

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del catálogo en línea, página web y Repositorio Institucional del CRAI-USTA, así como en las redes sociales y demás sitios web de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor, nunca para usos comerciales.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-USTA
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

Percepción sobre la humanización en la atención odontológica por pacientes atendidos en las Clínicas integral del adulto I, II, III y IV con tratamientos terminados, año 2019 de la Universidad Santo Tomás

Silvia Gabriela Sáenz Guzmán, Brenda Juliana Rodríguez Sepúlveda, Yudy Lorena Ospina Calderón, Karol Michell Carrillo Gutiérrez y Marcela Alejandra Núñez Aristizábal

Trabajo de grado para optar al título de Odontólogo

Director:

Mónica Mantilla Otero

Esp. Administración en servicios de salud

Esp. Bioética

Codirector:

Adriana Esperanza Peñuelas Sánchez

Magister en Epidemiología

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Odontología

2020

Tabla de contenido

1. Introducción	8
1.1 Planteamiento del problema.....	9
1.2 Justificación	10
2. Marco teórico	11
2.1 Humanización como concepto.....	11
2.2 Humanización como acción ética	12
2.3 Humanización en la atención médica	12
2.4 Humanización en la atención médica en Colombia.....	13
2.5 Humanización en la atención odontológica	17
3. Objetivos	19
3.1 Objetivo general.....	19
3.2 Objetivos específicos	19
4. Métodos.....	19
4.1 Tipo de estudio.....	19
4.2 Selección y descripción de participantes	19
4.2.3 Criterios de selección	20
4.2.3.1 Criterios de inclusión	20
4.2.3.2 Criterios de exclusión	20
4.2.4.1 Variable Dependiente.....	20
4.2.4.1 Variables Independientes.....	20
4.3 Instrumento	20
4.4 Procedimiento	21
4.5 Plan de análisis estadístico.....	22
4.6 Consideraciones éticas	23
5. Resultados	23
6. Discusión.....	28
7.1 Conclusiones	30
7.2 Recomendaciones	30
8. Referencias bibliográficas.....	32
Apéndices.....	34
Apéndice A. Operacionalización de variables	34
Apéndice B. Instrumento	40
Apéndice C. Análisis estadístico Univariado.....	42
Apéndice D. Análisis estadístico Bivariado.....	43
Apéndice E. Consentimiento informado	44
Apéndice F. Análisis bivariado	49

Lista de tablas

Tabla 1. Descripción de los pacientes de acuerdo con la edad, sexo, nivel socioeconómico y educativo	24
Tabla 2. Respuestas obtenidas por los pacientes de acuerdo con la percepción del servicio recibido (Atención, Actitud, Información y locativas y tecnológicas).....	25
Tabla 3. Puntaje de las dimensiones y el cuestionario completo de percepción de atención odontológica	27
Tabla 4. Frecuencia de respuesta de acuerdo con las categorías establecidas para cada dimensión.	27
Tabla 5. Edad de los participantes de acuerdo con la categoría de percepción de cada dimensión.	28

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Flujograma de encuesta realizada a un total de 103 pacientes	24
---	----

Resumen

Introducción: La humanización en salud desde una perspectiva ético-humanista, valora al paciente como el centro del proceso de atención. Un reto que requiere ser integrado en el devenir de las instituciones de salud e instituciones formadoras de profesionales de la salud. En Colombia, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, promueve un sistema de salud, donde la humanización y la calidad convergen y centran a la persona como eje esencial de su propuesta, convirtiendo la dignidad humana en el propósito de la atención en salud.

Objetivo: Determinar la percepción del trato humanizado en la atención de pacientes atendidos de las clínicas integral I, II, III y IV de la Universidad Santo Tomás con tratamiento terminado durante el año 2019, a través de estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, se les aplicó una encuesta a 103 participantes, que contiene en la primera parte información sociodemográfica y la segunda consta de veinte preguntas adaptadas de los estándares de acreditación del PNMCS 2016-2021. El análisis estadístico se realizó en el paquete estadístico Stata/MP versión 14.0.

Resultados: Se aplicaron 103 encuestas a pacientes con edad promedio de 40.4 ± 17.3 años, el 50.4% eran hombres, el 35.9% pertenecían al estrato 3 y el 39.8% como mínimo nivel educativo la secundaria. Los resultados de los pacientes fueron de excelente; en la categoría Locativa y tecnológica se obtuvo calificaciones más bajas con un 69.9% de satisfacción para condiciones de privacidad, comodidad y silencio durante la atención, seguida de un 73.7% de satisfacción sobre la percepción del espacio físico como propicio para la confidencialidad de la información dada.

Conclusiones: La percepción sobre trato humanizado de los pacientes, a través de la encuesta donde fueron categorizados los estándares de acreditación en salud del PNMCS 2016-2021 arrojó resultados excelentes.

Palabras clave: humanización, ética, calidad.

Abstract

Introduction: The health humanization from an ethical-humanist perception, takes to the patient as the priority, focused on attention process. This is a challenge that requires to be assimilated by the health institutions and health education institutes too. In Colombia, the Improvement Health Quality National Plan, IHQNP (Plan Nacional de mejoramiento de la Calidad en Salud) 2016-2021), is looking for a health system where the humanization and quality are the main concerns, therefore set to the person as the central axis in this work proposal, turning and taking the human dignity as the main purpose of the health attention.

Objective: Determine the humanized treatment and attention perception for the patients cared in Santo Tomas University integral clinics I, II, III with finished treatment in 2019, through accreditation standards in health quality clear and explicit to make real the humanization in the attention given to the patient - IHQNP 2016-2021

Methodology: We realized a qualitative and inspectional study, Cross-sectional study, applied to the 103 participants a survey, the first part contains the social-demographical information and the second part has twenty questions adapted to the IHQNP2016-2021, accreditation standards. The statistical analysis was made within the statistical package Stata/MP version 14.0

Results: We applied 103 surveys; the average age was 40.4 ± 17.3 years old, 50.4% were men, the 35.9% within the social stratum 3 and 39.8% reached high school as a minimum of education level. The results were excellent; the lowest scores were the locative and technological categories with 69.9% satisfaction level for privacy, comfort and silence conditions, followed by a 73.7% satisfaction regarding the physical space perception as proper to share the information that they shared.

Conclusions: The Patient humanized treatment perception, through the survey taking into account the accreditation standard (IHQNP 2016-2021) showed excellent results.

Conclusions: The Patient humanized treatment perception, through the survey taking into account the accreditation standard (IHQNP 2016-2021) showed excellent results.

Keywords: humanize, ethics, quality assurance.

1. Introducción

El odontólogo como profesional de la salud, requiere evidenciar en la atención del paciente su formación humanista en ética y valores. La comprensión de la integralidad y el reconocimiento a la dignidad como persona del paciente, es fundamental en el aseguramiento de la humanización en la atención clínica.

En Colombia, la ley 1438 de 2011 establece la definición e implementación de un plan nacional de mejoramiento de calidad en la atención y la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso de todos los agentes del sistema. Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social construye el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, el cual estructura su propuesta en torno a tres ejes: 1. Las personas como centro y finalidad del sistema, 2. La calidad a partir de un enfoque sistémico y 3. La transformación de la gestión del sistema mediante procesos de autoevaluación, dirigidos hacia capacidades de ajuste, mejora continua e innovación. Se promueve un sistema de salud de innovación y excelencia, donde la humanización y la calidad convergen y centran a la persona como eje esencial de su propuesta, convirtiendo la dignidad humana en el propósito de la atención en salud (1).

Así, la humanización en salud se concibe desde una perspectiva ético-humanista, que considera al paciente como el centro del proceso de atención; con el propósito de ofrecer la satisfacción de las necesidades, tomando en cuenta sus particularidades y su contexto. Representa un reto que requiere ser integrado por las instituciones de salud y en las instituciones formadoras de profesionales de la salud (2).

Tradicionalmente en un modelo de atención en salud centrado en las instituciones, la valoración de la calidad ha sido prácticamente definida por la medición de la calidad clínica, que a su vez evalúa la eficacia y eficiencia institucional. La inclusión de los pacientes como usuarios activos de derechos y deberes, hacen importante valorar la perspectiva de la experiencia de las personas que reciben la atención médica.

El concepto de experiencia del paciente, ha sido plenamente abarcado por Elviro FJ (2014) como: “la totalidad de hechos y de interacciones que se suceden a lo largo del proceso de atención, como: las expectativas previas al proceso, la propia experiencia durante el proceso, la satisfacción, que es la información que se recoge al final, y la calidad percibida como el resultado de la comparación entre expectativas y la percepción del paciente” (3).

Se trata de una nueva orientación que no reemplaza una práctica excelente de la medicina, sino que la complementa como herramienta de mejora de la atención sanitaria. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge esta doble visión apostando por un sistema de salud que responda a las necesidades y preferencias de las personas, tratándolas con dignidad y respeto cuando entren en contacto con el sistema (4).

Con el propósito de definir la percepción de la atención institucional a través del nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida, un estudio sobre la satisfacción de

usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México – 2015 a través de una encuesta aplicada a 493 usuarios, con valoración de variables de estructura y del proceso, consideradas significativas para la satisfacción de la atención recibida, obtuvo los siguientes resultados : 94% de satisfacción con limpieza de consultorio, 92% de satisfacción con el tiempo de atención odontológica, 90% de satisfacción con la atención brindada por el odontólogo, 80% de satisfacción con el tiempo de espera para ser atendidos, 80% de satisfacción con limpieza de baños, 79% de satisfacción con las condiciones del consultorio, 78% de satisfacción con estado de los equipos, 69% de satisfacción con la comodidad del sillón dental y 33% de satisfacción con la comodidad de la sala de espera (5).

Los tres primeros puntajes de satisfacción del usuario a la atención odontológica relacionados con: 1. La limpieza del consultorio (94%), 2. El tiempo de atención odontológica (92%), y 3. La atención brindada por el odontólogo (90%); evidencian la importancia dada por los pacientes a la atención brindada por el profesional, sumando otros aspectos, en igualdad de importancia como las adecuadas condiciones del entorno y el tiempo dedicado a la atención de sus necesidades; aspectos que no derivan en forma directa del profesional, y son igualmente importantes para el paciente en la valoración de la satisfacción de la atención recibida.

En las Clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás, se realiza el presente estudio de percepción sobre el trato humanizado en la atención odontológica por pacientes atendidos durante el año 2019 en las clínicas integral I, II, III y IV con tratamiento terminado como fuente de referencia para la construcción e implementación de la política de humanización en salud en la institución.

1.1 Planteamiento del problema

La humanización de la atención en salud es motivo de permanente cuestionamiento. Un problema y un reto que justifica su inclusión formativa en la dinámica de las instituciones formadoras del talento humano y prestadoras de servicios asistenciales; con el propósito de promover cambios hacia una actitud más humana y unos comportamientos más positivos, para mejorar así, la proyección de la calidad institucional de los servicios de la salud hacia los pacientes.

