

[2022]



IBERO

De:
Planeta Formación y Universidades

Humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones de profesionales sanitarios en unidades de cuidados intensivos de Bogotá y Cartagena

Luis Alberto Sánchez-Alfaro
Corporación Universitaria
Iberoamericana

Yolima Carmona González
Univeersidad de Cartagena

Liced Yurany Corredor Silva
Corporación Universitaria
Iberoamericana

Jeniffer Carolina Ramírez Ortíz
Corporación Universitaria
Iberoamericana

Rita Del Carmen Boscán Barrera
Corporación Universitaria
Iberoamericana

Programa de Fisioterapia



Humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones de profesionales sanitarios en unidades de cuidados intensivos de Bogotá y Cartagena

Humanisation, ethical sensitivity and decision making of healthcare professionals in intensive care units in Bogotá and Cartagena

Investigador principal

Luis Alberto Sánchez-Alfaro

Corporación Universitaria Iberoamericana

Co-investigadoras

Yolima Carmona González

Universidad de Cartagena

Liced Yurany Corredor Silva

Jeniffer Carolina Ramírez Ortíz

Rita Del Carmen Boscán Barrera

Especialización en Fisioterapia en Cuidado Crítico

Diciembre de 2022

Agradecimientos

A la Corporación Universitaria Iberoamericana por su apoyo en la gestión del proyecto de investigación. Especialmente a la profesora y fisioterapeuta Diana Paola Tocasuche por su apoyo incondicional durante la fase de trabajo de campo del estudio.

Resumen

Objetivo: Interpretar la relación entre humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena.

Metodología: Estudio cualitativo de tipo comprensivo. Se utilizaron herramientas etnográficas como entrevista semiestructurada en línea, análisis de caso, diario de campo y observación participante en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Se realizó proceso de codificación y categorización (análisis categorial deductivo e inductivo) a la información recolectada y finalmente análisis del discurso y hermenéutica de ideas.

Resultados: Se establecieron dos categorías principales: Rostros en las Unidades de Cuidado Intensivo y Cultivo del profesionalismo. Este profesionalismo, como rasgo de carácter, se expresa mediante la práctica de virtudes y perfecciona a partir de experiencias profesionales y personales.

Conclusiones: La relación entre humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones en UCI está mediada por el rol, la jerarquía, el sexo del profesional sanitario, el cansancio y la angustia moral que genera la UCI. El cultivo del profesionalismo ocurre a partir de las experiencias personales y profesionales en UCI, que permiten objetivar la experiencia de atención y generan alguna reflexión que impulsa el cultivo de virtudes como la compasión. Humanización, sensibilidad ética y la toma de decisiones se expresan de manera desigual entre los profesionales sanitarios, esto se explica principalmente por la jerarquía dentro del equipo de UCI, la proximidad con el paciente y los vínculos establecidos.

Palabras Clave: Cuidados críticos, Humanización de la atención, Sensibilidad ética, Toma de decisiones.

Abstract

Objective: To interpret the relationship between humanization and ethical sensibility with decision making in sanitary professionals in Intensive Care Units of Bogotá and Cartagena. **Methodology:** Comprehensive type qualitative study. Ethnographic tools as online semi structured interviews, case analysis, field diary and participant observing in the Intensive Care Units (ICU). Obtained data was codified and classified (by means of categorical inductive and deductive analysis) and finally speech analysis and hermeneutical ideal interpretation. **Results:** Two main categories were proposed: Faces in the ICU and Professionalism Mastership, being the last a part of one's character expressed through virtuous practice and perfected in professional and personal experiences. **Conclusions:** The relationship between humanization and ethical sensibility with decision making in the ICU is mediated by the role, hierarchy, sex of the healthcare professional, tiredness, and existential angst caused by the Unit. The nurturing of professionalism develops through personal and professional experiences of the intensive healthcare worker that allow to objectivize the attention experience and generate some insight that allow appearance of virtues such as compassion. Humanization, ethical sensitivity, and decision making express unevenly between sanitary professionals, explained primary by hierarchy in the ICU teams, subject's proximity to the patient and the previously formed kinship.

Key Words: Critical care; Attention humanization; Ethical sensibility; Decision making

Tabla de Contenido

Introducción	8
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos	12
Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica	13
Humanización	13
Sensibilidad ética	16
Toma de decisiones.....	19
El modelo racional de la toma de decisiones	22
Modelo organizacional	22
Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo	25
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	25
2.2 Población	25
2.3 Procedimiento e Instrumentos.....	26
2.4 Plan de análisis de la información.....	26
2.5 Consideraciones Éticas	27
2.6 Alcances y limitaciones	29
Capítulo 3 - Resultados.....	30
Rostros en la UCI.....	30
Cultivo del profesionalismo.....	32
Capítulo 4 – Discusión y conclusiones.....	33
4.1 Cumplimiento de objetivos del proyecto.....	36
4.2 Aportes a líneas de investigación de grupo y a los Objetivos del Desarrollo Sostenible - ODS	36
4.3 Producción asociada al proyecto.....	36
4.4 Líneas de trabajo futuras	37

Anexo 1. Consentimiento informado	38
Anexo 2. Guía de entrevista	40
Referencias	42

Introducción

La humanización en la prestación de servicios de salud se considera un imperativo ético que exige el respeto de: la dignidad humana, el reconocimiento de la condición y del contexto del paciente, y la promoción o la búsqueda de la atención integral en salud procurando bienestar y calidad de vida para el paciente. Para lograr esta acometida se requiere de una sensibilidad ética que posibilite una actitud de apertura mental, afectiva, de autorreflexión permanente y practicar principios éticos y virtudes éticas por parte del personal que presta los servicios de salud en cada una de las conductas o planes de tratamiento, en sus intervenciones o en los cuidados sobre los pacientes (Andino Acosta, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología - ESE, 2016; Rueda Castro, y otros, 2018; Bermejo & Villacieros Durban, 2018; Wilson, y otros, 2019; Carmona González & Montalvo Prieto, 2019).

En las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) se ha reportado la posibilidad de ocurrencia de atención despersonalizada y deshumanizada, dado que el personal está supeditado a los aparatos tecnológicos y la atención del paciente se subordina a las cifras y los datos que indican estos dispositivos. En las UCI el bienestar físico y mental tanto del equipo que presta de servicios, como de los pacientes se encuentra en permanente tensión tanto la humanización como la sensibilidad ética. En quienes hacen veces de cuidadores o prestadores de servicios de salud en las UCI se ha reportado falencias o pérdida de cualidades axiológicas en cuanto a empatía, compasión, comprensión, comunicación, justicia. Respecto a la empatía, de la mano con el profesionalismo, se ha planteado su relevancia terapéutica dado que favorece positivamente la curación del paciente e impactas en la forma de ejercer el rol disciplinar y la asunción del cuidado de las personas, las familias y las comunidades (Ávila-Morales, 2017; García & NOBLE Compañía de Seguros, 2019; Wilson, y otros, 2019; Rojas, 2019; Donoso-Sabando, 2014; Murrain Knudson, 2017)

En cierta medida, diversos estudios han permitido evidenciar que la humanización en las UCI es una necesidad sentida y su implementación contribuye al encuentro entre pacientes, familiares y profesionales y en esto es crucial la praxis de cualidades axiológicas, entre ellas la sensibilidad ética de la cual son pocos los estudios en estos escenarios de atención en salud (Rojas, 2019; Carmona González & Montalvo Prieto, 2019).

Una propuesta sobre Humanización en UCI es el Proyecto de Investigación Internacional “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HU-CI). El proyecto HU-CI ha planteado ocho componentes fundamentales para la humanización en Unidad de Cuidados Intensivo (Heras La Calle, Martin, & Nin, 2017; Heras La Calle, Alonso Oviés, & Gómez Tello, 2017; Heras La Calle, 2018; Rojas, 2019; Grupo de trabajo de certificación

de Proyecto HU-CI, 2019; Nin Vaeza, Martin Delgado, & Heras La Calle, 2020; Heras La Calle, 2020), los cuales han sido esquematizados por sus autores de la siguiente forma en 8 pilares:

- 1) UCI de Puertas Abiertas y Participación de Familiares: flexibilización de horarios que permita el acercamiento y la aproximación de los familiares incluyéndolos en la atención e incluso en los cuidados.
- 2) Comunicación: se refiere al nivel de información que existe en la UCI y la comunicación efectiva; promueve el fortalecimiento del trabajo en equipo, la reducción de la aparición de conflictos y aumentar la confianza.
- 3) Bienestar del paciente: haciendo referencia a medidas de confort y la valoración con una perspectiva biopsicosocial al paciente y resolver sus necesidades.
- 4) Presencia y participación de familiares en UCI: permitiendo la colaboración de los familiares en las acciones básicas de cuidado del paciente.
- 5) Cuidados al personal: brindando áreas de descanso para los profesionales, actividades que permitan relación y mejore el ambiente laboral, prestando mucha atención al síndrome de burnout” o “síndrome del desgaste profesional”.
- 6) Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-UCI: buscando el seguimiento continuo del paciente y su calidad en salud de manera integral.
- 7) Infraestructura humanizada: logrando espacios no sólo amplios que permitan un trabajo ágil y pertinente, sino tecnología que supla las necesidades de cada usuario, incluyendo espacios de para el personal de salud y salas de descanso.
- 8) Cuidados al final de la vida: permitiendo un manejo integral, respetuoso y digno para los pacientes, en aras de garantizar el cubrimiento de las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes y sus familias.

Al analizar el proyecto HU-CI a la luz de la realidad colombiana (con un estudio descriptivo exploratorio en personal de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá) y pensando en encontrar en este algunos fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos, Forero y Jiménez (2021) indican que el modelo HUCI “está principalmente fundamentado en elementos de corte técnico-científico basados en procesos, protocolos o procedimientos empleados como métodos para orientar acciones terapéuticas o institucionales objetivas, siendo los cuidados alrededor del paciente en estadio de fin de vida el mejor cimentado”. En cuanto al pilar

“Profesionalismo” reportan que este contiene algunos elementos, aunque deberá incorporar otros, para los cual habrá que realizar más estudios o nuevas propuestas para fortalecer la vocación de servicio en los trabajadores de las UCI. En cuanto al fundamentos bioéticos, estos no están claramente establecidos en el modelo HUCI, aunque el modelo en sí favorece la toma de decisiones bajo algunos parámetros éticos. Ante esto se recomienda realizar más estudios en los equipos que trabajan en las UCI (Forero Sarmiento & Jiménez Rodríguez, 2021).

