollo, no existe manipulación de la realidad, se fundamenta en una perspectiva del significado de las acciones de seres vivos. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2006)

En el presente trabajo se aplica este tipo de enfoque ya que se desarrolla en el contexto de una organización, una IPS de salud mental y se pretende validar la percepción de pacientes y trabajadores en cuanto al tema del servicio humanizado en la atención en salud.

Alcance.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2006). Con relación a lo anterior, se pretende realizar una descripción de las percepciones obtenidas tanto de pacientes como del personal que trabaja en la IPS de salud mental que permitan diseñar un programa de humanización en la atención.

Diseño de la investigación.

El diseño de investigación es de tipo investigación-acción, entendida como: la intención de generar una mejora por medio de intervenciones en la práctica profesional. (Latorre, 2005)

Para este ejercicio se decide aplicar este tipo de diseño con el fin de proponer la aplicación de un programa que permita generar un cambio en la perspectiva de los que están inmersos en la prestación de un servicio de salud, donde se incluya no solo a los usuarios sino al personal de una institución de salud mental, cuyo objetivo es definir lineamientos desde las necesidades de las partes interesadas.

Población y muestra.

En el presente estudio se incluyen tres tipos de población:

La población 1 son los pacientes de una IPS de salud mental con algún trastorno psiquiátrico de tipo agudo, con capacidad cognitiva para responder a los instrumentos de investigación. La muestra es de tipo no probabilístico homogénea de 12 pacientes hombres y/o mujeres con trastorno depresivo moderado y ansiedad los cuales en comparación a los pacientes con patologías de tipo psiquiátrico graves (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y demencia), no han alcanzado un deterioro de capacidad cognitiva tan significativo, (Pino, et al., 2006) lo cual permite trabajar con el instrumento elaborado (anexo 2); se escoge para el rango de edad de los pacientes 18-64 debido a la evidencia de que las personas mayores de 65 años son más propensas al deterioro neuropsicológico no solo por poseer una patología mental, sino también por los cambios propios de la edad. (Baquero, et al., 2004).

La población 2 son los familiares de los pacientes. La herramienta encuesta para familiar y/o acudiente (anexo 4) será aplicada a los 12 familiares y/o acudientes de los pacientes previamente mencionados que cooperen de forma voluntaria.

La población 3 es el personal asistencial, que voluntariamente quiera participar en la aplicación de las herramientas. Para desarrollar el instrumento (anexo 6), se tiene en cuenta la accesibilidad al personal asistencial del turno tarde en 2 pabellones que cuenta con 9 auxiliares, 2 enfermeros profesionales, 1 médico; al aplicar la fórmula estadística de cálculo de muestra para población finita de 12 personas con nivel de confianza de 95% y margen de error de 5, se obtiene una cifra de 12 instrumentos a implementar.

Técnica de recolección de información.

Para obtener la información que se requiere en el trabajo a desarrollar se hizo mediante la aplicación de encuestas dirigidas a los usuarios, familiares y al personal asistencial que se encuentran en la IPS de salud mental, se aplicarán con el fin de verificar el estado actual de la institución frente al proceso de humanización, teniendo en cuenta los estándares superiores de calidad. El análisis de los datos se hizo a través de la información recolectada aplicada en valores cuantitativos.

Las encuestas implementan la escala de Likert, la cual pertenece al grupo de escalas ordinales, maneja intervalos de actitud iguales, consta de una serie de afirmaciones que darán paso a la respuesta más próxima a la percepción del participante. Entre sus beneficios están: una amplia posibilidad de respuestas; se evita el juicio a priori del investigador, debido a que ubica a cada individuo en un punto particular. (Ospina, Sandoval, Aristizábal, & Ramírez, 2005). En este caso permite evaluar las opiniones que tienen los pacientes, los familiares y/o acudientes y el personal que presta los servicios en la IPS de salud mental.

Se elaboraron preguntas claras, sencillas y precisas, que permitieron un tipo de respuestas concretas, para determinar la valoración de la prestación del servicio de salud, las respuestas tienen establecido un valor cuantitativo de 5 a 1, donde 5 será el valor más alto y corresponde a la respuesta siempre, 1 el valor más bajo que corresponde a nunca, al darle un valor numérico las respuestas podrán ser tabuladas y analizadas con el fin de obtener información veraz y útil para el desarrollo del diseño del Programa de humanización para la institución.

Se elaboran tres encuestas diseñadas para cada tipo de población, la primera va dirigida al paciente que se encuentra hospitalizado en la I.P.S de salud mental, con un diagnóstico de trastorno depresivo moderado y ansiedad, patología que a comparación de otras aún no han alcanzado un deterioro de capacidad cognitiva tan significativo, lo que permite al paciente poder dar respuesta a la atención que están recibiendo, (Anexos 1 y 2).

La segunda encuesta es para el familiar y/o acudiente del paciente, quien también está inmerso en la atención que brinda la institución, porque no solo espera que la I.P.S le brinde a su ser querido un tratamiento farmacológico, sino que le dé un trato digno y respetable. (Anexos 3 y 4).

La tercera encuesta se aplicó al personal que labora en la institución de salud y es parte fundamental en la prestación del servicio, porque no solo debe poner en práctica su conocimiento para curar, sino que debe poner en práctica sus valores, ética y principios que como ser humano y profesional para brindar una atención humanizada. (Anexos 5 y 6).

Validez y confiabilidad de los instrumentos.

La validez y confiabilidad de los instrumentos se realizó a través de tres expertos, quienes con su conocimiento y experiencia sugirieron el cambio de algunas preguntas en las tres encuestas, una vez realizadas las modificaciones son revisadas nuevamente considerando que las preguntas son acordes con la información que se quiere obtener, por

lo cual se pueden aplicar, para la comprensión y explicación de cómo debía diligenciarse cada una de las encuestas se elaboró una ficha instructiva en la cual se explican cada uno de los ítems que contienen estas y la forma como responder a cada pregunta y el valor cuantitativo que tiene que cada respuesta. (Anexo 7)

Los anexos 2, 4 y 6 presentan la versión aprobada y aplicada de los instrumentos para la obtención de la información.

Desarrollo

Revisión bibliográfica de referencia en temas de humanización en salud.

Indagar sobre cuidado humanizado en instituciones de salud, permitió concretar una revisión minuciosa y explícita de bibliografía, de la cual se extraen algunos aspectos como: que toda prestación de servicios de salud debe realizarse en el marco de la humanización donde todos los actores involucrados traten y sean tratados con dignidad y respeto, por lo cual se considera necesario que las I.P.S. de salud mental ejecuten un programa de cuidado humanizado con estándares de calidad que garantice la humanización, ya que este cobra importancia para la institución para el proceso de acreditación y crecimiento organizacional. La anterior revisión se plasma en el anexo 8.

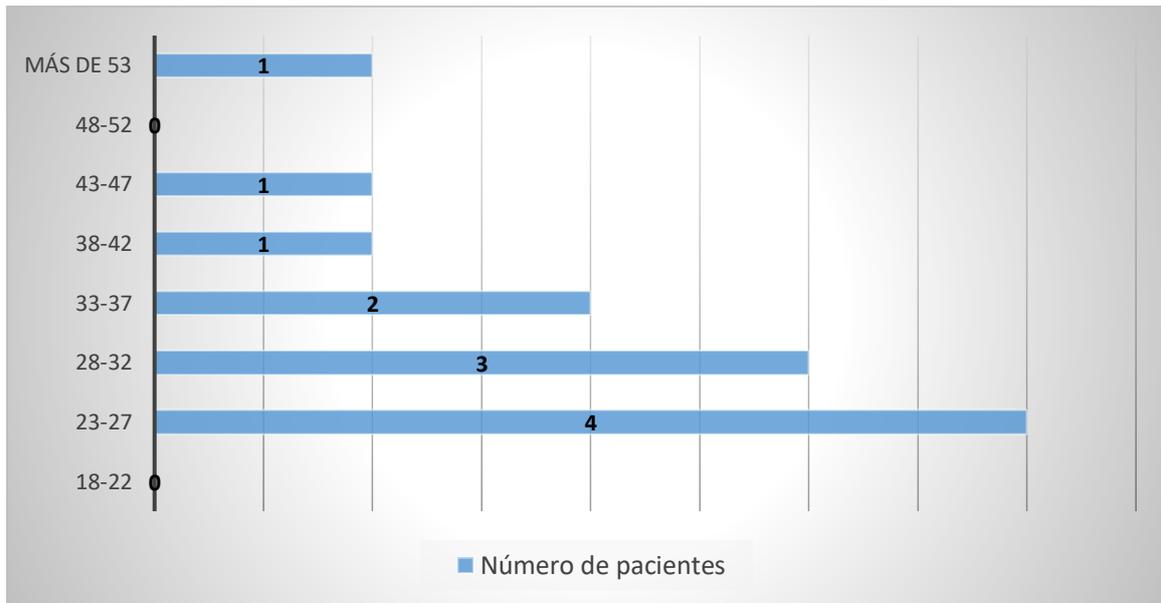
Análisis de necesidades de humanización en una IPS de salud mental.

Una vez aplicados los instrumentos previamente mencionados se obtuvieron los siguientes resultados, con su correspondiente análisis:

- **Resultados de encuesta para pacientes**

De las encuestas aplicadas a los pacientes seleccionados se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 1 Rangos de edad

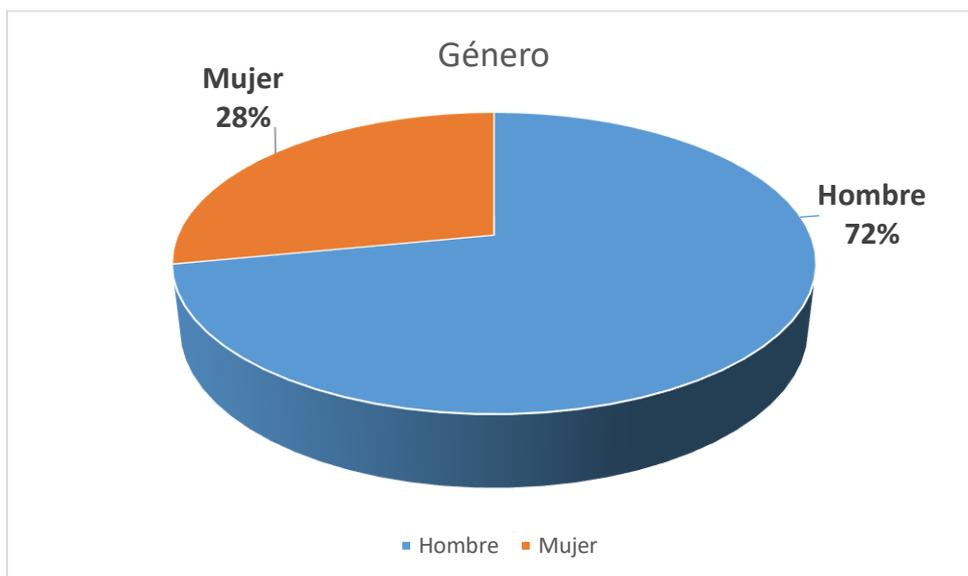


Fuente: Elaboración propia

De las 12 encuestas aplicadas se puede evidenciar que el intervalo principal de edades está entre 23 y 27 años con un porcentaje de 33.3%, seguido de un intervalo entre 28 y 32 años con un porcentaje de 25%, seguido del intervalo entre 33 y 37 años con un porcentaje de 16,6%, luego los intervalos entre 38 a 42, 43 a 47 y más de 53 con un porcentaje de 8.3% y por último los intervalos entre 18 a 22 y 48 a 52 que no tienen pacientes en estos rangos.