Hoy, la crisis generada entre los avances técnicos, científicos, biomédicos y el deterioro de la humanización en la prestación de los mismos, promueve a nivel mundial la construcción de una cultura de humanización, referida a suplir una necesidad física, dentro de un concepto integral y amplio del paciente desde sus dimensiones : emocional, relacional, intelectual y social; con la garantía del respeto a la dignidad de la persona que representa, para las instituciones en la prestación de sus servicios en salud (6).

La implementación de la atención humanizada promueve desde el prestador de la atención en salud, la comprensión integral de las necesidades del paciente y familia. En ese orden de ideas, implica entender que el paciente y su familia requieren orientación, una atención brindada por un equipo de salud competente, comprometido con la seguridad, entendiendo

que el trato digno, la privacidad y el suministrar un servicio con las mejores alternativas locativas, tecnológicas y científicas hacen parte de este concepto, es decir, no es solo referido a suplir una necesidad física, sino que es un concepto integral y amplio en el cual debe incorporarse las dimensiones del paciente (7).

Desde la institución educativa, la Dra. Mercedes Lafaurie en su artículo *La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología*, reafirma la humanización como calidad de la atención, vinculando como atributos para conseguirla: la oportunidad en la atención, prestando un servicio en el momento adecuado; también, la temporalidad en la duración adecuada de la atención que mejore la comunicación médico-paciente y por último, de la seguridad del paciente, realizando una correcta identificación del paciente y su padecimiento, la idoneidad en la aplicación de sustancias y medicamentos y previniendo eventos adversos como caídas u otros factores de infraestructura que desmejoran la condición de la salud y no llevan relación con la patología (7).

Todas las instituciones prestadoras de Servicios de Salud a partir del 2021 en Colombia implementarán como parte de la calidad en la atención institucional, la Política de Humanización. Una exigencia del Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social. Siendo necesario establecer la percepción de la humanización recibida en la atención por los pacientes; y a partir de estos hallazgos propios de cada institución, establecer los requerimientos necesarios para la construcción e implementación de la política de humanización en Salud (1).

Es necesario obtener información sobre la percepción de la humanización en la atención por parte de los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás. La cual pueda ser una fuente de referencia para la construcción e implementación de la política de humanización en salud en la institución. Se plantea como pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción sobre atención humanizada por parte de los pacientes que asisten a la clínica odontológica de la Universidad Santo Tomás?

1.2 Justificación

Los primeros estudios realizados acerca de la atención humanizada están enfocados en el área de urgencias médicas y hospitalización; usando escalas validadas que miden la percepción sobre el cuidado humanizado, dejando como aporte la importancia del cuidado de los pacientes durante su estancia por parte de las enfermeras. Instrumentos como la escala Caring Efficacy Scale (CES) y Nyberg's Caring Assessment (NCA), evalúan la percepción de autoeficacia que tiene la enfermera para otorgar cuidados y relacionarse con sus pacientes. Escalas como Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI) hacen referencia a la medición del cuidado por parte de enfermería que ocurre durante momentos de vulnerabilidad compartidos entre la enfermera y el paciente, y finalmente, la escala percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) desde la primera hasta la tercera versión (8).

En odontología se han realizado estudios cuantitativos sobre medición del nivel de satisfacción de los pacientes en la atención clínica y también acerca de la calidad en la atención, pero muy pocos estudios cualitativos sobre la percepción de la atención humanizada específicamente. Para volver objetivas las realidades que experimentan los pacientes durante su atención, existen instrumentos válidos y confiables como la escala PCHE, creada por Rivera y Triana en Colombia. Este instrumento, ha sido desarrollado en el contexto nacional, permitiendo abordar las realidades y necesidades de cuidado teniendo en cuenta la variedad cultural del país. Además, plantea tres categorías en las que destaca: la valorización del sujeto de cuidado, la apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona y las cualidades del quehacer del profesional (8).

El Ministerio de Salud y protección social en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, define la humanización como principio orientador para hacer de la dignidad humana el propósito de la atención en salud. Así mismo, define estándares de acreditación en Salud - 2016 como “requisitos explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente” (1).

Realizar la medición sobre la percepción de la humanización en la atención por parte de los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás, aplicando estándares de acreditación en salud - 2016 tangibles de la humanización en la atención brindada al paciente, permite ofrecer una fuente de referencia desde la odontología sobre la percepción de la humanización por parte de los pacientes y un referente a partir del cual construir la política de humanización en salud en la institución.

2. Marco teórico

2.1 Humanización como concepto

La Real Academia Española (RAE) define “Humanizar” como “Hacer que algo o alguien tenga un aspecto o naturaleza humana o muestre influencia de los seres humanos, o conferir caracteres más humanos (en el sentido moral), hacer algo más amable, justo o menos riguroso.” Andrea Imaginario complementó esta definición, estipulando que la humanización es el proceso mediante el cual algo es dotado de cualidades humanas. El objeto puede ser una cosa, un animal, una persona, un conjunto de personas o una institución, también expresó ser necesario comprender lo que son las cualidades humanas, tales como empatía, solidaridad, afectividad, comunicación social, racional y relacional (9).

En su mayoría, la palabra humanización está anclada a una valoración moral y ética de la naturaleza de la conducta humana en el contexto social. Ejemplo de ello expresiones como "La sociedad debe humanizarse otra vez"; "El sector salud deben comprometerse con su humanización", entre otros (10).

2.2 Humanización como acción ética

En el proyecto actual se utilizó la definición de humanización del Dr. José Carlos Bermejo, tomándola como una cuestión ética, buscando el bien de la otra persona y de uno mismo. Expresa así mismo, que humanizar una realidad consiste en adherirle los valores que son genuinamente humanos, los cuales van más allá del valor del uso de las técnicas para luchar contra las adversidades de la vida, o mejor, que refieren el fondo del uso de esta, los motivos y los modos que llevan a utilizarlas bien. Como él refiere, la humanización debe ser tangible, es decir debe ser accesible e inclusiva en todos los escenarios de la interacción humana (10).

Desde la cultura, la humanización tiene principal enfoque en el respeto a la vida, la promoción de estilos de vida sanos y el interés por una educación en valores éticos. Señala que dicha cultura no niega la muerte ni el dolor como partes necesarias de la vida y promueve el acompañamiento solidario como sociedad.

Es entonces, un derecho ético de la persona de participar en su comunidad, con afectividad y cercanía del disfrute de las interacciones sociales favoreciendo una vida personal gratificante y libremente elegida. Haciéndose necesario favorecer el desarrollo del grupo humano, el sistema relacional y los aspectos psicosociales, sin olvidar la multidimensionalidad de la persona. Las personas deben tener posibilidad de desarrollarse en su entorno y tener acceso y posibilidad de disfrutar de los bienes sociales y culturales, en igualdad con el resto de la población (10).

2.3 Humanización en la atención médica

La primera inclusión de un enfoque humanista en la atención en salud se remonta a finales del siglo XVIII, y es atribuido al médico francés Philippe Pinel (1745 -1826) dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales; quien implementa una reforma hospitalaria, que hace posible la recuperación de un amplio grupo de los "alienados" (tal la denominación social de la época a los "locos") a partir de lo que denominó como tratamiento moral, traducido hoy a un trato humano, digno y racional, de gran valor terapéutico en el trato con el enfermo. Posteriormente, Jean Dominique Esquirol (1772 - 1840), transforma en legislación con la Ley de 1838, un conjunto de medidas “no físicas” en mejoramiento de los graves artefactos iatrógenos del medio institucional para los enfermos mentales en Francia (11).

Más adelante, aparecen grandes defensores de la calidad en salud como Florence Nightingale (1850), Ernest Codman (1914), Donabedian (1966), Lee y Jones (1990) y la Joint Comisión on Accreditation of Hearst Care Organizations (2005); todos ellos, consideraron la inclusión ética del componente de dignidad y humanización en el enfermo (11).

Es entonces entendido dentro de los escenarios de la atención médica, la humanización como una acción ética que tiene que ver con los valores que conducen la conducta de los actores en el ámbito de la salud, y estos valores llevan al diseño de políticas, programas de

cuidado y protección de las relaciones interpersonales en salud, en sintonía con la dignidad de todo ser humano (11).

Con la adopción formal por parte de las Naciones Unidas sobre la Declaración Universal de los Derechos Humanos el 10 de diciembre de 1948, se buscó generar conciencia al mundo entero sobre la importancia de los derechos básicos para los habitantes del planeta. Dentro de ellos, el derecho a la seguridad social (Arts. 22 al 27) (12).

Para Gina Tambini, representante de la Organización Panamericana de la Salud - OMS/OPS para Colombia – 2019, la humanización de la salud implica una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otro lado, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos. Para lograr esto es importante la opinión de los profesionales de la salud en generar conciencia y sensibilización en la atención de los usuarios. “Proveer un trato humanizado, con dignidad y calidez en los servicios de salud, debe imperar en el entorno médico. Debemos brindar una atención con calidad y calidez, atender bien a la gente, revisar al enfermo, conversar con él” (13).

En la actualidad y a nivel global, la humanización de los servicios de salud es uno de los principales componentes de la calidad asistencial; el concepto enfatiza las actuales prácticas de reconstrucción de la salud en el sentido de mayor integridad, efectividad y acceso. La humanización ha recuperado la esencia en la atención de los servicios de salud, ahora que tanto se habla de medición de los procesos de calidad institucional, donde es un criterio fundamental.

2.4 Humanización en la atención médica en Colombia

En Colombia, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, promueve un sistema de salud con la intención de la innovación y excelencia, desde un plano donde la humanización y la calidad convergen y centran a la persona como eje esencial de su propuesta, convirtiendo la dignidad humana en el propósito de la atención en salud (1).

La humanización conforma el principio orientador para el logro de la finalidad del PNMCS. Así, como fundamento esencial del sistema de salud ya plenamente definido en los estándares de acreditación en Salud – 2011, como requerimientos explícitos para hacer “Tangible” aspectos de la humanización durante la atención brindada al paciente.

Esto implica, centrar el accionar en las personas y plantear la necesidad de que los profesionales enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental de la protección de la vida en general y al fortalecimiento de una cultura organizacional centrada en la persona del paciente (1).

En retrospectiva, el abordaje de la humanización en los servicios de salud en Colombia, tiene tras de sí, un acervo histórico importante y enmarca la tradición cristiana de servicio,

con valores como hospitalidad, diálogo, apoyo espiritual y emocional, escucha activa, y consuelo ante la tragedia que suele ser la enfermedad, entre otros presentes en un importante número de instituciones de salud tradicionales, fundadas bajo estos preceptos por las propias comunidades, en un marco de principios claramente confesional (14).

El desarrollo de la tecnociencia, lleva al usuario a ser entendido como un organismo enfermo, aislado, un cuerpo desprovisto de su singularidad y restringido al conocimiento técnico-científico que abarca la experiencia clínica, apartándolo de sus derechos elementales en el marco de una democratización de la salud, que conlleva a la reivindicación de los derechos y los deberes de los pacientes; la autonomía y el respeto de su voluntad, desde la bioética y la reflexión jurídica y filosófica correspondiente, se plantea entonces, los derechos de los ciudadanos a recibir una atención humanizada y sensible a sus necesidades y expectativas (15).