De acuerdo con Sánchez–Alfaro, Carmona González, Silva Pinilla, Medina Carrión y Garzón Ortiz (2021) el trato humanizado a pacientes que han requerido ser ingresados a las UCI ha tomado relevancia y este depende tanto de las instituciones como del personal asistencial, de factores externos como el apoyo familiar o un entorno de confort intra y extra hospitalario. En su investigación, realizada en UCIs de Bogotá y Cartagena, reportan hallar dos posturas frente a la humanización, como obligación (deontología) o como acto respeto (profesionalismo). Se comprende y practica la humanización como: 1) buen trato y cordialidad al realizar intervenciones; 2) ponerse en los zapatos del paciente reconociendo que tiene familia; 3) cuidados que garantizan confort al paciente mediante acciones sobre el cuerpo biológico (hidratación y movilización); 4) cumplir con objetivos terapéuticos evitando sufrimiento o daño; 5) ver al paciente como persona con dignidad. Dado este hallazgo frente a practicar la humanización tanto en sentido deontológico como de profesionalismo y su relación con el buen trato, surgen inquietudes frente a la sensibilidad ética en quienes realizan su quehacer asistencial en las UCI y en la toma de decisiones (Sánchez–Alfaro, Carmona González, Silva Pinilla, Medina Carrión, & Garzón Ortiz, 2021).

En Colombia se han evidenciado diversas expresiones de interés por la humanización en escenarios de atención en Medicina crítica y cuidado intensivo, por la atención centrada en el paciente y la familia en UCI de pediatría, proponiendo estrategias desde la enfermería con el fin de mejorar el cuidado humanizado en las UCI, (Romero-Massa, Contreras-Méndez, Pérez-Pájaro, Moncada, & Jiménez-Zamora, 2013; Torres-Ospina, Vanegas-Díaz, & Yepes-Delgado, 2016; Joven & Guáqueta Parada, 2019; Arango Campo, Durán González, & Jaimes Plata, 2020). En 2018 Moreno y Polo realizaron una investigación con el objetivo de “diseñar un programa de humanización desde un enfoque de comunicación centrado en las necesidades de las familias de usuarios en Unidad de cuidado intensivo, para favorecer la calidad de los servicios de salud” y evidenciaron que, si bien hay satisfacción en algunos aspectos, se debe mejorar el proceso de comunicación entre familiares y profesionales (Moreno Pérez & Polo Méndez, 2018). Gómez Henao (2020) reportó que en general los fisioterapeutas afrontan dilemas bioéticos en la toma de decisiones y autonomía profesional durante su quehacer en las UCI, la autora expone que los pacientes de las UCI no solo son vulnerables, también frágiles y la atención humanizada debería ser un componente

fundamental en el personal que allí labora prestando sus servicios de cuidado de la salud, y quienes tienen la responsabilidad de la toma de decisiones para afrontar y dar respuesta las necesidades de los pacientes. Es aquí donde la sensibilidad ética cobra su mayor relevancia en la medida que profesionales con alto grado de sensibilidad ética pueden brindar atención en salud centrada en la persona, reconocer en ellas su vulnerabilidad, pero sobre todo ser consciente de las implicaciones de las decisiones morales que se toman a favor del paciente, por el contrario una baja sensibilidad ética no permite percibir, intuir o comprometerse con las necesidades humana, mucho menos una adecuada toma de decisiones que protejan la dignidad de la persona. Profesionales insensibles éticamente se caracterizan por ser desatento, despectivo, grosero, irreflexivo, impaciente, no empático, poco observador y centrar el ejercicio en obligaciones técnicas, acciones opuestas a la humanización que se pretende en las UCI para mitigar el dolor, el sufrimiento y la desesperanza (Dalla C, Zoboli E, Vieira M, 2017; Lutzen K, Nordstrom G, Evertzon, 1995; Sayers K, De Vrie K. A, 2008). La alta demanda del quehacer diario asistencial de este escenario podría ser una limitante para lograrlo (Gómez Henao, 2020).

Yuguero, Esquerda, Vinas, Soler-Gonzalez y Pifarré (2019) plantean que razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía favorecen la adquisición de actitudes, valores y comportamientos que a su vez previenen la erosión ética y promueven una alta calidad en la atención en salud (Yuguero, O, Esquerda, M, Vinas, J, Soler-Gonzalez, J, & Pifarré, J, 2019); categorías clave en los procesos que ocurren en las UCI. Cuestión que evidencian Carmona González y Montalvo Prieto (2019) al plantear que la sensibilidad moral ante las prácticas de cuidado, especialmente de enfermería, con pacientes en fase terminal, crónicos y de unidades de cuidados intensivos es un aspecto que debe ser investigado y socializado en la comunidad académica (Carmona González & Montalvo Prieto, 2019).

Las UCI centran sus procesos de atención en pro del confort de los pacientes, la atención a este confort tiene énfasis en las cuestiones biológicas y los cuidados en perspectiva biomédica; quienes realizan procesos de atención y cuidados de pacientes en las UCI deben tomar decisiones y realizar un trabajo de calidad y excelencia, virtuoso y compasivo, lo cual exige de prácticas humanizadas y sensibilidad ética para lograr prestar atención de forma integral al paciente, su sufrimiento y su contexto, en medio de altas cargas laborales y emocionales. Teniendo en cuenta todo lo planteado, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se relaciona la humanización y la sensibilidad ética de profesionales sanitarios con la toma de decisiones durante la atención en unidades de cuidados intensivos públicas y privadas de Bogotá y Cartagena?

Para dar cuenta de la pregunta de investigación se delinearón los siguientes objetivos:

Objetivo general

Interpretar la relación humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones de profesionales sanitarios en unidades de cuidados intensivos públicas y privadas de Bogotá y Cartagena.

Objetivos específicos

1. Describir, a partir de las vivencias de profesionales sanitarios, las dinámicas que enmarcan el proceso de toma de decisiones en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena.
2. Comprender, a partir de análisis de casos, parámetros de humanización y sensibilidad ética de profesionales sanitarios expresados en la toma de decisiones.

Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica

Humanización

Según la Real Academia Española define la Humanización como hacer a alguien o algo humano, familiar y afable, (Rojas, 2019, pág. 121) podemos decir entonces, que hace referencia al buen trato que se da al ser humano teniendo un enfoque integral hacia un bienestar de calidad. La persona humana tiene un valor fundamental intrínseco como lo es la Dignidad en todas las etapas de la vida en su condición de persona que la hace valer por si misma como ser pensante y autónomo. (Fernández, 2017)

Todo ser humano tiene la capacidad de desarrollar sentimientos como el amor, empatías, respeto, etc., de forma consciente y manejables hacia el prójimo y determinadas causas haciendo que nuestros actos vayan orientados a realizar el bien. La humanización es el producto de sentimientos positivos que nos hace valer por nosotros mismos en todas las etapas de la vida como seres humanos. (Rivero, 2020)

Somos seres humanos complejos con varias dimensiones corporales, espirituales, intelectuales y afectivas que implica una atención de manera integral en la asistencia sanitaria como derecho fundamental en el ser humano promoviendo la salud y contribuyendo a la recuperación de las personas de forma positiva, su formación académica no solo debe estar enfocada en un modelo biomédico que busca determinar diagnóstico y tratamiento sino debe incluir elementos medibles como una atención de calidad, competencias profesionales optimas, formación de principios y valores adecuados y una gestión sanitaria adecuada que vele por el bienestar general y trato digno de las personas. (Fuente-Martos, et al;2018)

Con los avances de la ciencia en el área de la salud se identifica el desarrollo tecnológico, la infraestructura, el profesionalismo individual como prioridades en la atención del paciente que ha permitido la instauración de nuevos servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos reduciendo mortalidad y aumentando las probabilidades de supervivencia de los pacientes ingresados, pero este progreso no va de la mano cuando hablamos del “trato” al paciente debido a la falta de habilidades no técnicas de los profesionales que refieren los mismos pacientes y familiares durante su estancia por la UCI, al no estar conformes con el acompañamiento por el equipo sanitario se evidencia la falta de competencias psicoafectivas que restringen una atención integral y falta de humanización frente al paciente, requiriendo la realización de estudios e investigaciones que permita realizar una reestructuración en la práctica clínica con enfoque bioético que proporcione una atención de calidad en el cuidado

humanizado enfocado en las personas vulnerables durante el trascurso de la enfermedad o finalización de su ciclo de vida. (Macareña Yañez-Dabdoub, et al; 2018)

El profesional de la salud tiene una responsabilidad importante de brindar a los pacientes una atención integral y digna respetando cada ser como único e irreplicable en el ámbito asistencial, cultural, profesional y ético según las necesidades de inclusión de cada persona que requiera un cuidado especial. (Rojas, 2019).

A las Unidades de Cuidados Intensivos ingresan pacientes con enfermedades que ponen en peligro su vida, necesitando una atención especial y vigilancia permanente, por ello se requiere que estos servicios tengan unas características específicas con un equipo médico especializado, ambiente privado, monitoreo constante de su estado y acceso adecuado a familiares que les permitan interactuar con el paciente y estar adecuadamente informado sobre su estado brindando un bienestar y confort a los pacientes, para ello es importante que el personal de la salud debe estar altamente capacitado con conocimientos científicos, protocolos y guías de manejo de la Unidad, capacitaciones continuas y habilidades que le permitan tomar decisiones éticas sin vulnerar los derechos de autonomía y respeto del paciente. (Baeza, et al;2020)

En general estas características influyen que el equipo médico vuelva su atención monótona y separe la parte humana del paciente que no solo se lucha con la enfermedad sino se enfrenta al inadecuado trato del profesional que atenta contra su dignidad y valor como personal.

La deshumanización que hoy en día hay en el campo hospitalario vio la necesidad de cambiar ese enfoque y realizar entrenamientos a los profesionales centrado en el cuidado de Humanizado de forma integral en la parte física, emocional y social garantizando el respeto y un trato digno.

Ante la evidencia en la actualidad la humanización se convirtió en una necesidad al ver los resultados positivos en la recuperación de las personas enfermas y la satisfacción en las familias, personal de salud y del mismo paciente que refieren cuando sienten que se les brinda un trato digno y con respeto. Los adelantos científicos son importantes, pero debe estar al servicio de la humanidad buscando un bien común, se debe sensibilizar en valores y principios orientados a la práctica diaria en la toma de decisiones que respeten la dignidad de la persona humana en el artículo "*Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud*" de Jorge Tomás Insua nombra unos principios fundamentales de la ética personalista (Insua, 2018) para la atención de calidad al paciente buscando siempre su bienestar como ser humano integral:

1. Principio de defensa de la vida física

2. Principio de libertad y responsabilidad
3. Principio de totalidad o principio terapéutico
4. Principio de sociabilidad y de solidaridad

Esta labor inicia desde las Unidades de Cuidado Intensivo, pero es importante que todos los servicios del centro de salud aborden el cuidado humanizado permitiendo un análisis y evaluación de la atención al paciente implementando recomendaciones que va en busca de la mejoría en la prestación de servicios, esto mediante el apoyo de indicadores que reflejen la satisfacción del usuario y familiar permitiendo encontrar fallas a corregir en cada servicio que se brinda.

En otros países ya implementaron iniciativas y plan de estrategias enfocados en un plan de humanización favoreciendo un entorno agradable entre paciente, familiar y profesional, como por ejemplo en Estados Unidos de América por La Sociedad Americana de Medicina Interna y en España por la iniciativa del DR Gabriel Heras, han desarrollado el Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos: Proyecto HU-CI”. (Zubieta, 2021; Pag144).