En la gráfica 2 se representa la relación de género en los pacientes encuestados.

Gráfico 2 Género de pacientes encuestados



Fuente: Elaboración propia

Hallando que un 72% de los pacientes corresponden al género masculino y un 28% al género femenino.

Tabla 4. Al ingreso a la IPS recibe un trato cordial

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	3	8	1	0
0	25%	66,6%	8,3%	0

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que en un 66,6% algunas veces el paciente recibe un trato cordial al ingresar a la IPS, seguido de casi siempre con un 25% y finalizando con muy pocas veces con un 8.3%.

Tabla 5. El personal que lo atiende lo mira a los ojos cuando le habla.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	1	9	2	0
0	8,3%	75%	16,6%	0

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que en un 75% algunas veces el personal mantiene contacto visual al hablar con los pacientes encuestados, seguido de un 16,6% donde muy pocas veces mantiene contacto visual y finalizando con 8,3 donde casi siempre mantiene contacto visual.

Tabla 6. Para informarle sobre su enfermedad el personal de salud le habla con palabras claras y sencillas.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	1	6	5	0
0	8,3%	50%	41,6%	0

Fuente: Elaboración propia

En un 50% solo algunas veces la información brindada al paciente sobre su enfermedad es clara, seguida de un 41,6% donde muy pocas veces la misma es clara y finalizando con un 8,3 donde casi siempre hay claridad en la información.

Tabla 7. El personal que lo atiende lo saluda y se despide cada vez que le presta una atención.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	2	4	6	0
0	16,6%	33,3%	50%	0

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en un 50% que muy pocas veces el personal que atiende a los pacientes, los saluda o se despide de ellos, seguida de un 33.3% donde solo sucede algunas veces y finaliza con un 16.6% donde casi siempre sucede.

Tabla 8. Le brindan una explicación cada vez que le realizan un procedimiento

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	0	4	8	0
0	0	33.3%	66.6%	0

Fuente: Elaboración propia

En un 66.6% muy pocas veces le brindan la información al paciente cuando le van a realizar un procedimiento y un 33% donde algunas veces se le brinda dicha información.

Tabla 9. El personal que lo atiende respeta sus creencias religiosas.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	4	4	4	0
0	33.3%	33.3%	33.3%	0

Fuente: Elaboración propia

En la respuesta se puede determinar que no hay un punto de equilibrio en este aspecto y los pacientes lo manifiestan en la diversidad de respuestas entre casi siempre, algunas veces y muy pocas veces, seguramente asociado a la experiencia que han tenido al respecto.

Tabla 10. Los elementos de uso personal entregados por la entidad para su uso se encuentran en buen estado. (Pijama, toalla, sábanas, cobijas)

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	0	3	9	0
0	0	25%	75%	0

Fuente: Elaboración propia

Un 75% de los pacientes consideran que los elementos de uso personal entregados por la IPS muy pocas veces están en buen estado y un 25 % consideran que algunas veces están en buen estado.

Tabla 11. Lo llaman por su nombre

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	3	7	2	0
0	25%	58,3%	16.6%	0

Fuente: Elaboración propia

En un 58.3% se evidencia que solo algunas veces a los pacientes los llaman por su nombre, seguido de un 25% donde casi siempre son llamados por su nombre y finalizado por un 16.6% donde muy pocas veces son llamados por su nombre.

Tabla 12. Es escuchado cuando tiene alguna inquietud

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	0	3	7	2
0	0	25%	58,3%	16,6%

Fuente: Elaboración propia

En un 58.3% se evidencia que muy pocas veces los pacientes son escuchados cuando presentan alguna inquietud, seguido de un 25% donde algunas veces los escuchan y finalizando por un 16.6% donde nunca los escuchan.

Tabla 13. El médico le informa cuando le va a realizar una modificación en su tratamiento.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	1	4	7	0
0	8,3%	33,3%	58,3%	0

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en un 58.3% que muy pocas veces se les informa a los pacientes cuando el medico realiza una modificación en su tratamiento, seguido de 33.3% donde algunas veces se les brinda dicha información a los pacientes, finalizando con un 8.3% donde casi siempre son informados al respecto.

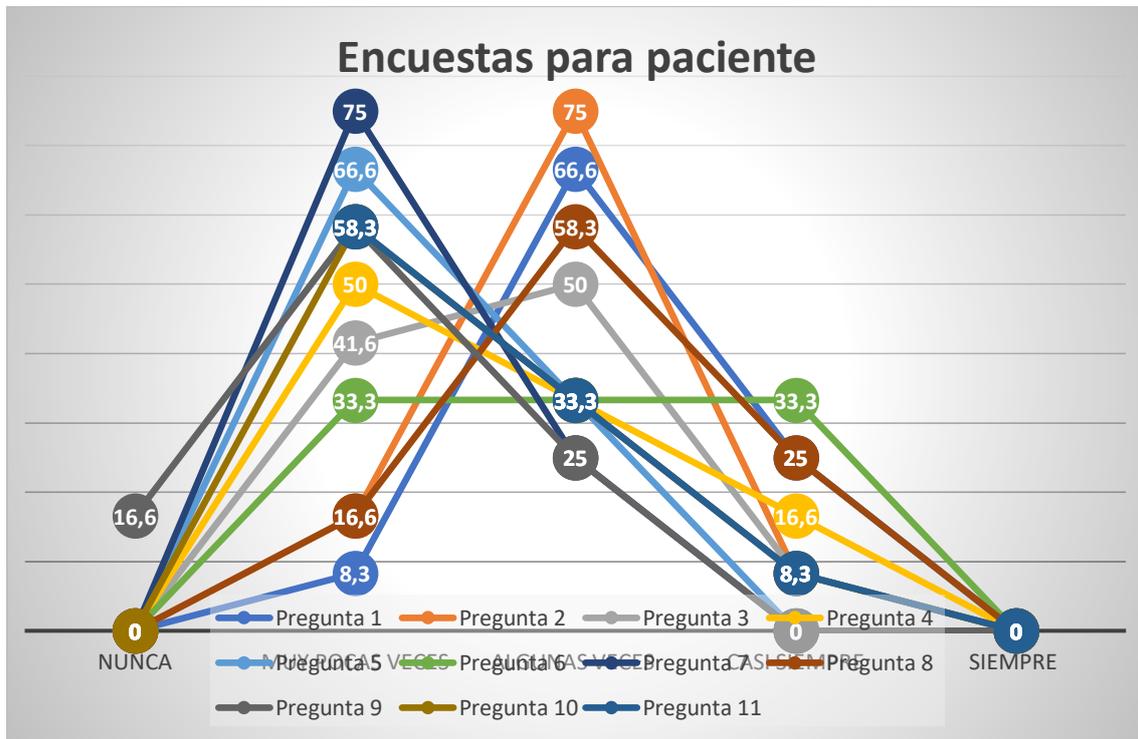
Tabla 14. Al momento de hacerle un llamado de atención el personal de salud lo hace delante de los demás pacientes.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	1	4	7	0
0	8,3%	33,3%	58,3%	0

Fuente: Elaboración propia

En un 58.3% se evidencia que muy pocas veces se le hace un llamado de atención a los pacientes delante de los demás, seguido de un 33.3% donde algunas veces sucede y finalizando con un 8.3% donde casi siempre suceden.

Gráfico 3 Resultados de pacientes encuestados

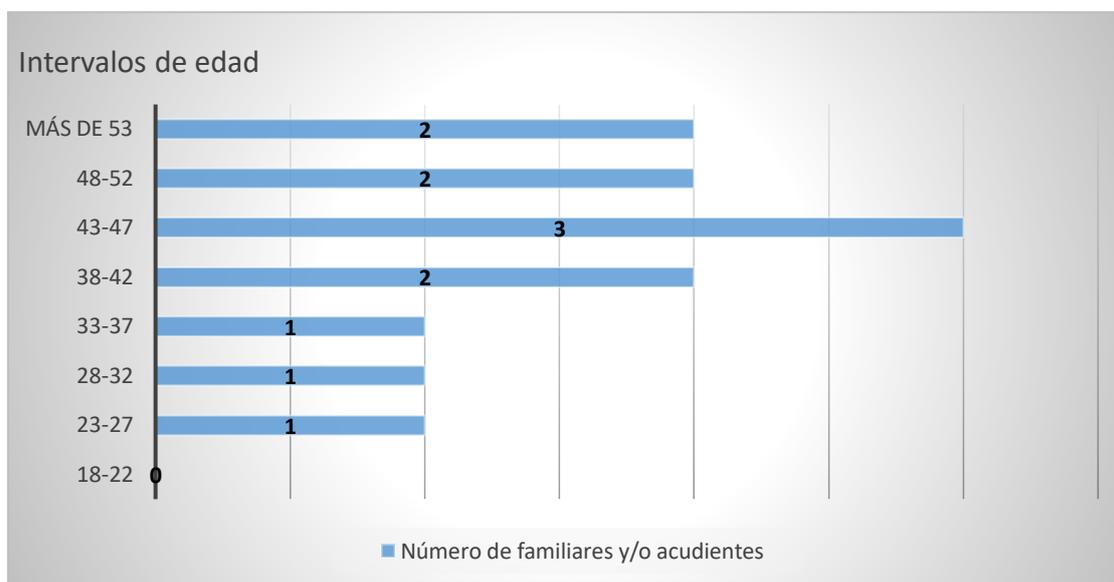


Fuente: Elaboración propia

- **Resultados de encuesta para familiar y/o acudiente**

Producto de las encuestas aplicadas a los familiares y/o acudientes de los pacientes seleccionados, se obtuvo los siguientes resultados:

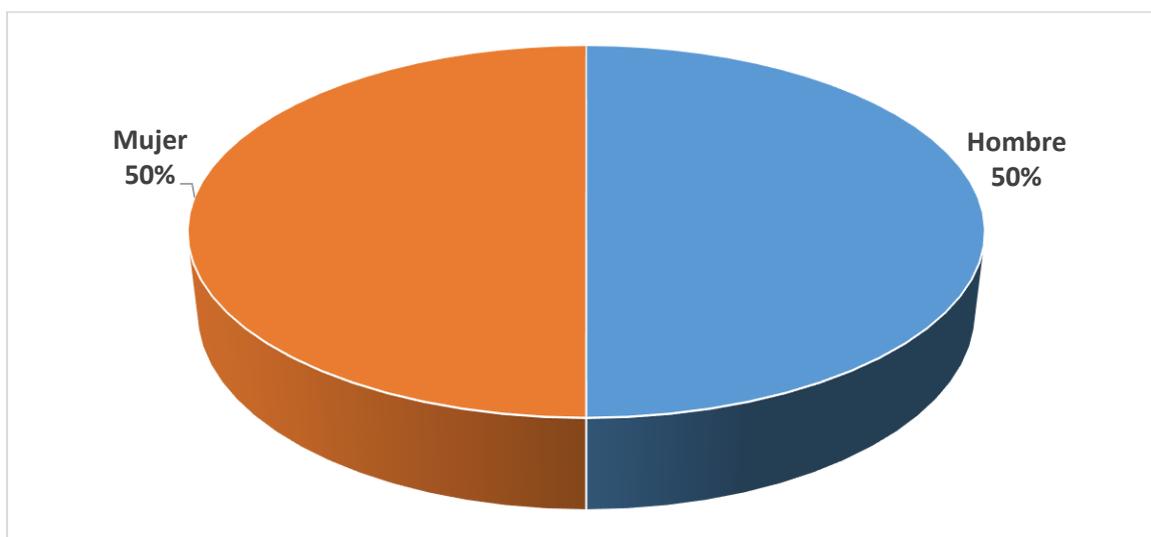
Gráfico 4 Rangos de edad de familiares y/o acudientes



Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en la gráfica anterior que en un porcentaje de 25% el intervalo de edad de familiares y/o acudientes está entre 42 y 47 años, seguida del intervalo entre 38 a 42 años, 48 a 52 años, y más de 53 años, con un porcentaje de 16.6%, finalizando con los intervalos de 23 a 27 años, 28 a 32 años, y 33 a 37 años con un 8.3%; no se registran familiares entre los 18 a 22 años.