Investigaciones en Colombia, como la realizada por Santacruz-Bravo en el 2016, sobre la humanización en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991, evidencia : “Como constante la interpretación del paciente como organismo enfermo, aislado; un cuerpo desprovisto de singularidad y restringido al conocimiento tecno-científico que rodea la experiencia clínica, estando alejado de sus derechos fundamentales en el marco de una democratización en salud” (16).

La humanización en salud dentro de la normatividad en Colombia comienza cuando se aprueba la nueva Constitución Política, en el art. 48 estableciendo que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado (Const., 1991) aplicando los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, humanización y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

Luego, el desarrollo del Decreto 1011 de 2006 establece entonces la calidad de la atención en salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios. Dentro esta ley se enmarcó la acreditación en salud como mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los servicios de salud garantizando los derechos de las personas y así obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afecten (17).

Así, en Colombia, desde el 2006 han sido incluidos aspectos importantes de la calidad de la atención en salud, que favorecen la humanización, como el desarrollo de la declaración de deberes y derechos de los pacientes, el consentimiento informado real, el aislamiento en condiciones de respeto de la dignidad humana; la privacidad en los espacios y el respeto de la desnudez de los pacientes; el apoyo espiritual y emocional al paciente y el abordaje de la familia del usuario, con información que contribuya a reducir la angustia y el drama de la enfermedad; entre otros temas (11).

Es necesario colocar en contexto ¿cuál es la experiencia del paciente cuando de pronto se le diagnostica una enfermedad? Esta persona interrumpe por completo su vida y tiene que

asistir a un centro asistencial, dejando de lado su hogar. Llega al hospital, que es un lugar frío y hostil que incrementa más la sensación de estrés y ansiedad. En encuestas realizadas a pacientes, muchos de ellos coinciden en que hubiesen esperado recibir una bienvenida más cálida, y que alguien se hubiese puesto en “sus zapatos”. Su dignidad se encuentra amenazada, los espacios no ayudan: salas llenas de gente, luces artificiales, asientos poco confortables, pocas posibilidades de privacidad, entre otros. La humanización en salud significa mucho más que ser cordial, implica minimizar la tendencia de tratar al enfermo como a un objeto, una enfermedad o unos síntomas concretos. El cuidado humanizado requiere considerar a los pacientes como personas. Supone abandonar las relaciones funcionales para convertirlas en relaciones personales (18).

Se hace necesario asumir las responsabilidades de los servicios de salud y de los actores prestadores de la atención, en la comprensión del ser humano como un ser integral: biológico, psicológico, social, cultural, ambiental; un ser integral que tiene cuerpo, pero también sensaciones, deseos, miedos y cuya vida transcurre en un entorno económico, familiar, laboral, etc.

Aunque están documentados los problemas que deshumanizan, por ejemplo, la excesiva tecnificación, la cosificación del ser humano, la prisa, la superficialidad en el trato, el uso de un lenguaje confuso o la ausencia de comunicación, el manejo inadecuado del dolor o la omisión del mismo como fuente de sufrimiento que debe ser intervenido, el papel de la infraestructura cuando las condiciones no permiten la privacidad o se descuidan aspectos psicológicos del trato y cientos de causas adicionales; son las propias instituciones que, de acuerdo con su entorno y la condición de sus pacientes, deben identificar sus propios problemas y plantear estrategias para el abordaje de ellos (19).

Dentro de la definición de competencias del personal de salud establecido en la Ley 1164 de 2007, Ley del Talento Humano en Salud, se definen los perfiles y competencias profesionales en salud, donde se plantea: una formación curricular que refleje una filosofía centrada en el ser humano, buscando el desarrollo de la calidad personal, humana, ética y científica del profesional, que le permitan un mejor acercamiento a las personas, familias y comunidades. Y se establezca, una integración de los procesos de las instituciones de formación, con los servicios y entornos sociales (2).

En los estándares de acreditación en salud – 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, se define humanización como la consideración del ser humano de forma integral en su dimensión física, social, psicológica y espiritual, es decir con una visión ética de la atención en un marco cultural de referencia, donde los valores organizacionales deben llevar al diseño, desarrollo de políticas, programas de cuidado y atención, que permitan combatir la despersonalización, promover el reconocimiento, el respeto a los derechos, la acogida y el dialogo y combinar estos elementos con el uso apropiado de la tecnología, una gestión segura y resultados efectivos (1).

El Ministerio de Salud y Protección Social, por intermedio del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC, en el 2016 identifica los estándares de acreditación como promotores de la humanización porque buscan centrar la atención en el

usuario y su familia, considerando los siguientes, como requerimientos explícitos para hacer “Tangible” aspectos de la humanización:

1. Información sobre deberes y derechos de los pacientes
2. Informar sobre aspectos administrativos, servicios, patologías, resultados.
3. Consentimiento informado (Respeto de decisiones)
4. Priorizar atención según RIESGO
5. Evaluar las necesidades al ingreso
6. Evaluar expectativas y necesidades del paciente en relación con su patología y tratamiento
7. Mantener la dignidad del paciente en caso de aislamiento
8. Consejería en caso de abortos, mortinatos, óbitos fetales, resucitación en recién nacidos.
9. Apoyo emocional al paciente y su familia en caso de muerte cerebral, retiro de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación.
10. Consejería y apoyo emocional al paciente y familia, de acuerdo con evolución y respuesta al tratamiento, preparación para la muerte y donación de órganos.
11. Apoyo espiritual y religioso.
12. Información oportuna, veraz, completa, suficiente.
13. Respeto de la privacidad.
14. Fomento de la escucha activa.
15. Habilidades de comunicación del personal.
16. Respeto por la privacidad y dignidad, durante el proceso de atención (mientras se baña, es examinado, provisión de elementos físicos vestidos, batas, etc.).
17. Política de confidencialidad frente a la información del paciente y de su presencia en la institución y en relación con resultados de exámenes que afecten su integridad moral.
18. Información y educación pertinente durante la ejecución del tratamiento (enfermedad, tratamiento, cuidados en casa, prevención de la enfermedad, complicaciones postquirúrgicas).
19. Respeto independientemente del sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales, condición médica, no discriminación.
20. Asesoría para resolver inconvenientes en los que los pacientes carezcan de algún soporte.
21. Garantía de ser escuchado respecto a sus inquietudes.
22. Identificación y consejo a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.
23. Promoción de la detección y diagnóstico temprano de discapacidad en su área de influencia
24. Identificación de técnicas especiales de atención que puedan afectar su dignidad, seguridad o funcionalidad (pacientes rehabilitación).
25. Promoción de derechos y deberes de discapacitados.
26. Prevención y control de comportamientos agresivos entre trabajadores, clientes, visitantes y familias.
27. En laboratorio clínico e imagenología deben garantizar la privacidad en toda toma de muestra, realización de examen y entrega de resultados. Se proveen, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) necesarios.
28. Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.

29. La privacidad debe mantenerse cuando se administran sustancias o medicamentos que lo ameritan.

30. Horarios de visita que consulten las necesidades de los pacientes y sus preferencias, dando prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas. Desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el dialogo.

31. Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.

32. Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y dolor.

33. Abordaje integral del manejo del dolor.

34. Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.

35. Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio. Inclusión de elementos de humanización en la infraestructura de atención. (Comodidades, información, etc.) Interés de las instituciones por el arte, las expresiones culturales y el abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los pacientes

36. Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas, filas etc.

37. Análisis de las condiciones biométricas (peso, talla) en la atención.

38. Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica.

39. Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares (1).

Los perfiles y competencias profesionales en Salud – 2011, los estándares de acreditación en salud – 2011. y el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) – 2016 -2021, comparten la importancia del desarrollo de habilidades y competencias de los profesionales en la atención centrada en la persona; siendo la humanización el fundamento esencial del sistema de salud en Colombia, desde la perspectiva y normativa del Ministerio de Salud y Protección Social.

Una atención humanizada aproxima el equipo de salud a los usuarios y familiares, comparte experiencias, lo hace partícipe activo de su autocuidado y atención, valoriza y reconoce la singularidad del otro a través del dialogo.

2.5 Humanización en la atención odontológica

La formación del profesional en odontología ha predominado el paradigma o enfoque biologicista, que suele dejar a un lado los aspectos psicológicos y sociales, partiendo de lo que Couto, denominan “una visión monocausal”, en la cual solo se consideran los agentes biológicos y las perturbaciones funcionales como el origen de las enfermedades. Esta orientación epistemológica, ha hecho instrumentalista y medicalizada la formación odontológica, poniendo énfasis en lo individual y lo curativo, centrándose en el estudio de la enfermedad y dejando a un lado la mirada a lo colectivo y poblacional. Esto, de acuerdo con los autores, conlleva una centralidad en la enfermedad sin considerar la complejidad propia del contexto en los procesos de formación, en contraposición a la visión de la persona como ser bio-eco-psico-social la necesidad de construir nuevas alternativas en los procesos de

enseñanza y aprendizaje, que integren la interdisciplinariedad y la humanización de la relación entre odontólogo y paciente, que la reestructuren o la adapten a las realidades sociales, buscando de manera primordial el beneficio del paciente (20).

En el año 2016 en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua se realizó un estudio que medía la percepción de la calidad en términos de la satisfacción de los usuarios con la atención en las clínicas de la facultad de odontología. El estudio se llevó a cabo con 43 participantes; acorde a lo percibido por los participantes el 51.6% se sintió muy satisfecho con la atención recibida, 29% expresó sentirse poco satisfecho y 19.3% expresaron sentirse totalmente satisfechos con la atención de calidad recibida (21).

En el 2018, Lafaurie, en artículo titulado: “La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología” presenta la reflexión sobre la humanización en salud, en un taller en el que participaron miembros de la comunidad académica de la facultad de odontología de la Universidad del Bosque. Partiendo del modelo biopsicosocial y superando la centralidad en lo biológico; son planteadas las siguientes equivalencias: la calidad de la atención concebida como oportunidad y capacidad resolutoria; la garantía de derechos entendida como equidad y respeto a la diferencia; y la aplicación de principios éticos y bioéticos centrados en el beneficio del paciente por sobre toda consideración, y la empatía como sensibilidad frente al padecimiento humano (7).

Concluyendo sobre la humanización en salud: La concepción del paciente como el centro del proceso de atención y que propende por dar respuesta a sus necesidades, teniendo en cuenta sus particularidades y su contexto. Reconociendo la persona como un ser integral, desde sus dimensiones biopsicosociales y culturales, sobrepasando el hecho biológico; enfatizando el derecho a la salud como premisa inalienable (7).

En la interacción, la humanización propone un vínculo entre profesionales de la salud y pacientes, nutrido por valores humanistas y basado en el diálogo, el buen trato y la empatía, dando respuesta a la situación de salud de las personas en sus diferentes dimensiones y ocupándose de su calidad de vida.