El proyecto tiene en cuenta para su desarrollo las siguientes Líneas Estratégicas: (Baeza, et al;2020)

LÍNEAS ESTRATEGICAS	
1. UCI de puertas abiertas	Flexibilización de horarios de visitas favorece a los pacientes, familiares y profesional siendo un apoyo en el cuidado del paciente.
2. Comunicación	Es indispensable y debe realizarse de forma clara y correcta, el intercambio de información oportuna lograra evitar inconvenientes entre paciente, familia y profesionales generando un ambiente seguro y confiable.
3. Bienestar del paciente	Brindar confort en todos los niveles físicos, emocionales y sociales que experimenten los pacientes para mitigar síntomas de dolor, estrés, sentimientos negativos asegurando una atención de calidad.
4. Cuidados al profesional	Se debe implementar medidas que favorezcan la disminución del desgaste físico y emocional del profesional mejorando su satisfacción en el

	entorno laboral y así evitar actitudes negativas e inadecuadas hacia paciente, familiar y equipo de trabajo.
5. Síndrome Cuidados post	Generalmente el paciente que ha estado en UCI persiste con sintomatología física, emocional, psicológica puede ocasionar problemas en su entorno social, por eso es importante durante su estancia la participación de la familia para brindar tranquilidad y seguridad al paciente, además el equipo interdisciplinario debe continuar apoyando paciente y familiar según sus necesidades médicas y evitando así procesos de ansiedad y estrés.
6. Cuidados al final de la vida	Los pacientes crónicos y/o con manejo paliativo deben ser dirigidos a proporcionar una atención integral en el proceso del final de su vida, guiada por guías y protocolos que limiten el sufrimiento del paciente y familiar, se realiza acompañamiento y se respeta las decisiones autónomas del paciente.
7. Infraestructura Humanizada	El ambiente físico adecuado de la UCI proporciona al paciente, familiar y profesional un adecuado espacio de atención que beneficia de forma positiva nivel físico y psicológico y promueve un cuidado de calidad en beneficio de las necesidades que se presenta.

Fuente: Elaboración propia.

Sensibilidad ética

La sensibilidad se refiere a la calidad o condición de ser sensible y está estrechamente alineada con la percepción y el sentimiento. De hecho, el origen de los sensibles se deriva del antiguo sentimiento francés, latino o latino medieval, que se forma irregularmente desde el sentir latino, hasta el sentimiento. El sentir está asociado con el tacto o el contacto, y se define como percibir, examinar o buscar por el tacto, y ser consciente de algo que sucede a través de la sensación física. La sensación se asocia con aprecio, compasión, preocupación, empatía, simpatía,

compresión, sentimiento con la emoción, la autoestima, las sensibilidades y las susceptibilidades. Sayers y Vries (2008)

La sensibilidad ética es definida como la capacidad o habilidad de reconocer un problema ético, la capacidad de decidir con inteligencia, compasión y comprensión la situación de los pacientes, conciencia moral, implicación de las decisiones y la conciencia de cómo nuestras acciones afectan a otras personas. Torres et al. (2021) Además permite a los profesionales de la salud reconocer, interpretar y responder adecuadamente a las inquietudes de quienes reciben los servicios de salud. Weaver et al (2008)

Actualmente el término de sensibilidad ética se está incluyendo dentro de la praxis de los profesionales de la salud, como un componente fundamental de la ética. Torres et al (2021)

Lützen et al (2006). La define como “una comprensión de la situación vulnerable de los pacientes, así como una conciencia de las implicaciones morales de decisiones que se toman en su nombre”, el cual exige que los profesionales de la salud sean conscientes de los comportamientos de los pacientes, sus expresiones verbales y no verbales, así como sus condiciones físicas y emocionales; con el objetivo de aumentar la capacidad de interpretar y determinar las necesidades del paciente. Torres et al (2021)

Strkalj et al (2021) menciona que la sensibilidad ética toma en cuenta los valores como el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano como factores importantes; además de ser un elemento de la toma de decisiones éticas en la práctica profesional y factor crítico al enfrentar desafíos para tomar decisiones clínicas correctas que logran mejorar la calidad de su cuidado. Torres et al. (2021)

El estudio realizado por Weaver et al (2008) la sensibilidad ética es un tipo de sabiduría práctica, tanto un recurso como un proceso que los profesionales aportan, aprovechan y desarrollan en la práctica a través de la autoevaluación y la comprensión del impacto de sus acciones en los demás; la decisión de un profesional de emprender una acción responsable se basa en la interacción de la reflexividad y el coraje.

La literatura utiliza los términos “sensibilidad moral” y “sensibilidad ética” indistintamente y existen diferentes descripciones, a veces, conceptualizaciones que compiten entre sí. Habla y Jacobs (2021)

Milliken (2018) encontró cuatro conceptos principales en la literatura: que fueron desarrolladas por Rest y Narvaez, Weaver et al (2008), Lützen et al (2006), Ersoy y Goz (2001), los primeros elaboraron un modelo de cuatro componentes donde incluyen la sensibilidad moral, juicio moral, motivación moral y carácter moral; y

definen la sensibilidad ética como “la conciencia es cómo nuestras acciones afectan a otras personas, lo que implica ser conscientes de las diferentes líneas de acción posibles y cómo cada línea de acción, podría afectar a las partes involucradas, comprende la empatía y las habilidades para asumir roles; la sensibilidad moral es una conciencia de las implicaciones éticas de las acciones de los profesionales en salud y es una condición esencial que conduce a un comportamiento ético. Lee et al, (2020), por otra parte Ersoy y Goz (2001) describen la sensibilidad moral como la capacidad de reconocer la dimensión ética de una situación. Esta definición está en la misma línea de Lützén et al (2006) quienes consideran la sensibilidad moral como la capacidad de “sentir” el significado de una situación que se desarrolla a través de la experiencia; identificaron tres factores que comprende la sensibilidad moral: sentido de carga moral, fortaleza moral y responsabilidad moral. El análisis de concepto realizado por Weaver et al. (2008) encontró aspectos similares de detectar e identificar cuestiones éticas y preocuparse por los efectos de las propias acciones en la comodidad y el bienestar de los demás. Es un tipo de sabiduría práctica que persigue la comodidad del cliente y la satisfacción profesional con la prestación de atención en los servicios de salud. Habla y Jacobs (2021)

La práctica de los profesionales de la salud se sustenta en una relación interpersonal, que requiere de sensibilidad y empatía, no es una simple actividad mecánica o un actuar sobre el paciente o familia, es una actividad donde se involucran las partes en la búsqueda de alivio del sufrimiento y el bienestar de quien lo sufre, en la cotidianidad de toda persona, existen situaciones que en un momento determinado influyen para que exista un desequilibrio en su organismo, bien sea por procesos agudos o crónicos. Siendo necesario acudir a las instituciones sanitarias en búsqueda de recuperar la salud; el escenario que enfrenta día a día la persona hospitalizada en la institución sanitaria exige a los profesionales de la salud: médicos, fisioterapeutas, enfermeras entre otros a proporcionar atención integral, lo que se considera que el equipo que labora en la institución sanitaria debe disponer de un perfil enmarcado en una filosofía integradora con valores, destrezas, conocimientos científicos y tecnológicos. Blanco et al. (2021)

Los profesionales de la salud deben tener suficientes conocimientos y habilidades para la atención de pacientes, además se espera que puedan brindar atención compasiva y cumplir con los principios éticos. Kumsar et al. (2021) Principios que son fomentados a través la sensibilidad ética que se desarrolla por medio de la educación, manteniendo competencia profesional y demostrando comportamientos que cumplen con los códigos éticos de los profesionales de la salud, quienes tienen una alta sensibilidad ética, reconocen fácilmente la presencia de problemas éticos y la toma de decisiones correctas. Kumsar et al. (2021)

El cuidado de la salud constituye la base de la actividad de los profesionales de la salud, éste incluye no sólo comportamientos científicos y técnicos, sino que además considera acciones de alivio al sufrimiento humano, mantenimiento de la dignidad, manejo adecuado en situaciones de crisis, empatía, la experiencia de vivir y morir. Martínez et al (2020) Haciendo frente al dolor las necesidades espirituales del otro, con el fin de generar un cuidado integro, solidario, humano y profesional para resolver la situación que se esté presentando. Torres et al (2021) En el cuidado de la salud se utiliza el concepto de sensibilidad ética para describir el componente de la toma de decisiones en el cuidado profesional, el cual corresponde a la sensibilidad moral, percepción moral, ética, intuición y moralidad. Martínez et al. (2020)

En conclusión, la sensibilidad ética es un concepto nuevo que se ha venido incorporando en las profesiones de la salud y que existe poca evidencia científica que ha abordado este concepto en los profesionales y estudiantes de la salud en diferentes contextos, a pesar de que es un elemento esencial en el arte de cuidado. Torres et al (2021).

Toma de decisiones

La toma de decisiones es el proceso en el cual un individuo o grupo de individuos deben elegir entre varias opciones. Este proceso se activa cuando hay que resolver un conflicto o situación que requiere de una acción concreta. Hacer esa elección puede suponer un paso más o menos trascendental, hay decisiones rutinarias o consideradas de poca importancia, pero también algunas que implican mucha responsabilidad para quien las toma y que pueden ser muy determinantes. En una empresa, es la gerencia o dirección quien toma las decisiones más importantes, pero todos sus miembros, de una forma u otra, tienen que tomar decisiones en su día a día para llevar a cabo acciones que, en definitiva, afectan a la empresa por pequeñas que sean. En función del tamaño de la empresa, será más común un tipo de decisiones u otro. Por lo anterior la toma de decisiones en la unidad de cuidados intensivo son de tipo grupal, proceso que se realiza en conjunto entre los miembros de un grupo en el que prima el consenso y se toma la alternativa que genera más adhesión.

Existen factores tanto internos como externos que influyen de forma directa en el proceso de toma de decisiones, tales como las siguientes:

- **Las evaluaciones personales del gerente.** Opinión subjetiva sobre las prioridades, haciendo énfasis, por ejemplo, en los problemas económicos más que en los sociales.

- **El riesgo e incertidumbre.** Factores del entorno externo. Oportunidades para reducir la incertidumbre: obtener información adicional o actuar sobre la base de la experiencia.
- **El tiempo.** El éxito no vendrá de inmediato.
- **El costo de la información.** El costo de la información debe compensarse a los ingresos derivados de su uso y aplicación. Una mayor información no es necesariamente mejor.
- **La relación de decisiones.** El enfoque de sistema.