Gráfico 5 Género de familiares y/o acudientes



Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que el género de familiar y /o acudiente está en un 50% hombres y en un 50% mujeres.

Tabla 15. Al ingreso a la I.P.S usted y su familiar enfermo reciben un saludo por parte del personal de la I.P.S.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
2	6	1	3	0
16,6%	50%	8,3%	25%	0

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en un 50% que casi siempre el familiar y/o acudiente recibe un cordial saludo por parte del personal de la IPS, seguido del 25% con muy pocas veces, seguido de 16.6% donde siempre sucede y finalizando con 8.3% donde algunas veces se recibe cordial saludo.

Tabla 16. Le brindaron información sobre los horarios de visita

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
5	2	3	2	0
41,6%	16,6%	25%	16,6%	0

Fuente: Elaboración propia

En un 41.6% se hace evidente que siempre le brindan información al familiar y/o acudiente acerca de los horarios de visita, seguido de algunas veces con 25% y finalizando con casi siempre y muy pocas veces con un 16.6%

Tabla 17. Le explicaron que elementos y alimentos están permitidos traer al paciente en la visita.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
3	1	3	4	1
25%	8,3%	25%	33,3%	8,3%

Fuente: Elaboración propia

En un 33.3% se evidencia que muy pocas veces les brindaron información a los familiares y/o acudientes acerca de los elementos y alimentos permitidos en las visitas para los pacientes, seguido de siempre y algunas veces con un 25% y finalizando con casi siempre y nunca con un 8.3%

Tabla 18. El personal de salud le brinda información clara y precisa cuando usted la solicita

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
1	2	8	0	1
8,3%	16,6%	66,6%	0	8,3%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en un 66.6% que solo algunas veces el personal de salud les brinda información clara a los familiares y/o acudientes cuando ellos la solicitan, seguido de casi siempre con un 16.6% y finalizando con un siempre y nunca con un 8.3%.

Tabla 19. Al firmar documentos para la hospitalización le han explicado cada formato que firma.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
1	4	3	3	1
8,3%	33,3%	25%	25%	8,3%

Fuente: Elaboración propia

En un 33.3% se evidencia que casi siempre se explica a los familiares y/o acudientes acerca de los documentos para la hospitalización que firman, seguido de algunas veces y muy pocas veces con 25%, y finalizando con nunca y siempre con un 8.3%.

Tabla 20. Considera que el tiempo de espera para la atención de ingreso fue adecuado

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	1	5	4	2
0	8,3%	41,6%	33,3%	16,6%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en un 41.6% que algunas veces el tiempo de espera para la atención de ingreso fue adecuado, seguido de muy pocas veces con 33.3%, seguido de nunca con 16,6% y finalizando con casi siempre con 8.3%

Tabla 21. Cree que el lugar asignado para la visita es cómodo.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
2	0	5	4	1
16,6%	0	41,6%	33,3%	8,3%

Fuente: Elaboración propia

En un 41.6% se evidencia que solo algunas veces el lugar donde los familiares y/o acudientes realizan la visita a los pacientes es cómodo, seguido de muy pocas veces con 33,3%, seguido de siempre con 16.6% y finalizando con nunca con 8.3%

Tabla 22. El personal de salud asignado para acompañar el momento de la visita es suficiente.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
2	1	3	5	1
16,6%	8,3%	25%	41,6%	8,3%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en un 41.6% que muy pocas veces el personal de salud brinda el acompañamiento suficiente durante las visitas a los pacientes, seguido de algunas veces con 25%, seguido de siempre con 16.6% y finalizando con casi siempre y nunca con un 8.3%

Tabla 23. Es fácil comunicarse con la institución para que le brinden algún tipo de información que desconozca.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	3	3	4	2
0	25%	25%	33,3%	16,6%

Fuente: Elaboración propia

En un 33.3% los familiares y/o acudientes refieren que muy pocas veces logran comunicarse con la institución para que les brinden información que desconocen, seguido de casi siempre y algunas veces con un 25% y finalizando con nunca con un 16.6%.

Tabla 24. Le informaron sobre la evolución de la enfermedad de su familiar

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
2	2	5	1	2
16,6%	16.6%	41,6%	8,3%	16.6%

Fuente: Elaboración propia

En un 41.6% se evidencia que solo algunas veces a los familiares y/o acudientes se les informa acerca de la enfermedad de su familiar, seguido de nunca, siempre y casi siempre con 16.6% y finalizando con muy pocas veces con un 8.3%

Tabla 25. Considera que la atención se ve afectada por causa de un trámite administrativo.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
2	3	4	2	1
16,6%	25%	33,3%	16,6%	8,3%

Fuente: Elaboración propia

En un 33.3% se logra evidenciar que algunas veces la atención en salud se ve afectada por un trámite administrativo, seguido de casi siempre con 25%, seguido de siempre y muy pocas veces con 16.6% y finalizando con nunca con 8.3%

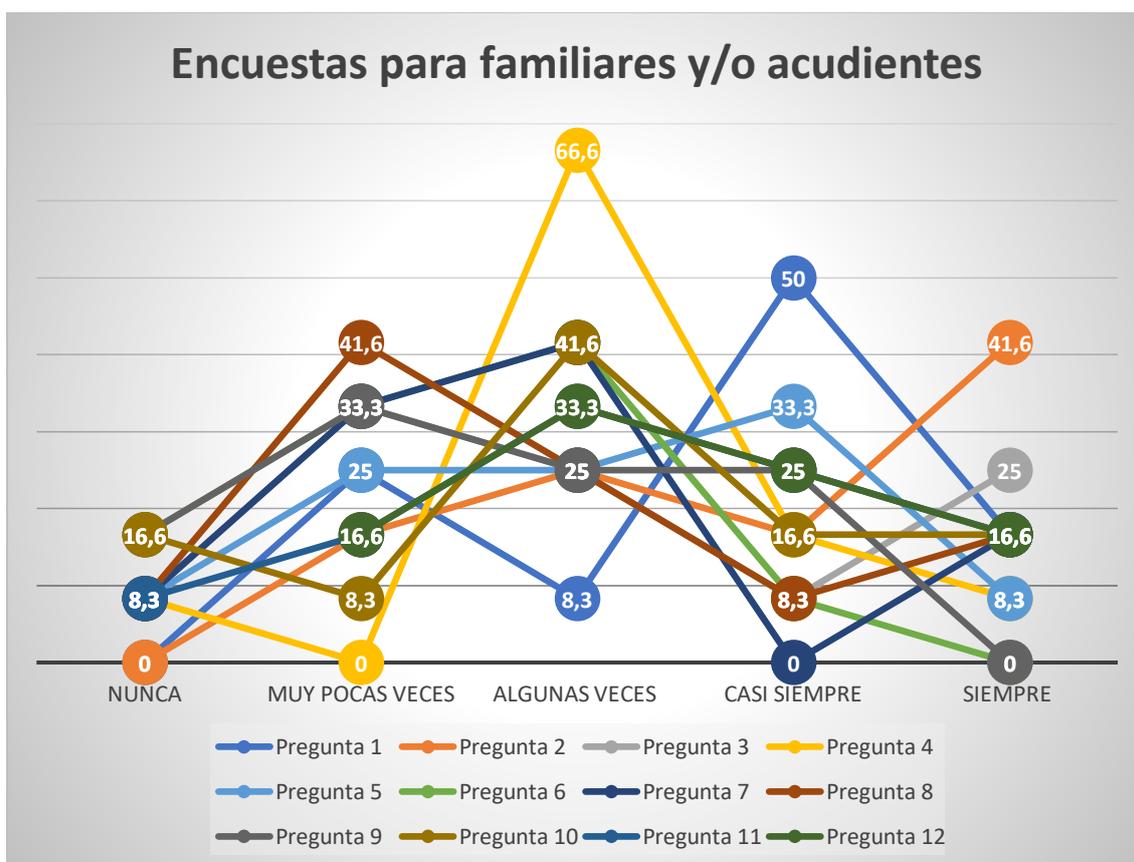
Tabla 26. Considera que la atención que le esta brindado el personal de salud a su familiar es adecuada.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
2	3	4	2	1
16,6%	25%	33,3%	16,6%	8,3%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en un 33.3% que los familiares y/o acudientes consideran solo algunas veces que la atención que le brinda el personal a sus familiares es buena, seguido de casi siempre con un 25%, seguido de siempre y muy pocas veces con 16.6% y finalizando con nunca con 8.3%