La humanización reconoce a los miembros del personal de salud como actores de importancia crucial en el proceso de salud o enfermedad, que requieren ser formados para comprender, abordar y atender el padecimiento humano, y que, de igual modo, requieren contar con las capacidades técnico-científicas, éticas y dialógicas, así como con los medios necesarios, para responder al reto de aportar a la felicidad de los pacientes y para proyectarse a sí mismos como personas y como profesionales, en un entorno de respeto, reconocimiento y valoración de su labor.

En la formación profesional de los odontólogos tomasinos la ética personalista / ontológica constituye un pilar formativo a los desafíos de conducta y toma de decisión en el ejercicio de la odontología. Las soluciones para los problemas y dilemas son construidas desde el reconocimiento del paciente como persona con unión substancial de corporeidad, alma y espíritu; valorando la dignidad de la persona por su esencia y no solamente por su capacidad de ejercer autonomía.

En ese orden de ideas, surge como propuesta hacer de la humanización un tópico de reflexión transversal a lo largo de la formación de odontólogos orientado a replantear la práctica en los procesos de salud-enfermedad-atención, de enseñanza-aprendizaje y de cuidado, en la relación entre profesionales, gestores y usuarios de los servicios (22).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la percepción del trato humanizado en la atención de pacientes atendidos de las clínicas integral I, II, III y IV de la Universidad Santo Tomás con tratamiento terminado durante el año 2019, a través de estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población estudio de acuerdo con las variables sociodemográficas.
- Identificar por medio de la encuesta aplicada, según estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en atención brindada al paciente – Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, requerimientos sensibles a mejorar en la atención clínica.

4. Métodos

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal debido a que se evaluó en un momento la percepción de trato humanizado de pacientes con tratamiento terminado de las clínicas odontológicas integral I, II, III y IV de la Universidad Santo Tomás durante el año 2019, a través de estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, por medio de una encuesta, que incluyó variables sociodemográficas para el análisis del estudio (23).

4.1.1 Población. El estudio estuvo constituido por pacientes atendidos en las clínicas odontológicas integral I, II, III y IV con tratamiento terminado durante el año 2019 de la Universidad Santo Tomás.

4.1.2 Muestra y tipo de muestreo. Se calculó el tamaño de la muestra a través del programa EPIDAT 3.1, teniendo en cuenta un total de 140 pacientes que asisten a las clínicas integral I y II mayores de 18 años de edad con tratamientos terminados, con una proporción esperada del 51.6% de acuerdo a lo referido por la literatura (21), un nivel de confianza del 95% y un nivel de precisión del 5% se obtuvo un tamaño de muestra de 103 pacientes para la realización del estudio.

4.1.3 Criterios de selección

4.1.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos en las clínicas integral I, II, III y IV con tratamiento terminado durante el año 2019.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente.

4.1.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan déficit cognitivo
- Pacientes menores de 18 años

4.2.4. Variables.

4.2.4.1 Variable Dependiente.

Percepción de trato humanizado, a través de estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.

4.2.4.1 Variables Independientes.

Edad, sexo, nivel socioeconómico y nivel educativo (ver apéndice A)

4.2 Instrumento

Se creó un instrumento donde la primera parte contiene la información sociodemográfica de los participantes y en la segunda parte la adaptación de los estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, aplicables a pacientes atendidos en las clínicas integral I, II, III y IV con tratamientos terminados en el año 2019, de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás. Este test consta de 20 preguntas, con las que se determinó la percepción del trato humanizado de cada paciente según 4 categorías: Actitud con 8 preguntas, Atención con 6 preguntas, Información con 3

preguntas y condiciones locativas y tecnológicas con 3 preguntas; cada pregunta tiene los siguientes valores de respuesta 1, 2, 3, 4 y 5, siendo 1 el valor más bajo y 5 el valor más alto. Los valores de cada categoría se suman para así sacar el porcentaje de cada una de ellas y también del cuestionario total, y ubicarlos según los siguientes rangos: 0 – 40% deficiente, 41 – 75% regular, 76 – 90% bueno y 91 – 100% Excelente. (Ver apéndice B)

4.3 Procedimiento

La prueba piloto se llevó a cabo en el mes de mayo de 2020, se realizó por medio de llamadas telefónicas a pacientes que fueron atendidos en las clínicas integral I y II de la Universidad Santo Tomás durante el año 2019, y quienes los estudiantes que hicieron la atención refirieron haber terminado sus tratamientos, fue aplicada al 10% de la población muestra (n=10).

Antes de realizar la encuesta, se les informó a los pacientes cual era el objetivo del estudio y en qué consistía, se les preguntó si autorizaban el uso de sus datos personales para la participación en la investigación. Seguido se solicitaron los siguientes datos: sexo, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico.

Posteriormente se inició con la aplicación del instrumento, explicando a los participantes que debían calificar la atención recibida en la clínica odontológica en las siguientes veinte preguntas, y que dichas preguntas tendrían valores de respuesta del 1 al 5, siendo 1 el valor más bajo y 5 el valor más alto.

En la pregunta trece, los participantes manifestaron no entender o no saber que responder, pues no todos llegaron con dolor a la consulta, sin embargo, si expresaron como fue el manejo del dolor referido durante la intervención, por lo que se sugiere agregar en la tabla de respuestas la opción no aplica.

Después de hacer la modificación a la encuesta, se procedió a hacer la recolección de la muestra. Se solicitó ampliación de la base de datos, incluyendo en la población de estudio a pacientes de las clínicas integral III y IV con tratamiento terminado durante el año 2019. La base de datos final contenía los datos de 281 pacientes, a los cuales se procedió a llamar de acuerdo con el siguiente protocolo:

Señor(a)

Paciente de las clínicas odontológicas
Universidad Santo Tomás

Cordial Saludo

Solicitamos su importante colaboración en el desarrollo de la siguiente encuesta para medir la percepción sobre la atención humanizada en la atención odontológica recibida por usted como paciente de las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás.

Las condiciones de confinamiento por el Covid 19, impiden la aplicación personal por lo cual se ha permitido la realización a través de llamada telefónica. Esta investigación será sometida al comité de ética de la Universidad Santo Tomás y conserva la privacidad de la información obtenida, expresada de manera libre y voluntaria por usted.

-Por favor responder:

SI, para aceptar la realización de la encuesta

No, para rechazar la realización de la encuesta

Gracias por su aceptación.

-Por favor responder la siguiente información personal:

Edad

Nivel educativo (Ninguno, primaria, secundaria, tecnólogo, profesional)

Estrato (ninguno, 1, 2, 3, 4, 5)

-A continuación, se le leerá una a una las preguntas sobre la atención clínica recibida, para que usted califique su respuesta. Escogiendo un valor entre los siguientes: 1-2-3-4-5. Siendo 1 el valor más bajo de la calificación y el 5 el valor más alto de la calificación.

Se lee pregunta por pregunta y una vez terminado, se le agradece la colaboración.

Se procedió a digitar por duplicado la información obtenida para generar dos archivos de Excel que posteriormente se validaron y se corrigieron los errores de digitación de acuerdo con el instrumento original. Finalmente se generó una sola base de datos para su posterior análisis.

4.4 Plan de análisis estadístico

El análisis estadístico univariado se realizó en el paquete estadístico Stata/MP versión 14.0, se ejecutó un análisis descriptivo o univariado donde se calculó frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas como sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, y medidas de tendencia central junto con medidas de dispersión (media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico dependiendo de la distribución) para las variables cuantitativas como edad. Además, se estimó la prevalencia general de la percepción del trato humanizado de los pacientes atendidos en la universidad para el cuestionario completo y para las cuatro categorías establecidas. (Ver apéndice C)

Se realizó un análisis bivariado para determinar diferencias en la percepción de trato humanizado de acuerdo con las variables sociodemográficas a través de la prueba de ANOVA, ji cuadrado y Exacta de Fisher de acuerdo con la naturaleza de las variables. Se consideró significancia estadística para los valores $p < 0,05$. (Ver apéndice D)

4.5 Consideraciones éticas

En el presente trabajo se tuvo en cuenta la normatividad contemplada en la resolución 08430 de 1993 del ministerio de salud en la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas estipuladas para la investigación en salud. De acuerdo con el artículo 11, el presente estudio se clasificó como investigación sin riesgo, porque son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes y no se tratan de aspectos sensitivos de la conducta del participante ni se realizan intervenciones que puedan modificar su comportamiento (24).

Cada uno de los participantes aprobó su participación por medio de un consentimiento informado verbal, en donde se obtuvo la autorización de su participación en la investigación, para así poder aplicar un cuestionario donde se evaluó la percepción de los pacientes con tratamiento terminado sobre la atención humanizada en las clínicas integral I, II, III y IV de la Universidad Santo Tomás durante el año 2019. (Ver apéndice E) Además, este anteproyecto fue sometido al comité de ética de la Universidad Santo Tomás para su aprobación.

La autonomía se garantizó por medio de la utilización de los datos con consentimiento informado de cada paciente en donde se informó que estos podían ser utilizados en un estudio. Este estudio garantizó la justicia ya que no hubo ningún tipo de discriminación en la extracción de los datos; beneficencia por lo que será un aporte a la ciencia y ayudará al clínico para mejorar la calidad en la atención prestada. Con este estudio no se causó daño a los pacientes por lo que solo se les hizo una encuesta diligenciada por el mismo investigador.

Igualmente, se tiene en cuenta que el estudio contempló lo dictado por el congreso de la Republica de Colombia en la Ley 1581 de 2012, donde se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, debido a que se trata de un estudio que utilizó datos previamente recolectados, con autorización de los pacientes por medio de un consentimiento informado verbal (25).

5. Resultados

De acuerdo como se muestra en la figura 1, se tuvo acceso a un total de 281 participantes, pero finalmente se obtuvo respuesta de 103 pacientes.