Una primera consideración sobre la estructura de estos servicios es la complejidad del núcleo de la actividad de la UCI: la toma de decisiones clínicas. En un medio como la UCI, es el acto más difícil y complejo de la práctica asistencial, La atención médica es un proceso, entendiendo como tal aquellas actividades que generan valor añadido que en este caso es la restauración de la salud perdida. Su complejidad estriba en que en él influyen multitud de circunstancias externas que pueden condicionar los resultados. La primera es la incertidumbre de sus resultados que pueden medirse en términos de “calidad científico-técnica”. Las expectativas de los pacientes y familiares son otro elemento también externo a la propia atención, que determinan la “calidad percibida”¹⁰ de los resultados. Un tercer elemento es la naturaleza probabilística de los propios resultados clínicos; es decir que el conocimiento científico sólo puede establecer la probabilidad de que en un paciente concreto los resultados tengan una u otra magnitud. Por esta razón el pronóstico suele ser certero para poblaciones de pacientes, mientras que sólo es aproximado para un enfermo determinado. La Medicina debe garantizar que el proceso sea realizado conforme al conocimiento científico disponible (baja incertidumbre) y a las expectativas de los pacientes, pero en ningún caso puede garantizar unos resultados siempre óptimos¹¹. Es esta conjunción de calidad científica más calidad percibida de los resultados, lo que hace difícil juzgar la calidad global de la atención únicamente a partir de resultados cuantificables como la mortalidad o las infecciones nosocomiales. La calidad técnica debe complementarse con datos menos tangibles como son las expectativas y circunstancias de los usuarios. Aunque esta realidad es crítica en UCI, los propios especialistas no han sentido habitualmente la necesidad de investigar la cultura subyacente en sus servicios; han dirigido su esfuerzo investigador hacia otros aspectos entre los que predominan los temas clínicos, fisiopatológicos o económicos¹². Esta focalización ha dejado en tercer o cuarto término aspectos sociales, psicológicos, morales o de relación tanto del paciente como de su familia (Ryan, 1995). El eje central de esta investigación es precisamente el enfoque antropológico de estos olvidados aspectos dentro del complejo mundo de las UCI.

La toma de decisiones, se debe impartir desde su Concepción humanística-antropológica hasta sus connotaciones gerenciales. Humanísticamente partimos de la idea de que el ser humano al tomar decisiones se autodetermina y, en su relación con los otros (el ente social) se co-autorealiza. El argumento central es que el ser humano por naturaleza es imperfecto e inacabado; busca en su que hacer cotidiano, las vías para su Permanente perfeccionamiento. Sin embargo, y dada también su naturaleza de ser inacabable, nunca terminará de perfeccionarse, nunca podrá ser experto de todo.

En este contexto, la toma de decisiones del hombre, ser imperfecto, aún a pesar de ser un acto eminentemente racional, es un evento de selección de alternativas las cuales pueden ser correctas o incorrectas, pero al comprometerse con una opción, asume un compromiso personal, es decir, debe ser absolutamente responsable de los resultados, como consecuencia del ejercicio de su libertad.

En el aprendizaje del proceso de toma de decisiones efectivas, es el debate acerca del determinismo como forma de evasión de la responsabilidad. Así, en el marco del determinismo, la responsabilidad se diluye en la creencia de que la acción humana encuentra su motivo determinante en el tiempo pasado o en una estructura superior al hombre, de tal suerte que no está en sus manos decidir la acción o el camino a seguir. Es preciso remarcar, en este aprendizaje, que es más importante decidirse a (querer) que decidirse sobre (hacer), por ejemplo, es más trascendente decidirse a ser un buen ingeniero o doctor que haberse decidido sobre la elección de carrera. Un argumento común muy convincente frente al alumnado es que el profesional no se puede contentar y considerar que ya es suficiente con haber obtenido su título, lo importante es seguir tomando decisiones que lo hagan seguir creciendo, (el alumno no se debe alegrar que ya pasó sus materias sino que aprendió y lo más importante que está aplicando lo aprendido en las aulas). Los alumnos deberán estar conscientes de su autodeterminación y por ello reconocer, que sus maestros y tutores sólo le darán los medios para perfeccionarse, de tomar la decisión y elegir entre dos cosas la mejor, y no como comúnmente se trata, de decidir entre lo bueno y lo malo.

La toma de decisiones es uno de los procesos más difíciles a los que se enfrenta el ser humano. Es fundamental en la resolución de problemas. En esta página se presenta el proceso de toma de decisiones más estudiado en psicología y que tiene aplicación en la terapia cognitivo conductual. Se explica con detalle que hay que plantear los objetivos que se desean, elaborar un plan, realizar las acciones comprendidas en el plan, evaluar la marcha del plan y de los resultados que se van alcanzando.

Siempre hay que tener en cuenta que cada persona afronta la resolución de problemas de una forma diferente, basada en su experiencia y su historia de reforzamiento. Hay modelos clásicos de cómo se toman las decisiones y existe un esquema básico de resolución de problemas (D´Zurilla, Goldfried, 1971) que plantea como hacerlo de forma efectiva y se ha incorporado a la terapia cognitivo conductual con todos los méritos (Nezu, 2004).

El modelo racional de la toma de decisiones

El modelo racional prescribe una serie de pasos que deben seguir los individuos o equipos para incrementar la probabilidad de que sus decisiones sean lógicas y estén bien fundamentadas. Una decisión racional permite el logro máximo de metas dentro de las limitaciones de la situación. Esta definición se refiere a la racionalidad de los medios (cómo alcanzar mejor una meta), no de los fines (es decir, las metas). Por ejemplo, la meta de muchas compañías prestadoras de servicios públicos es generar electricidad al menor costo posible. Uno de los medios para la consecución de esta meta es reducir al mínimo el costo del combustible utilizado para alimentar los generadores. Así, algunas plantas de energía han sido diseñadas para permitir el fácil cambio de un tipo de combustible a otro. El gerente de una planta de este tipo puede optar entre gas natural, petróleo o carbón, dependiendo de sus costos relativos en cualquier momento en particular. Si el costo del gas natural se dispara en relación con el del petróleo y el carbón, la decisión racional sería optar por petróleo o carbón. Seguir usando gas natural en esas circunstancias sería una decisión irracional. Este proceso comienza con la definición y diagnóstico del problema y recorre los pasos sucesivos hasta el seguimiento y el control. Cuando se toman decisiones rutinarias, los individuos pueden seguir estos pasos fácilmente. Además, existen más probabilidades de que se utilice este proceso en situaciones que implican condiciones cercanas a la certidumbre o de bajo riesgo, en las que es posible asignar probabilidades objetivas a los resultados. Las decisiones rutinarias en condiciones próximas a la certidumbre no requieren obviamente del seguimiento de la totalidad de los pasos de este modelo. Por ejemplo, si un problema en particular tiende a ser recurrente, quizá las decisiones (soluciones) deban consignarse por escrito en calidad de procedimientos o reglas operativos estándar. Adicionalmente, los individuos o equipos raramente siguen estos siete pasos secuencialmente al tomar decisiones adaptativas o innovadoras.

Modelo organizacional

El modelo organizacional supone, en un primer momento, que existen niveles de heterogeneidad de valores, y por lo tanto, de preferencias. Los decisores en consecuencia tienen visiones distintas del mundo. Otro supuesto es que los decisores no poseen la información completa de la realidad. Aunque esta información, es recopilada o acumulada con una orientación hacia el establecimiento de un mapa (un

subconjunto del universo) de alternativas de comportamiento. Por lo anterior, no buscan la decisión óptima, sino la más satisfactoria. Este nivel de satisfacción está íntimamente ligado al nivel de aspiración que posee el individuo tomador de decisiones. Una vez que el decisor ha establecido el mapa de alternativas procede a evaluar de manera secuencial cada una de estas hasta encontrar aquella que iguale o supere su nivel de aspiración. Este esquema del decisor individual fue utilizado por March y Simón para explicar la toma de decisiones en las organizaciones (March y Simón, 1958). Estos autores consideran a la empresa como un decisor (el actor racional unificado), al cual no le viene dado la información, sino que ha de procurársela.

Dentro de las investigaciones que se han realizado a nivel internacional aparece Beloki y Mosteiro (2017), con el artículo bajo el título Análisis del modelo de vulnerabilidad para la toma de decisiones en el ámbito de los cuidados de las personas mayores aquí se analiza la efectividad de la vulnerabilidad como modelo de decisión relacionado con la situación personal y sociofamiliar de los adultos mayores que requieren cuidados. La adecuación del modelo refleja la centralidad de los factores de riesgo en la toma de decisiones, la naturaleza del cuidado y el respeto a los principios que motivan los derechos de los adultos mayores vulnerables. El concepto de vulnerabilidad se vincula a una nueva percepción en la que la vulnerabilidad se fundamenta no solo en la pérdida de autonomía, sino también en la susceptibilidad a la vulneración del derecho a la dignidad e integridad en la vida cotidiana, coherente con la existencia de diversidad y vulnerabilidad, concepto humano. Será necesario considerar la incorporación de este enfoque en las leyes de competencia de las personas mayores y la regulación del servicio social en los informes y diagnósticos del trabajo social.

De igual forma Costa et al (2011) en su trabajo Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente señalan que involucrar al paciente cuando se hacen tomas de decisiones de los procedimientos hace que se establezca una relación donde los dos, es decir tanto el profesional como el paciente se sienten reconocidos. Donde se ve al paciente no como un objeto involucrado, si no como alguien autónomo capaz de tomar decisiones mismo hacen énfasis en que una decisión compartida se puede tomar cuando el profesional brinda confianza, señalando que las recomendaciones dadas no son una imposición a la hora de tomar decisiones, el paciente debe tener la última palabra, pero también se ven casos donde el paciente delega esta responsabilidad a tercero o al mismo médico.

Otros de los estudios que encontramos relacionado con la toma de decisiones es el trabajo bajo el título Educación, Bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidado intensivo publicado en la revista latinoamericana de Bioética por Rincón et al (2008) sostienen que a la hora de tomar decisiones en el aspecto de la salud Juegan papeles importantes varios elementos como lo son: el paciente con su salud,

el médico con su saber teórico y práctico, los objetivos plasmados, el entorno para desarrollar este proceso de toma de decisiones, teniendo en cuenta las estrategias seleccionadas y los recursos disponibles para lograrlo. Equipo experto, paciente y su familia. El proceso de decisión de la UCI es el siguiente: El problema debe ser formulado correctamente, Además, analiza las opciones de las acciones a realizar, Por lo tanto en la cátedra de bioética debe integrarse en la formación de los profesionales médicos, se debe de crear un currículo explícito e identificarlo como una necesidad de aprendizaje de docentes y alumnos, debe ser Pasar del aprendizaje teórico al aprendizaje práctico, donde puede ser reconocido lo aprendido y reflejado en cambios en el comportamiento y la aptitud en la práctica médica. Además de que las decisiones que toma el personal de la unidad de cuidados intensivos (UCI) tienen un impacto positivo en ambos o Negativo en el entorno del paciente y su familia, dado que algunas de las decisiones que toman los Profesionales trascienden en el futuro de las personas.

Molina N (2018) en su trabajo Modelo de toma de decisiones bioéticas en ciencias de la salud, sustenta que “La importancia de la toma de decisiones éticas en las ciencias de la salud ha ayudado a desarrollar esquemas para guiar este proceso. En este trabajo el propósito fue de proponer un modelo teórico de toma de decisiones bioéticas. Se realizaron búsquedas bibliográficas y búsquedas en bibliotecas digitales utilizando bases de datos y palabras clave, se identificaron 11 modelos de toma de decisiones éticas, se analizaron según parámetros establecidos y se incluyeron resultados de investigaciones sobre el tema.

El esquema analizado propone una toma de decisiones basada en la razón basada en un número variable de pasos cognitivos y, en general, proporciona algunos elementos para esas aplicaciones del mundo real. Razones para la toma de decisiones bioéticas en ciencias de la salud: se ha propuesto un modelo de integración emocional. Este modelo integra la razón y la emoción, la capacidad de aplicar diferentes marcos éticos y los pasos cognitivos para tomar las decisiones correctas al demostrar habilidades de pensamiento ético y crítico”.

