

PAUTAS PARA APLICAR ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EN LAS
INSTITUCIONES DE SALUD

WILMAN CARRASCAL PÁEZ
ALEJANDRA CUARTAS QUIRÓS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

ASESORA
ADRIANA SERRANO
DOCENTE UNIVERSIDAD CES

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE AUDITORÍA EN SALUD
MEDELLÍN
2016

DEDICATORIA

A Dios por ser nuestro guía y por darnos la fortaleza necesaria para afrontar las dificultades.

A nuestras familias por ser pilares fundamentales en nuestros proyectos educativos, por el apoyo incondicional brindado y por inculcar en nosotros el deseo de superación constante. Siempre nos dieron la fuerza necesaria para seguir avanzando en este camino y lograr esta meta tan anhelada.

TABLA DE CONTENIDO

1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2	JUSTIFICACIÓN	9
3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
4	OBJETIVOS	11
4.1	OBJETIVO GENERAL	11
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
5	METODOLOGIA.....	12
5.1	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	12
5.2	Instrumento de recolección de información.....	12
5.3	Análisis de información	12
6	MARCO TEORICO.....	14
6.1	Concepto de humanización aplicado a los servicios de salud	14
6.2	Normatividad relacionada.....	15
6.1	La salud en américa.....	20
6.2	Historia de la acreditación.....	21
6.3	Inicios de la acreditación en américa latina.....	22
6.4	Inicios de la humanización en salud en américa latina.....	26
6.5	Humanización de servicios de salud en Colombia: estado del arte	29
6.6	Parto humanizado en Colombia	31
6.7	El caso Bután.....	32
6.8	Lineamientos para el desarrollo de una política institucional.....	33
7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
8	RESULTADOS.....	37
8.1	¿Qué se espera al humanizar los servicios de salud?	38
9	VISITAS INSTITUCIONALES	39
9.1	Institución 1	39
9.2	Institución 2	46
9.3	Institución 3	51
10	DISCUSIÓN	55
11	CONCLUSIONES.....	61
12	ANEXOS	78
	Anexo 1	78
	Anexo 2	79

13	BIBLIOGRAFIA.....	80
----	-------------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: RAZÓN DE LÍDERES CON FORMACIÓN PARA CAPACITACIÓN EN HUMANIZACIÓN	63
Tabla 2: PROPORCIÓN DE PRESUPUESTO ANUAL INSTITUCIONAL UTILIZADO PARA ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN.....	64
Tabla 3: PROPORCIÓN DE PERSONAL INSTITUCIONAL CAPACITADO EN HUMANIZACIÓN.....	65
Tabla 4: PROPORCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO	67
Tabla 5: PROPORCIÓN DE ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EJECUTADAS EN UN AÑO.	68
Tabla 6: TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	69
Tabla 7: PROPORCION DE QUEJAS POR TRATO EN EL PERIODO.....	70
Tabla 8: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON CONOCIMIENTO EN DERECHOS HUMANOS	71
Tabla 9: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON CONOCIMIENTO EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	72

RESUMEN

El concepto de humanización del área de la salud viene siendo tema de discusión desde hace varias décadas, sin embargo, su definición y aplicación han sido difíciles de enmarcar ya que involucran un campo subjetivo del ser humano, y aunque cada vez toma más fuerza la importancia de humanizar el sector salud, hasta el momento existe poca normatividad relacionada en Colombia, lo que dificulta su implementación y a su vez abre espacio para la libre interpretación. Partiendo de lo anterior se planteó el presente trabajo con el objetivo de identificar estrategias para humanizar los servicios de salud que fueran aplicables en Colombia.

Se usó como fuente de información búsquedas en bases de datos indexadas, recolección de información durante visitas a 3 instituciones de salud referentes en humanización en los municipios de Medellín, Envigado e Itagüí; se realizó una revisión sobre el panorama latinoamericano y local mediante lectura crítica de la información, con el fin de identificar aspectos claves en común o estrategias exitosas en la humanización de los servicios de salud.

Como conclusiones se definieron 15 estrategias que permiten aplicar de forma concreta y más objetiva el tema de humanización dentro de las instituciones de salud, las cuales impactan no solo al paciente y su familia, sino a la estructura organizacional, a la alta gerencia y a los demás empleados que participan en la atención.

PALABRAS CLAVE

Humanización de la atención, humanización en la atención a la salud, Humanización, Acreditación en salud.

SUMMARY

The concept of humanization upon the health field has still been a matter of discussion for decades, though its definition and implementation have been difficult to frame since they involve a subjective field of the human being, and even though the importance of humanizing health is increasing its strength in the health field, so far there is little related regulations in Colombia; making it difficult to implement and at the same time opening a space for free interpretation. Based on the above this study was placed in order to identify strategies to humanize health services that are applicable in Colombia.

Using as a source of information indexed databases research, information gathered during visits to three health institutions related to humanization in the municipalities of Medellin, Envigado and Itagui; A review of the Latin American and local panorama was performed by critical reading of information in order to identify key aspects in common and successful strategies upon humanization of health services.

In conclusion 15 strategies were defined to implement the issue of humanization in health institutions in a more concrete and objective way, which impacts not only the patient and his family, but to the organizational structure, senior management and all the other employees that interfere in human services itself.

KEY WORDS

Humanization of assistance, Humanization in health care, Humanism, Accreditation.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Evaluar la parte humana de la medicina no ha sido una preocupación reciente. En Colombia, desde hace más de 2 décadas, se han venido presentando esbozos de lo que actualmente se conoce como humanización en servicios de salud. Es así como en la Ley 23 de 1981 (código de ética) se mencionan las implicaciones humanísticas del ejercicio de la salud.

Con la entrada en vigencia de la Constitución Política de Colombia de 1991, se hace necesario modificar el sistema de salud colombiano a través de una ley, siendo esta la Ley 100 de 1993, que en su artículo 153 hace referencia a los fundamentos del servicio público, determinando como regla la calidad, estableciendo mecanismos de control para garantizar a los usuarios una atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.

Al momento en Colombia no existe una ley que reglamente la humanización de los servicios de salud y defina su implementación de forma obligatoria, es solo a través de un proceso voluntario conocido como Sistema Único de Acreditación que establece la necesidad de contar con una política de atención humanizada, y de cumplir con unos estándares sobre el tema definidos por el manual de acreditación. Cabe resaltar que hay instituciones que de forma autónoma optan por incluir estrategias de humanización sin estar en procesos de acreditación, en aras de mejorar la calidad de la atención a sus usuarios.

La humanización es un concepto que involucra tanto al sector público como privado, y abarca a todas las personas que entran en contacto con los servicios de salud en el territorio colombiano. Es transversal a todo el sistema de salud y a su vez a los procesos en las instituciones, lo que la hace difícil de enmarcar y reglamentar.

Aplicar la humanización en los servicios de salud no es tarea fácil ya que múltiples factores pueden influir para su implementación (políticos, administrativos, asistenciales, sociales, etc.). Se requiere entonces una correcta y efectiva integración de dichos sectores. Desde la implementación de la ley 100 de 1993, en el artículo 186 se propició la creación de un sistema de acreditación, siendo este último, de forma indirecta, la puerta de entrada de la humanización a los servicios de salud, como queda demostrado posteriormente al nombrar la atención humanizada como un eje de acreditación.

El presente trabajo se realizó con el fin de investigar y analizar información de diferentes fuentes con el fin de establecer pautas generales para aplicar estrategias de humanización en las instituciones de salud.

2 JUSTIFICACIÓN

En las normas de acreditación se tiene como pilar la atención humanizada, existen varios estándares relacionados a este tema, pero hace falta ser más explícitos en la forma de aplicar el concepto en Colombia.

Algunas instituciones de salud en el país han aplicado la información presentada en el Manual de Acreditación para diseñar sus propias políticas de humanización de los servicios de salud, sin lineamientos claros establecidos. Por lo anterior se hace necesario definir lineamientos que puedan ser aplicados a instituciones acreditadas, en proceso de acreditación o que voluntariamente hayan decidido implementar estrategias de humanización.

El tema de la humanización de la atención en salud, puede ser considerado transversal al Sistema General de Seguridad Social en Colombia, al influir sobre varios actores del sistema (pacientes, aseguradoras, prestadores, etc.) según lo definido en la acreditación, debido a que cualquier institución de salud en el territorio nacional es susceptible de acreditarse.

A pesar de la importancia que este tema tiene para los servicios de salud en Latinoamérica, existen pocos casos de reglamentación relacionada en los diferentes países de la región que regulen su implementación o definan pautas generales a seguir por las instituciones de salud, con el fin de unificar conceptos sobre el tema, lo que hace que sobresalgan experiencias como el caso brasileño con Humaniza SUS (Política Nacional de Humanización).

Se hizo una revisión bibliográfica que permitió elaborar un estado del arte de la humanización de la atención en salud mostrando la evolución del concepto en nuestro entorno que pueda ser usado posteriormente como referente a personas o instituciones interesadas en el tema. Se realizó una revisión tanto de la parte normativa, como de documentación de experiencias sobre el tema en los países latinoamericanos, sumado a visitas a instituciones de la región como fuente de conocimiento.

3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUÁLES SON LAS PAUTAS GENERALES QUE PUEDEN SER UTILIZADAS POR LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE DESEEN APLICAR ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar estrategias y normatividad aplicable a la humanización de los servicios de salud del territorio colombiano.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar una revisión de la normatividad en Colombia que regule la humanización de los servicios de salud.
- Construir un estado del arte de la atención humanizada en salud en Colombia a partir de la revisión sistemática de la literatura disponible.
- Identificar y analizar experiencias de atención humanizada en 3 hospitales referentes en el tema del Valle de Aburrá.
- Conocer la forma que tienen las instituciones para medir el impacto producido por la implementación de estrategias de humanización, así como los recursos destinados para tal fin.
- Formular pautas que orienten a los prestadores de servicios de salud colombianos en la implementación de la atención humanizada.
- Diseñar una cartilla que presente de forma resumida y amigable las principales pautas para implementar estrategias de humanización en servicios de salud.

5 METODOLOGIA

El presente trabajo es una monografía, con diseño cualitativo, que tuvo en cuenta como fuentes de conocimiento la bibliografía disponible en Colombia y Latinoamérica, y la información obtenida de visitas a instituciones de salud de Envigado y del área metropolitana de Medellín con experiencia en el tema de humanización.

5.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fuentes de información

La respuesta a la pregunta de investigación se logró en primera instancia mediante una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos o metabuscadores: Pubmed, Cochrane, Medline, Elsevier, Scielo, Lilacs, PAHO; se utilizaron descriptores en tres idiomas (español, inglés y portugués); se revisó documentación normativa disponible de forma electrónica en páginas web de entidades gubernamentales de carácter nacional y latinoamericano, se realizó la búsqueda en los meses comprendidos entre Noviembre de 2014 a Octubre del 2015.