Gráfico 6 Resultados de familiares y/o acudientes

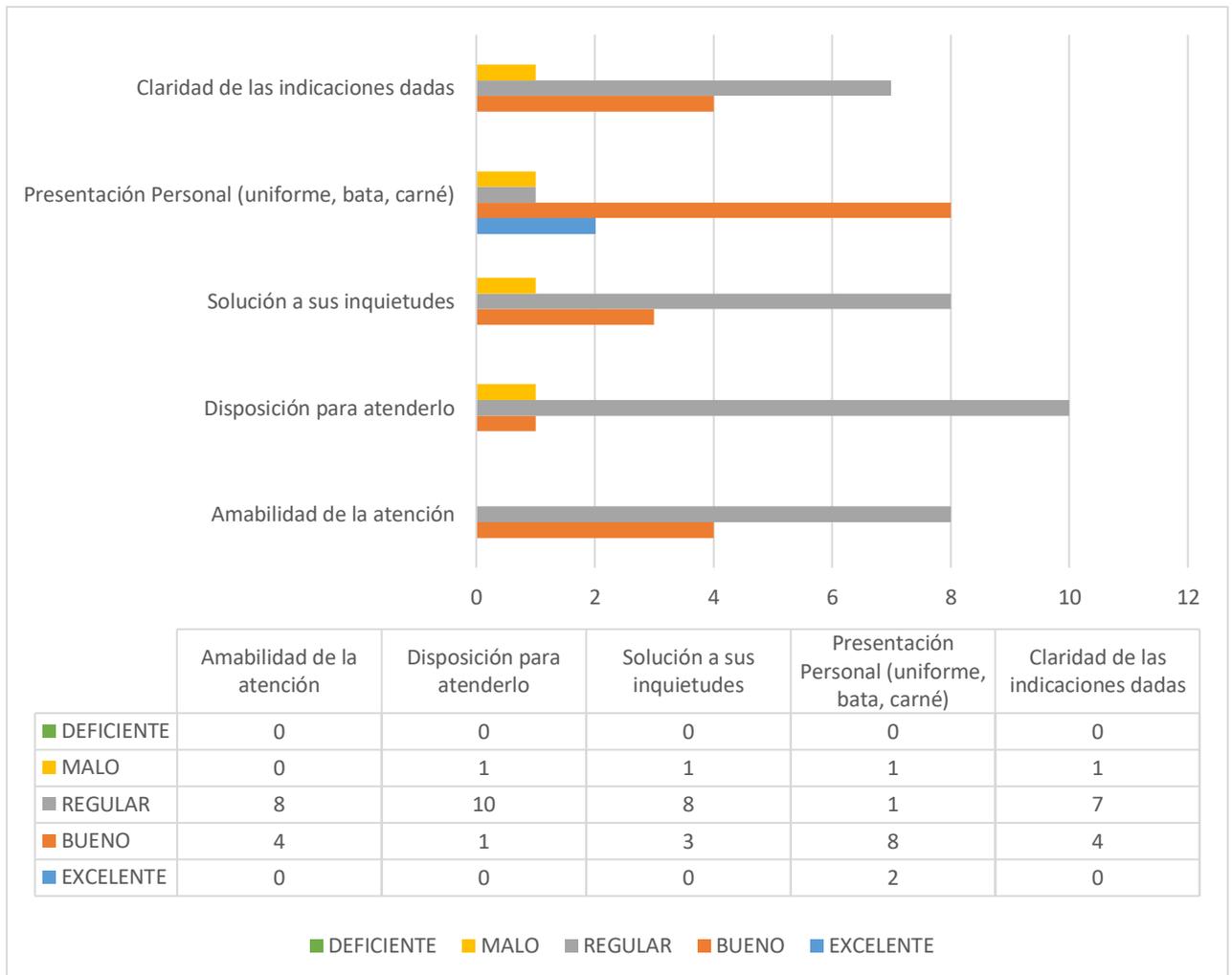


Fuente: Elaboración propia

- **Percepción de familiares y/o acudientes en cuanto a calidad y humanización en el servicio**

En la siguiente gráfica se representa la percepción de los familiares y/o acudientes frente a temas específicos de calidad y humanización en el servicio, calificado en escala de excelente, bueno, regular, malo o deficiente.

Gráfico 7 Percepción de familiares y/o acudientes



Fuente: Elaboración propia

En la amabilidad de la atención se evidencia con un 66.6% que es regular, seguida de un 33.3% que es buena.

En la disposición para atenderlo con un 83.3% los familiares refieren que es regular, finalizando con un 8.3% donde la categorizan como buena y mala.

En la solución a sus inquietudes con un 66.6% se categoriza como regular, seguida de un 25% que es buena y finalizando con un 8.3% que es mala.

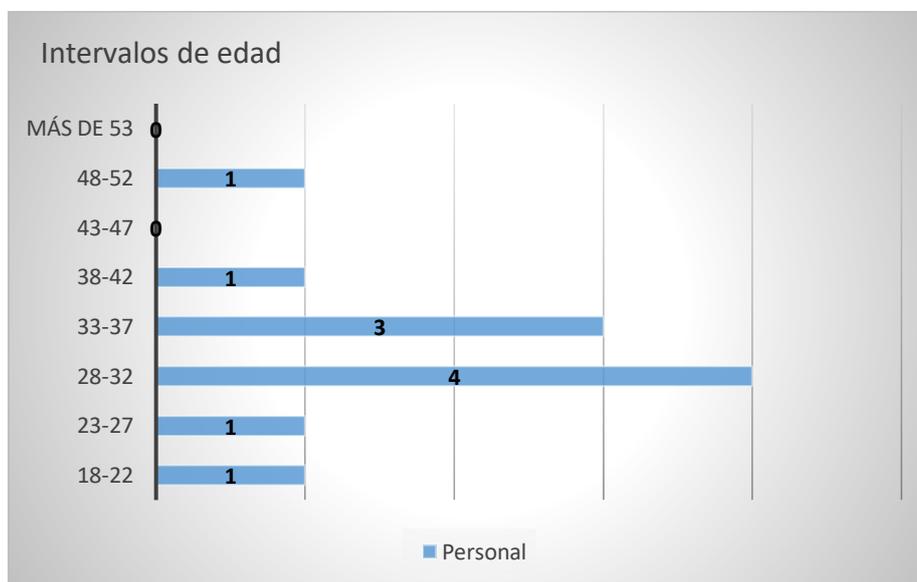
En la presentación personal con un 66.6% se evidencia que es buena, seguida de un 16,6% que es excelente y finalizando con un 8.3% que es mala y regular.

En la claridad de las indicaciones dadas se evidencia con un 58.3% que es regular, seguida de un 33.3% que es buena y finalizando con 8.3% que es mala.

- **Resultados de encuesta para personal**

De las encuestas aplicadas a los trabajadores seleccionados se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 8 Rango de edad personal de la institución

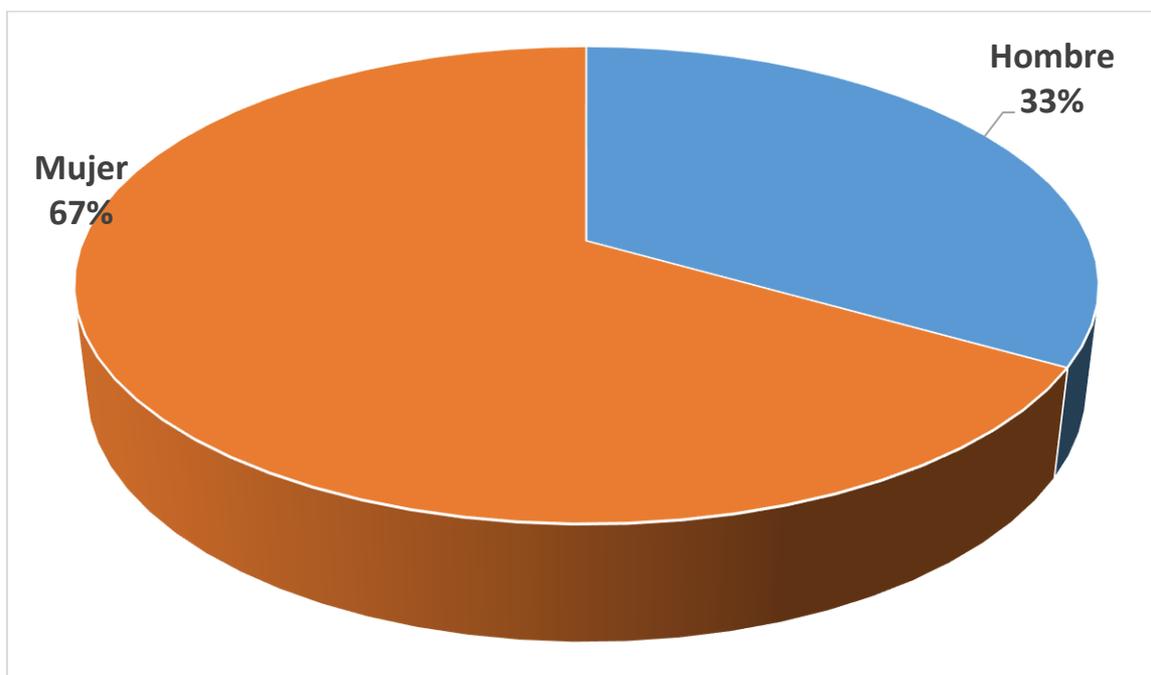


Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que en su mayoría con un 33.3% los trabajadores encuestados se encuentran en un intervalo de edades entre 28 y 32 años, seguido de un 25% en el intervalo de 33 y 37 años, finalizando con un 8.3% en los intervalos entre 18 y 22 años, 23 y 27 años, 38 y

42 años y 48 y 52 años; no se registran trabajadores entre los 43 y 47 años ni mayores de 53 años.

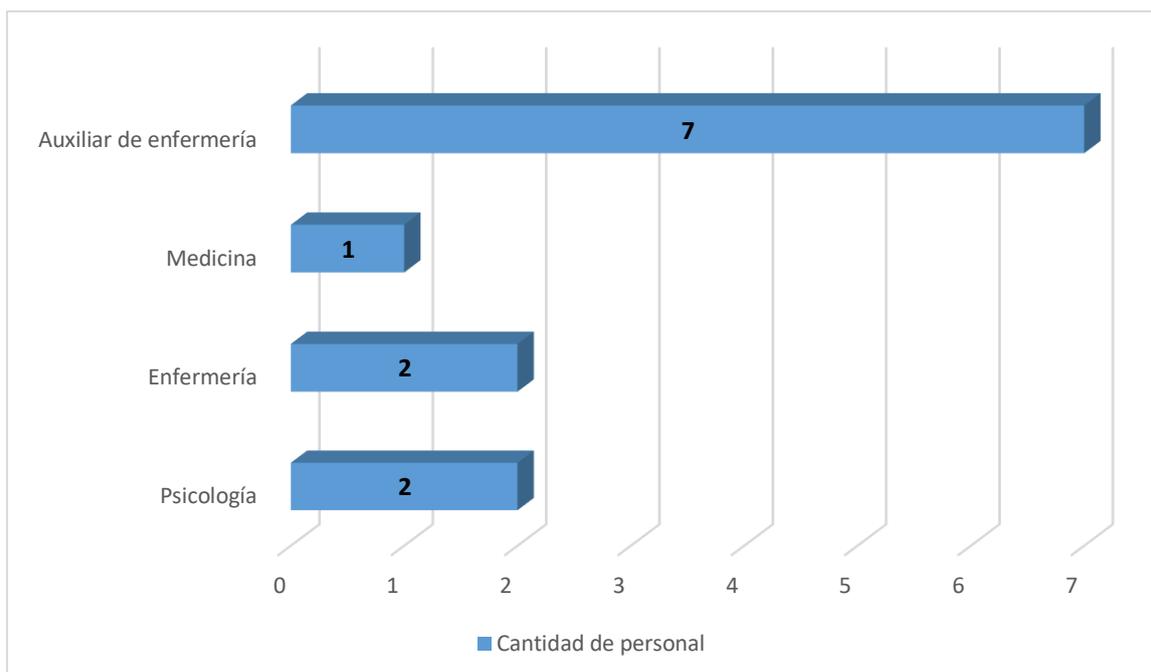
Gráfico 9 Genero del personal de la institución



Fuente: Elaboración propia

Evidenciándose que en su mayoría son mujeres con un 67% y hombres está conformado por un 33%

Gráfico 10 Área de desempeño del personal de la institución



Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que en un 58.3% el personal entrevistado corresponde a auxiliares de enfermería, seguido de 16.6% pertenecientes al área de enfermería y psicología y 8.3% correspondiente al área de medicina.