Para este autor el tomar de decisiones éticas debe ser clara, donde se debe incluir la identificación de dilemas o problemas, así también el profesional debe de buscar información para comprender mejor, el análisis y propuestas de alternativas de solución, la evaluación de dichas alternativas y la selección de opciones moralmente justificadas, dado que es un proceso que se consta de varias fases.

Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El estudio pretende analizar la relación entre humanización y sensibilidad ética de profesionales y auxiliares con la toma de decisiones durante la atención en unidades de cuidados intensivos públicas y privadas de Bogotá y Cartagena. En este sentido será un estudio cualitativo de tipo comprensivo. Para dar cuenta del objetivo planteado la investigación deberá interpretar, desde la epistemología de las ciencias sociales, elementos sustantivos tales como: 1) la vivencia en las UCI (entendida como objetivación de la experiencia constituida por lo aprendido y lo vivido, que permite la producción de sentido común en cuanto a cómo la humanización y su sensibilidad ética contribuye en la toma de decisiones durante la atención realizada en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena); 2) la acción social (que será comprendida como el comportamiento humano por medio del cual los individuos se relacionan en sociedad y en las instituciones, la acción práctica que permite a los profesionales y auxiliares la posibilidad de elegir y de actuar (toma de decisiones) dentro de las condiciones en las que se desenvuelven en las UCI) (Souza Minayo, 2010; Ferreira Deslandes & Gomes, 2007; Vasilachis, 2006; Arantzamendi, Lopez-Dicastillo, Robinson, & Carrasco, 2016).

En este sentido, podremos acercarnos a la vida cotidiana del quehacer en las UCI y con ello a la comprensión de la relación entre humanización y sensibilidad ética de profesionales y auxiliares con la toma de decisiones durante la atención en unidades de cuidados intensivos públicas y privadas de Bogotá y Cartagena. El estudio procura comprender e interpretar las experiencias, subjetividades e intersubjetividades de los profesionales y auxiliares involucrados en los procesos de atención y cuidado en las UCI, así como a la objetivación de su sensibilidad ética en la toma de decisiones (Ferreira Deslandes & Gomes, 2007).

2.2 Población

Participaron 14 profesionales sanitarios de 11 UCI públicas (6 en Bogotá y 5 en Cartagena) y 3 privadas (1 en Bogotá, 2 en Cartagena). Fueron 2 médicos hombres, 5 enfermeros (3 hombres, 2 mujeres), 4 fisioterapeutas (2 hombres, 2 mujeres) y 3 auxiliares de enfermería (1 hombre, 2 mujeres), con experiencia de trabajo en UCI entre 2 y 16 años.

2.3 Procedimiento e Instrumentos

Se recolectó información mediante entrevistas semiestructuradas en línea, análisis de caso, diario de campo y observación participante durante dos meses. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 1 hora. El análisis de caso se realizó durante la entrevista en línea. Previo al trabajo de campo se realizó prueba piloto a la guía de entrevista y a la narrativa del caso utilizado. Todas las entrevistas fueron grabadas (en voz y/o video según lo permitió el participante) y transcritas en su totalidad. Para el análisis de caso se presentó a los participantes un caso hipotético (guardando respeto por los derechos de autor) y se les solicitó responder a dos preguntas: ¿Qué decisión tomarías en el siguiente caso? ¿Cuáles son los parámetros para tomar esa decisión? Finalmente, se diseñó una guía de observación y con base en ella se realizaron 20 observaciones participante en UCI.

2.4 Plan de análisis de la información

El análisis se realizó utilizando una matriz diseñada con base en el objetivo de la investigación, esto facilitó el proceso de codificación y categorización (análisis categorial de tipo deductivo siguiendo las categorías teóricas preestablecidas de acuerdo con los objetivos de la investigación). Se realizó disposición y agrupamiento de datos, esto permitió el análisis del discurso (el uso del lenguaje, la comunicación de creencias o conocimientos y la interacción en las situaciones de atención y cuidado en UCI)¹⁶. En este proceso emergieron 2 categorías que facilitaron el proceso hermenéutico final: Rostros en la UCI y Cultivo del profesionalismo. La tabla 1 muestra las categorías y subcategorías que orientaron el proceso de análisis y establecimiento de resultados (Rodríguez Sabiote, Lorenzo Quiles, & Herrera Torres, 2005; Amezcua & Gálvez Toro, 2002).

Tabla 1. Categorías y subcategorías en la relación humanización–sensibilidad ética–toma de decisiones.

Categoría		Subcategoría
Interpretar la relación humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones de profesionales	Rostros en la UCI	Rol profesional (Jerarquía).
		Sexo del profesional.
		Cansancio laboral y angustia moral.
		Estado del paciente.

sanitarios en unidades de cuidados intensivos públicas y privadas de Bogotá y Cartagena		Observancia de las necesidades del paciente.
		Particularidades de la institución y/o Contexto técnico-científico.
	Cultivo del profesionalismo	Transitar experiencias (experiencias personales y profesionales).
		Competencia profesional.
		Emociones y Proximidad con el paciente.
		Empatía.
		Virtudes.

2.5 Consideraciones Éticas

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (Artículo 11), este estudio se clasifica como “Investigación Sin riesgo” ya que no indagará sobre fenómenos y sucesos de la vida privada o íntima, no se indagará por información sensible en los participantes, no se pondrá en riesgo la vida o la integridad física o mental de los entrevistados (República de Colombia - Ministerio de Salud, 1993).

La participación en la investigación será de forma voluntaria, lo cual se garantizará mediante el proceso de consentimiento informado de carácter verbal (siguiendo la Resolución 008430 de 1993 – artículo 15). Se garantizará la voluntariedad, la privacidad, la confidencialidad, el anonimato de cada participante. Este proceso permitirá autorizar el uso de la información con fines de esta investigación y sus posibles productos académicos y científicos, así como de otras investigaciones afines a los objetivos de esta investigación y del mismo grupo de investigación (República de Colombia - Ministerio de Salud, 1993).

Las únicas personas que conocerán las entrevistas y sus correspondientes datos de identidad o demás que permitan la identificación de los participantes serán los

investigadores, quienes se comprometen a la custodia y resguardada ante terceros de todos los datos obtenidos. Las transcripciones serán codificadas en aras de garantías a la privacidad.

Siguiendo los lineamientos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) se garantizará respeto a principios bioéticos tales como: Dignidad y derechos humanos, Privacidad y confidencialidad, No discriminación y no estigmatización y Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura -UNESCO, 2005).

Los resultados de la investigación serán conocidos por los participantes, respetando así su derecho a la veracidad y claridad de la información, y también en respeto por los principios de Aprovechamiento compartido de los beneficios y Responsabilidad, respeto y rendición de cuentas, pues se espera que este proyecto favorezca mejoras en la atención y cuidado de los pacientes y sus familias en las UCI de Bogotá y Cartagena (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura -UNESCO, 2005; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2021).

La investigación fue realizada bajo criterios de integridad científica, siguiendo para ello los planteamientos de la Declaración de Singapur (2010) y la Declaration of the 9th world science forum: Science Ethics and Responsibility (2019), con el cumplimiento de los principios de honestidad intelectual, independencia y transparencia. Por tanto los datos serán manejados con transparencia tanto en la investigación como en la publicación, los análisis de resultados serán los pertinentes y rigurosos, evitando caer en fabricación o invención, falsificación o manipulación de los datos, o plagio (2nd World Conference on Research Integrity, 2010; World science forum:, 2019). También se tendrá en cuenta la Resolución 0314 de 2018 que enmarca la Política de Ética de la investigación, Bioética e Integridad científica de Colombia, por tanto los hallazgos expuestos en esta investigación serán reales y veraces (Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación -COLCIENCIAS, 2018).

2.6 Alcances y limitaciones

Esta investigación tiene algunas limitaciones, unas propias de su naturaleza cualitativa y otras relacionadas con las dificultades en la recolección de la información debido a la poca disponibilidad de tiempo de los profesionales sanitarios que trabajan en UCI, aunque es de aclarar que esto no interfirió en la calidad de la información recolectada y analizada.

Capítulo 3 - Resultados

La relación entre humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones de profesionales sanitarios en UCI de Bogotá y Cartagena se explica mediante dos categorías y once subcategorías: Rostros en la UCI (Rol profesional (Jerarquía), Sexo del profesional, Cansancio laboral y angustia moral, Estado del paciente, Observancia de las necesidades del paciente y Particularidades de la institución y/o Contexto técnico-científico) y el cultivo del profesionalismo (Transitar experiencias (experiencias personales y profesionales), Competencia profesional, Emociones y Proximidad con el paciente, Empatía y Virtudes).

Rostros en la UCI

"Digamos que todos somos un equipo, pero no todos tenemos esa facilidad de escucha hacia el otro, de ponernos, digamos, en el pantalón de ese paciente, en los zapatos de esa familia, en la piel del cuidador" (Hombre enfermero, UCI privada, 16 años de experiencia en Cartagena).

Esta categoría está mediada, por un lado, por el rol, la jerarquía y el sexo del profesional de la salud. Por otro lado, por el cansancio y la angustia moral que genera laborar en la UCI. Se encontró que en las UCI la humanización, la sensibilidad ética y la toma de decisiones se expresan de manera desigual entre los profesionales sanitarios. La diferencia se explica principalmente por la profesión, la jerarquía entre el equipo, la proximidad con el paciente y los vínculos profesional-paciente.

Mientras mayor sea el rango en la jerarquía (médicos) la actitud hacia la humanización y la sensibilidad ética se relaciona con la toma de decisiones enfatizadas en acciones técnico-científicas orientadas hacia la mejoraría de las alteraciones fisiopatológicas del paciente. A menor jerarquía (auxiliares de enfermería) mayor manifestación de humanización y sensibilidad ética en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado y el bienestar físico y emocional del paciente. Se halló que las expresiones de humanización y sensibilidad ética en las UCI son inversamente proporcionales al nivel ocupado en la jerarquía dentro del equipo de atención. Sin embargo, en esto juegan un papel importante los rasgos internos del profesional: "yo pienso que todos somos diferentes, tanto físico como mentalmente. No todos tenemos esa parte humana, de poder acercarnos a esa persona, escucharla, entenderla, no todos tenemos esa capacidad" (Hombre enfermero, UCI privada, 16 años de experiencia en Cartagena).

Se logró evidenciar que el sexo de los profesionales influye en la relación entre humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones en la UCI. Las mujeres expresan acciones de humanización y sensibilidad ética sin restricciones, como un proceso que

se asume y expresa de manera natural. Los hombres plantean la idea de modular las emociones, de practicar la temperancia y asumir acciones con base en aspectos técnico-científicos: "yo creo que, por ejemplo, en mi caso, yo soy una persona muy emocional. Tal vez tengo un aspecto plano, me veo como si todo me diera igual, pero realmente soy muy sensible por dentro" (Hombre fisioterapeuta, UCI privada, 2.5 años de experiencia en Bogotá).