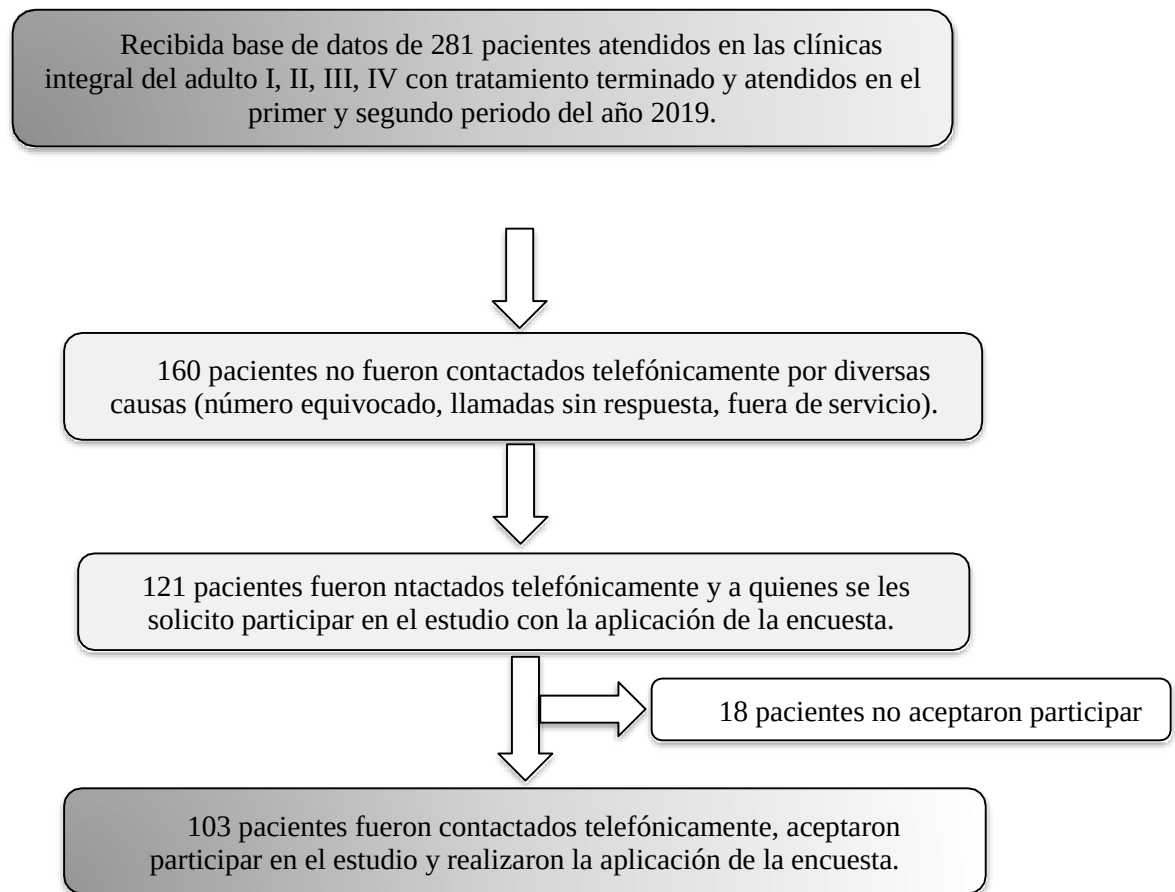


Figura 1 Flujograma de encuesta realizada a un total de 103 pacientes

Como se observa en la tabla 1, la edad promedio de los pacientes fue de 40.4 ± 17.3 años, el 50.4% eran hombres, el 35.9% pertenecían al estrato 3 y el 39.8% tenía como mínimo nivel educativo secundaria.

Tabla 1. Descripción de los pacientes de acuerdo con la edad, sexo, nivel socioeconómico y educativo

Variable	n	%
Sexo		
Hombre	52	50.4
Mujer	51	49.5
Edad*	40.4	17.3
Nivel socioeconómico		
Estrato 1	18	17.4
Estrato 2	20	19.4
Estrato 3	37	35.9
Estrato 4	22	21.3
Estrato 5	5	4.8
Estrato 6	1	0.9
Nivel educativo		
Ninguno	1	0.9
Primaria	18	17.4
Secundaria	41	39.8
Tecnólogo	11	10.6
Profesional	31	31.0

* Media y DE

Como se muestra en la tabla 2, los pacientes dieron la puntuación máxima a 13 de las preguntas (Atención 7, Actitud 4, Información 2). Sin embargo, 7 preguntas obtuvieron puntajes menores, específicamente, en la categoría de Atención, para la pregunta relacionada con el desarrollo de una relación interpersonal que le ha permitido expresar intereses, creencias, experiencias personales, consideradas positivas, 78.6% de las personas expresaron el valor máximo.

Así mismo, en la categoría de Actitud para la pregunta sobre el manejo del dolor y causa (en caso de dolor), un 95% de los pacientes con esta experiencia, le dieron el puntaje más alto.

Para la categoría de Locativas y tecnológicas el 69.9% dieron una valoración alta al considerar que ha sido examinado y atendido en condición de privacidad, comodidad y silencio. Un 73.7% consideró como puntaje alto que el espacio físico para la atención, propicia la confidencialidad de la información ofrecida para la historia clínica, y un 77.6% como puntaje alto que el espacio físico para la atención cuenta con los recursos tecnológicos adecuados para la valoración y atención odontológica recibida.

Tabla 2. *Respuestas obtenidas por los pacientes de acuerdo con la percepción sobre atención humanizada del servicio recibido (Categorías: Atención, Actitud, Información y Locativas y Tecnológicas).*

Categorías	Pregunta	Opciones de respuesta n(%)				
		1	2	3	4	5
ATENCIÓN	1.Usted es llamado por su nombre	-	-	-	2 (1,9)	101(98,1)
	2.Considera que recibe un trato amable y cortes.	-	-	-	-	103(100)
	3.La atención e interés que percibe de la persona que brinda la atención, le permite considerar que siente lo que usted siente cuando lo manifiesta. (Escucha activa)	-	-	-	5(4.8)	98(95.1)
	4.Percibe que es comprensiva con sus emociones (temor, miedo, ansiedad, pena).	-	-	-	4(3.9)	99(96.1)
	5.Ante actos emocionales (evitar la atención, moverse, negarse a la atención) que dificulta o altera la atención brindada ha recibido un trato compasivo que le ha ayudado a adquirir seguridad y confianza logrando superarlo.	-	-	-	4(3.8)	99(96.1)

Tabla 2. (Continuación)

	6.Considera que es sensible ante situaciones que han generado en usted incomodidad y/o dolor.	1(0.9)	1(0.9)	1(0.9)	8(7.7)	92(89.3)
	7.Procura para usted de la atención brindada una experiencia agradable, e indaga de su percepción al respecto.	-	-	2(1.9)	1(0.9)	100(97.0)
	8.Ha desarrollado una relación interpersonal que le ha permitido expresar intereses, creencias, experiencias personales, consideradas positivas por usted.	-	1(0.9)	6(5.8)	15(14.5)	81(78.6)
ACTITUD	9.Considera como oportuna la atención porque el tiempo asignado permite el dialogo sobre indicaciones, dudas, sugerencias, otras entre las partes.	-	-	1(0.9)	1(0.9)	102(98.0)
	10.Ha recibido atención al motivo de la consulta	-	-	-	3(2.91)	100(97.0)
	11.Han tomado en cuenta su percepción sobre estado de salud oral, necesidades y expectativas, para la planeación del tratamiento odontológico.	-	1(0.9)	1(0.9)	7(6.8)	97(94.1)
	12.El tratamiento se realiza de forma completa y sin modificaciones, logrando el propósito y resolviendo las necesidades satisfactoriamente.	-	-	1(0.9)	5(4.8)	97(94.1)
	13.En caso de dolor ha recibido manejo del dolor y de la causa del mismo. *	-	-	1(1.2)	3(2.9)	75(72.8)
	14. Ha recibido atención clínica para mejorar o mantener condiciones de la boca, requeridas antes / durante / después del tratamiento, generando en usted compromisos hacia el tratamiento que desea cumplir.	-	2(1.9)	5(4.8)	7(6.8)	89(86.4)
INFORMACIÓN	15. Ha sido informado sobre sus deberes y derechos como paciente	1(0.9)	4(3.8)	5(4.8)	2(1.9)	91(88.3)

Tabla 2. (Continuación)

LOCATIVAS Y TECNOLÓGICAS	16. La información recibida le permite una comprensión clara de: su estado de salud oral y/o general y las condiciones personales tomadas en cuenta para la atención y el tratamiento propuesto.	-	-	-	6(5.8)	97(94.1)
	17. La información completa y dialogada, durante la planeación del tratamiento, le permite estar de acuerdo con lo registrado en el consentimiento informado y firmarlo.	-	-	-	9(8.7)	94(91.2)
	18. Considera que el espacio físico para la atención cuenta con los recursos tecnológicos adecuados para la valoración y atención odontológica recibida.	-	1(0.9)	8(7.7)	14(13.5)	80(77.6)
	19. Considera que ha sido examinado y atendido en condición de privacidad, comodidad y silencio.	-	2(1.9)	13(12.6)	16(15.5)	72(69.9)
	20. Considera que el espacio físico para la atención propicia la confidencialidad de la información ofrecida para la historia clínica	-	3(2.9)	8(7.7)	16(15.5)	76(73.7)

*La pregunta 13 tiene opción “no aplica” y fue seleccionada por 24 pacientes (23.3%)

Como se observa en la tabla 3, la mediana para todas las categorías fue de 100% siendo la categoría locativa y tecnológica la que presentó un RIC más amplio (86.6 – 100). Para el cuestionario total la mediana fue 99% con RIC de 96 a 99% (ver tabla 3).

Tabla 3. *Puntaje de las categorías y el cuestionario completo de percepción sobre atención humanizada.*

Dimensión	Mediana	RIC
Actitud	100	95.7-100
Atención	100	100-100
Información	100	100-100
Locativas y tecnológicas	100	86.6-100
Cuestionario completo	99	96-99

Como se observa en la tabla 4, las categorías de percepción de satisfacción establecidas por el instrumento, Actitud y Atención estuvieron ubicadas en un rango de excelente (95.1% y 92.2% respectivamente); mientras que Información y Locativas y tecnológicas obtuvieron un 88.3% y 69.9% respectivamente de calificación excelente. La dimensión de Locativas y tecnológicas presentó un rango de respuesta más amplio que incluyó un 0.9% como deficiente.

Tabla 4. *Frecuencia de respuesta de acuerdo con los rangos establecidas para cada categoría.*

Categoría	N	%
Actitud		
Excelente	98	95.1
Bueno	5	4.8
Atención		
Excelente	95	92.2
Bueno	8	7.7
Información		
Excelente	91	88.3
Bueno	9	8.7
Regular	3	2.9
Locativas y tecnológicas		
Excelente	72	69.9
Bueno	18	17.4
Regular	12	11.6
Deficiente	1	0.9
Cuestionario completo		
Excelente	97	94.1
Bueno	6	5.8

Como se observa en la tabla 5, para la categoría Locativa y tecnológica se observó una tendencia a que las personas más jóvenes fueron más exigentes con la calificación (Valor $p = 0.002$). Para las variables sexo, estrato socioeconómico y nivel educativo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Ver Apéndice F).

Tabla 5. *Edad de los participantes de acuerdo con el rango de percepción de trato humanizado de cada categoría.*

Categoría	Edad	Valor p
	Media (DE)	
Actitud		0.156
Excelente	41.1 (17.1)	
Bueno	29.8 (19.9)	
Atención		0.076
Excelente	41.4 (17.3)	
Bueno	30.1 (14.7)	
Información		0.120
Excelente	41.8 (17.5)	
Bueno	32.8 (14.5)	
Regular	26.3 (10.2)	
Locativas y tecnológicas		0.002
Excelente	44.5 (17.3)	
Bueno	28.6 (10.9)	
Regular	36.5 (16.7)	
Deficiente	21	
Cuestionario Completo		0.180
Excelente	41.1 (17.4)	
Bueno	31.3 (14.3)	

6. Discusión

El presente estudio, permitió determinar la percepción de los pacientes con tratamientos terminados, sobre el trato humanizado en la atención recibida en las clínicas odontológicas integral del adulto (I, II, III, IV) en el año 2019, a través de una encuesta donde fueron categorizados estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la

humanización en la atención brindada al paciente - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021, siendo un punto de referencia en desarrollo en las instituciones de salud a nivel nacional, útil para la construcción e implementación de la política de humanización en salud en la institución.