Tabla 27. Considera que con el tipo de contrato que tiene le garantizan una estabilidad laboral.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	0	0	3	9
0	0	0	25%	75%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en un 75% que el personal considera que el tipo de contratación nunca le genera estabilidad laboral y finalizando con muy pocas veces con un 25%

Tabla 28. Se realiza inducción antes de empezar a laborar.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	3	4	4	1
0	25%	33,3%	33,3%	8,3%

Fuente: Elaboración propia

En un 33,3% es evidente que solo algunas o muy pocas veces el personal realiza inducción antes de iniciar labores, seguido de casi siempre con un 25% y finalizando con nunca con un 8.3%

Tabla 29. La asignación del área de trabajo se realiza en base a la experiencia laboral que tiene el personal.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	2	6	4	0
0	16,6%	50%	33,3%	0

Fuente: Elaboración propia

En un 50% se evidencia que solo algunas veces el área de trabajo corresponde a la experiencia laboral, seguido de muy pocas veces con 33.3% y finalizando con casi siempre son 16.6%

Tabla 30. La institución planifica jornadas laborales mayores a 12 horas

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	0	10	0	2
0	0	83,3%	0	16,6%

Fuente: Elaboración propia

En un 83,3% se hace evidente que la institución planifica algunas veces jornadas laborales mayores a 12 horas y finalizando con nunca con un 16.6%

Tabla 31. Se tienen en cuenta las opiniones de los trabajadores para la asignación de turnos y/o toma de decisiones.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	0	0	5	7
0	0	0	41,6%	58,3%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia con un porcentaje de 58,3% que nunca se tienen en cuenta las opiniones de los trabajadores para la asignación de turnos o toma de decisiones y finalizando con muy pocas veces con un 41.6%.

Tabla 32. El personal es capacitado permanentemente.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	0	5	7	0
0	0	41,6%	58,3%	0

Fuente: Elaboración propia

En un 58,3% se identifica que muy pocas veces el personal es capacitado permanentemente y finalizando con algunas veces con 41.6%

Tabla 33. Cuando no se puede presentar a su turno asignado, su jefe permite con facilidad un cambio de turno.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	2	5	5	0
0	16,6	41,6%	41,6%	0

Fuente: Elaboración propia

En un 41,6% se evidencia que solo algunas veces o muy pocas veces se permite cambio de turno con facilidad y finalizando con casi siempre con 16.6%

Tabla 34. Durante la jornada laboral tiene derechos a periodos de descanso.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	0	6	6	0
0	0	50%	50%	0

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia con 50% de porcentaje que solo algunas veces o muy pocas veces se permiten periodos de descanso durante la jornada.

Tabla 35. Las instalaciones físicas son cómodas y seguras para el desarrollo de sus actividades (área de medicamentos, están de enfermería, lavandería, etc.)

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	1	8	3	0
0	8,3%	66,6%	25%	0

Fuente: Elaboración propia

En un 66,6% se evidencia que solo algunas veces las instalaciones físicas son cómodas para el desarrollo de actividades, seguido de muy pocas veces con 25% y finalizando con casi siempre con 8.3%.

Tabla 36. Considera que con el número de pacientes asignados usted puede garantizar una buena prestación de sus servicios.

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	1	8	3	0
0	8,3%	66,6%	25%	0

Fuente: Elaboración propia

Se identifica con un 66,6% que solo algunas veces el personal considera que el número de pacientes le permite garantizar un buen cuidado, seguido de muy pocas veces con 25% y finalizando con casi siempre con 8.3%.

Tabla 37. La I.P.S. cuenta con áreas exclusivas para el personal (comedor, sitios de descanso, baños para el personal)

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	1	2	8	1
0	8,3%	16,6%	66,6%	8,3%

Fuente: Elaboración propia

En un 66,6% se identifica que muy pocas veces la IPS cuenta con áreas específicas para el personal, seguido de algunas veces con 16.6% y finalizando con casi siempre y nunca con 8.3%

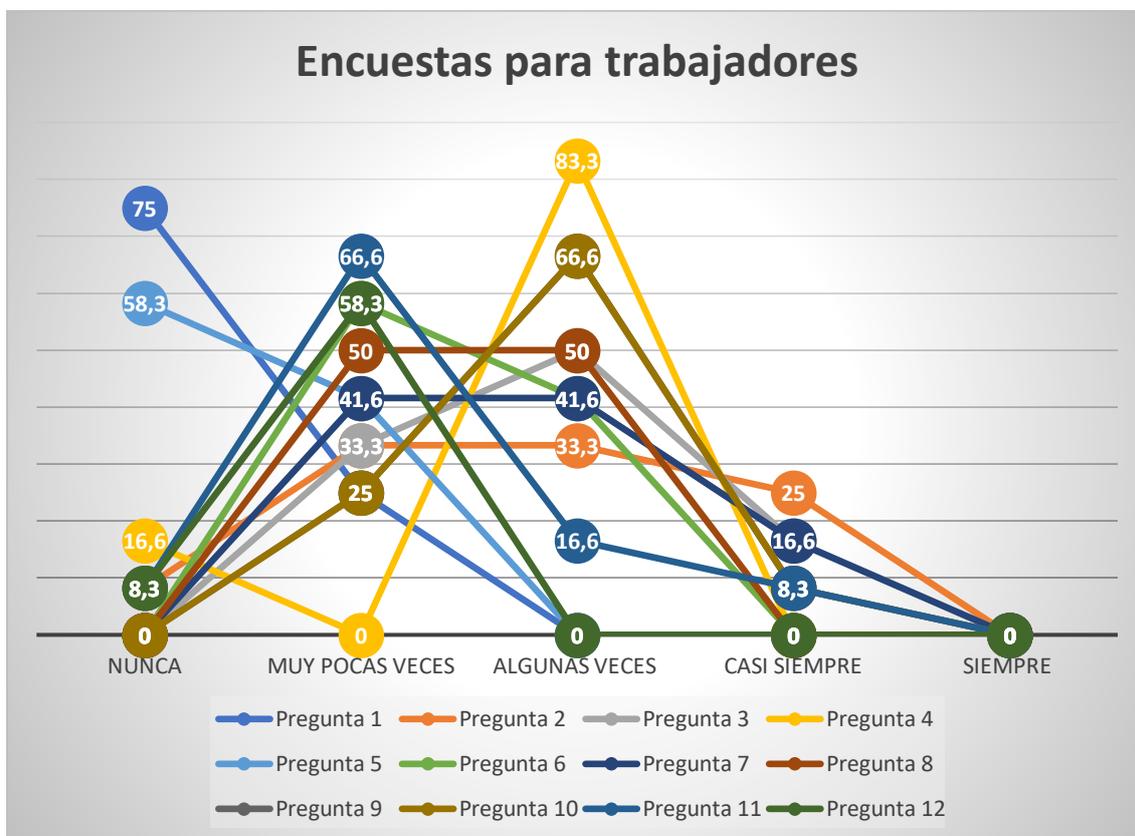
Tabla 38. El pago de sus honorarios lo hacen dentro del tiempo estipulado en su contrato

ESCALA DE IMPORTANCIA				
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
0	0	0	7	5
0	0	0	58,3%	41,6%

Fuente: Elaboración propia

Se identifica con un 58,3% que muy pocas veces los honorarios se reciben en el tiempo estipulado y finalizando con un nunca se reciben los honorarios en los tiempos estipulados con un 41.6%.

Gráfico 11 Resultados de trabajadores



Fuente: Elaboración propia

Una vez aplicadas las encuestas, tabuladas y analizada la información recopilada se puede evidenciar que la I.P.S de salud Mental no pone en práctica algunos aspectos de humanización en la prestación del servicio de salud, simplemente están cumpliendo con un trabajo donde el objetivo principal es aliviar un dolor físico, dejando a un lado la parte humana y el trato digno; se considera que esto puede deberse a factores de insatisfacción personal como profesionales ya que el sistema no permite una vinculación laboral formal y estable, la atención está condicionada por el tiempo el cual mide el número de pacientes atendidos que para la administración son los ingresos que se pueden percibir; en este sentido se ve la necesidad que las instituciones prestadoras de salud tomen conciencia que el ser humano también necesita de una atención basada en valores, calidad y amabilidad, la cual esta debe estar inmersa en el tratamiento convencional, al mismo tiempo las I.P.S deben procurar que sus trabajadores sientan que la institución en la que laboran es una

entidad que los respalda y les ofrece lo que necesitan para sentirse cómodos y seguros en el desempeño de sus funciones.

Programa de humanización para una IPS de salud mental en Bogotá basado en estándares superiores de calidad.

Hablar de humanización es poner en práctica los valores que posee cada uno de los actores que intervienen en la prestación de un servicio en salud, los cuales van inmersos con el desarrollo del conocimiento adquirido en las aulas de clase, es aquí donde el respeto por la vida va más allá que aliviar un dolor físico y cumplir con una atención más.

Es así como para poner en marcha el programa de humanización se debe contar con el compromiso institucional, liderado desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, de igual manera es importante tener el apoyo de los comités de la organización, uno de ellos es el comité de ética y también ver la participación de oficinas como las de talento humano, salud ocupacional, atención al usuario, entre otras; desde ahí se debe promover una cultura de humanización en la prestación del servicio de salud, propendiendo el respeto por la dignidad humana.

El programa de humanización de la IPS en salud mental se debe enfocar en dos líneas de acción, que den respuesta a las necesidades identificadas, una para el cliente externo (pacientes y familiares) y otra para el cliente interno (personal asistencial de la organización).

1. Líneas de acción centradas en las necesidades del cliente Externo:

- Derechos y deberes
- Instalaciones y recursos físicos
- Comunicación e Información

2. Líneas de acción centradas en las necesidades del cliente Interno:

- Bienestar laboral

- Comunicación institucional
- Formación al personal
- Instalaciones y espacios adecuados

Conclusiones

Es importante tener en cuenta que el acto de curar va más allá de la prestación de un servicio de salud, donde se pone en práctica el conocimiento para aliviar un dolor físico, más aún en aquellas enfermedades que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento del ser humano, por tal razón se considera necesario resaltar las siguientes conclusiones que aportó la revisión minuciosa de la bibliografía existente en la Humanización en la atención:

- La humanización en la atención en salud es un elemento fundamental en el proceso de recuperación de la enfermedad.
- Es indispensable invertir en educación, promoción y prevención en el campo de salud mental.
- Las IPS en salud mental carecen de espacios de reflexión, sensibilización y concientización sobre la importancia de la atención digna y humanizada al paciente.
- Los pacientes demandantes de salud mental hacen referencia a la deshumanización, al sufrir exclusión, rechazo y tratos deshumanizantes al interior de las instituciones.
- La humanización es un eje trazador en el Sistema Único de la Acreditación con el objetivo de asegurar la dignidad y el respeto del ser humano.
- Los programas de humanización incluyen conceptos como: gestión, barreras y agentes de la humanización que se consolidan con referentes para la construcción del programa elaborado en el presente proyecto.
- Un factor esencial dentro de la misión, visión y objetivos de toda institución prestadora de salud es la humanización de los servicios, pilar del respeto a la autonomía y toma de decisiones de los usuarios.