En las UCI es común que los profesionales sanitarios experimenten cansancio e incertidumbres. Esto les genera estrés laboral y angustia moral, que se expresan en conflictos o dilemas en la toma de decisiones. El estrés/cansancio laboral puede constituirse en una barrera para tomar decisiones clínicas bajo una perspectiva de humanización y sensibilidad ética. Los participantes informaron que el ritmo de trabajo en la UCI, la tensión que generan los problemas de salud (físicos y emocionales) de los pacientes y su familia, la eminente muerte de algunos pacientes y tomar de decisiones en medio de conflictos éticos, les ocasiona agotamiento físico y mental, y experiencias de angustia moral. Se evidenció que la angustia moral está presente en todos los profesionales de UCI: "Yo le echo la culpa también a la carga laboral en salud, es dura, entonces llega un punto en el que todo el mundo se satura; se satura el médico, se satura el jefe, se satura el auxiliar, eso también hace que la gente se desespere, que la gente se aburra de la profesión y deje de quererla" (Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 14 años de experiencia en Bogotá).

El estado del paciente (edad, pronóstico, diagnóstico, etc) y la observancia de sus necesidades genera que en los profesionales sanitarios emerjan emociones. Esto estaría relacionado con cierto grado de sensibilidad ética, prácticas humanizadas e influir en la toma de decisiones. Estar atentos a las necesidades de los pacientes, no solo las biomédicas, también las espirituales y psicosociales, facilita identificarse con el sufrimiento, la vulnerabilidad y la fragilidad del paciente y de la vida humana; es decir, que la objetivación de la experiencia con el paciente redunde en sensibilidad ética.

Con relación a las particularidades de la institución y/o el contexto técnico-científico se encontró que en las instituciones donde se realiza prácticas educativas (docencia-servicio) la atención tiende a centrarse en el proceso de enseñanza-aprendizaje, disminuyendo en cierta medida la preocupación por las particularidades contextuales del paciente: "...Uno pasa la ronda y está el paciente A con tales patologías y, con residentes, uno no simplemente busca la solución del problema, sino que entonces surgen todos los temas alrededor de la patología del paciente [...] entonces siento que se despersonaliza un poco la atención con el paciente y se centra más en la academia" (Hombre médico, UCI privada, 2 años de experiencia en Cartagena).

Cultivo del profesionalismo

"Desafortunadamente la gente es muy poco empática con el tema [...] eso que yo pienso lo aprendí porque yo ya pasé por ser una paciente de cuidados intensivos, yo estuve ventilada veinte días por un coma" (Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 14 años de experiencia en Bogotá).

El cultivo del profesionalismo emerge a partir de transitar por experiencias personales (haber estado en la UCI como paciente o acompañando a algún familiar, amigo o compañero) y profesionales (haber experimentado angustia moral, cansancio laboral, incertidumbres, etc.), que generan la toma de conciencia frente a la humanización y la sensibilidad ética. Especialmente si el tránsito por estas experiencias ha permitido vivir e identificar falencias en la atención, que una vez objetivadas generan alguna reflexión que impulsa al cultivo de virtudes como compasión, benevolencia, cuidado, integridad y amabilidad.

Además, el cultivo del profesionalismo está mediado por las emociones, la proximidad con el paciente, las virtudes profesionales, la competencia profesional y la empatía. Según los participantes, las emociones y los sentimientos que emergen en los profesionales sanitarios durante su quehacer en las UCI influyen en la capacidad de entablar vínculos con el paciente y en su disposición de afectividad. Objetivar las emociones, facilita reconocer en el otro su dignidad y realizar un proceso de proximidad y empatía que se expresa en interés por el paciente y su familia, esto parece estar relacionado con la vocación: "Yo con mis pacientes siempre he tratado de ser muy empático, nosotros en la unidad siempre hemos tratado que el paciente se sienta bien, que no simplemente es un profesional que llega a ver la patología y se va, no, sino un profesional que está presto a que le escuche sus necesidades, a levantarle un poco el ánimo" (Hombre médico, UCI privada, 2 años de experiencia en Cartagena)

"Ser sensible es cuando me pongo en los zapatos del paciente. Me pongo en los zapatos como queriendo decir, cómo me gustaría que me atendieran [...] y realizo mi trabajo de la manera cómo me gustaría que me trataran si yo estuviera en la UCI" (Hombre Fisioterapeuta, UCI pública, 2 años de experiencia en Cartagena). A partir de lo evidenciado, las competencias técnico-científicas que fundamentan el quehacer profesional en la UCI y la labor como profesional sanitario son un motor para el cultivo del profesionalismo y la toma de decisiones con humanización y sensibilidad ética. Los profesionales sanitarios expresan que los conocimientos y las capacidades que poseen, más allá de la *lex artis*, son en el arte que les permite preocuparse por tomar acciones en pro del mayor beneficio posible para los pacientes y responder ante las situaciones de incertidumbre o dilemáticas del diario vivir en las UCI.

Capítulo 4 – Discusión y conclusiones

Los hallazgos de este estudio permitieron interpretar que la relación entre humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones de profesionales sanitarios en UCI de Bogotá y Cartagena ocurre gracias a procesos de objetivación de las experiencias relacionadas con el rol profesional y su rango dentro de la jerarquía de la UCI, el sexo del profesional, el cansancio laboral, la angustia moral experimentada, el estado del paciente, la observancia de las necesidades del paciente y las particularidades de la institución. De igual forma, la relación entre estos tres elementos, está mediada por el cultivo del profesionalismo, que implica objetivar las experiencias personales y profesionales en UCI, así como las emociones, permitirse la proximidad con el paciente, la práctica de virtudes y mantener la competencia profesional con el mayor estándar.

Un primer elemento, relacionado con los rostros en la UCI, que al parecer influye en la relación entre humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones en la UCI es el sexo, de acuerdo con Gilligan(1985) esto se explica dado que en las mujeres la acción moral ocurre desde la particularidad y la protección de la fragilidad humana, por naturaleza y convicción, como se observó en este estudio. Mientras que en los hombres está sujeta al criterio de la justicia y la obligatoriedad, en este caso asumir acciones con base en aspectos técnico-científicos. Sin embargo, como se planteó en este estudio, el sexo no es el único factor relacionado con la humanización y la sensibilidad ética en la toma de decisiones en la UCI, a esto subyacen otros aspectos tales como la experiencia profesional, el rol dentro del equipo de atención, la proximidad con el paciente, experimentar angustia moral o haber estado en UCI como paciente, esto coincide con lo planteado por Spekkink y Jacobs (2021) y Nora et al., (2017) quienes afirman que el desarrollo de la sensibilidad ética, no es una cuestión individual y no se refiere a procesos cognitivo-rationales, sino a la experiencia de ser tocado y encarnar una respuesta ante ello, donde la experiencia personal juega un papel importante para dotar de significado moral las situaciones observadas. Serán necesarios nuevos abordajes desde una perspectiva más amplia como el género o la interseccionalidad.

Un hallazgo controversial fue que las expresiones de humanización y sensibilidad ética en las UCI son inversamente proporcionales al nivel ocupado en la jerarquía dentro del equipo de atención; aunque en esto juegan un papel importante los rasgos internos del profesional sanitario es necesario superar la asimetría de poder entre roles en la UCI, trabajar como equipos consolidados y comprender a la humanización como un proceso entre iguales de trabajo conjunto tanto en sentido deontológico como de profesionalismo. Nora et al., han planteado que cuando se tiene mayor sensibilidad ética la atención se centra en la persona y la toma de decisiones atiende a las necesidades del paciente; para ellos el personal de enfermería tiene una

sensibilidad ética moderada que está relacionado con orientación interpersonal, conocimiento profesional y experiencias de conflictos morales¹¹. Por su parte Beltrán (2016) considera que humanizar el cuidado de los pacientes no se relaciona exclusivamente con la voluntad personal, también con el compromiso colectivo (contexto social e institucional) para desplazar los cuidados impersonales y el lucro como fin último de la atención.

De la mano con lo anterior, el cansancio laboral puede constituirse en una barrera para tomar decisiones clínicas bajo una perspectiva de humanización y sensibilidad ética; este hallazgo coincide con Alonso-Castillo et al., (2019) quienes identificaron que cuando los profesionales sanitarios trabajan en instituciones con el clima ético negativo la presencia de estrés y fatiga aumenta, se limita o pone en riesgo la calidad del cuidado y la seguridad del paciente; es de resaltar que el quehacer propio de la UCI es ingente, pero como lo afirman los participantes durante y luego de la pandemia por COVID-19 se intensificó.

El presente estudio evidenció que la angustia moral está presente en todos los profesionales de UCI, pero se intensifica en el personal de enfermería, en concordancia con esto diversos autores afirman que la distribución de la angustia moral entre grupos de profesionales de la salud es desigual; en personal de enfermería aparece fundamentalmente al tener limitación en la toma de decisiones con respecto al tratamiento, mientras que en los médicos se asocia con incertidumbres frente a admitir pacientes en la UCI, limitar tratamientos decisiones relacionadas con el final de la vida, entre otros aspectos (St Ledger et al, 2021; Fourie, 2017). Incluso los más experimentados sufren de angustia moral lo que acarrea consecuencias perjudiciales para la vida profesional, las relaciones interpersonales e incluso repercute en la atención a los pacientes¹². Se hace necesario que en las instituciones sanitarias se instauren estrategias encaminadas a disminuir la angustia moral y desarrollar investigaciones sobre las experiencias de profesionales sanitarios ante dicho evento.

Reconocer el estado del paciente y la observancia de sus necesidades genera emociones en los profesionales sanitarios de UCI que mediante un proceso de objetivación facilita consolidar la relación ente sensibilidad ética, humanización y toma de decisiones. Esto permite al profesional sanitario responder con mayor compromiso, posibilitar la participación de familiares en el cuidado y mejorar la comunicación, especialmente en pacientes en etapa de final de la vida, en este mismo sentido se expresan hallazgos de otras investigaciones (Carmona & Montalvo, 2019; Beltrán, 2016).

Este estudio encontró que las particularidades de la institución en ciertos casos disminuye la preocupación por las particularidades contextuales del paciente y se enfatiza netamente en aspectos académicos, esto está relacionado con lo planteado por Rueda et al., (2018) quienes consideran como una causa de deshumanización en

las profesiones médicas a la atención fraccionada en especialidades, lo cual impide involucrarse o comprometerse con el paciente. Pero además, es clave que tanto las instituciones como los profesionales sanitarios, incluyendo estudiantes en procesos formativos, realicen esfuerzos que permitan cambios actitudinales y el tránsito de un trato impersonal a uno con sensibilidad ética y humanización (Beltrán, 2016).

El cultivo del profesionalismo, mediado por las emociones, la proximidad con el paciente, las virtudes profesionales, la competencia profesional y la empatía, se traduce en la disposición al buen desempeño profesional (ser un buen profesional y también un profesional bueno) y la búsqueda de la excelencia. La disposición al buen desempeño profesional y el interés por el bien del paciente, encontrado en este estudio, descrito como cultivo del profesionalismo, se revela gracias a la práctica de virtudes (rasgos de carácter manifestados mediante acciones) y la objetivación de las experiencias que realizan quienes trabajan en UCI.