En segundo lugar, se realizaron visitas a 3 instituciones referentes en el tema ubicadas en los municipios de Medellín, Envigado e Itagüí, con el fin de recolectar información de tipo documental y narrativa. Se hizo una solicitud escrita y formal a los gerentes de dichas instituciones, exponiendo la justificación y el objetivo del proyecto. Al momento de las visitas se utilizó la modalidad de entrevista a gerentes y líderes en el tema, utilizando un formato validado para recolectar la información, también se realizaron entrevistas a personal asistencial y recorrido por las instituciones.

Finalmente se realizó una síntesis y análisis de la información obtenida para generar las conclusiones.

5.2 Instrumento de recolección de información

Ver anexo 1.

5.3 Análisis de información

La información recolectada se analizó inicialmente de forma individual con el fin de garantizar una mirada crítica sobre el tema en cuestión, guardando la trazabilidad de los datos, permitiendo una fácil identificación de la fuente, posteriormente,

basado en los formatos de recolección, se fraccionó la información por tópicos con el fin de comparar los hallazgos con el resto de documentación, se determinaron los aspectos más relevantes de cada tema, y de esta forma se hizo la consolidación para finalmente realizar un análisis global de los hallazgos, puesto que cada tópico guarda estrecha relación con los demás.

6 MARCO TEORICO

6.1 Concepto de humanización aplicado a los servicios de salud

Según la Real Academia Española (RAE), los términos Humanizar y Deshumanizar se refieren a *hacer humano, familiar a alguien o algo*(1); y *privar de caracteres humanos*(1), respectivamente.

LA OPS define Servicios de Salud como *Servicios entregados por personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de éstas, con los propósitos de: promover, mantener y/o recuperar la salud. Minimizar las disparidades tanto en acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población*(2,3)

Aplicando entonces estos conceptos al tema de interés, la humanización de los servicios de salud puede definirse como *una actitud mental, afectiva y moral, que obliga al agente de salud a repensar los propios esquemas mentales y a diseñar modos de intervención para que se orienten al bien del enfermo (persona que, por encontrarse en dificultad, no siempre es capaz de formular correctamente su propia necesidad)*(4)

Según el Glosario de acreditación en salud de Colombia, humanización del servicio se define como *un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización*(5)

Como lo esboza su definición la humanización es un concepto difícil de enmarcar, de ahí que pueda ser interpretado de forma subjetiva. Es de anotar que, si se analiza su transcendencia para un servicio de salud, es casi imposible pensar en un servicio de calidad, si no existe algo de humanización inmerso en el proceso de atención, que garantice un enfoque holístico del proceso salud enfermedad.

El ser humano cuando enferma se convierte en un ser frágil, que demanda más atención, proximidad y comunicación efectiva. Con el creciente avance de la medicina estos 3 aspectos fundamentales en la relación médico - paciente se han ido perdiendo cada vez más. La fragmentación de la medicina, es decir, la presencia de subespecialidades que se dedican a *partes* específicas del cuerpo humano han dejado de ver al paciente como un ser integral. La tecnología disponible tanto para ayudas diagnósticas como para tratamientos han reducido el contacto directo entre el personal de la salud y paciente, han favorecido el llamado *encarnizamiento terapéutico* y aumentando costos innecesarios al sector salud.

Lo anterior ha llevado a que se reclame una atención más enfocada en el paciente como ser humano, teniendo en cuenta su integridad e incorporando a su familia como parte importante del proceso salud . enfermedad. En respuesta a ello los sistemas de salud a nivel mundial han debido replantearse muchas de sus políticas institucionales enfocándolas a una atención de calidad, donde el paciente y su familia sea el centro de atención. Toma fuerza entonces el concepto de humanización de los servicios de salud, definido anteriormente, con lo cual se busca, como su nombre lo indica, introducir un aspecto humano al ejercicio de la medicina.

Es imposible abordar el tema de derechos humanos y no hablar de la declaración universal de los derechos humanos documento adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París Francia donde se define que: *“Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”*. Posteriormente en la misma declaración se esbozan unas condiciones que en conjunto constituyen los derechos humanos, siendo estos: los derechos de carácter personal (a no ser sometido a la esclavitud, torturas y derecho a que se presuma su inocencia mientras no se demuestre culpabilidad), los derechos del individuo en relación con la comunidad (derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país y derecho a la propiedad, individual y colectivamente), derechos de pensamiento, de conciencia, de religión y libertades políticas, derechos económicos, sociales y culturales (derecho a un nivel de vida adecuado, a la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, derecho a la educación)(6. 8)

6.2 Normatividad relacionada

Ley 23 de 1981 (ética médica)(9)

Es el primer manifiesto legal que reconoce las *“las implicaciones humanísticas”* inherentes al ejercicio de la medicina. Reconoce al hombre como un ser psico-somático que lo hace integral, que está en continua interacción con un ambiente externo que influencia y modifica su comportamiento y sus estilos de vida. Lo anterior debe ser considerado por el médico al momento de hacer un diagnóstico y de establecer un plan terapéutico.

Ley 10 de 1990(10)

Reorganiza el Sistema Nacional de Salud. Reconoce a la salud como un derecho de todos los habitantes, que debe ser garantizado por el Estado y gratuito en los

servicios básicos: Regida por los siguientes principios básicos: universalidad, participación ciudadana y comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional. Define la organización y la administración del Sistema de Salud, con el entonces llamado Ministerio de Salud como el ente rector.

Establece en primera instancia las competencias de las Direcciones Locales y Seccionales del Sistema de Salud, que serán modificadas más adelante por la Ley 60 de 1993, y esta a su vez por la Ley 715 de 2001.

En materia de calidad de la atención en la salud solo se hace un esbozo, delegando al Ministerio de Salud la labor de regular la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgos, quien a su vez actuará también como ente sancionatorio.

Aun no se menciona específicamente el tema de humanización, pero reconoce el derecho fundamental a la salud, a recibir servicios de calidad, a la participación comunitaria en la planeación y en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Constitución política de Colombia de 1991

A diferencia de la Constitución Política de 1886, donde las funciones preventivas y curativas en materia de salud debían ser financiadas por cada persona y el estado solo prestaba asistencia a unas pocas enfermedades (Modelo Higienista) o por medio de hospitales de caridad, la nueva Constitución Política de 1991 tiene un enfoque puramente humanista, destacando la dignidad humana con objetivo principal del Estado y de la sociedad civil. Reconoce la libertad de cultos, defiende la equidad social y especialmente el reconocimiento de las minorías étnicas y la equidad de género, creación de las defensorías del pueblo, mecanismos de participación ciudadana en asuntos políticos, establece la familia como núcleo central de la sociedad y crea mecanismos para su protección y defensa, entre otros.

En materia de salud el cambio más determinante fue el establecimiento del Estado como el responsable de la prestación de los servicios de salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Establece los derechos a la salud y a la seguridad social como derechos fundamentales por conexidad, al relacionarse directamente con el derecho fundamental de la vida. Fueron estos cambios los que sirvieron de base para la posterior formulación de la Ley 100 de 1993.

Ley 60 de 1993(11)

Con ella se reglamenta la distribución por competencias en materia social. En cuanto a salud reglamentan las siguientes funciones así:

- **Municipios:** encargados de las Direcciones Locales de Salud. Realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas+ {õ } %a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas+ {õ }(11). De acuerdo a la capacidad, pueden también prestar servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad, siempre que puedan garantizar la adecuada prestación de los servicios.
- **Departamentos:** encargados principalmente de las Seccionales de Salud. Definir y registrar la naturaleza jurídica de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Asegurar la prestación de servicios de salud del segundo y el tercer nivel de atención, de forma directa o a través de contratos con otras entidades. Ejecutar a nivel departamental los planes nacionales. Financiar a nivel departamental los tribunales de ética médica. Garantizar la efectiva operación de la red de referencia y contra referencia. Financiar la prestación de los servicios de salud a nivel municipal cuando los mismos municipios no estén en capacidad de asumirlo.
- **Distritos:** dirección del Sistema Distrital de Salud. Financiar y fomentar la prestación de servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención. En general, cumple las mismas funciones de los departamentos.
- **Nación:** a través de sus ministerios y demás organismos, se encarga de la formulación de políticas específicas, de la financiación de programas y de créditos, prestar servicios médicos especializados, prestar servicios de asesoría y asistencia técnica; ejercer funciones de inspección y vigilancia.

Ley 100 de 1993

En el año de 1993 se crea en Colombia la conocida Ley 100 que reglamenta el Sistema de Seguridad Social Integral, y con la cual el Estado busca asegurar *la cobertura integral de las contingencias*+(12) principalmente en aquellas situaciones en las que se afecta los estados económicos y de salud de la población.

Uno de sus componentes, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se basa en los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación, y específicamente en la calidad, que dentro de sus características menciona la atención humanizada.

Ley 1438 de 2011(13)

Realiza modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, e introduce el modelo de Atención Primaria en Salud (APS), buscando un ambiente saludable e incluyente, con servicios de calidad. Continúa mostrando un sistema creado por y para el paciente, que es considerado el eje central del sistema y de las políticas de salud. Plantea su enfoque humanístico en cuanto, por medio de los principios del sistema, reconoce la diferencia del ser humano, las diferentes etnias, razas y costumbres, exigiendo para todos unos accesos equitativos a los servicios de salud. Nuevamente menciona la atención humanizada como un medio y un fin para la calidad.

Resolución 13437 de 1991

Por la cual se constituyen los comités de ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes(14). Ambas estrategias creadas para mejorar la calidad de la atención en salud y así fortalecer la humanización en los servicios.

Decreto 1011 de 2006

Como parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el año 2006 se reglamenta, por medio del Decreto 1011 del mismo año, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el objetivo de *generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país*(15)

Su objetivo y su fin es un usuario satisfecho con un servicio de salud que no solo ofrezca infraestructura moderna y confortable, sino servicios de salud de fácil acceso, que permitan una continuidad en la atención requerida, que sea acorde con sus necesidades y que además le brinde procesos seguros y con los mínimos riesgos posibles.

Dispone de 4 componentes: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad; todos bajo la supervisión de entidades de los niveles nacionales, departamentales y locales (Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Departamentales y Distritales de Salud, Entidades Municipales de Salud). De estos componentes, el Sistema Único de Acreditación plantea la humanización como un eje central.

Ley 1374 de 2010

Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Bioética quien propenderá por establecer un diálogo interdisciplinario para formular, articular y resolver los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el

medio ambiente, así como la construcción e implementación de políticas en los asuntos referentes a la bioética.(16)

Decreto 903 de 2014

En el año 2014 entra en vigencia el Decreto 0903, con el objetivo de realizar ajustes y definir reglas para la aplicación del Sistema Único de Acreditación en los componentes de salud y de riesgos profesionales del Sistema General de Seguridad Social.