Con el conocimiento y manejo del tema se elaboró un instrumento (Encuesta) que contó con la validación de expertos, el cual sirvió para realizar una serie de preguntas, puntuales, claras y sencillas referentes al tema de humanización, con las cuales se pudo identificar las necesidades que existen referentes al tema en cada uno de los actores que

hacen parte de la población de interés: usuarios y trabajadores de una IP.S de Salud Mental, con el análisis de los resultados obtenidos, se pudo identificar que estas instituciones no cuentan con el conocimiento e implementación de estándares de humanización en la atención en salud mental, lo cual llevo a la elaboración del programa basado en estándares superiores de calidad, para que sirva como referencia y modelo para prestar un servicio con conocimiento, calidad y humanidad. Los principales hallazgos encontrados fueron:

Instrumentos de pacientes:

- 66,6% de los pacientes algunas veces reciben un trato cordial
- 58.3% de los pacientes manifiesta que muy pocas veces se les informa de una modificación en su tratamiento.
- 50% de los pacientes refieren que algunas veces la información brindada sobre su enfermedad es clara.
- 75% de los pacientes consideran que los elementos de uso personal entregados por la IPS muy pocas veces están en buen estado.

Instrumentos de familiares:

- En la amabilidad de la atención se evidencia con un 66.6% que es regular.
- En la disposición para atenderlo con un 83.3% los familiares refieren que es regular.
- En la solución a sus inquietudes con un 66.6% se categoriza como regular.
- En la presentación personal con un 66.6% se evidencia que es buena.
- En la claridad de las indicaciones dadas se evidencia con un 58.3% que es regular.

Instrumentos de trabajadores:

- Se evidencia en un 75% que el personal considera que el tipo de contratación nunca le genera estabilidad laboral.

- En un 33,3% es evidente que solo algunas veces el personal realiza inducción antes de iniciar labores.
- En un 83,3% se hace evidente que la institución algunas veces planifica jornadas laborales mayores a 12 horas.
- un porcentaje de 58,3% percibe que nunca se tienen en cuenta las opiniones de los trabajadores para la asignación de turnos o toma de decisiones.
- En un 58,3% se identifica que muy pocas veces el personal es capacitado por parte de la institución.
- En un 41,6% se evidencia que solo algunas veces se permite cambio de turno con facilidad
- Se evidencia con 50% de porcentaje que solo algunas veces se permiten periodos de descanso durante la jornada.
- En un 66,6% se evidencia que solo algunas veces las instalaciones físicas son cómodas para el desarrollo de actividades.
- Se identifica con un 66,6% que solo algunas veces el personal considera que el número de pacientes le permite garantizar un buen cuidado.
- Se identifica con un 58,3% que muy pocas veces los honorarios se reciben en el tiempo estipulado.

Las anteriores necesidades permitieron concluir:

- El tema de humanización en la prestación de un servicio de salud se debe fortalecer en el alma mater de formación de los profesionales, no solo con el contenido de la teoría, si no llevándolo a la práctica en el desarrollo de toda la carrera; esta formación debe ser continuada en las instituciones donde se va desempeñar laboralmente.
- La institución carece de instalaciones físicas y elementos de trabajo en condiciones óptimas, con los cuales puedan prestar una atención adecuada con dignidad y calidad, que apoye el desarrollo del conocimiento, logrando así un ambiente seguro y de confianza no solo para el personal sino para los usuarios.
- El diseño de investigación de tipo investigación-acción, permite generar un cambio en la perspectiva de las partes interesadas en la prestación de un servicio de salud

- Los hombres y/o mujeres con trastorno depresivo moderado y ansiedad tienen un deterioro de capacidad cognitiva menor en comparación a los pacientes con patologías de tipo psiquiátrico graves (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y demencia).
- Es necesario realizar el diseño de un programa de humanización para una I.P.S. de salud mental en Bogotá basado en estándares superiores de calidad.

En este sentido se materializó la elaboración del Programa de humanización para una I.P.S. de salud mental en Bogotá basado en estándares superiores de calidad, donde se da a conocer la normatividad que la reglamenta, conocimientos fundamentales que se deben tener en cuenta y aplicar al momento de prestar una atención en salud, como se dijo al inicio no solo se busca aliviar el dolor físico sino que la prestación sea con trato digno y humano, en unas condiciones óptimas para todos los actores involucrados y teniendo en cuenta las siguientes conclusiones:

- Se deben definir los mecanismos de acción con los cuales se incentiven no solo al personal sino a los usuarios a que se sientan cómodos y seguros de estar en la institución y esto se vea reflejado en el gusto y placer que sientan los profesionales por realizar su trabajo y en los usuarios que sientan el lugar de recuperación como su casa.
- El programa de humanización está encaminado a satisfacer las necesidades respecto a cuidado humanizado de todos los usuarios que demanden atención de salud mental en la institución, familiares y todos los colaboradores.
- El programa es transversal y puede ser implementado en todos los procesos institucionales y en todas las sedes de la organización, promoviendo una cultura de humanización en la prestación de servicios de salud.
- El programa de humanización que la IPS en salud mental debe implementar 2 enfoques específicos, uno para el cliente externo y otro para el cliente interno.
- Para asegurar la adecuada implementación e impacto positivo, es necesario adelantar los procesos de evaluación y seguimiento por medio de indicadores específicos que permitan medir las deficiencias o logros del presente programa.

Recomendaciones

Es evidente que no es fácil lograr un cambio en la actitud y aptitud de los seres humanos, para esto es necesario que se empiece por reconocer a todo ser humano como un ser único, holístico e integral, cuya atención sea impartida con base a la ética y valores corporativos por todo el equipo que hace parte de la institución, quien debe estar articulado y comprometido con la cultura de humanizar, la cual debe ir ajustada de acuerdo con las políticas nacionales y sectoriales. Por lo anteriormente mencionado es válido sugerir las siguientes recomendaciones:

- Sensibilizar sobre el cuidado humanizado y de calidad desde la formación académica.
- Las instituciones de salud deben realizar un amplio trabajo en el reconocimiento del ser humano como un ser integral.
- Implementar el programa de humanización previamente diseñado en I.P.S. de salud mental que lo requieran.
- Como profesionales en salud debemos reflexionar acerca del cuidado que brindamos y de la responsabilidad que tenemos a cargo.
- Las instituciones deben generar un cambio en la estigmatización hacia los pacientes con patologías de salud mental.
- Las instituciones de salud tienen el compromiso de adaptar herramientas que apoyen la evaluación de la atención en los servicios de salud como resultado efectivo frente a la competitividad.
- El programa de humanización debe ser socializado al interior de la empresa para lograr mayor compromiso.
- Favorecer un mayor compromiso de la dirección en el cumplimiento de objetivos del programa de humanización.
- Crear equipos interdisciplinarios que permitan involucrar en mayor proporción a la comunidad en el desarrollo del programa de humanización.
- Es indispensable proveer al recurso humano los de mecanismos para que logren efectuar apropiadamente sus competencias en el logro de una atención con calidad.

Anexos

ANEXO 1

ENCUESTA PARA PACIENTE INICIAL

fecha:	Tipo de Usuario:
Edad:	
Genero:	

En cada una de las preguntas siguientes, marque con una x el número que mejor se adecúe a su opinión

Pregunta	Escala de importancia				
	SI	NO	NO RECUERDA	EN OCASIONES	SIEMPRE
Al ingreso a la I.P.S recibe un trato cordial	1	2	3	4	5
Le informaron de sus deberes y derechos como usuario	1	2	3	4	5
Le han brindado información clara y oportuna al ingreso de la hospitalización.	1	2	3	4	5
Existe privacidad al brindarle atención.	1	2	3	4	5
Siente que el trato que recibe es igual para todos los pacientes.	1	2	3	4	5
Le brindan una explicación cada vez que le realizan un procedimiento.	1	2	3	4	5
Conoce las normas que tiene la I.P.S.	1	2	3	4	5
Considera que los equipos con que lo atienden son los adecuados.	1	2	3	4	5
Lo llaman por su nombre.	1	2	3	4	5
Es escuchado cuando tiene alguna inquietud.	1	2	3	4	5
Consideran que es suficiente la información que le brindan.	1	2	3	4	5
Considera que el personal que lo atiende está bien preparado.	1	2	3	4	5

ANEXO 2

ENCUESTA PARA PACIENTE APROBADA

fecha:	Nombre E.P.S					
Rango de Edad en Años: de 18-22 de 23-27 de 28-32 de 33-37 de 38-42 de 43-47 de 48-52						
Más de 53 años						
Género: Mujer		Hombre		Otra		

En cada una de las preguntas siguientes, marque con una x el número que mejor se adecúe a su opinión

Pregunta	Escala de importancia				
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
Al ingreso a la I.P.S recibe un trato cordial	5	4	3	2	1
El personal que lo atiende lo mira a los ojos cuando le habla.	5	4	3	2	1
Para informarle sobre su enfermedad el personal de salud le habla con palabras claras y sencillas.	5	4	3	2	1
El personal que lo atiende lo saluda y se despide cada vez que le presta una atención.	5	4	3	2	1
Le brindan una explicación cada vez que le realizan un procedimiento	5	4	3	2	1
El personal que lo atiende respeta sus creencias religiosas.	5	4	3	2	1
Los elementos de uso personal entregados por la entidad para su uso se encuentran en buen estado. (pijama, toalla, sábanas, cobijas)	5	4	3	2	1
Lo llaman por su nombre	5	4	3	2	1
Es escuchado cuando tiene alguna inquietud	5	4	3	2	1
El médico le brinda una información clara sobre su enfermedad y tratamiento.	5	4	3	2	1
Al momento de hacerle un llamado de atención el personal de salud lo hace delante de los demás pacientes.	5	4	3	2	1

ANEXO 3

ENCUESTA PARA FAMILIAR Y/O ACUDIENTE INICIAL

fecha:	Tipo de Usuario:
Edad:	
Genero:	

En cada una de las preguntas siguientes, marque con una x el número que mejor se adecúe a su opinión.