La percepción sobre el trato humanizado en la atención de la mayoría de los pacientes arrojó resultados de calificación que la ubican en el rango de excelente, con el mayor porcentaje en cada una de las categorías. Lo que demuestra la fortaleza de la formación humanista de los odontólogos tomasinos, con un enfoque hacia la ética personalista / ontológica que reconoce el paciente como persona con unión substancial de corporeidad, alma y espíritu; valorando la dignidad de la persona por su esencia y no solamente por su capacidad de ejercer autonomía. Es misión de la Universidad promover la formación integral de las personas en el campo de la educación superior, mediante acciones y procesos de enseñanza, aprendizaje, investigación y proyección social, para que respondan de manera ética, creativa y crítica a las exigencias de la vida humana y estén en condiciones de aportar soluciones a las problemáticas y necesidades de la sociedad (26).

Al analizar los resultados por categorías, se observó una valoración principalmente excelente en todas ellas; sin embargo, algunos pacientes valoraron como regular la categoría de Locativas y tecnológicas (11.6%) y de Información (2.9%). Así mismo, la dimensión de Locativas y tecnológicas fue valorada por un paciente como deficiente (0.9%). Y obtuvo la calificación más baja de la encuesta con un 69.9% de satisfacción en la percepción de condiciones de privacidad, comodidad y silencio en la realización del examen y atención clínica; seguida de un 73.7% de satisfacción en la percepción del espacio físico como propicio para la confidencialidad de la información requerida para la historia clínica.

De manera comparativa, un estudio sobre satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la institución prestadora de servicios de salud “IPS Universitaria” (Medellín), mostró similitud de resultados con el presente trabajo, con un alto rango de satisfacción de la atención recibida (95,9%), acompañada de elementos que resaltan la confianza técnica y profesional del personal odontológico y de la institución en sí, con algunos elementos críticos en la atención por mejorarse, como la privacidad con un rango de satisfacción bajo (31.6%), comparada con la máxima valoración de muy satisfechos (27).

El diseño tradicional de la infraestructura y mobiliario de las clínicas odontológicas universitarias en general, corresponde a espacios semicerrados, es decir unidades odontológicas separadas mediante paneles, intercomunicadas, con zonas comunes para uso de equipos y suministros para la atención clínica; que han favorecido la dinámica del modelo docente-asistencial, reduciendo significativamente la privacidad de la atención para el

paciente en términos de confidencialidad, comodidad y silencio. Un concepto que debe ser replanteado para favorecer la dinámica de la satisfacción de la atención del paciente.

La humanización de la salud es uno de los principales retos del actual sistema sanitario, representa una necesidad que debe implementarse y convertirse en el eje principal de toda política sanitaria.

La contingencia generada por la pandemia del Covid 19 generó la principal limitación de esta investigación para contactar a los pacientes de forma no presencial a través de los registros de contacto de la base de datos institucional; 160 pacientes no fueron contactados por causas diversas como número equivocado, llamadas sin respuesta, telefonía fuera de servicio.

En odontología se han realizado estudios cuantitativos sobre medición del nivel de satisfacción de los pacientes en la atención clínica y también acerca de la calidad en la atención, pero muy pocos estudios cualitativos sobre la percepción de la atención humanizada específicamente

7.1 Conclusiones

- Los pacientes con tratamientos terminados, atendidos en las clínicas odontológicas integral del adulto (I, II, III, IV) en el año 2019, que participaron en el presente estudio en un número de 103 pacientes tenían una edad promedio de 40.4 ± 17.3 años, el 50.4% eran hombres, el 35.9% pertenecían al estrato 3 y el 39.8% tenía como mínimo nivel educativo secundaria.
- La percepción de los pacientes con tratamientos terminados, sobre el trato humanizado en la atención recibida en las clínicas odontológicas integral del adulto (I, II, III, IV) en el año 2019, a través de una encuesta donde fueron categorizados estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente – Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021 arrojó resultados de calificación que la ubican en el rango de excelente, con el mayor porcentaje en cada una de las categorías.
- En la categoría Locativa y tecnológica se obtuvo las calificaciones más bajas de la encuesta con un 69.9% de satisfacción en la percepción de condiciones de privacidad, comodidad y silencio en la realización del examen y atención clínica; seguida de un 73.7% de satisfacción en la percepción del espacio físico como propicio para la confidencialidad de la información requerida para la historia clínica.

7.2 Recomendaciones

- Fortalecer la excelente percepción que tienen los pacientes sobre el trato humanizado en la atención brindada en las clínicas odontológicas integral del adulto, evidenciado en el presente estudio, implementando estrategias educativas tendientes a mantener y ampliar la calidad de la atención en aspectos de comunicación asertiva y dialógica, escucha activa dentro de una atención comprensiva, compasiva y sensible a las realidades del paciente.
- Divulgar los resultados del presente estudio, donde están categorizados los estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente – Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)

2016-2021 arrojó resultados de calificación dentro del rango de excelente con el mayor porcentaje en cada una de las categorías, siendo un punto de referencia en la construcción e implementación de la política de humanización en salud en la institución.

- Sensibilizar a las directivas de la institución sobre la necesidad de mejora en los espacios locativos de atención clínica, requeridas para ofrecer condiciones de privacidad, comodidad, silencio y necesarios para la confidencialidad de la información requerida para la historia clínica.

8. Referencias bibliográficas

- (1) Ministerio de salud. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Ministerio de salud 2016 Dic 01.
- (2) Ministerio de salud. Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades. Ministerio de salud 2016
- (3) Elviro FJ, García C, Rodríguez A. La experiencia del paciente como herramienta de mejora de la gestión sanitaria: Plan de calidad percibida del hospital El Escorial. 2014
- (4) Organización mundial de la salud. Derechos de los pacientes. [Internet]. OMS. 2015 [Consultado 19 Octubre]. Disponible en: www.who.int/genomics/public/patientrights/es/
- (5) Reyes S, Paredes S, Legorreta J, Romero N, Flores M, Andersson N. Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. Rev Cubana Estomatol 2015;52(3).
- (6) Andino A, Guardela A, Infante K, Díaz A, Gonzalez FD. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Revista Colombiana de Bioética 2015 enero-junio;10(1):39-62.
- (7) Lafaurie MM, Perdomo A, Tocora JC, González MC, Amaya M, Barbosa R, et al. La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología. 2018;8(2):97-105.
- (8) González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión”. Aquichan 2015 /08/12;15(3):381-392.
- (9) Lendínez A. Humanizar: la herramienta clave [Internet]. Humanizando los cuidados intensivos, 29 junio, 2016 [Consultado 6 Mayo 2020]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/humanizar-la-herramienta-clave-por/>
- (10) Bermejo JC, Villacieros M. Humanización y acción. Revista Iberoamericana de Bioética. 2018;(8):1-16.
- (11) Rodríguez CÉ. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud. Revista Normas y Calidad (Salud y Bienestar) 2012:9-10.
- (12) La declaración Universal de Derechos Humanos, adaptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), 1948 Dic 10.
- (13) Morales J. Colombia sigue avanzando en el desarrollo de la política de humanización de la salud [Internet]. Colombia OPS/OMS. 2019 [Consultado 6 Mayo 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3246:colombia-sigue-avanzando-en-el-desarrollo-de-la-politica-de-humanizacion-de-la-salud&Itemid=562
- (14) Castro B. Los inicios de la asistencia social en Colombia. Revista CS. 2008;(1)
- (15) Aguirre R. Los retos de la tecnociencia y algunas contraindicaciones del saber médico contemporáneo. Rev Hum Med. 2013;3(1)
- (16) Santacruz-Bravo J. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. Rev Univ. Salud. 2016;18(2):373-384.

(17) Agrado E. Avances de la Humanización en los servicios de la salud en Colombia durante el periodo 2006-2016; 2017.

(18) La humanización de la salud ya no es una opción, es un compromiso. [Internet]. Simbiotia. 2018 [Consultado 19 Octubre]. Disponible en: <https://www.simbiotia.com/humanizacion-de-la-salud/>

(19) Perazzo G, et al. La deshumanización en la atención profesional: ¿vulnera el derecho a la intimidad? Vida y Ética. 2015;(1)

(20) Couto M, Vásquez N, Díaz J. Antropología médica: una necesidad hacia una mayor humanización en la odontología. Revista ciencias de la educación. 2007;1(30):87-102.

(21) Paz M. Percepción de la calidad de atención del paciente que acude a las clínicas multidisciplinarias de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León), marzo- agosto de 2016. Odontología Vital 2018;(28):29-32.

(22) Ariza C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm. Unv. 2012;9(1)

(23) Veiga J, Díez E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med segur trab 2008;54(210)

(24) Resolución Número 8430 DE 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993 Oct 04.

(25) Ley estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. 2012 Oct 18.

(26) Universidad Santo Tomás. Presentación [Internet]. USTA [Consultado 10 Octubre]. Disponible en: <http://www.ustabuca.edu.co/index.php/nuestra-institucion/presentacion-1>

(27) Agudelo A, Valencia L, Oullón E, Betancur L, Restrepo L, Peláez L. Satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la institución prestadora de servicios de salud “IPS Universitaria” (Medellín). Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2008;19(2)