Teóricos han planteado que las virtudes son fundamentales en el encuentro clínico, que su objetivo es lograr la excelencia y que su observancia contribuye significativamente a la humanización en los procesos de atención en salud (Beato, 2020; Cruz, 2020), ideas con las cuales este estudio coincide. Sin embargo, según los hallazgos, perseguir la excelencia y practicar virtudes está precedido de la objetivación de las experiencias emanadas del propio entorno clínico. Algunas virtudes a resaltar en pro de la sensibilidad ética y la humanización ante la toma de decisiones en UCI son: compasión, benevolencia, cuidado, integridad y amabilidad.

En este sentido, se comprende que la relación entre sensibilidad ética, humanización y toma de decisiones es posible en la praxis profesional encaminada a la excelencia profesional y viceversa; no solo asumiendo el cuidado del paciente desde la perspectiva deontológica o legal. Virtudes planteadas en otras investigaciones son compasión, justicia, prudencia, valentía, moderación, integridad, altruismo, todas ellas con el propósito de llevar a los profesionales sanitarios más allá de la exigencia normativa, a la excelencia y ser sensibles ante injusticias, maltrato, inequidades o negligencias²³⁻²⁵. La compasión es resaltada dado que tiene potencial relevante para lograr una la reflexión ética, como virtud procede del reconocimiento de la fragilidad humana (Pinedo & Yáñez, 2017) y despierta acciones con sensibilidad ética, por tanto, es una virtud clave en los profesionales sanitarios de UCI.

Finalmente, a modo de conclusión, este estudio permite inferir que la relación entre sensibilidad ética, humanización y toma de decisiones está presente en profesionales sanitarios de UCI de Bogotá y Cartagena, pero se revela de manera desigual entre los diferentes roles propios del proceso de atención y cuidado de los pacientes en cuidado crítico, además está mediada por la jerarquía, el sexo del profesional, el cansancio laboral, la proximidad con el paciente, los vínculos

profesional-paciente y la angustia moral que genera la UCI. La relación entre sensibilidad ética, humanización y toma de decisiones es posible en la praxis profesional encaminada hacia la excelencia profesional y viceversa.

En las UCI se genera conciencia sobre humanización y sensibilidad ética a partir de experiencias personales y profesionales, que al ser objetivadas impulsan a los profesionales sanitarios al cultivo de la compasión hacia el paciente y su familia. En las UCI se requiere del cultivo del profesionalismo y la praxis de virtudes como rasgos de carácter que fortalecen la humanización y la sensibilidad ética en los procesos de atención y cuidado. Es necesario mitigar el cansancio laboral y la angustia moral, pues son barreras para lograr la sinergia entre humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones.

4.1 Cumplimiento de objetivos del proyecto

Se cumplieron a cabalidad los objetivos del proyecto de investigación y con la generación de nuevo conocimiento con productos para la línea Gestión integral en salud del grupo de investigación en Salud Pública del programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana, así como lazos con otras instituciones como la Universidad de Cartagena.

4.2 Aportes a líneas de investigación de grupo y a los Objetivos del Desarrollo Sostenible - ODS

Se promueve una fundamentación contextual para la humanización de las UCI en Colombia desde la vivencia de los principales actores que interactúan en la prestación de servicios en cuidado crítico, promoviendo una mirada más allá del uso de la tecnología en atención en salud, forjando conciencia en profesionales y auxiliares sobre la vulnerabilidad, respeto y dignidad que merece el sujeto de cuidado.

4.3 Producción asociada al proyecto

- 1) Informe final de investigación.
- 2) Ponencia oral en el “Primer simposio ética e investigación”. Título: Ética de la investigación, derechos humanos e integridad científica: experiencias de investigación en UCI.

- 3) Ponencia tipo póster en el “XXVI SEMINARIO INTERNACIONAL DE CUIDADO. Impulsando la Autonomía y el Liderazgo de Enfermería en la Atención Primaria y en la calidad del cuidado en salud 2022”.
- 4) Artículo de investigación propuesto para publicación en revista indexada en B pubindex.

4.4 Líneas de trabajo futuras

Humanización en salud y su relación con la sensibilidad ética, la angustia moral y la bioética en perspectiva de derechos humanos, como fortalecimiento de la línea Gestión integral en salud del grupo de investigación en Salud Pública del programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Estás siendo invitado a participar en una investigación titulada “Humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones de profesionales sanitarios en unidades de cuidados intensivos de Bogotá y Cartagena”. Cuyo investigador principal es el profesor Luis Alberto Sánchez Alfaro (Corporación Universitaria Iberoamericana), también participa la profesora Yolima Carmona González como coinvestigadora (Universidad de Cartagena).

El objetivo general de la investigación es: Interpretar la relación humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones de profesionales sanitarios en unidades de cuidados intensivos públicas y privadas de Bogotá y Cartagena.

La participación en este proyecto consiste en una entrevista en línea (Online interview) y el análisis de un caso para toma de decisiones, el cual se realizará en el marco de la misma entrevista. Para la entrevista se debe disponer de un tiempo aproximado que puede oscilar entre una y dos horas, esta será de carácter individual. Su nombre no será incluido en ningún informe (anonimato), el caso de utilizar frases fidedignas, éstas irán acompañadas de un código o frase que no permita identificación del participante que la ha emitido. La información suministrada será utilizada para los fines de esta investigación y sus posibles productos académicos y científicos, así como de otras investigaciones afines a los objetivos de esta investigación y del mismo grupo de investigación. La entrevista se realizará mediante videollamas que serán grabadas, no obstante se garantiza su total salvaguarda, confidencialidad y privacidad absoluta. La participación en la investigación es voluntaria; por tanto, estará en libertad de participar o no en ella o retirarse en cualquier momento durante la entrevista.

Según la norma Colombiana Resolución 008430 de 1993 esta investigación se clasifica como “Investigación Sin riesgo” ya que no indagará sobre fenómenos y sucesos de la vida privada o íntima, no se indagará por información sensible de los participantes, no se pondrá en riesgo su vida o su integridad física o mental.

De acuerdo con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (2005), los investigadores asumen el compromiso de respeto a la Dignidad y derechos humanos, Privacidad y confidencialidad, No discriminación y no estigmatización y Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo. Los investigadores se comprometen y garantizan dar respuesta a cualquier interrogante o duda acerca del proceso de investigación.

Por todo lo anterior y habiendo aclarado las dudas respecto de la participación en la investigación:

Yo, _____ manifiesto mi voluntad de participar en la investigación y autorizo utilizar los resultados a partir de mi participación en la investigación titulada “Humanización y sensibilidad ética de profesionales y auxiliares ante la toma de decisiones durante la atención en unidades de cuidados intensivos públicas y privadas de Bogotá y Cartagena” mediante la entrevista y el análisis de casos, con el fin de que los datos recolectados sean utilizados para los para los fines de esta investigación, sus posibles productos académicos y científicos, así como de otras investigaciones afines a los objetivos de esta investigación y del mismo grupo de investigación.

Firma e identificación del participante: _____

Firma e identificación del investigador: _____

Fecha de diligenciamiento: _____

Anexo 2. Guía de entrevista

Objetivo Específico	<p>Código de confidencialidad:</p> <p>Género:</p> <p>Rol en UCI:</p> <p>Años de Experiencia:</p>
Rompiendo el hielo	<p>¿Cómo estás? ¿Qué tal la has pasado en esta época de pandemia y cuarentenas? ¿Solo has trabajado acá o también en otros lugares?</p>
<p>1) Describir, a partir de las vivencias de profesionales sanitarios, las dinámicas que enmarcan el proceso de toma de decisiones en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena.</p>	<p>Desde tu experiencia ¿qué haces al percibir o conocer las necesidades de pacientes o familiares en la UCI?</p> <p>¿Por qué consideras que es importante estar atenta a las expresiones (emocionales, físicas, religiosas) del paciente en la UCI?</p> <p>¿Qué emociones experimentas ante las expresiones (emocionales, físicas, religiosas) del paciente?</p> <p>¿Cómo percibes disponibilidad del equipo de UCI para escuchar al paciente y la familia o apoyarle en los momentos de sufrimiento?</p> <p>En el equipo interdisciplinario ¿cómo ocurre el debate sobre los problemas clínicos y éticos que genera la atención en la UCI?</p> <p>Desde tu experiencia ¿qué significa ser sensible o insensible en la atención en la UCI?</p> <p>Desde tu experiencia ¿qué relación tiene ser sensible o insensible con brindar una atención humanizada en la UCI?</p> <p>Desde tu experiencia al momento de tomar decisiones en la UCI ¿qué relevancia tiene la sensibilidad o la idea de humanización?</p>
Comprender, a partir de análisis de casos, parámetros de humanización y sensibilidad ética de profesionales sanitarios	<p>¿Qué decisión tomarías en el siguiente caso?</p> <p>Un paciente masculino de 70 años (paciente A) es admitido a la unidad de cuidado intensivo (UCI) después de un accidente de tráfico en carretera, en el cual sufrió lesiones severas en la cabeza y el abdomen. Luego de cuatro semanas en la UCI, la condición neurológica del paciente se ha estabilizado con funciones mínimas (el paciente no se</p>

<p>expresados en la toma de decisiones</p>	<p>comunica, pero retrae las cuatro extremidades ante estímulos dolorosos). Tras numerosos episodios de sepsis, el paciente está desarrollando falla renal, está anúrico, hipercalemico y acidótico; está también dependiendo del respirador y de altas dosis de inotrópicos. La familia del paciente manifiesta que en su cultura la vida continúa hasta que el corazón se detiene. El día de hoy, la familia (que incluye a un médico) solicita que, de ser necesarios, todos los esfuerzos de reanimación sean continuados y se inicie con los procesos de diálisis.</p> <p>En paralelo, el día de hoy, un segundo paciente masculino de 50 años (paciente B) con lesiones similares y cáncer de próstata metastásico, es admitido a la sala de emergencias de la misma institución donde está el paciente A y también necesita una cama en la UCI. Además de sus lesiones traumáticas se encuentra reducido a una silla de ruedas como resultado de demencia. En la institución no se tienen camas disponibles actualmente. La familia solicita que los médicos realicen todos los esfuerzos necesarios y asignen una cama en la UCI para estabilizar al paciente B.</p> <p>De acuerdo con la evaluación médica, el paciente de trauma descrito en el caso uno (paciente A) se puede beneficiar muy poco de la terapia en la UCI por lo cual debería ser evaluado para retirarle el respirador (a lo cual la familia opone fuertes objeciones) y asignar la cama de la UCI al paciente B. ¿Qué decisión deberá tomar el equipo de salud?</p> <p>Adaptado a partir de: Levin, Phillip D & Sprung Charles L. (2008). Critical and intensive care ethics. En: Singer P y Viens AM. (Eds). The Cambridge textbook of bioethics. New York: Cambridge University Press, pp. 462–468.</p> <p>¿Cuáles son los parámetros para tomar esa decisión?</p>
--	---

Referencias

2nd World Conference on Research Integrity. (2010). Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación. Singapur, Singapur.