Enmarcado en los principios de gradualidad, integralidad y confidencialidad, y bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema Único de Acreditación se define como *el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica*(17) por parte de las Entidades

Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud(IPS), Entidades Administradoras de Riesgos Laborales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que prestan servicios de salud ocupacional; *los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios para la atención en salud+ {õ }.*(17)

Resolución 2082 de 2014(18)

Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud+ Define los ejes trazadores del sistema, todos enfocados al usuario y su satisfacción. Se mencionan a continuación algunos de ellos:

Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades+

Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad+

Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano+

Proceso de transformación cultural permanente, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente+

Ley estatutaria 1751 de 2015(19)

Con el objeto de *garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección*, nuevamente encontramos una Ley humanista y paternalista en toda su extensión, en tanto ratifica al Estado como el *responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud* y de asumir las funciones indelegables de *dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control*. Resalta el derecho a la interculturalidad, al acceso a la salud de los pueblos indígenas y comunidades (ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras) que se hará en forma concertada, respetando sus costumbres. Determina la necesidad de continuar con políticas de protección especial para *la atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad*. Dicha ley expresa su base humanista no solo al proteger a los pacientes, sino también a los profesionales y trabajadores de la salud, por medio del respeto a la autonomía profesional, enmarcada en esquemas de ética, racionalidad con evidencia científica y autorregulación. Así mismo reconoce el amparo a las condiciones laborales justas y dignas para el talento humano en salud.

Abre la puerta para políticas nacionales que de lograr regularse e implementar, irán en busca de *humanizar* aún más el campo de la salud en el país. Son estas: Política de Innovación, Ciencia y Tecnología, Política Farmacéutica Nacional, Política para el Manejo de la Información en Salud y Política Pública en Salud.

6.1 La salud en américa

La población del continente americano va en constante aumento, estimándose que para el año 2020 llegará a ser un 13,4% de la población mundial, lo que equivale aproximadamente a 1.027 millones de personas. Lo anterior sumado a un aumento general en la esperanza de vida y a la disminución de la mortalidad general, plantea un reto no solo para los sistemas de salud en cuanto a su sostenibilidad, sino también para los gobernantes quienes deben enfocar sus políticas públicas al mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes, favoreciendo así una vejez saludable.

Principalmente en América Latina y el Caribe ha sido un punto fundamental la ampliación de la cobertura en salud, al mismo tiempo que se intentan disminuir los costos en salud y hacer más sostenibles los sistemas. Esto ha generado otro punto de interés creciente en el medio: la calidad de los servicios de salud, fundamentada en principios de *eficiencia, equidad y ética* (20), en lo cual se trabaja cada vez más desde todas las esferas sociales (educación, política, economía, entre otros).

En general los sistemas de salud de los países de América son sistemas segmentados, es decir con diferentes tipos de afiliación, cobertura y financiación,

que generan un sinnúmero de inequidades en el acceso y en la prestación de los servicios. Lo anterior ha llevado a que en las últimas décadas la llamada *universalización de los servicios de salud* sea un tema clave en todas las agendas gubernamentales.

Cabe mencionar específicamente a Brasil, quien cuenta con el Sistema Único de Salud (SUS), basado en principios de universalidad y acceso equitativo a la salud, logrando constituirlo como un sólido sistema con resultados satisfactorios, con redes de atención estructuradas que evitan la fragmentación del servicio y favorecen la priorización de la atención de la población socio-económicamente vulnerable.

Dentro de sus 4 objetivos principales, se encuentra el de *ampliar el acceso a servicios de calidad, integralidad, equidad y atención humanizada*(20)

6.2 Historia de la acreditación

En Estados Unidos, desde 1917 el Colegio Estadounidense de Cirujanos (American College of Surgeons) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes.(21,22) Siendo esto la base para estructurar posteriormente los procesos de acreditación, que hoy en día administra la Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations), fundada en 1951(23,24). Otro antecedente de importancia se documenta en Canadá donde el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959(22,25,26).

Joint Commission (TJC) publica el primer manual de acreditación en 1953, convirtiéndose desde ese momento en referencia para los sistemas de salud(23).

Avedis Donabedian en 1966, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, logrando así un entendimiento de los problemas de salud desde una perspectiva diferente puesto que no son un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales(22,27). A su vez en 1980 Avedis Donabedian contribuyó a la acreditación cuando formuló la definición de calidad asistencial: *"Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"*(28); que sirve aun de referente en el tema de calidad, puesto que tiene en cuenta que la calidad es un balance general de todo el proceso de atención.

Posteriormente en la década de los años 80, la influencia de los procesos industriales en las organizaciones de salud en Estados Unidos introdujo nuevos conceptos como lo es el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). Lo que condujo al sistema de

acreditación en hospitales a tener un mayor campo de trabajo puesto que ya no solo se dedicaba a la inspección, sino que se dedicó a promover el mejoramiento de la calidad.(22)

Europa no fue ajena a esta situación. Ejemplo de esto fue lo ocurrido en el Reino Unido, donde en 1991 el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad y adoptó el Proceso de Mejoramiento Continuo para ponerlo en práctica.(21)

En 1985, en Italia (Udine), se inició la International Society for Quality in Health Care (ISQua), organización que rápidamente se fortaleció con la incorporación de nuevos integrantes de Europa, USA, y la región de Asia Pacífico(21). Su sede desde 1995 se encuentra en Australia. Joint Commission International (JCI) se creó en 1998 como el brazo internacional de The Joint Commission (Estados Unidos) con el propósito de mejorar la seguridad y calidad de la atención de los pacientes. La JCI define en sus estándares las expectativas de desempeño, estructuras o funciones que deben existir para que un hospital esté acreditado.(29)

Posteriormente la Organización Internacional de Normalización (ISO) en el año 2000 trata de manera específica el sector sanitario, lo que enriquece los estándares sobre el tema.(25)

6.3 Inicios de la acreditación en américa latina

En América latina se iniciaron procesos de reforma social en la década de los años 90, comenzando a implementarse iniciativas de Reforma del Sector Salud y de Seguridad Social, con lo que surge una preocupación general en los países, en la década de los noventa, por garantizar una atención de calidad y eficiente durante el proceso de transición y adaptación del sector salud(30), por esto durante la primera Conferencia sobre Acreditación celebrada en Washington en 1989 por la OPS se determinó que no se estaba utilizando la Acreditación como herramienta para la mejora de la calidad en la atención en salud(21). Es así como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con apoyo de expertos elaboraron un manual titulado "Manual de Acreditación de Hospitales "el cual fue presentado en la Segunda Conferencia de América Latina en 1992(24). Posteriormente en una reunión realizada en 1995 se analizaron los resultados de los programas nacionales de acreditación de hospitales, durante la III Conferencia de América Latina sobre la Acreditación de Hospitales(21).

En 1998 la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) de la OPS redactó unos Lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de salud de los países de la región(30), con posteriores actualizaciones en los años 2000 y 2006(31), donde se abordan los componentes básicos: contexto político, económico y social; organización general, recursos y funciones; y seguimiento y evaluación de las reformas(31).

Adicionalmente publicó perfiles del sistema de salud específicos por países siendo el último sobre Colombia el del 2009.

Las normas del Manual de Acreditación de la OPS están organizadas de forma gradual en niveles, por lo anterior para alcanzar un mayor nivel de calidad para un determinado servicio, los estándares de los niveles más bajos tienen que ser alcanzados primero. Adicionalmente se proponen las normas de evaluación de los aspectos de estructura, proceso y resultados a través de la evidencia cualitativa y dinámica de rendimiento, o por medio de indicadores que reflejan la calidad de los servicios prestados, basado en las premisas de Avedis Donabedian.

A continuación, se mencionan algunos países que han sido referentes en la región:

CHILE

El sistema de salud chileno en su estructura y funcionamiento mantiene una configuración dividida en dos sectores, el público y el privado por lo que el ministerio de salud (MINSAL) tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud.(21,32)

En el periodo entre 2006 y 2010 se creó el Régimen General de Garantías en Salud, con lo cual se favoreció la autogestión hospitalaria, y se ~~se~~ *centró en el usuario como sujeto de derechos que pueden ser exigidos por éste al Estado*(20); buscando con esto mejorar el acceso, la oportunidad, la calidad, y la protección financiera.

Acreditación: La acreditación es un proceso de evaluación periódico, respecto del cumplimiento de estándares mínimos estipulados por el Ministerio de Salud de Chile. La acreditación en salud constituye una herramienta más, de la política pública pro equidad, que tiene por objetivo garantizar a todos los usuarios del Sistema de Salud, una atención segura y de calidad.(33)

Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES): es el derecho que otorga la ley a todos los afiliados al Fonasa (El Fondo Nacional de Salud, es un organismo público encargado de otorgar cobertura de atención en salud) y a las Isapres (Instituciones de Salud Previsional, aseguradoras privadas de salud)(32), para ser atendidos en condiciones especiales que garantizan su acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, en caso de sufrir cualquiera de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud.

En Chile la acreditación de prestadores institucionales es voluntaria, sin embargo, cuando entre en vigencia la Garantía Explícita de Calidad de las prestaciones garantizadas por el GES/AUGE(32), el prestador que quiera otorgar estas

prestaciones se verá obligado a estar acreditado para entregar esa prestación garantizada.

ARGENTINA

El estado ha realizado esfuerzos por avanzar en la descentralización del sistema de salud a través del otorgamiento de una mayor autonomía de gestión a los hospitales públicos. A pesar de ello en Argentina los avances en procesos de calidad y acreditación se han dado en el marco de políticas básicas como se establece en el Decreto 1269/922 en las que el sector público dio sus inicios y en la cual se establecen las Políticas Sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina(21). La primera propone lograr la plena vigencia del derecho a la salud para toda la población con la implementación de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad. La segunda política sustantiva busca la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la extensión de la cobertura. La tercera busca disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones sanitarias de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones en situación de riesgo. La última plantea redefinir y orientar el rol del sector salud del Estado, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización

Posteriormente el Instituto Nacional de Obras Sociales, actual Superintendencia de Servicios de Salud, y la Sociedad Argentina de Auditoría Médica, actualmente Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria, fueron las primeras en abordar el tema, desarrollando e impulsando actividades de evaluación hospitalaria; en 1988 la OPS realizó el Taller sobre Acreditación de Hospitales Urbanos en América Latina y el Caribe(34), con la participación de representantes de Argentina, en el año 1989, con la reunión de un importante grupo de sociedades científicas integradas por profesionales de diferentes áreas del conocimiento, se desarrolló un documento que contenía estándares que permitirían llevar a cabo los procesos de acreditación en Argentina.

Luego a mediados de 1990, la OPS y la FLH (Federación Latinoamericana de Hospitales), se comprometieron a fomentar el desarrollo de un Manual de Acreditación para Argentina, estableciéndose un mínimo de estándares de calidad, (condiciones mínimas aceptables de calidad y seguridad).

En mayo de 1991, luego de la aprobación definitiva por parte de la OPS del manual de acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe; en Argentina las instituciones de salud establecen un acuerdo para adaptar el Manual de la OPS(26), creando la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de Atención Médica (COMCAM)(21).