Apéndices

A. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Naturaleza	Escala de medición	Valor que asume
Variable Dependiente					
Trato Humanizado (cuestionario completo)	Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conduce nuestra conducta en el ámbito de la salud	Resultado referido por el test según los estándares de acreditación en salud que hacen tangible la atención humanizada aplicables a la atención odontológica	Cualitativa	Ordinal	Excelente Bueno Regular Deficiente
Categoría actitud	Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.	Categorización del porcentaje obtenido de la suma de las respuestas dadas por el participante de la pregunta 1 a la 8	Cualitativa	Ordinal	Excelente Bueno Regular Deficiente
Categoría atención	Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona.	Categorización del porcentaje obtenido de la suma de las respuestas dadas por el participante de la pregunta 9 a la 14	Cualitativa	Ordinal	Excelente Bueno Regular Deficiente
Categoría información	Datos ya procesados y ordenados para su comprensión, que aportan nuevos conocimientos.	Categorización del porcentaje obtenido de la suma de las respuestas dadas por el participante de la pregunta 15 a la 17	Cualitativa	Ordinal	Excelente Bueno Regular Deficiente
Categoría locativas y tecnológicas	Relación del lugar en donde algo está o se realiza, relativo y perteneciente a la tecnología.	Categorización del porcentaje obtenido de la suma de las respuestas dadas por el participante de la pregunta 18 a la 20	Cualitativa	Ordinal	Excelente Bueno Regular Deficiente
Nombre	Conjunto de palabras con las	Respuesta dada por el participante	Cualitativa	Ordinal	1 2

	que se designan y se distinguen los seres vivos.	a la pregunta: Usted es llamado por su nombre.			3 4 5
Trato amable y cortes	Comportamiento agradable, con educación y afecto hacia los demás.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Considera que recibe un trato amable y cortes.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Escucha activa	Escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: La atención e interés que percibe de la persona que brinda la atención, le permite considerar que siente lo que usted siente cuando lo manifiesta. (Escucha activa)	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Emociones	Alteración del ánimo producida por un sentimiento.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Percibe que es comprensiva con sus emociones (temor, miedo, ansiedad, pena).	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Trato compasivo	Capacidad de entender la conducta y los sentimientos de los demás, y realizar una acción dirigida a neutralizarlos.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Ante actos emocionales (evitar la atención, moverse, negarse a la atención) que dificulta o altera la atención brindada ha recibido un trato compasivo que le ha ayudado a adquirir seguridad y confianza logrando superarlo.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Sensibilidad	Capacidad para percibir sensaciones a través de los sentidos.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Considera que es sensible ante situaciones que han generado en	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5

		usted incomodidad y/o dolor.			
Experiencia agradable	Forma de conocimiento que se produce a partir de vivencias u observaciones.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Procura para usted de la atención brindada una experiencia agradable, e indaga de su percepción al respecto.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Relación interpersonal	Vínculos, lazos o diferentes maneras de interacción entre las personas.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Ha desarrollado una relación interpersonal que le ha permitido expresar intereses, creencias, experiencias personales, consideradas positivas por usted.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Dialogo	Conversación entre dos o más personas que exponen sus ideas y comentarios de forma alternativa.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Considera como oportuna la atención porque el tiempo asignado permite el dialogo sobre indicaciones, dudas, sugerencias, otras entre las partes.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Motivo de consulta	Expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al profesional de salud.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Ha recibido atención al motivo de la consulta.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Percepción	Impresiones que puede percibir un individuo de un objeto a través de los sentidos.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Han tomado en cuenta su percepción sobre estado de salud oral, necesidades y expectativas, para	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5

		la planeación del tratamiento odontológico.			
Propósito	Objetivo que se pretende alcanzar.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: El tratamiento se realiza de forma completa y sin modificaciones, logrando el propósito y resolviendo las necesidades satisfactoriamente .	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Dolor	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: En caso de dolor ha recibido manejo del dolor y de la causa del mismo.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5 No aplica
Atención clínica	Prevención , tratamiento y manejo de enfermedades y la preservación del bienestar físico y mental a través de los servicios ofrecidos por el profesional de la salud.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Ha recibido atención clínica para mejorar o mantener condiciones de la boca, requeridas antes / durante / después del tratamiento, generando en usted compromisos hacia el tratamiento que desea cumplir.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Deberes y derechos	Responsabilidad establecida previamente a su cumplimiento y aquello que está permitido y garantizado.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Ha sido informado sobre sus deberes y derechos como paciente.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Información	Datos ordenados para su comprensión, que aportan nuevos conocimientos.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: La información recibida le permite una comprensión clara	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5

		de: su estado de salud oral y/o general y las condiciones personales tomadas en cuenta para la atención y el tratamiento propuesto.			
Consentimiento informado	Documento legal que contiene información como los riesgos y beneficios de un procedimiento o tratamiento.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: La información completa y dialogada, durante la planeación del tratamiento, le permite estar de acuerdo con lo registrado en el consentimiento informado y firmarlo.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Recursos tecnológicos	Aquellos que sirven como herramientas e instrumentos auxiliares en la coordinación de otros recursos.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Considera que el espacio físico para la atención cuenta con los recursos tecnológicos adecuados para la valoración y atención odontológica recibida.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Privacidad	Relacionado con la vida personal de cada individuo, que debe mantenerse de forma íntima y secreta.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Considera que ha sido examinado y atendido en condición de privacidad, comodidad y silencio.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5
Confidencialidad	Garantía de que la información personal será protegida y no será divulgada sin consentimiento de la persona.	Respuesta dada por el participante a la pregunta: Considera que el espacio físico para la atención propicia la confidencialidad de la información	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5

		ofrecida para la historia clínica.			
Variables independientes					
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad referida por el paciente al momento del estudio	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Referido en tarjeta de identificación	Cualitativa	Nominal	(0) Femenino (1) Masculino
Nivel educativo	Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	Nivel educativo referido por el paciente	Cualitativo	Ordinal	(0) Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Tecnólogo (4) Profesional
Nivel socioeconómico	Por nivel socio económico se entiende la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país.	Estrato que el paciente refiere.	Cualitativo	Ordinal	(0) Ninguno (1) Estrato 1 (2) Estrato 2 (3) Estrato 3 (4) Estrato 4 (5) Estrato 5

B. Instrumento

Percepción sobre la humanización en la atención odontológica por pacientes atendidos en las Clínicas integral del adulto I, II, III y IV con tratamientos terminados, año 2019 de la Universidad Santo Tomás.		 UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA						
Fecha:		Encuesta N°:						
Este estudio tiene como objetivo determinar la percepción del trato humanizado en la atención de pacientes atendidos de las clínicas integral I, II, III y IV de la Universidad Santo Tomás con tratamiento terminado durante el año 2019, a través de estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.								
Variables sociodemográficas								
Edad cumplida: _____ Años								
Sexo		Hombre Mujer						
Nivel educativo		(0) Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Tecnólogo (4) Profesional						
Nivel socioeconómico		(0) Ninguno (1) Estrato 1 (2) Estrato 2 (3) Estrato 3 (4) Estrato 4 (5) Estrato 5						
Test de percepción del Trato Humanizado								
Apreciado(a) señor(a): A continuación, le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de atención de los estudiantes de odontología. En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su consulta y atención.								
CATEGORIA	ITEM	1	2	3	4	5	NA	
ACTITUD	1. Usted es llamado por su nombre							
	2. Considera que recibe un trato amable y cortes.							
	3. La atención e interés que percibe de la persona que brinda la atención, le permite considerar que siente lo que usted siente cuando lo manifiesta. (Escucha activa)							
	4. Percibe que es comprensiva con sus emociones (temor, miedo, ansiedad, pena).							
	5. Ante actos emocionales (evitar la atención, moverse, negarse a la atención) que dificulta o altera la atención brindada ha recibido un trato compasivo que le ha ayudado a adquirir seguridad y confianza logrando superarlo.							
	6. Considera que es sensible ante situaciones que han generado en usted incomodidad y/o dolor.							

	7. Procura para usted de la atención brindada una experiencia agradable, e indaga de su percepción al respecto.							
	8. Ha desarrollado una relación interpersonal que le ha permitido expresar intereses, creencias, experiencias personales, consideradas positivas por usted.							
ATENCIÓN	9. Considera como oportuna la atención porque el tiempo asignado permite el dialogo sobre indicaciones, dudas, sugerencias, otras entre las partes.							
	10. Ha recibido atención al motivo de la consulta.							
	11. Han tomado en cuenta su percepción sobre estado de salud oral, necesidades y expectativas, para la planeación del tratamiento odontológico.							
	12. El tratamiento se realiza de forma completa y sin modificaciones, logrando el propósito y resolviendo las necesidades satisfactoriamente.							
	13. En caso de dolor ha recibido manejo del dolor y de la causa del mismo.							
	14. Ha recibido atención clínica para mejorar o mantener condiciones de la boca, requeridas antes / durante / después del tratamiento, generando en usted compromisos hacia el tratamiento que desea cumplir.							
INFORMACIÓN	15. Ha sido informado sobre sus deberes y derechos como paciente.							
	16. La información recibida le permite una comprensión clara de: su estado de salud oral y/o general y las condiciones personales tomadas en cuenta para la atención y el tratamiento propuesto.							
	17. La información completa y dialogada, durante la planeación del tratamiento, le permite estar de acuerdo con lo registrado en el consentimiento informado y firmarlo.							
LOCATIVAS Y TECNOLÓGICAS	18. Considera que el espacio físico para la atención cuenta con los recursos tecnológicos adecuados para la valoración y atención odontológica recibida.							
	19. Considera que ha sido examinado y atendido en condición de privacidad, comodidad y silencio.							
	20. Considera que el espacio físico para la atención propicia la confidencialidad de la información ofrecida para la historia clínica.							

VALORES DE RESULTADOS	
0 – 40%	DEFICIENTE
41 – 75%	REGULAR
76 – 90%	BUENO
91 – 100%	EXCELENTE

Apéndice C. Análisis estadístico Univariado

Objetivo	Variable a tratar	Naturaleza	Prueba Estadística
Caracterizar la población estudio de acuerdo a las variables sociodemográficas.	Edad	Cuantitativa	Medidas de tendencia central (moda, media, mediana) Medidas de dispersión (DE o RIQ)
	Sexo	Cualitativa	Frecuencia absoluta y porcentaje
	Nivel educativo	Cualitativa	Frecuencia absoluta y porcentaje
	Nivel socioeconómico	Cualitativa	Frecuencia absoluta y porcentaje

Apéndice D. Análisis estadístico Bivariado

Objetivo	Variable de salida	Variable explicativa	Naturaleza	Prueba Estadística
Identificar la percepción sobre la humanización en la atención odontológica por pacientes atendidos en las clínicas integral I, II, III y IV de la Universidad Santo Tomás con tratamiento terminado durante el año 2019 por medio de las cuatro categorías establecidas de acuerdo con estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en atención brindada al paciente – Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.	Trato humanizado	Edad	Cualitativa + Cuantitativa	Anova o Kruskall Wallis
	Trato humanizada	Sexo	Cualitativa + Cualitativa	Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher
	Trato humanizada	Nivel educativo	Cualitativa + Cualitativa	Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher
	Trato humanizada	Nivel socioeconómico	Cualitativa + Cualitativa	Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher

Apéndice E. Consentimiento informado

	Nivel de conocimientos y prácticas sobre odontología amigable con el medio ambiente en estudiantes de primero a décimo semestre	Página: 1 de 4
	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN – FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS -SECCIONAL FLORIDABLANCA	Versión: 01
		Fecha: _____

Código del Participante

CONSENTIMIENTO INFORMADO INDIVIDUAL**1. Introducción**

Los INVESTIGADORES Silvia Gabriela Sáenz Guzmán, Brenda Juliana Rodríguez Sepulveda, Yudy Lorena Ospina Calderón, Karol Michell Carrillo Gutiérrez y Marcela Alejandra Núñez Aristizábal. Del trabajo de grado “Percepción sobre la humanización en la atención odontológica por pacientes atendidos en las clínicas integral del adulto I, II, III y IV con tratamientos terminados, año 2019 de la Universidad Santo Tomás.” de la Universidad Santo Tomás, nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación orientado al trato que brindan los estudiantes que prestan el servicio en las clínicas odontológicas del adulto mayor I, II, III y IV durante el año 2019. Esta investigación se enmarca en la Resolución 08430 del 4 de octubre de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia “por la cual establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, nos permitimos informarle los objetivos y justificación de esta investigación, de manera que usted pueda tomar una decisión libre y autónoma de participar o no de la misma. Estamos dispuestos a resolver cualquier duda o pregunta que usted tenga con el fin de garantizar su total comprensión.