Pregunta	Escala de importancia				
	SI	NO	NO RECUERDA	EN OCASIONES	SIEMPRE
Al ingreso a la I.P.S recibe un trato cordial	1	2	3	4	5
Le brindaron información sobre los horarios de visita	1	2	3	4	5
Le explicaron que elementos y alimentos están permitidos traer al paciente en la visita.	1	2	3	4	5
El personal de salud le brinda información clara y precisa cuando usted la solicita	1	2	3	4	5
Al firmar documentos para la hospitalización le han explicado cada formato que firma.	1	2	3	4	5
Considera que el tiempo de espera para la atención de ingreso fue demasiado.	1	2	3	4	5
Cree que el lugar asignado para la visita es cómodo.	1	2	3	4	5
El personal de salud asignado para acompañar el momento de la visita es suficiente.	1	2	3	4	5
Es fácil comunicarse con la institución para que le brinden algún tipo de información que desconozca.	1	2	3	4	5
Le informaron sobre las normas que tiene la I.P.S.	1	2	3	4	5
Ha sido atendido con amabilidad por el personal que labora en la I.P.S.	1	2	3	4	5
La atención que le está brindado el personal de salud a su familiar considera que es la adecuada.	1	2	3	4	5

ANEXO 4

ENCUESTA PARA FAMILIAR Y/O ACUDIENTE APROBADA

fecha:						
Rango de Edad en Años: de 18-22	de 23-27	de 28-32	de 33-37	de 38-42	de 43-47	de 48-52
Más de 53 años						
Género: Mujer	Hombre	Otra				

En cada una de las preguntas siguientes, marque con una x el número que mejor se adecúe a su opinión.

Pregunta	Escala de importancia				
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
Al ingreso a la I.P.S usted y su familiar enfermo recibe un saludo por parte del personal de la I.P.S.	5	4	3	2	1
Le brindaron información sobre los horarios de visita	5	4	3	2	1
Le explicaron que elementos y alimentos están permitidos traer al paciente en la visita.	5	4	3	2	1
El personal de salud le brinda información clara y precisa cuando usted la solicita	5	4	3	2	1
Al firmar documentos para la hospitalización le han explicado cada formato que firma.	5	4	3	2	1
Considera que el tiempo de espera para la atención de ingreso fue adecuado	5	4	3	2	1
Cree que el lugar asignado para la visita es cómodo.	5	4	3	2	1
El personal de salud asignado para acompañar el momento de la visita es suficiente.	5	4	3	2	1
Es fácil comunicarse con el personal encargado en la institución para que le brinden información que desconozca.	5	4	3	2	1
Le informaron sobre la evolución de la enfermedad y el tratamiento dado a su familiar	5	4	3	2	1
Considera que la atención se ve afectada por causa de un trámite administrativo.	5	4	3	2	1
Considera que la atención que le esta brindado el personal de salud a su familiar es buena.	5	4	3	2	1

CALIDAD Y HUMANIZACION EN EL SERVICIO

Califique de 1 a 5 donde: 5=EXCELENTE, 4=BUENO, 3=REGULAR, 2=MALO, 1=DEFICIENTE, al personal en los siguientes aspectos:

Amabilidad de la atención	Disposición para atenderlo	Solución a sus inquietudes	Presentación Personal (uniforme, bata, carné)	Claridad de las indicaciones dadas

ANEXO 5

ENCUESTA PARA PERSONAL INICIAL

fecha:	Tipo de Usuario:
Edad:	
Genero:	

En cada una de las preguntas siguientes, marque con una x el número que mejor se adecúe a su opinión.

Pregunta	Escala de importancia				
	SI	NO	NO RECUERDA	EN OCASIONES	SIEMPRE
Considera que el tipo de contrato que tiene es el adecuado.	1	2	3	4	5
Se realiza inducción antes de empezar a laborar.	1	2	3	4	5
Le asignación del área de trabajo se realiza en base a la experiencia laboral.	1	2	3	4	5
La I.P.S. garantiza todos los elementos necesarios para una prestación efectiva del servicio.	1	2	3	4	5
Se tienen en cuenta las opiniones de los trabajadores para la asignación de turnos.	1	2	3	4	5
El personal es capacitado permanentemente.	1	2	3	4	5
El personal contratado es el suficiente para la demanda de pacientes hospitalizados.	1	2	3	4	5
La prestación de los servicios que se presta es la que esta ofertada por la I.P.S.	1	2	3	4	5
Los equipos que utiliza para el desarrollo de sus funciones están en buen estado.	1	2	3	4	5
Cuando ingreso a laborar con la I.P.S le informaron las normas y políticas que se rigen.	1	2	3	4	5
Siente que tiene respaldo de sus superiores.	1	2	3	4	5
Considera que la remuneración por la prestación de sus servicios es la adecuada.	1	2	3	4	5

ANEXO 6

ENCUESTA PARA PERSONAL APROBADA

fecha:	Cargo						
Rango de Edad en años: de 18-22	de 23-27	de 28-32	de 33-37	de 38-42	de 43-47	de 48-52	Más de 53 años
Género: Mujer	Hombre						Otro

En cada una de las preguntas siguientes, marque con una x el número que mejor se adecúe a su opinión.

Pregunta	Escala de importancia				
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
Considera que con el tipo de contrato que tiene le garantiza una estabilidad laboral.	5	4	3	2	1
Se realiza inducción antes de empezar a laborar.	5	4	3	2	1
La asignación de las actividades se realiza en base a la experiencia laboral que tiene el personal.	5	4	3	2	1
La institución planifica jornadas laborales mayores a 12 horas	5	4	3	2	1
Se tienen en cuenta las opiniones de los trabajadores para la asignación de turnos y/o toma de decisiones.	5	4	3	2	1
El personal es capacitado permanentemente.	5	4	3	2	1
Se cuenta con la opción de cambio de turno cada vez que se requiere.	5	4	3	2	1
Durante la jornada laboral tiene derechos a periodos de descanso.	5	4	3	2	1
Las instalaciones físicas son cómodas y seguras para el desarrollo de sus actividades (área de medicamentos, están de enfermería, lavandería, etc)	5	4	3	2	1
Considera que con el número de pacientes asignados usted puede garantizar una buena prestación de sus servicios.	5	4	3	2	1
La I.P.S. cuenta con áreas exclusivas para el personal (comedor, sitios de descanso, baños para el personal)	5	4	3	2	1
Considera justo el pago de sus honorarios, le pagan dentro del tiempo estipulados en su contrato	5	4	3	2	1

ANEXO 7

FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA.

Las encuestas se aplicarán en algunas I.P.S. de Salud Mental de la ciudad de Bogotá, va dirigida a pacientes con patología de un diagnóstico de Depresión leve y moderada en fase aguda, familiares de pacientes de diferentes servicios y al personal asistencial y administrativo que laboran en la institución

1. Las encuestas cuentan con un encabezado principal la cual contiene datos básicos que deben ser diligenciadas así:

FECHA: se escribirá el día, mes y año que se desarrolle la encuesta.

EDAD: rango de edad que tiene el paciente, familiar o el trabajador al momento de diligenciar la encuesta.

GENERO: hace referencia como se clasifican si es mujer, Hombre, Otro

NOMBRE E.P.S: únicamente para pacientes - en la encuesta de los pacientes se debe escribir el nombre de ala E.P.S a la cual se encuentra afiliado.

CARGO: para las encuestas del personal deberán registrar el cargo que desempeñan dentro de la institución.

1. Inicia el desarrollo de la encuesta con un tipo de preguntas relacionadas en el tema de humanización, cuya respuesta será clasificad por el encuestado marcando con una x la opción que mejor le parezca.

La encuesta se trabaja con la escala de Likert porque con ella se puede evaluar las opiniones de los encuestados a través de preguntas claras y sencillas las cuales están enmarcadas en un rango de 5 a 1 puntuaciones que será útil para poder evaluar y analizar las respuestas obtenidas.

5	Es el valor más alto y se le da a la respuesta de siempre
4	Va disminuyendo el valor donde cuatro es casi siempre
3	En este valor que se considera intermedio con un valor de tres que algunas veces
2	En esta puntuación de dos muy pocas veces
1	La puntuación más baja donde la respuesta es nunca.

2. En la encuesta del familiar o acudiente se adiciona una casilla para que evalúen al personal en cuanto a calidad y humanización en el servicio, marcando con una x la respuesta que mejor les parezca, dando también una puntuación de 5 a 1 así:

5	Excelente: puntuación más alta
4	Bueno; empieza a disminuir
3	Regular: una puntuación intermedia
2	Malo: disminuye
1	Deficiente: puntuación más baja

ANEXO 8
MATRIZ DE REVISION BIBLIOGRAFICA

TITULO	DATOS BIBLIOGRAFICOS	IDEAS PRINCIPALES	RESUMEN
Humanización del servicio de salud mental en un Establecimiento de sanidad militar.	<p>Tipo de documento: Monografía</p> <p>Autor: Edwin Ávila Nieto, Darío José Yaneth Acosta, Edson Jair Ospina Lozano (Asesor)</p> <p>Universidad: Santo Tomas</p> <p>Año: 2017</p> <p>País: Colombia</p>	<p>❖</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Humanización ❖ Salud mental ❖ Calidad en salud ❖ Contexto militar ❖ Seguridad social. 	<p>“El presente trabajo monográfico hace referencia a los procesos de humanización en salud mental en un establecimiento de sanidad militar, teniendo en cuenta que humanizar requiere de una posición ética relacionada con principios y valores, en donde se vea al ser humano desde una óptica integral reconociéndole su condición física, mental, relacional y espiritual. El sistema general de seguridad social en Colombia a partir de su normatividad vigente ha propuesto diferentes modificaciones a nivel estructural, con el fin de promover un mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. La política de Salud mental, la cual es adoptada por el subsistema de Salud del Ejército Nacional como régimen de excepción, no es ajena a dichos cambios, por ende surge el interés de identificar procesos de humanización, a partir del sistema para la garantía de la calidad, haciendo énfasis en el mejoramiento continuo de las instituciones en salud, propendiendo por dar respuesta a necesidades singulares de directivos, usuarios y trabajadores; regidos bajo estándares de calidad, bioéticos y de seguridad para todos”</p>

<p>La humanización en salud, tarea inaplazable.</p>	<p>Tipo de documento: Libro Autor: José Carlos Bermejo, Angelo Brusco, Leonard M. Martín Editorial: San Pablo Año: 2014 País: Colombia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Humanización y Pastoral de la Salud ❖ Proceso de reflexión ❖ Servicio de salud 	<p>“Este libro responde al compromiso del Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud de Bogotá, para promover una cultura de vida y salud, generar un proceso de reflexión personal, profesional e institucional sobre la manera como se presta el servicio de salud y la atención a enfermos y familiares. El libro presenta un itinerario reflexivo y es una compilación de artículos escritos por varios autores que, desde su experiencia y trabajo en distintos ámbitos del mundo de la salud, nos motivan a comprometernos en esta tarea inaplazable. Colaboran con artículos en esta publicación Leocir Pessini, Angelo Brusco, José Carlos Bermejo, Javier Barbero, Luíz Antonio Bettinelli, Luciana Bertachini, Josemara Waskiewicz, Alacoque Lorenzini Erdmann, Leonard M. Martín, Luciana Bertachini.”</p>
<p>La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado.</p>	<p>Tipo de documento: Artículo Autor: Martha Liliana Correa Zambrano Editorial: Revista cuidarte Año: 2016 País: Colombia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestación de Atención de Salud ❖ Servicios de Salud ❖ Humanización de la Atención 	<p>“Introducción: La tecnificación de los servicios de salud, la prioridad por la eficiencia y el control del costo, han hecho que el personal de salud anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano. Materiales y Métodos: Artículo de reflexión sobre temas relacionados con la humanización de los servicios de salud, hace una exhortación sobre la responsabilidad que todos los actores del sistema de salud tienen frente al paciente y su familia, así como su participación en la práctica de salud por medio del cuidado. Resultados: Se señalan</p>