Posteriormente las diferentes experiencias en calidad y acreditación de las instituciones de salud fueron analizadas por el ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud), el cual adaptó los lineamientos del manual de la OPS; en la actualidad ITAES es el más antiguo de las entidades acreditadoras, se destaca en Argentina el impulso hacia la generación de sus propios programas de acreditación que den cuenta de la realidad del país.(35)

BRASIL

Con el nacimiento del Sistema Único de Salud (SUS) tras la Constitución de 1988, se busca la garantía de la universalidad, equidad e integralidad de la atención, basado en descentralización política, administrativa, jerarquización y control social. El Sistema Único de Salud (SUS) contó con la participación de los usuarios en la gestión del sistema de salud, convirtiéndose en un indicador primordial para la evaluación y mejora continua de la calidad en los servicios de salud en Brasil.(21)

El ministerio de salud realizó una adaptación del Manual de la OPS, con la posterior fundación en 1999 de la Organización Nacional de Acreditación (ONA), que definió la acreditación como un sistema de evaluación y certificación de calidad de servicios de salud voluntario, periódico y reservado.(21)

COLOMBIA

Colombia no fue ajena a los cambios en el sector salud de la década de los 90, y se aceleró el cambio impulsado por la constitución de 1991 en los artículos 48 y 49 donde estableció la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, que además se debe regir bajo principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.(30,36)

Posteriormente en 1993 fue sancionada la Ley 60 que definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales y adicionalmente este mismo año la Ley 100 determinó un marco legal para la prestación de los servicios de salud, creando un nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y estableció mediante el Artículo 186 la Acreditación en Salud como mecanismo para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud.

El Ministerio de Salud con el apoyo de la OPS, y diferentes organizaciones del sector elaboraron un Manual de Acreditación de IPS, tomando como referencia el Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe, de la OPS (1991)(34). Dicho manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, como una prueba piloto.

Posteriormente el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances en la acreditación en salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, basado en los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care). Gracias a este estudio, a la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria Colombiano, al Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa de México y el Ministerio de Salud, se estructuró el Sistema Único de Acreditación (SUA), y se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud.(22)

Surge en muchos sistemas de salud de diferentes países la necesidad de implementar programas de evaluación y acreditación de la calidad en los servicios de salud. En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 3557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA).(22)

Adicionalmente Colombia como candidato a la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), debe garantizar las premisas en salud promulgadas por esta organización como lo es: *Una buena salud es necesaria para que las personas puedan prosperar como ciudadanos, miembros de familia, trabajadores y consumidores. Mejorar la salud es una preocupación clave de los países adherentes a la OCDE*(37)

Aunque el proceso de Acreditación es voluntario en la actualidad más instituciones han iniciado este camino en busca del mejoramiento continuo de la calidad.

6.4 Inicios de la humanización en salud en américa latina

Los siguientes párrafos nos esbozan cronológicamente como desde la OMS, hasta los gobiernos de diferentes naciones latinoamericanas hacen esfuerzos por implementar a través de recomendaciones o leyes la humanización en los servicios de salud, como uno de los componentes que garantiza una atención de calidad, lo cual genera una posterior documentación de experiencias por parte del personal de salud, y de las mismas instituciones y entidades involucradas en la atención de los usuarios, que a su vez enriquece el concepto de humanización en el ámbito de la salud y facilita una referenciación entre los países latinoamericanos, debido a que comparten en algunos casos márgenes normativos en salud similares.

La OMS planteó la importancia de atender de forma más afable y con calidad los partos en el mundo, siendo esto los primeros pasos de lo que hoy se conoce como parto humanizado. En 1985 publica el artículo *Appropriate Technology for Birth* (Tecnología apropiada para el parto)(38), en el 2001 se publica la guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto (WHO principles of perinatal care:

the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course) fortaleciendo el concepto de parto humanizado(39).

Brasil

A nivel de Latinoamérica se encuentra en Brasil reglamentación sobre el parto humanizado desde 2000, cuando el Ministerio de Salud establece el Programa de Humanización de la Atención Prenatal y Nacimiento, en el marco del Sistema Nacional de Salud a través de la Portaria /GM n. 569, del 1/6/2000 (Ordenanza). En el 2003 Brasil implementa una política nacional de humanización PNH Humaniza SUS que propone transformaciones en las relaciones sociales de los actores participantes por medio del trabajo en equipo, la valorización de los actores, y la integración de gestores, prestadores y usuarios.

Política Nacional De Humanización PNH Humaniza SUS Ë Brasil

La política nacional de humanización fue un desafío para el sistema de salud brasileño, al generar un cambio cultural en la atención a los usuarios y en la administración de los procesos en el sistema de salud. A partir de la PNH surgen la necesidad de garantizar los derechos de los usuarios y sus familiares, mejorar las condiciones de trabajo de los empleados del área de la salud, creando nuevos escenarios y formas de inclusión.

Adicionalmente se busca que el personal de salud tenga sensibilidad para escuchar y dialogar, manteniendo relaciones éticas y solidarias, en aras de la inclusión de las personas, familias y comunidad en el proceso de atención a la salud.

Pretende promover actitudes de respeto, compromiso y responsabilidad entre usuarios, gestores y trabajadores de la salud, haciendo de la humanización un proceso educativo y sensible(40).

Promueve como base del trabajo en salud los valores de autonomía y protagonismo de los pacientes, para poder participar de forma individual y colectiva en su proceso de salud.

Según esta política humanizar un servicio de salud implica transformar el propio modo como se concibe un usuario de un servicio de salud, quien necesita altos niveles de comprensión dentro de un ambiente que le garantice condiciones técnicas y éticas seguras, prestadas por trabajadores responsables.

El acogimiento, aspecto fundamental dentro de la política, es un proceso constituido por prácticas de promoción y prevención que implica un profesional responsable con su paciente, que considere sus preocupaciones y angustias, que haga uso de una escucha calificada que le permita analizar la demanda y colocar los límites necesarios, garantizando una atención integral, resolutiva y responsable

por medio de la articulación de redes internas y externas para dar la continuidad requerida en la atención(40).

Directrices de la PNH

La Política Nacional de Humanización PNH Humaniza SUS en Brasil opera desde guías clínicas, éticas y políticas, con el fin de articular toda la atención en los diferentes servicios. A continuación, se describen las directrices(40):

- **Bienvenida:** Es reconocer que el paciente tiene una necesidad de salud única y legítima.
- **Manejo participativo y cogestión:** Se destacan dos grupos cogestión: las que se refieren a la organización de un espacio colectivo de gestión, que permite el acuerdo entre las necesidades y los intereses de usuarios, los trabajadores y los gerentes; y otro que se refiere a los mecanismos para garantizar la participación de usuarios y familiares en las actividades realizadas en los establecimientos de salud.
- **Ambiente:** crear espacios saludables, cálidos y confortables, respetando la privacidad, propiciando a su vez lugares para encuentro de personas.
- **Clínica ampliada y compartida:** la clínica ampliada es una herramienta teórica y práctica cuyo objetivo es contribuir a un enfoque que considere la singularidad del usuario y la complejidad del proceso salud-enfermedad. Combate la fragmentación del conocimiento en la atención.
- **Valorar al trabajador:** valorar la experiencia de los trabajadores e incluirlos en la toma de decisiones.
- **Defensa de los derechos del usuario:** los usuarios tienen derechos garantizados por ley, por lo anterior los servicios de salud deben fomentar el conocimiento de éstos y asegurar que se cumplan en todas las etapas de la atención.

Posteriormente surge literatura evaluando el resultado de la aplicación de la política en diferentes ámbitos de salud.

Argentina

Argentina retoma las recomendaciones de la OMS y las materializa a través de la Ley nacional N° 25.929 Parto Humanizado en el 2004. Donde reglamenta los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

Avance importante han surgido en la humanización de los servicios de salud en Facultades de Medicina como es el caso de la Universidad Nacional de Rosario, la cual decidió incorporar una materia electiva que contempla talleres de clown, dibujo, cuentacuentos, baile y música, con el objetivo de mejorar el vínculo y la salud del paciente. Dicha materia conocida como "Humanización Hospitalaria: herramientas artísticas como un abordaje posible" está disponible para los estudiantes de tercer año en las carreras de Medicina, Enfermería y Fonoaudiología.(41)

A su vez la Humanización de la Salud en Argentina ha retomado conceptos de la Psicología Humanista para fortalecerse, con el apoyo de Universidades que han desarrollado cursos de actualización sobre el tema.

6.5 Humanización de servicios de salud en Colombia: estado del arte

En Colombia el concepto de humanización en salud ha venido evolucionando desde hace varios años, enmarcado en los principios fundamentales definidos en la Constitución Política de 1991: derecho a la vida, a la salud, a la igualdad.(12,42)

La acreditación en salud es la principal guía para las instituciones colombianas para el abordaje del tema de humanización en salud. Sin embargo, presenta grandes limitaciones: se enfoca sólo en las instituciones prestadoras de salud, dejando por fuera otros actores del sistema como aseguradores y entes territoriales; propone estándares para evaluar metas concretas, pero deja de lado el fondo de la problemática, como lo expresa en el artículo Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud Carlos Edgar Rodríguez, director de acreditación en salud del ICONTEC.(43)

A su vez el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA promueve la humanización en salud a través de programas de formación, apoyadas en alianzas con instituciones y empresas prestadoras de los servicios de salud.

Adicionalmente en Colombia en 1981 surge el Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, como un organismo creado por la Orden Ministros de los Enfermos (Religiosos Camilos) el cual ofrece programas como: La Humanización

de la Atención en Salud y La Pastoral de la Salud, orientados a fortalecer a través de la enseñanza la humanización de los servicios de salud.(44)

El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, pretende convertir en temas prioritarios la humanización de los servicios, la seguridad, coordinación y transparencia, y a su vez busca brindar atención integral a gestantes, niños, niñas y la implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes (amparados por el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 412 de 2000). Ejemplo de esto es el anexo técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, publicado en el año 2014, donde se dan pautas para hacer una evaluación de carácter cualitativo que permita identificar brechas entre las rutas de atención de este grupo poblacional y la forma como se materializan actualmente. Promueve la autoevaluación constante basada en el cumplimiento de los 5 atributos de calidad (pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad), para generar planes de mejora que permita avanzar en calidad y humanización para lograr una Atención Integrada en Salud.(45)

El planteamiento base de esta estrategia ministerial de fortalecer la atención a este grupo de la población es que la humanización y la calidad de la atención en salud ayudan al logro de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social, así como a responder a las necesidades de las personas.