Teniendo en cuenta que usted cumple con los siguientes criterios para poder participar en este estudio como son:

- Pacientes atendidos en las clínicas integral I, II, III y IV con tratamiento terminado durante el año 2019.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente.

2. Objetivos del estudio

Determinar la percepción del trato humanizado en la atención de pacientes atendidos de las clínicas integral I, II, III y IV de la Universidad Santo Tomás con tratamiento terminado durante el año 2019, a través de estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en la atención brindada al paciente - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.

2.1 Objetivos específicos

- Caracterizar la población estudio de acuerdo a las variables sociodemográficas.
- Identificar la percepción sobre la humanización en la atención odontológica por pacientes atendidos en las clínicas integral I, II, III y IV de la Universidad Santo Tomás con tratamiento terminado durante el año 2019 por medio de las cuatro categorías establecidas de acuerdo con estándares de acreditación en salud explícitos para hacer tangible la humanización en atención brindada al paciente – Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.

3. Justificación

Los programas académicos de ciencias de la salud exigen articulación entre la teoría y la práctica dentro del proceso enseñanza-aprendizaje. El desarrollo de las competencias adquiridas permite solucionar las competencias de cada paciente.

La facultad de odontología puede alcanzar este propósito por medio del proceso de los servicio- docente-asistenciales.

Realizar la medición sobre la percepción de la humanización en la atención por parte de los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás, aplicando estándares de acreditación en salud - 2016 tangibles de la humanización en la atención brindada al paciente, permite ofrecer una fuente de referencia desde la odontología sobre la percepción de la humanización por parte de los pacientes y un referente a partir del cual construir la política de humanización en salud en la institución.

4. Procedimientos de estudio

Firma del consentimiento informado, recolectar la información sobre la edad, sexo, nivel socioeconómico y nivel educativo del paciente, diligenciar el test según los estándares de acreditación en salud que hacen tangible la atención humanizada aplicables a la atención odontológica, con las que se va a determinar la percepción de cada paciente en la atención odontológica, cada pregunta tendrá los siguientes valores de respuesta 1, 2, 3, 4 y 5, siendo 1 el valor menor y 5 el valor mayor.

5. Confidencialidad

Es importante que usted conozca que se tomarán todas las medidas necesarias para proteger su privacidad como participante. Para el registro de la información a través de la

recolección de los datos, incluido el test. En caso de que usted acepte recibir información sobre el resultado del estudio, cuando la investigación finalice, se informará de los resultados por correo electrónico.

6. Riesgos y beneficios

Según la Resolución 8430 de 1993 de Colombia previamente referida, este trabajo se clasificó como una investigación de sin riesgo, ya que se emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes que consisten en el diligenciamiento del test. Esta investigación será sometida al comité de ética de la Universidad Santo Tomás.

7. Costos y compensación

Los costos que pueda generar este trabajo correrán por cuenta de los investigadores, además, usted no recibirá ningún pago por participar en la investigación.

8. Derecho a rehusar o abandonar el estudio

La participación en este estudio es voluntaria y luego de iniciar y aceptar participar, puede negarse a contestar alguna pregunta o a continuar en el programa en cualquier momento que lo decida. Puede retirarse en cualquier etapa de la investigación, ninguna persona se enfadará o molestará con usted.

9. Preguntas

Puede realizar cualquier tipo de pregunta ahora o en cualquier momento del estudio.

10. Declaración del participante

Al firmar este documento, usted está aceptando que ha entendido la información que se le ha dado y desea participar en este estudio y por tanto está de acuerdo con:

- Contestar de manera consiente y veraz el test que constará de 20 preguntas, con 5 valores de respuesta que son 1, 2, 3, 4 y 5, siendo 1 el valor más bajo y 5 el valor más alto, así como la información relacionada con las características de la edad, sexo, nivel socioeconómico y nivel educativo.
- Autorizar el uso de los resultados de la encuesta obtenidos durante el proceso con fines de investigación, educación o publicación en revistas científicas y/o de información general, teniendo en claro que **su nombre no será revelado durante este proceso y usted es libre de desistir de la investigación cuando lo desee.**

Aceptación para participar. La firma o huella es el respaldo de su autorización para participar en el presente estudio.

El responsable de obtener el consentimiento informado debe firmar y consignar sus datos de identificación personal, lugar y fecha de obtención del consentimiento.

¿Autoriza usted su participación voluntaria en este proyecto? Sí ☐ No ☐

Si usted ha aceptado participar, por favor escriba su nombre y firma en el espacio siguiente:

Nombre y apellidos completos de la participante:

Documento de identidad: _____

Firma: _____

Fecha __ / __ / ____

11. Declaración del investigador

Certifico que yo como investigador he explicado a la persona sobre esta investigación y que la persona entendió la naturaleza y el propósito del estudio, así como los posibles riesgos y beneficios asociados con su participación en el mismo. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas.

Firma de los investigadores

Credencial universitario

Cédula

Firma de director de trabajo de grado: _____

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar al investigador principal **Mónica Mantilla Otero** en los teléfonos **3103208476** o al correo electrónico monica.mantilla@ustabuca.edu.co.

Puede comunicarse también con los demás investigadores:

Silvia Gabriela Sáenz Guzmán de odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, teléfono móvil **3185640319**, correo electrónico: silvia.saenz@ustabuca.edu.co

Brenda Juliana Rodríguez Sepúlveda estudiante de odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, teléfono móvil **3508398033**, correo electrónico: brenda.rodriguez@ustabuca.edu.co

Yudy Lorena Ospina Calderón estudiante de odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, teléfono móvil **311483039**, correo electrónico: yudy.ospina@ustabuca.edu.co

Karol Michell Carrillo Gutiérrez estudiante de odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, teléfono móvil **3174503029**, correo electrónico: karol.carrillo@ustabuca.edu.co

Marcela Alejandra Núñez Aristizábal, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, teléfono móvil **3186939825**, correo electrónico: marcela.nunez@ustabuca.edu.co

Apéndice F. Análisis bivariado

NIVELES POR DIMENSIÓN					Valor P
	Excelente n(%)	Bueno n(%)	Regular n(%)	Deficiente n(%)	
Actitud					
Sexo					1.000
Hombre	48 (49.4)	3 (60)	-	-	
Mujer	49 (50.5)	2 (40)	-	-	
Nivel socioeconómico					0.565
Estrato 1	18 (18.3)	-	-	-	
Estrato 2	20 (20.4)	-	-	-	
Estrato 3	34 (34.6)	3 (60)	-	-	
Estrato 4	20 (20.4)	2 (40)	-	-	
Estrato 5	5 (5.1)	-	-	-	
Estrato 6	1 (1)	-	-	-	
Nivel educativo					0.846
Ninguno	1 (1)	-	-	-	
Primaria	18 (18.3)	-	-	-	
Secundaria	38 (38.7)	3 (60)	-	-	
Tecnólogo	11 (11.2)	-	-	-	
Profesional	30 (30.6)	2 (40)	-	-	
Atención					
Sexo					1.000
Hombre	47 (50)	4 (50)	-	-	
Mujer	47 (50)	4 (50)	-	-	
Nivel socioeconómico					0.646
Estrato 1	16 (16.8)	2 (25)	-	-	
Estrato 2	20 (21)	-	-	-	
Estrato 3	33 (34.7)	4 (50)	-	-	
Estrato 4	20 (21.)	2 (25)	-	-	
Estrato 5	5 (5.2)	-	-	-	
Estrato 6	1 (1)	-	-	-	
Nivel educativo					0.715
Ninguno	1 (1)	-	-	-	
Primaria	17 (17.8)	1 (12.5)	-	-	
Secundaria	36 (37.8)	5 (62.5)	-	-	
Tecnólogo	11 (11.5)	-	-	-	
Profesional	30 (31.5)	2 (25)	-	-	
Información					
Sexo					0.188
Hombre	42 (46.6)	7 (77.7)	2 (66.6)	-	
Mujer	48 (53.3)	2 (22.2)	1 (33.3)	-	
Nivel socioeconómico					0.375
Estrato 1	17 (18.6)	1 (11.1)	-	-	
Estrato 2	18 (19.7)	2 (22.2)	-	-	
Estrato 3	33 (36.2)	2 (22.2)	2 (66.6)	-	

Estrato 4	19 (20.8)	3 (33.3)	-	-	
Estrato 5	3 (3.3)	1 (11.1)	1 (33.3)	-	
Estrato 6	1 (1.1)	-	-	-	
Nivel educativo					0.960
Ninguno	1 (1.1)	-	-	-	
Primaria	16 (17.5)	2 (22.2)	-	-	
Secundaria	35 (38.4)	4 (44.4)	2 (66.6)	-	
Tecnólogo	11 (12)	-	-	-	
Profesional	28 (30.7)	3 (33.3)	1 (33.3)	-	
Locativa y tecnológica					
Sexo					0.497
Hombre	36 (50.7)	10 (55.5)	4 (33.3)	1(100)	
Mujer	35 (49.3)	8 (44.4)	8 (66.6)	-	
Nivel socioeconómico					0.173
Estrato 1	15 (20.8)	1 (5.5)	1 (8.3)	1 (100)	
Estrato 2	14 (19.4)	5 (27.7)	1 (8.3)	-	
Estrato 3	24 (33.3)	5 (27.7)	8 (66.6)	-	
Estrato 4	14 (19.4)	6 (33.3)	2 (16.6)	-	
Estrato 5	5 (6.9)	-	-	-	
Estrato 6	-	1 (5.5)	-	-	
Nivel educativo					0.281
Ninguno	1 (1.3)	-	-	-	
Primaria	15 (20.8)	-	3 (25)	-	
Secundaria	27 (37.5)	8 (44.4)	5 (41.6)	1 (100)	
Tecnólogo	10 (13.8)	1 (5.5)	-	-	
Profesional	19 (26.3)	9 (50)	4 (33.3)	-	
Cuestionario completo					
Sexo					1.000
Hombre	48 (49.4)	3 (60)	-	-	
Mujer	49 (50.5)	2 (40)	-	-	
Nivel socioeconómico					1.000
Estrato 1	17 (17.5)	1 (16.6)	-	-	
Estrato 2	19 (19.5)	1 (16.6)	-	-	
Estrato 3	34 (35.9)	3 (50)	-	-	
Estrato 4	21 (21.6)	1 (16.6)	-	-	
Estrato 5	5 (5.1)	-	-	-	
Estrato 6	1 (1)	-	-	-	
Nivel educativo					0.779
Ninguno	1 (1)	-	-	-	
Primaria	16 (16.4)	2 (33.3)	-	-	
Secundaria	39 (40.2)	2 (33.3)	-	-	
Tecnólogo	11 (11.3)	-	-	-	
Profesional	30 (30.9)	2 (33.3)	-	-	