			<p>algunos aspectos desde la ética y la integralidad que contribuyen a humanizar los servicios de salud involucrando a los profesionales, gestores de salud y usuarios. Discusión y Conclusiones: Desde la perspectiva de los usuarios existen dificultades en la atención brindada por los profesionales de salud, especialmente en su integridad, esta situación puede presentarse como consecuencia del sistema de salud, donde la persona como sujeto de derecho es cada vez más invisible.”</p>
<p>Estándares e indicadores para evaluar la atención de enfermería en unidades psiquiátricas.</p>	<p>Tipo de documento: Artículo Autor: Rafael Antonio Estévez Ramos, Ma. Dolores Martínez Garduño, Cristina Salvador Martínez, Beatríz Arana Gómez y Samuel Ramírez Moreno. Editorial: Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Año: 2009 País: México</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estándares ❖ Indicadores ❖ Sueño ❖ Enfermería ❖ Salud mental. 	<p>“El estándar es una declaración explícita de calidad, para determinar su grado de cumplimiento es necesario contar con indicadores, determinando el margen entre el desempeño ideal y el real en los procesos y los resultados de satisfacción de los usuarios. La medición de la calidad de la atención de enfermería es tan importante como extensa, las unidades psiquiátricas no pueden estar ajenas a esto; siendo que la salud mental es factor importante para el desarrollo progresivo y armónico de la sociedad, la inexistencia de estándares e indicadores atenta contra la salud física del paciente, el equilibrio emocional del trabajador, la economía familiar del enfermo y los gastos de la institución; en este sentido se validaron instrumentos con enfoque de sistema, que se sirvan de guía para evaluar la atención de enfermería en unidades psiquiátricas, a través de procedimientos específicos de enfermería: baño de regadera,</p>

			alimentación y ministración de medicamentos por vía oral y descanso y sueño; utilizando la Técnica Delphi y Alpha de Cronbach, demostrando que éstos permitirán planear acciones eficientes y eficaces que mejoren la atención de enfermería en psiquiatría, luego que obtuvieron la confiabilidad necesaria para ser utilizados a nivel nacional y ser referentes a nivel internacional.”
Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes.	<p>Tipo de documento: Anexo técnico</p> <p>Autor: Ministerio de salud y protección social</p> <p>Editorial: Ministerio de salud y protección social</p> <p>Año: 2014</p> <p>País: Colombia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atención integral ❖ Atributos de la calidad ❖ Humanización 	Este anexo está contenido por un marco conceptual conformado principalmente por la atención integral en salud, calidad y humanización, atributos de la calidad y acciones de mejora; Una metodología centrada en las mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes en busca de una coordinación, articulación y mejoramiento continuo. Como elementos de la metodología enmarca el reconocimiento del contexto territorial, el conocimiento de las competencias en el marco del SGSSS, la participación de la familia y comunidad y el conocimiento de los referentes técnicos y la implementación de la metodología.
Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud.	<p>Tipo de documento:</p> <p>Autor: Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Editorial: Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Año: 2016</p> <p>País: Colombia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Calidad ❖ Mejoramiento continuo 	El Plan Nacional de mejoramiento de la calidad en salud contiene los principales problemas en calidad, el marco conceptual del PNMCS, sus elementos, principios orientadores, directrices de calidad, dinámicas impulsadoras para el mejoramiento continuo de la gestión, Un marco estratégico, las responsabilidades de los agentes del Sistema de Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social, de los departamentos, distritos y municipios, De las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y un Seguimiento y evaluación del

			Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.
Instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.	<p>Tipo de documento: Instrumento</p> <p>Autor: Organización Mundial de la Salud</p> <p>Editorial: Organización Mundial de la Salud</p> <p>Año: 2015</p> <p>País: Mundial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Derechos humanos ❖ Equipo de gestión ❖ Comités de evaluación ❖ Aprobación ética 	Dentro de los contenidos del instrumento está contemplado quién puede hacer uso del instrumento, los organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales de derechos humanos, los organismos y mecanismos nacionales, como constituir el equipo de gestión del proyecto y fijar los objetivos, como determinar el método de la evaluación, como capacitar a los miembros del/de los comité(s) de evaluación, como determinar las atribuciones del/de los comité(s) de evaluación, como preparar los formularios de consentimiento y obtener aprobación ética, como programar y llevar a cabo la evaluación, como observar los establecimientos, como examinar la documentación del establecimiento, como entrevistar a los usuarios, familiares (amigos o cuidadores) y miembros del personal, como elaborar informe de los resultados de la evaluación, como utilizar los resultados de la evaluación y los anexos.
La humanización en la atención del paciente agitado con esquizofrenia.	<p>Tipo de documento: Trabajo de grado</p> <p>Autor: Sara Trapero Pons</p> <p>Editorial: Universidad de Cantabria</p> <p>Año: 2016</p> <p>País: España</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esquizofrenia ❖ Agitación ❖ Restricción física ❖ Humanización de la atención ❖ Cuidados de enfermería. 	“La esquizofrenia, también conocida como psicosis, es una enfermedad mental caracterizada por un exceso de los neurotransmisores de dopamina y serotonina en las comunicaciones intracelulares del cerebro. Los pacientes con esquizofrenia sufren una distorsión de la realidad y en la mayoría de los casos no tienen conciencia de la enfermedad durante los primeros episodios de ésta. Los síntomas de la enfermedad condicionan su forma de vida afectando seriamente a sus esferas personal, laboral y social. En la sociedad existe una gran cantidad de estigmas sobre la enfermedad que dificulta aún más la reincorporación de estos pacientes a sus hábitos de vida

			<p>cotidiana. Incluso entre los profesionales sanitarios se muestran actitudes negativas hacia ellos que condicionan los cuidados que se les presta. Para garantizar unos cuidados humanizados al paciente con enfermedad mental, y más concretamente a los pacientes con esquizofrenia, los profesionales de enfermería deberían poseer los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para saber atenderlos adecuadamente y, en caso de agitaciones, promover la contención verbal y disminuir el número de contenciones físicas que tan traumáticas resultan para los pacientes.”</p>
<p>Programa de humanización para el personal de enfermería del dispensario médico Sur Occidente Héroes de Sumapaz – Bogotá</p>	<p>Tipo de documento: Tesis Autor: Valbuena Barón Andrea Natally, Franco Díaz María Camila y Gutiérrez Agudelo María del Carmen (Asesora) Editorial: Universidad de la Sabana Año: 2016 País: Colombia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atención médica ❖ Evaluación ❖ Enfermería como profesión ❖ Atención al paciente ❖ Evaluación del rendimiento de empleados 	<p>Desde la apertura del Dispensario Sur Occidente Héroes De Sumapaz- Bogotá hasta la actualidad, no se ha realizado ninguna sensibilización al personal de enfermería con respecto a la humanización en el trato a los usuarios, logrando que, con el transcurrir del tiempo se pierda la calidad en la atención brindada y esto lleve a reportar insatisfacción por parte de los usuarios.</p>
<p>Resolución 5095 de 2018.</p>	<p>Tipo de documento: Resolución Autor: Ministerio de Salud y protección social Editorial: Ministerio de Salud y protección social Año: 2018 País: Colombia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estándares de acreditación ❖ Seguridad del paciente ❖ Procesos Institucionales seguros 	<p>Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario que contiene a quien aplica, los periodos de transición, estándares de acreditación, seguridad del paciente y procesos institucionales seguros.</p>

Plan de humanización.	<p>Tipo de documento: Plan</p> <p>Autor: Instituto Nacional de Cancerología</p> <p>Editorial: Ministerio de Salud y protección social</p> <p>Año: 2016</p> <p>País: Colombia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Salud como imperativo ético ❖ Calidad ❖ Humanización ❖ Transformación 	<p>“La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman. La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así mismo pretende generar e impulsar un proceso de transformación de la cultura del sistema de salud a partir del cambio de comportamiento de las personas en las instituciones en todos los niveles del sistema de salud, (nacional, intermedio y local) reconociendo los valores, la historia y logros alcanzados. Por lo cual la humanización puede transformar la manera de pensar, dirigir y actuar del Sistema de salud. (ministerio de la protección social, 2016)”</p>
-----------------------	---	--	--

Fuente: Elaboracion propia

Referencias bibliográficas

- Avila, E., & Yaneth, D. (2017). Humanización del servicio de salud mental en un establecimiento de sanidad militar (Tesis de Posgrado). Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomas. Obtenido de Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomas. Obtenido de <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3975/Avilae>
- Bautista, L. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*, 8, 74-84.
- Centro Camiliano de humanización y pastoral en salud. (2017). Centro Camiliano de humanización y pastoral en salud. Obtenido de <http://centrocamiliano.com/programas/humanizacion-de-los-servicios-de-la-salud>
- Consejería de Sanidad. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid.
- Cortes, J. (2015). Aporte de la humanización a los servicios de salud en le ESE en el área de urgencias del hospital divino niño de San Andrés de Tumaco. Pasto: Universidad Mariana.
- Estévez, R. A., Martínez, D., Salvador, C., & Arana, B. (2009). Estándares e indicadores para evaluar la atención de enfermería en unidades psiquiátricas. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.*, 8-22.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: Mcgraw-Hill.
- Latorre, A. (2005). La investigación-acción. Barcelona: Graó.
- Ministerio de la protección Social. (2016). Observatorio de Calidad. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de la protección social. (2016). Observatorio de la calidad. Bogotá.
- Ministerio de protección social. (mayo de 2014). Resolución número 2082. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Anexo técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de salud y protección Social. (2014). LA HUMANIZACIÓN en los Lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. Recuperado el 14 de febrero de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>

- Ministerio de salud y protección social. (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Bogotá.
- Organización mundial de la salud. (2012). Instrumento de Calidad. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos. Chile: Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina.
- Organización panamericana de la salud. (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington.
- Rodríguez, C. (2015). Humanización de la atención en salud y acreditación. Bogotá. Recuperado el 13 de febrero de 2019, de <http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/73/Rev-95-Articulo%20Acreditacion.pdf>
- Rodríguez, M. (2018). Administración de organizaciones. Bogotá.
- Salazar, M. (2008). Humanización en los servicios de salud: Informe financiero y de presidencia. Revista informativa oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2.
- Trapero, S. (2016). La humanización en la atención del paciente agitado con esquizofrenia. Cantabria, España: Universidad de Cantabria (Trabajo de Grado en enfermería).
- Valbuena, A., & Franco, M. (2016). Programa de humanización para el personal de enfermería del dispensario Sumapaz. Bogotá: Universidad de la Sabana (Tesis de especialización).