Es por esto que Minsalud pretende incorporar la humanización como imperativo ético al sistema de salud colombiano. Adicionalmente conceptualiza la humanización de los servicios de salud nutriéndose desde diferentes vertientes de pensamiento y enfoques:

- Los derechos humanos
- La filosofía
- La ética
- La bioética
- La antropología
- Los valores
- Los requisitos de acreditación

Existen en Colombia estrategias reconocidas como casos a resaltar por el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) como sucede con el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt que ha diseñado un esquema de intervención asistencial bajo la modalidad extramural (brigada), que se basa en la atención a pacientes de regiones con difícil acceso a los servicios especializados, por lo cual se ofrece la movilización de recursos humanos, físicos y tecnológicos en el marco de la humanización, la calidad y la oportunidad.

En la actualidad, MinSalud se encuentra diseñando la Política Nacional de Humanización, como uno de los 4 fundamentos propuestos como mandato para el sistema de salud colombiano, en el marco de la Propuesta del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNNMCS). Tal como se mencionó anteriormente, la Humanización es considerada como *un imperativo ético para el Sistema, que debe estar presente en todos los procesos y ser considerada más que un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman*(46). Entendiendo imperativo ético como *un mandato que orienta o rige el comportamiento de las personas y de las organizaciones por ellas constituidas*(46)

A su vez, expresan que no hay, ni pretenden que haya un estándar para trabajar la humanización. La forma de entenderla, incorporarla y trabajarla debe partir de cada institución.

El objetivo del Ministerio con esta propuesta es impulsar una transformación cultural en el sector salud, que debe surgir a partir del análisis interno de cada institución.

6.6 Parto humanizado en Colombia

El trabajo de parto y parto son quizás los momentos que más atención han recibido para implementar el tema de la humanización.

En el año 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social publicó la *Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio*, en la cual recomiendan *la adopción de los principios del parto humanizado para el manejo de la paciente obstétrica en todas sus dimensiones*(47)

La incorporación de la humanización al parto nace de la necesidad de *proveer a la gestante, a su familia y a sus hijos atención científica, cálida, respetuosa y oportuna durante un proceso vital y de gran significado para ella y su familia*(47)

Basados en evidencia consistente que demuestra que una madre con acompañamiento por parte de personal ajeno a la atención en salud tiene trabajos de parto más cortos, menor necesidad de analgesia, menor incidencia de cesárea, entre otros, el Ministerio hace las siguientes recomendaciones específicas con nivel de evidencia A:

Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija(47)

Se recomienda que las mujeres en fase activa del trabajo de parto cuenten con atención por personal de la salud en forma permanente excepto por cortos periodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite(47)

Define también que no hay evidencia que soporte la preferencia de una posición específica por encima del resto para el caso del trabajo de parto y parto. La guía deja claro que no hay evidencia suficiente para asegurar que hay cambios desfavorables en los resultados obstétricos con una u otra posición, por lo que su recomendación final es permitir la libre elección por parte de la gestante de la posición que considere más favorable. Vemos aquí como se aplica dos de los principios básicos de la humanización: paciente como parte activa de su proceso y libertad de decisión sobre su estado de salud.

Es de resaltar que cuando se habla de parto humanizado se habla de un parto lo más natural posible, con un mínimo uso de tecnología sofisticada y con el menor número de intervenciones complejas.

También se hace especial énfasis en vincular a las familias a este proceso vital, como apoyo a la gestante y como parte de la atención integral que busca suplir no solo las necesidades médicas sino también las necesidades sociales y culturales de las madres.

Respecto a este tema en Colombia se realizó el Proyecto de Ley 24 de 2013 *por el cual se establecen lineamientos para los programas de apoyo a la mujer en gestación, al que está por nacer y el parto digno* (48).

Dicho proyecto de ley se sustenta en los principios de respeto a la dignidad humana, humanización (respeto y reconocimiento de la dignidad humana), respeto y reconocimiento, corresponsabilidad por parte de todos los actores del sector salud tanto públicos como privados; e información.

Sin embargo, hasta el momento de la realización de este trabajo de grado, no ha sido sancionada aún por el senado de la república ya que no se tuvo en cuenta la incorporación de los precedentes trazados en la sentencia C-355 de 2006, respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Adicionalmente existe una propuesta ciudadana planteada en el Portal de Participación Ciudadana llamada *Urna de Cristal* para crear la Ley de Parto Humanizado, con el sustento que introducir el tema de humanización al parto no genera más costos para el sector salud y, por el contrario, si aumenta la satisfacción y el bienestar no solo de la madre sino de toda su familia.

Lo anterior muestra un interés creciente por vincular el tema de la humanización a los programas para madres gestantes, que no solo parte de los gobernantes sino de los ciudadanos, quienes desde ya empiezan a tomar iniciativas sobre el tema y a exigir un trato digno y humano.

6.7 El caso Bután

El Reino de Bután se encuentra ubicado al sur de Asia, en la cordillera del Himalaya, limitando con China al norte, y con India al sur. Es uno de los países más pequeños y con menor población del mundo. Posee una monarquía constitucional como sistema de gobierno, con principios que vienen del budismo, que afirman que el verdadero desarrollo social se logra a través de una efectiva combinación del desarrollo material y espiritual.(49)

En la década de los 70s se proclamó que el Producto Interno Bruto (PIB) occidental no era aplicable a su reino, dado que consideran que el bienestar social es un apoyo al crecimiento económico que lleva al logro de la felicidad de la población. Por lo anterior, y al considerar entonces la felicidad igual de importante que la economía, se instaura el índice de Felicidad Nacional Bruta (FNB), con su respectiva Comisión de la Felicidad Nacional Bruta. Éste último es un organismo gubernamental que se encarga de velar porque las leyes, inversiones y políticas públicas estén dirigidas a aumentar la felicidad de sus habitantes.

Bajo esta concepción, en este país, los servicios como el agua, la educación y la electricidad son de carácter gratuito. Incluso las semillas para cultivos agrícolas son proporcionadas, también de forma gratuita, por el gobierno, quienes se encargan que cada año su calidad mejore para así mejorar la producción. Algo de suma importancia en este país, dado que el 90% de la población vive de la agricultura y la ganadería.(50)

El índice de FNB es de carácter cualitativo, que, a diferencia del PIB, califica el bienestar y la felicidad, por medio de medidas indirectas de 9 aspectos básicos que son: cultura, educación, salud, gobierno, bienestar psicológico, diversidad medioambiental, nivel de vida, vitalidad de la comunidad y uso del tiempo.(51)

Es este un claro ejemplo de cómo materializa un indicador de un tema considerado como subjetivo o abstracto como es la felicidad, surgen entonces varias preguntas como lo son: ¿Serviría este caso como ejemplo para la creación de un indicador que mida de forma eficaz la humanización de los servicios de salud? ¿Se pueden cambiar indicadores tradicionales por nuevas propuestas? ¿Los indicadores que tenemos actualmente dan respuestas a las necesidades de los servicios de salud?

6.8 Lineamientos para el desarrollo de una política institucional

¿Qué es una política?

Es una declaración formal de los principios de una organización para un área o servicio, la cual marca la dirección que debe tener la institución en este tema. Sirve de guía para el diseño de estrategias más específicas y tiene una aplicación a largo plazo.

Una política debe ser consonante con los propósitos de la Dirección, debe estar basada en la plataforma estratégica institucional y debe dar paso a la generación de objetivos y acciones que permitan traducir esta política en resultados. Implica a todos los miembros de la institución, por lo cual debe involucrar una reflexión sobre la cultura organizacional.

Debe expresar la calidad del comportamiento que la institución espera de sus empleados, de acuerdo a la función que desempeñe cada uno.(52. 54)

Acciones institucionales(52. 54)

Para el diseño de una política se han identificado 4 fases principales:

- Fase I: Diseño y elaboración de la política. Comienza con la identificación de las necesidades a partir de un diagnóstico institucional, seguido por la definición y la redacción. En esta fase es de suma importancia que haya un compromiso explícito por parte de la alta gerencia, quien es la encargada de liderar estos procesos. Idealmente debe involucrar personal del área relacionada, no solo las directivas, para fortalecer así el trabajo en equipo y el empoderamiento de los empleados.
- Fase II: Validación y aprobación de la política. Se realizan revisiones y ajustes necesarios, para finalmente ser aprobado por la alta dirección.
- Fase III: Divulgación. Debe involucrar a todos los niveles institucionales, explicando el propósito de la política y se método de implementación.
- Fase IV: Mantenimiento de la política. Se refiere a los ajustes o actualizaciones que requiera la política basados en la dinámica institucional cambiante. Así mismo se debe establecer de forma clara las mediciones de su impacto (indicadores).

¿Por qué diseñar una política? (52. 54)

- Mayor eficiencia en los procesos.
- Mejor comunicación y fortalecimiento del trabajo en equipo.

- Mayor compromiso de los empleados con su puesto de trabajo (empoderamiento).
- Eficaz cumplimiento de los objetivos organizacionales.
- Fortalecimiento de la imagen institucional.
- Da lineamientos claros sobre un tema de interés institucional, evitando así diversas interpretaciones.

7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de la tesis se contemplaron los siguientes aspectos éticos:

Se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Y se clasificó dicho trabajo según el artículo 11 de la presente resolución como una investigación sin riesgo por usar técnicas y métodos de investigación documental, en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan directa o indirectamente, adicionalmente no se incluyeron revisiones de historias clínicas. Se siguieron las recomendaciones de la resolución al prevalecer el criterio del respeto a la dignidad de ser humano, la protección de sus derechos y su bienestar.

El tipo de abordaje del planteamiento del problema catalogó a este trabajo como de tipo documental puesto que tuvo el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de la naturaleza del problema, con apoyo principalmente en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos de las mismas instituciones, personas o entes de control, en busca del desarrollo de capacidades reflexivas y críticas a través del análisis, interpretación y confrontación de la información obtenida.

Principio de confidencialidad: se reconoce que las personas e instituciones tienen derecho a la privacidad y al anonimato. Por lo cual solo se usó la información que

los participantes en el estudio consideraran divulgar o dar a conocer a través de este trabajo.

8 RESULTADOS

La humanización de los servicios de salud es un tema complejo de definir, partiendo principalmente que no hay una definición exacta y única sobre humanización. Sin embargo, luego de revisar la literatura y de visitar las instituciones referentes en el tema, se han logrado identificar aspectos claves, comunes en muchos casos, y que dan las pautas para humanizar los servicios de salud.

Tomando como referencia la palabra humanizar, que significa tener en cuenta todas las dimensiones del hombre (física, social, espiritual, mental, comportamental y cognoscitiva), la humanización de los servicios de salud puede materializarse en una atención que tenga como punto de referencia al paciente y su patología pero que además integre una visión holística del ser humano, garantizando no solo la cura de la enfermedad sino el reintegro a una vida sana y armoniosa con el entorno. La humanización busca también la realización humana y profesional de los trabajadores de salud y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Es decir, es integral para evaluar al ser humano y a su vez es integral al abordar las inquietudes, necesidades y expectativas que este tiene durante la atención en las instituciones de salud. En primer lugar, debe haber un interés institucional por la humanización, que debe partir desde la alta gerencia, quienes comenzarán por hacer un diagnóstico al interior de su organización que será clave para orientar la política y las posteriores estrategias de divulgación. Así mismo son los encargados de diseñar la plataforma estratégica, siendo de gran importancia que la humanización de la atención se vea reflejada desde la misión, visión y valores institucionales.