Abbott, A. (1988). *The System of Professions; An Essay On the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Abizanda, R (1994). Humanización y aspectos éticos de la asistencia al paciente grave. *Medicina Intensiva*, 18, 67-68

Aceves Lozano, J.E. (2000). *Historia Oral. Ensayos y aportes de investigación*. México: CIESAS
Acosta, B. (1998). El despertar en intensivos tras sedación continua prolongada. *Enfermería Intensiva*, 9, 94-10.

Alonso-Castillo MM, Armendariz-Garcia NA, Alonso-Castillo MTDJ, Alonso-Castillo BA, López-García KS. Clima ético, estrés de conciencia y laboral de enfermeras y médicos que laboran en cuidados intensivos neonatal. *Rev Latinoam Bioét.* 2019;19(37-2):63-74.

Ameigeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I. Vasilachis, *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Amezcuca, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.

Andino Acosta CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Rev Colomb Bioét.* 2015;10(1):38-64.

Arango Campo, D., Durán González, S., & Jaimes Plata, M. (2020). Cuidado humanizado a los pacientes en cuidado intensivos: una scoping review. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta: Universidad Cooperativa de Colombia.

Arantzamendi, M., Lopez-Dicastillo, O., Robinson, C., & Carrasco, J. (2016). Investigación cualitativa en Cuidados Paliativos. Un recorrido por los enfoques más habituales. *Medicina Paliativa*(209), 1-8.

Ávila-Morales, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA*, 30(2), 216-229.

Baeza Gómez, L. C. (2020). Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados intensivos. *Revista de Bioética y Derecho.*, 48, 111-126.

Beato JM. O Cuidado Como Virtude: um Diálogo Entre a Ética das Virtudes e a Ética do Cuidado. *Rev Port Filos.* 2020;76(1):285-318.

Beloki-Marañón, U. y Mosteiro-Pascual, A. (2017). Análisis del modelo de vulnerabilidad para la toma de decisiones en el ámbito de los cuidados de las personas mayores [Analysis of the vulnerability model for decision making related to the care of the elderly]. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 29-42. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.02>

Beltrán Salazar OA. Impersonal Care or Humanized Care: a Decision Made by Nurses? Hourglass Model. *Investig Educ En Enferm*. 2016;34(3):444-55.

Bermejo, J., & Villacieros Durban, M. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana de Bioética*(8), 1-16.

Camps Cervera, V. (2007). La excelencia de las profesiones sanitarias. *Humanitas. Humanidades médicas: tema del mes online*(21), 11-21.

Camps Cervera, V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación médica*, 16(1), 3-8.

Carmona González, Y., & Montalvo Prieto, A. (2019). Nurses' Moral Sensitivity Regarding the Terminally Ill. *Educ. Enferm.*, 37(3), e07.

Costa-Alcaraz, A. M., Siurana-Aparisi, J. C., Almendro-Padilla, C., García-Vicente, S., & Ordovás-Casaurrán, R. (2011). Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Revista clínica española*, 211(11) ,581-586. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256511001925>

Cruz JS. Ética das virtudes: em busca da excelência. *Rev Med*. 2020;99(6):591-600.

Dalla C, Zoboli E, Vieira M. Moral sensitivity in Primary Health Care nurses. *Rev. Bras Enferm* 2017; 70(2):308-16. http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0308.pdf

De la Fuente-Martos, C., Rojas-Amezcu, M., Gómez-Espejo, M., Lara-Aguayo, P., Morán-Fernandez, E., & Aguilar-Alonso, E. (2018). Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 48(2), 99-109.

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación -COLCIENCIAS. (2018). Resolución 0314 de 2018. Política de Ética de la investigación, Bioética e Integridad científica. Bogotá, Colombia.

Donoso-Sabando, C. A. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*, 18(2), 184-193.

Fernández, R. G. (2017). La Humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005

Ferreira Deslandes, S., & Gomes, R. (2007). La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas. En M. Magalhães Bosi, & F. Mercado, Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Forero Sarmiento, V., & Jiménez Rodríguez, M. D. (2021). Atención humanizada en cuidado crítico: fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. Estudio descriptivo exploratorio en personal de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.

Fourie C. Who Is Experiencing What Kind of Moral Distress? Distinctions for Moving from a Narrow to a Broad Definition of Moral Distress. *AMA J Ethics*. 2017;19(6):578-84.

Galeano Marín ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Segunda edición. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fondo Editorial FCSH; 2018. 278 p.

García, D., & NOBLE Compañía de Seguros. (2019). Atención centrada en la persona: Humanización de los cuidados intensivo. Buenos Aires: Noble, Compañía de seguros.

Gilligan C. La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino. 1a. ed., 1a. reimp. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1985.

Gómez Henao, J. (2020). Bioética y toma de decisiones fisioterapéuticas en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.

Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2019). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI.

Heras La Calle, G. (2020). Humanizando los Cuidados Intensivos. Obtenido de Tenemos un plan...y 160 medidas concretas: <https://proyctohuci.com/es/tenemos-un-plan/>

Heras La Calle, G. (2018). My Favorite Slide: The ICU and the Human Care Bundle. Eight aspects of care to improve ICU management from a human-centered care model. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1-10.

Heras La Calle, G., & Alonso-Oviés, Á. (2020). Humanizing care reduces mortality in critically ill patients. *Med Intensiva*, 44(2), 122-124.

Heras La Calle, G., Alonso-Oviés, Á., & Gómez Tello, V. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med*, 43(4), 547-549.

Heras La Calle, G., Martin, M., & Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*, 29(1), 9-13.

Hooley, T., Marriott, J., & Wellens, J. (2012). Online interviews and focus groups. En T. Hooley, J. Marriott, & J. Wellens, *What is online research?* London: Bloomsbury.

Insua, J. T. (2018). Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. *PERSONA Y BIOÉTICA*, 22(2), 231-232. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n2/0123-3122-pebi-22-02-00223.pdf>

Joven, Z., & Guáqueta Parada, S. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Av Enferm*, 37(1), 65-74.

Lutzen K, Nordstrom G, Evertzon M. Moral Sensitivity in Nursing Practice. *Rev. Caring Sciences*.1995: 9 (3): 131-13. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-6712.1995.tb00403>

Macareña Yañez-Dabdoub, I. V.-C. (2018). Limitación Humanizado en Pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéuticos en Cuidados Intensivos: Desafíos para Enfermería. *Pers.bioét.*, 22(1), 56-75. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n1/0123-3122-pebi-22-01-00056.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología - ESE. (2016). Plan de humanización. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología - ESE.

Molina Montoya Nancy (2018). Modelo de toma de decisiones bioéticas en ciencias de la salud. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(36), 135-150. <https://doi.org/10.18359/rlbi.3598>

Moreno Pérez, L., & Polo Méndez, F. E. (2018). Humanizando las unidades de cuidado intensivo: una propuesta desde la comunicación centrada en las necesidades de la familia. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.

Murrain Knudson, E. (2017). Visibilidad y calidad del cuidado ¿consecuencia del nivel de profesionalismo? *Repert. Med. Cir.*, 26(4), 231–241.

Nin Vaeza, N., Martin Delgado, M., & Heras La Calle, G. (2020). Humanizing Intensive Care: Toward a HumanCentered Care ICU Model. *Critical Care Medicine*, 48(3), 385-390.

Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira MM. Moral sensitivity in Primary Health Care nurses. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):308-16.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura - UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia.

Pinedo Cantillo I, Yañez Canal J. Las emociones y la vida moral: una lectura desde la teoría cognitivo-evaluadora de Martha Nussbaum. *Veritas*. 2017;(36):47-72.

República de Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Atlas de variaciones geográficas en salud de Colombia. Estudio piloto 2015. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

República de Colombia - Ministerio de Salud. (04 de 10 de 1993). Resolución 008430 del 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Rincón, M., Carrillo Becerra, L. M., Camargo L, M. A., Guerrero Guzmán, M. D. P., Gutiérrez Cardona, N. A., Orduz López, A., ... & Garzón Díaz, F. (2008). Educación, Bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidado intensivo. *Revista latinoamericana de Bioética*, 8(2), 114-123. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v8n2/v8n2a10.pdf>

Rivero, C. C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1). Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n1/2393-6606-ech-9-01-21.pdf>

Rodríguez Sabiote, C., Lorenzo Quiles, O., & Herrera Torres, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XV(002), 133-154.

Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2019;30(2):120-5.

Rojas, V. (2019). Humanización de los Cuidados Intensivos. *Revista Médica -clínica Las Condes*, 30(2), 121. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240#:~:text=Humanizar%20los%20Cuidados%20Intensivos%20es,que%20la%20salud%20es%20un>

Romero-Massa, E., Contreras-Méndez, I., Pérez-Pájaro, Y., Moncada, A., & Jiménez-Zamora, V. (2013). Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Rev Cienc Biomed*, 4(1), 60-68.

Rueda Castro, L., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Benites Estupiñan, E. M., ... Sorokin, P. (2018). Humanizar la medicina un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoamericana de Bioética*(8), 1 - 15.

Sánchez–Alfaro LA, Carmona González Y, Silva Pinilla YV, Garzón Ortiz LF, Medina Carrión MA. Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo en Bogotá y Cartagena (Colombia). *Rev Bioét Derecho*. 2022;(56):185-207.

Sánchez–Alfaro, L. A., Carmona González, Y., Silva Pinilla, Y. V., Medina Carrión, M. A., & Garzón Ortiz, L. F. (2021). Significados de la humanización en cuidado crítico.

Vivencias y acciones de profesionales y auxiliares de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.

Sayers K, De Vrie K. A concept development of 'being sensitive' in Nursing. *Rev. Nursing Ethics*; 2008; (15) 3: 289-203. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733007088355>

Souza Minayo, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 2010.

Spekkink A, Jacobs G. The development of moral sensitivity of nursing students: A scoping review. *Nurs Ethics*. 2021;28(5):791-808.

St Ledger U, Reid J, Begley A, Dodek P, McAuley DF, Prior L, et al. Moral distress in end-of-life decisions: A qualitative study of intensive care physicians. *J Crit Care*. 2021;62:185-9.

Torres-Ospina, J., Vanegas-Díaz, C., & Yepes-Delgado, C. (2016). Atención centrada en el paciente y la familia en la unidad de cuidado intensivo pediátrica del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(31), 190-201.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2021). *Recommendation on Open Science*. París: UNESCO.

Urra E, Muñoz A, Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enferm Univ*. abril de 2013;10(2):50-7.

Vasilachis, I. (2006). *La investigación cualitativa*. En I. Vasilachis, *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Wilson, M., Beesley, S., Grow, A., Rubin, E., Hopkins, R., Hajizadeh, N., & Brown, S. (2019). Humanizing the intensive care unit. *Critical Care*, 23(32), 1-3.

World Science Forum. (2019). *Declaration of the 9th world science forum: Science Ethics and Responsibility*. Budapest, Hungría.

Yuguero, O., Esquerda, M., Vinas, J., Soler-Gonzalez, J., & Pifarré, J. (2019). Ethics and empathy: The relationship between moral reasoning, ethical sensitivity and empathy in medical students. *Rev. Clin. Esp.*, 219(2), 73-78.

Zubieta, R. M. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados intensivos. *Med Crit*, 35(3), 144. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v35n3/2448-8909-mccmmc-35-03-144.pdf>