El desarrollo de una política institucional de humanización es clave para iniciar con el proceso ya que ratifica el interés de las directivas por trabajar el tema, y da un marco de acción para todos los empleados, convirtiéndose en un pilar institucional. Es de suma importancia que esta política sea conocida por la totalidad de los empleados de la organización, tanto personal de planta como por terceros colaboradores, ya que de todos depende el cumplimiento de ésta. Para esto los jefes de áreas deben estudiar, analizar y discutir el tema en los grupos primarios, para lograr una mayor apropiación de los conceptos.

Tal como se mencionó anteriormente, al reconocer que hay varios actores que influyen en la deshumanización de los servicios de salud, si se quiere lograr un impacto real se debe divulgar la política y estrategias de humanización tanto con el cliente interno como con el externo ya que cada uno juega un papel dentro del sistema de salud.

8.1 ¿Qué se espera al humanizar los servicios de salud?

Se espera generar conciencia en los usuarios y en el personal de salud, humanizar la atención no es un deber, es un derecho que tenemos que exigir a nuestro sistema de salud, humanizar la atención en las instituciones de salud es solo el primer paso, para humanizar la salud en Colombia, no es solo contar con servicios seguros y confortables. La humanización va mucho más allá, parte del interior de cada persona, de sus valores y principios, de la capacidad que tenga cada uno de entender al otro como un ser con similitudes y diferencias, y no solo como una patología que se debe tratar, es entender a las personas con sus miedos, dudas, expectativas y preguntas; con un entorno social, familiar, laboral y económico que pueden ser determinantes a la hora de tomar decisiones respecto a su salud y a las opciones que los profesionales puedan proponerle; es aceptar que si en un momento dado un paciente decide optar por otra opción en cuanto a su salud, es igualmente válido, porque para él pueden primar otras condiciones de su entorno personal (relaciones familiares, preocupaciones económicas, tranquilidad, descanso).

En la medida en que cada persona involucrada en el sector salud interiorice la humanización como principio, se podrá generar un cambio en la cultura en las organizaciones y en la sociedad en general, que permita bajar la guardia y retomar relaciones médico-paciente efectivas y basadas en confianza; una medicina nuevamente basada en juicio clínico, la racionalidad científica y sin miedos, poner la tecnología al servicio de la ciencia y no para el favor de unos pocos; pacientes conscientes de su papel como protagonista de su propia salud que lleve a un uso racional de los servicios. A pesar que la idea en la humanización en salud es hacerla de forma transversal, existen buenos ejemplos de pruebas piloto a servicios, procesos o procedimientos, que pueden validar a pequeña escala estrategias que pueden ser aplicadas al resto de la institución, es tarea de cada organización realizar una autoevaluación y permitir validación interna y externa en aras de medir integralmente las falencias, debilidades, oportunidades y fortalezas de dicha estrategia.

9 VISITAS INSTITUCIONALES

9.1 Institución 1

Información general Í institución 1Î

La Institución 1 del municipio de Itagüí fue creado el 1º de septiembre de 1999, según acuerdo 011 del Concejo Municipal de Itagüí, siendo una Empresa Social del Estado.(55)

Es una institución de primer nivel de complejidad, que cuenta con 3 sedes en los barrios San Pio, Santamaría y Calatrava, ubicadas todas en el Municipio de Itagüí, Antioquia. Presta servicios de consulta médica general, hospitalización y urgencias de primer nivel, imaginología, laboratorio clínico, odontología, servicio farmacéutico, vacunación, promoción y prevención y vigilancia epidemiológica.

Se encuentra en un proceso de mejoramiento continuo enfocado en la calidad y eficiencia de la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad. Posee múltiples reconocimientos y distinciones entre los que podemos destacar:

- El 20 de diciembre de 2005 le fue otorgada por el ICONTEC y el Ministerio de la Protección Social la acreditación en salud, convirtiéndose en la primera institución pública de primer nivel de complejidad acreditada en Colombia y la tercera en el país en obtener la acreditación en salud.(56)
- El hospital también cuenta desde agosto de 2005 con la certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI) convirtiéndose en la primera entidad de salud de primer nivel de complejidad en Antioquia con dicha certificación la cual es otorgada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y el Ministerio de la Protección Social.(56)

Información corporativa(57)

Misión

En nuestro Hospital promovemos la salud y prevenimos la enfermedad, mediante la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, con un equipo humano comprometido con la calidad, seguridad, innovación, responsabilidad social y la atención centrada en las personas, contribuyendo al bienestar y satisfacción de sus necesidades.

Visión

En el 2020 seremos un hospital de primer nivel de atención, reconocido en el Departamento de Antioquia por la innovación en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por la atención humanizada, segura y centrada en el usuario.

Valores institucionales(57)

- Sentido de pertenencia
- Respeto
- Amabilidad
- Honestidad
- Responsabilidad
- Solidaridad

Humanización de los Servicios de Salud

La Institución 1+ expresa a través de la Política de Humanización su compromiso para planear, implementar y evaluar estrategias para asegurar una Atención Humanizada a los usuarios y sus familias, adicionalmente recalca que dichas acciones deben ser transversales en toda la organización e implementarse en cada uno de los procesos de la misma. La política cuenta con un indicador que es medido semestralmente. La política de humanización constituye el eje central de la humanización en la institución por lo cual todas las estrategias se despliegan a partir de esta.

Es así como se implementan acciones en el Programa de Humanización institucional que implica un manejo interdisciplinario en beneficio del paciente y su familia, que tiene como objetivos: promover la cultura de la humanización, logrando que la institución sea centro al servicio de la vida y de la dignidad de las

personas; sensibilizar a los funcionarios en temas afines como lo son: ética, valores, principios, derechos y deberes, estándares de acreditación; mejorar la relación organización-paciente-familia, para propender por el respeto a la dignidad humana. Adicionalmente establece las bases de apoyo desde otras instancias (comité de ética, Gerencia del Talento Humano, Salud Ocupacional, Atención al Usuario, Gestión del Ambiente Físico, Gestión de la Información y Gestión de la Tecnología).

La institución a través del programa busca brindar una atención especial a las personas, en situaciones de vulnerabilidad.

Cabe resaltar que el programa viene enmarcado desde la plataforma estratégica donde queda establecido desde la misión que la atención es centrada en las personas y en la visión donde se promueve como objetivo ser reconocidos como una institución con atención humanizada, segura y centrada en el usuario, articulándose a su vez con el Manual de Servicio al Cliente, el Modelo de Atención, el Modelo de Escucha Activa y con la Política de Declaración de los Derechos y Deberes de los Usuarios.

El modelo de humanización incluye acciones tanto para el cliente externo como interno. Adicionalmente al ser una institución acreditada, maneja los estándares de acreditación en los cuales se contempla como uno de los pilares fundamentales la humanización de la atención.

Teniendo en cuenta los requerimientos la institución 1+ diseña un Modelo de Humanización que fue esquematizado de la siguiente forma:

➤ **Modelo de Humanización Paso a Paso**

Direccionamiento Y Gerencia:

La institución tiene definido principios e incluye entre ellos la **Atención Centrada En El Ser Humano+** donde se busca actuar con sensibilidad y eficacia para salvaguardar los derechos de las personas. Y adicionalmente cuenta con valores como son: respeto, solidaridad y amabilidad, en aras de un trato digno y humanizado.

El código de ética hospitalaria sirve como carta de navegación, donde se generan unos compromisos, entre ellos el trato humanizado.

Gerencia Del Talento Humano

Propende por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento al cliente interno, busca el desarrollo en todo el personal de

habilidades para la comunicación y el dialogo, el manejo de conflictos. Como elementos de apoyo están:

- ✓ **Modelo De Gestión Por Competencias:** Existe una competencia en humanización, certificada por el SENA a través de una capacitación virtual y/o presencial.
- ✓ **Boletín mensual Humanizando en Familia:** Tiene como objetivo involucrar a la familia de los funcionarios orientándola sobre pautas de humanización que puedan aplicar en la formación de sus hijos y en la convivencia familiar.
- ✓ **Apoyo emocional al funcionario:** Apoyo a los funcionarios en los momentos difíciles.
- ✓ **Una mano amiga:** Hace referencia a un programa donde un funcionario apadrina a quien llega nuevo, para acompañarlo en su adaptación a la organización.

Gestión Del Ambiente Y Recursos Físicos

- ✓ **Infraestructura renovada y ambiente hospitalario:** En el diseño de los ambientes hospitalarios, se consideraron aspectos como son la seguridad y la privacidad.
- ✓ **Programa de inclusión:** busca el acceso a la población con características especiales a los servicios, de manera que se sienta cómoda, tranquila y orientada dentro de la institución.
- ✓ **Programas de limpieza y desinfección:** Garantizar espacios limpios, donde los desechos estén debidamente ubicados.

Gestión de la Tecnología

Se evalúa como puede impactar la tecnología la humanización y se toman acciones al respecto.

Gerencia de la Información

A través de diferentes estrategias se nutre la humanización en la atención en este ámbito como lo son: Política de confidencialidad de la información del usuario, diligenciamiento del consentimiento informado, historia clínica debidamente diligenciada, mensajes que permiten estar informados y ubicados, información ágil, segura y oportuna.

Gestión de la Calidad

Promueve la humanización de los servicios, la práctica de valores y principios humanísticos, a través del desarrollo de campañas y estrategias de acompañamiento.

Prestación de Servicios

Se desarrollan diversas actividades y programas en aras de una atención humanizada como lo son:

- ✓ Modelo de Atención Integral: percibiendo la asistencia como un hecho global desde lo humano, espiritual y lo clínico.
- ✓ Administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo de los pacientes, condiciones de silencio.
- ✓ Atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares.
- ✓ Estrategias de cuidado con orientación lúdica especialmente en niños.
- ✓ Atención de un parto humanizado; donde se reconoce en padres e hijos a los verdaderos protagonistas.
- ✓ Atención abierta: Institución abierta para escuchar y dialogar con sus usuarios, familiares, empleados y comunidad en general. (Escucha activa al usuario).
- ✓ Brindar apoyo emocional en caso de fallecimiento o de duelo o en caso de una enfermedad terminal.
- ✓ Trabajo en equipo: fomentando y mejorando las relaciones del equipo.
- ✓ Información y orientación al usuario: con el fin de minimizar ansiedad por el desconocimiento ante situaciones de salud y/o administrativas
- ✓ Brindar atenciones encaminadas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los usuarios, familias y funcionarios en busca de sensibilizarlos frente al tema.

Gestores de Bienestar

La institución, destina a funcionarios con grandes competencias y habilidades para que sean protectores de los usuarios conocidos también en la institución como: **ángeles de los usuarios**, quienes tienen como función canalizar las inquietudes y necesidades de quienes visitan la institución. Esta función será desempeñada en concordancia al horario de los servicios ambulatorios.

Funciones Generales de los Gestores del Bienestar:

- ✓ Funcionarios móviles que están autorizados para desplazarse a los diferentes servicios, verificando las condiciones de calidad y los tiempos de atención de los servicios que demandan los usuarios.
- ✓ Facilitan la atención de población priorizada, gestionando con las diferentes áreas la atención a la población vulnerable o con dificultades de acceso a los servicios. Esta función se realiza en coordinación con las diferentes áreas de servicio.
- ✓ Brindan orientación personalizada a usuarios y acompañantes, sobre el acceso a los servicios y los trámites administrativos a realizar.
- ✓ Realizan acompañamiento a los pacientes de hospitalización.
- ✓ Realizan educación y orientación grupal a usuarios de salas de espera, con respecto a temas de atención
- ✓ Promueven entre usuarios los medios de comunicación del Modelo de Escucha Activa del Cliente Externo.
- ✓ Rinden informe semanal a la gerencia sobre condiciones de calidad, trato, oportunidad y puntualidad de los diferentes servicios de atención.

Gestores de la Noche

Es una estrategia orientada a brindar acompañamiento y educación sobre todos los procesos de la institución, y busca fortalecer la priorización de los pacientes, disminuir las barreras de acceso siempre pensando en mejorar el servicio para los usuarios. Cabe resaltar que los gestores de la noche son funcionarios

administrativos que de forma voluntaria deciden postularse para participar en esta estrategia. Dichas funciones se desarrollarán en horario nocturno en los servicios de urgencias y hospitalización. A diferencia de los gestores de bienestar, estos poseen listas de chequeo para garantizar orden en sus funciones y además permitir la fácil tabulación de los hallazgos.

Funciones de los Gestores de Noche:

- ✓ Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes.
- ✓ Velar por la oportunidad en la atención.
- ✓ Apoyar la resolución de dificultades administrativas presentadas durante la prestación de los servicios.
- ✓ Ser personal de apoyo tanto para el cliente interno como externo.
- ✓ Velar por la adherencia a procesos.
- ✓ Fortalecer la comunicación entre usuarios y funcionarios.
- ✓ Salvaguardar la intimidad del usuario y su seguridad.
- ✓ Velar por el trato humanizado en los servicios de hospitalización y urgencias.
- ✓ Brindar un informe detallado a gerencia por turno realizado.

9.2 Institución 2

Información general Í institución 2Í (58)

La institución 2+es una institución hospitalaria de alto nivel de complejidad de carácter privado, sin ánimo de lucro. Se encuentra ubicado en el barrio Córdoba, en la comuna 7 de la Ciudad de Medellín. Fundado el 16 de julio de 1970. Presta servicios de especialidades y subespecialidades para adultos y niños, unidad de trasplantes y unidades de apoyo como banco de sangre, ayudas diagnósticas, laboratorio clínico, cuidado crítico, dermatología, farmacia, hospitalización ejecutiva, psicología, nutrición, unidad de rehabilitación, trabajo social y chequeo ejecutivo. Cuenta con 369 camas distribuidos entre hospitalización, UCE/UCI adultos, pediátricas y neonatales.

Es una organización que desde sus orígenes cuenta con una estructura filosófica clara que ha sido orientadora de su quehacer durante toda su historia. Los tres pilares que lo soportan son:

- Hospital católico confesional
- Hospital humano.
- Hospital que existe porque existen los enfermos.

Posee actualmente certificado de Acreditación con Excelencia, el cual fue otorgado por el ICONTEC desde el año 2005. Constituyéndose como la primera y única institución de salud con Acreditación con Excelencia en Colombia.

En el año 2014 es reconocido por el Ministerio de La Protección Social como el primer Hospital Universitario de Antioquia. En el 2012 se certificó como Empresa Familiarmente Responsable - EFR con la Fundación Más Familia de España. Certificado que fue renovado en 2014. Como reconocimiento adicional figura en el Ranking de la Revista América Economía en el puesto 7 como una de las mejores Clínicas y Hospitales de Latinoamérica. (2014).(59)

En el mes de octubre del año 2015 recibe la certificación como Institución acreditada internacionalmente, emitida por la Joint Comission International (JCI); siendo el primero en el departamento de Antioquia, y el cuarto a nivel nacional en obtener este reconocimiento.(59)

Información corporativa(58)

Misión

Brindar la mejor atención en salud de alta complejidad y contribuir a la generación y transmisión de conocimiento en el marco del humanismo cristiano.

Visión

Ser Hospital universitario líder, referente, centrado en el ser humano, coordinado con otros agentes, comprometido con la comunidad y trascendiendo el mundo.

Valores institucionales(58)

- Amor
- Liderazgo
- Orden
- Respeto
- Equidad
- Solidaridad

Política de humanización

El Hospital cuenta con una política de humanización vigente, cuyo objetivo es *Brindar al paciente, cuidadores y todos los usuarios del Hospital, el respeto, cuidado y ayuda a que tiene derecho como ser humano*+(60)

El diseño, actualización y monitoreo de esta política está a cargo de la junta directiva y el grupo de dirección, la aplicación es responsabilidad del personal clínico y no clínico involucrado con el proceso de atención de los pacientes; va dirigido a todos los pacientes, cuidadores y usuarios del Hospital.

Definición de humanización de la atención para la institución: *Es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización*+(60)

El compromiso institucional con la humanización de la atención se ve reflejado desde su misión y visión, donde hacen referencia a la atención en el marco del

humanismo cristiano y en ser un hospital universitario centrado en el ser humano, respectivamente. A este respecto encontramos específicamente en su política de humanización: *Es un Hospital católico que cree que cada paciente, por su dignidad de persona, criatura de Dios, merece toda la consideración y lo mira como tal, y como miembro de una familia y de una comunidad. Por consiguiente, brinda al enfermo todo el respeto, atención y ayuda a que tiene derecho como ser humano+* (60)

La Política de Humanización se materializa a través de las siguientes estrategias:

Definir, desplegar y respetar sus derechos y deberes: a cargo del personal clínico y no clínico, esta información se encuentra ubicada en sitios estratégicos que permitan su fácil acceso (salas de espera, medios de comunicación institucionales como página web o canal institucional), así como el entendimiento por parte de pacientes con otra lengua diferente al español (portugués, inglés y braille). Adicionalmente se tiene definido dentro de este punto la adhesión a las prácticas de seguridad para minimizar el riesgo dentro del proceso de atención. Tienen establecidos mapas de riesgos de pacientes por servicios y una política de seguridad y confidencialidad de la información.

Disponer de una infraestructura humanizada: cuentan con una infraestructura de fácil acceso y con espacios que cumplan con las necesidades de los pacientes y su familia en cuanto a confort y seguridad.

Implementar procesos de información y educación: clasificadas como información general y cotidiana, y educación cotidiana y estructurada, buscar informar a los pacientes y acompañantes acerca de horarios, servicios, deberes y derechos y todo lo que surja en la interacción del día a día; así como educar en temas generales como prevención de caídas o de úlceras por presión o en temas específicos en cuanto al cuidado y seguimiento de la patología específica.

Manejar adecuadamente el dolor: evaluación del dolor por parte del personal clínico, con posterior reevaluación para lograr atender esta necesidad efectivamente.

Cuidar a los que cuidan: por medio de diferentes programas de beneficios buscan mejorar la calidad de vida de los colaboradores del Hospital.

Brindar soporte emocional y social: personal disponible para el acompañamiento desde las áreas de psicología, trabajo social y psiquiatría; grupos de apoyo.

Asistirlos espiritualmente acorde con sus creencias: enmarcados en el respeto por las diferentes culturas y creencias religiosas permiten la asistencia espiritual que no interfieran con el correcto funcionamiento del Hospital. El

personal de enfermería de cada unidad es el encargado de vigilar que esta atención espiritual se presente bajo condiciones de seguridad y respeto, tanto para el paciente como para las demás personas presentes en el área.

Respetar su voluntad: reconocen el derecho que tiene el paciente para participar de las decisiones, en forma de consentimiento, disentimiento y voluntades anticipadas.

Construir una extraordinaria experiencia de servicio: por medio de estrategias alrededor de la atención en salud, como orientación lúdica, gestión de quejas y reclamos, comunicación entre cuidadores, información y educación, entre otros.

Dar un trato compasivo y sensible: basados en lo señalado en el código de ética en cuanto a ser un Hospital *concebido, diseñado, construido y soportado por seres humanos, para el servicio de seres humanos* (60) tiene en cuenta las necesidades de los pacientes y sus familiares, diseñando horarios de visita flexibles, acompañantes las 24 horas en algunos servicios estratégicos (hospitalización y cuidado crítico) y horarios de administración de medicamentos que respeten el descanso del paciente.

Evitar el encarnizamiento terapéutico: personal clínico capacitado para buscar evitar todo sufrimiento innecesario del paciente.

Dar un especial cuidado al final de la vida: dispone de guías de atención para el manejo del cuidado paliativo, en busca de promover el derecho del paciente a no recibir tratamientos innecesarios y de tener una muerte digna en compañía de sus familiares.

Respetar los códigos de investigación en sujetos humanos: cuenta con el Comité de Investigaciones y Ética en Investigaciones, quien es el encargado de velar por los derechos de las personas que participan en investigaciones, la cuales deber ser realizadas respetando los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

Escuchar sus expectativas y quejas e incorporar mejoras al proceso de atención: todo el personal clínico y no clínico está capacitado para escuchar y tramitar los reclamos, comentarios y sugerencias hechas por los pacientes o sus familiares, quienes a su vez reciben información desde el ingreso para realizar este proceso efectivamente. Luego de realizar la gestión, se le informa al paciente y/o familia la respuesta dada.

Realizan un monitoreo a los resultados de la política de humanización por medio de resultados de los indicadores de encuestas de satisfacción, resultados de felicitaciones, sugerencias y reclamos, inspecciones de ambiente físico, metodología trazadora y resultados de auditorías a los procesos asistenciales. Sin

embargo, según manifiesta su Director, estos indicadores sólo son indicios, ya que *la humanización va al sujeto, no al objeto* y por lo tanto no se puede definir por medio de un indicador específico.

En la institución la humanización es concebida como un principio, entendiendo éste como un punto de partida incuestionable que es el pilar para la política y las estrategias de despliegue, y que a su vez se ve reflejado en su plataforma estratégica.

La humanización incluye todas las dimensiones de la persona, donde cada institución elige cuál o cuáles trabajar. El Hospital eligió trabajar la humanización como dimensión de la equidad, la cual debe verse reflejada no solo en los principios y valores institucionales sino en su estructura organizacional y en los procesos de mejora.

En cuanto a esta dimensión, la institución es una Empresa Familiarmente Responsable (EFR), que permite desplegar la equidad hacia sus trabajadores, permitiendo el desarrollo desde 5 ejes, que son: calidad en el empleo, desarrollo profesional, igualdad de oportunidades, flexibilidad temporal y espacial y servicio de apoyo a la familia.

El sistema de escucha activa: quejas, reclamos y sugerencias; voz a voz, auditoría de servicios, grupos focales y encuestas de satisfacción se convierten en oportunidades para buscar patrones de comportamiento que muestre indicios sobre cómo es percibida la humanización por parte de los pacientes y familiares. Para el Hospital es más significativo trabajar en estos procesos y buscar historias que den cuenta de este trabajo, que impactar algún indicador específico.

9.3 Institución 3

Información general Í institución 3Í (61)

La institución 3+nació mediante el Acuerdo 032 del 3 de noviembre de 1995 emanado del Concejo Municipal de Envigado, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sin embargo, ya venía prestando sus servicios desde el año 1950, cuando operaba como un centro de salud, y en 1978 cuando se convirtió en una unidad intermedia.

Desde entonces ha tenido una evolución continúa, siendo actualmente una institución de tercer nivel que pone a disposición de los usuarios servicios de alta complejidad, como: unidades de cuidados intensivos adultos y neonatal, servicio de oncología y hematología, neumología, cirugía de tórax, unidad cardioneurovascular y programa de hemofilia; además de ayudas diagnósticas, servicio farmacéutico, imaginología, urgencias y hospitalización. En este último servicio cuenta con 180 camas para adultos, entre unipersonales y bipersonales; y 11 camas para el servicio de pediatría.

Premios y reconocimientos(61)

En 1999, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) otorgó al Hospital, el premio a la gestión como la mejor ESE de segundo nivel en el Departamento. En el año 2007 inician el proceso de acreditación en salud. Recibe la certificación como Institución Acreditada en Salud en el 2010, otorgada por el ICONTEC. Ha recibido en repetidas ocasiones galardones en el de premio Gestión Transparente, otorgado por la Gobernación de Antioquia y la Secretaría de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Información corporativa(61)

Misión

Somos una institución prestadora de servicios de salud, caracterizada por su calidad técnica y servicio personalizado. Contamos con un capital humano comprometido con el bienestar físico y mental de nuestros pacientes y la rentabilidad económica y social de la organización.

Visión

Seremos reconocidos como una de las mejores opciones en servicios de salud en permanente crecimiento y conquista de nuevos mercados, buscando satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

Valores institucionales(62)

- Liderazgo
- Aprendizaje Continuo
- Actitud de Servicio
- Responsabilidad

Ver anexo 4.

Programa de humanización

El programa de humanización de la institución se crea y se comienza a ejecutar en el año 2013, basado en la planeación estratégica de la institución y en la necesidad de brindar atención con *calidad y calidez* a los pacientes y a sus familias.(61)

El programa de humanización se diseñó a partir de un diagnóstico hecho en la institución, partiendo de la premisa que *una buena actitud del funcionario desde el primer momento de la atención, lleva a disminución de los niveles de estrés, generando un impacto positivo en el usuario*. Esta fase de diseño y la planeación de las diferentes etapas han sido lideradas por el grupo de Atención al usuario, perteneciente al área de mercadeo y ventas, quienes a su vez se apoyan en el comité de ética institucional para la ejecución y promoción de las actividades.

En entrevista con la líder del programa de humanización en la institución ella conceptúa que humanización es: *ponerse en el lugar del otro, es cultura de ayuda, tener contacto con el otro, lo que no se ve, pero si se siente cuando se hace*. La política de humanización pretende que los funcionarios de la institución tomen conciencia de la importancia de brindar un servicio con calidez y con sentido humano, que sean capaces de brindar una asistencia caracterizada por la sensibilización.

El programa de humanización se ha desarrollado por medio de 3 etapas, 2 de ellas ya ejecutadas en su totalidad y la tercera actualmente en ejecución (comenzó en el mes de octubre de 2015).

La primera etapa, llamada *Camino a la humanización* se inició en marzo del 2013, y tenía como objetivo sensibilizar e involucrar de forma activa al usuario interno y en forma indirecta al usuario externo; está centrada en la importancia del

buen trato del funcionario hacia el usuario, permitiendo así la implementación del tema de humanización de los servicios de salud dentro de la cultura organizacional.

Fue desplegada a la institución por medio de 8 eras+, cada una de las cuales tuvo una duración de aproximadamente un mes, distribuido entre fase teórica, donde se hacían capacitaciones relacionadas con el tema propuesto (10 días de duración aproximadamente) y fase lúdica (20 días de duración) desarrolladas por todas las dependencias y que permitían consolidar la información por medio de aprendizaje vivencial+ y al mismo tiempo involucrar al cliente externo por medio de las dinámicas.

Se resalta que en estas actividades se logró abarcar al 100% de los servicios del hospital (tanto asistencial como administrativo). No solo participó el personal vinculado, sino también los contratistas que prestan servicios dentro de la institución.

Segunda etapa: dejando huella

Por medio de 4 eras, desarrolladas en 4 meses, esta etapa retoma los principios institucionales, buscando fortalecer el cumplimiento de los deberes y derechos y mostrando como cada palabra y cada acción repercuten positiva o negativamente en la relación con el otro.

Tercera etapa: porque tu importas

Está centrada en el ser, en el individuo y su entorno, y en la identificación de potencialidades, reforzando a su vez lo trabajado en la segunda etapa.

Se ejecutará en 2 tiempos, el primero iniciado el mes de octubre del 2015, cada uno con una duración de 2 meses, distribuido en fases teórica y lúdicas.

Durante su tiempo de ejecución se pretende crear un grupo de humanización para la evaluación de la política.

Alrededor de las tres etapas mencionadas anteriormente se ejecutan otras estrategias pertenecientes al programa de humanización, todas ellas con el objetivo de fortalecer la cultura de humanización en los servicios de salud. Estas son:

- Capacitaciones mensuales a la comunidad con temas de interés general (por ejemplo: violencia sexual, adulto mayor), muchos de los cuales son propuestos por los mismos pacientes a través de los medios de comunicación disponibles en la institución (principalmente buzón de sugerencias y página web). Son programadas por la oficina de atención al usuario, realizando cronograma anual de capacitaciones, que pueden estar

sujetas a modificaciones de acuerdo a las necesidades de la Institución o del usuario externo.

- Capacitaciones al voluntariado del hospital para brindar apoyo en el tema de humanización de los servicios.
- Código fucsia.
- Capacitación al personal nuevo siendo la humanización parte del plan de inducción de la institución, curso virtual sobre humanización del servicio disponible en intranet.
- Acompañamiento a la resolución de conflictos entre los funcionarios.

A su vez la política de humanización también se integra con otras políticas institucionales, como son: la Ley anti trámites, la política de priorización de pacientes y la educación para el autocuidado.

La institución ha tenido un interés constante por evaluar el impacto que estas estrategias han tenido en el personal y en sus pacientes. Es por esto que desde el inicio del programa de humanización realizan 2 evaluaciones anuales, de carácter cualitativo, sobre la percepción del personal sobre la influencia del programa en la vida institucional. Adicionalmente han evidenciado que la satisfacción global de los pacientes ha aumentado desde el inicio de la estrategia de humanización y que han tenido un descenso significativo en el número de quejas.

Dentro de la visita de campo se entrevistó a la Enfermera Jefe del servicio de Cirugía, quien brindo información sobre la experiencia vivida dentro de su servicio a lo largo del desarrollo de las estrategias de humanización. Refiriendo que al inicio del programa en el año 2013 fue muy difícil para los funcionarios de cirugía asistir a todas las capacitaciones y actividades debido a los horarios variables, sin embargo, por compromiso con sus pacientes y con la institución, decidieron realizar las actividades al interior de su servicio en horarios favorables para todos, logrando así un cubrimiento del 100%. Resalta el apoyo constante brindado por la gerencia y especialmente por el área de atención al usuario para la implementación de las estrategias dentro del servicio. Señala como mayor beneficio el cambio de actitud de todos los profesionales, favoreciendo principalmente el trabajo en equipo y la solución negociada de conflictos.

Al hacer un recorrido por la institución encontramos carteleras con notas de pacientes, donde estos agradecen el buen trato recibido durante su atención. También encontramos que algunos servicios como el laboratorio clínico aún conservan evidencia de su trabajo en pro de la humanización, mediante stickers que recuerdan la importancia de tener en cuenta el ser humano desde una visión holística.

Por todo lo mencionado anteriormente la institución participó en el premio a la Gestión Transparente del año 2014 con su programa Camino a la Humanización como estrategia exitosa.

10 DISCUSIÓN

La medicina desde sus principios encierra el concepto de humanización pues busca atender las necesidades de los pacientes, con el fin de ayudarlos a afrontar limitaciones físicas o mentales que puedan interferir su desempeño en la sociedad.

Varios autores usan indistintamente el término deshumanización o despersonalización, para referirse a prácticas en la actividad de salud que van en contra de los principios básicos de la medicina, como lo son: la identificación del paciente por su enfermedad, cama o condición, vulneración de derechos del paciente en cuanto a su autonomía, privacidad y confidencialidad, generando distanciamiento en la relación médico paciente y dificultades en la atención integral del paciente.

Cabe resaltar que la deshumanización afecta a todos los sistemas de salud en los diferentes países, independiente de los recursos financieros, tecnologías usadas, o esquema de atención que manejen. Surgen medidas preventivas como lo son la formación en competencias emocionales y de comunicación para combatir la deshumanización.

Causas de deshumanización

Lastimosamente la salud no es ajena a los problemas de la sociedad siendo esta un reflejo de la inequidad entre las personas, y limitándose en muchos casos a la atención de la queja puntual en salud y no a la causa raíz de dicho padecimiento, lo cual se ve empeorado por la falta de integración de los sistemas de salud con los sistemas de servicios sociales.

La salud se ha visto afectada por intereses económicos, donde estos pasan al primer lugar en la toma de decisiones, restándole fuerza a la labor fundamental que es el bienestar del paciente. Ejemplo de esto son las decisiones tomadas en los sistemas de salud de diferentes países por influencia directa o indirecta de empresas farmacéuticas. Es aquí donde los países deben tener leyes claras que reglamenten la idoneidad y pertinencia de las conductas tomadas en salud, donde se tenga en cuenta la evidencia médica y los recursos disponibles.

La tecnología puede servir en algunos casos como barrera en la humanización, debido a que puede limitar el contacto con el paciente; es por eso que la humanización debe estar presente antes, durante y después del contacto con el paciente, es decir hay que buscar formas de garantizar humanización aun cuando el médico y el personal de salud está en contacto con su paciente sólo a través de la tecnología.

Cabe anotar que la tecnología no es enemiga de la humanización, es solo una ayuda indispensable en los servicios de salud, que en algunos casos requiere ser humanizada y en otros contribuye a humanizar la atención por sí misma, como es el caso de la telemedicina que permite brindar acceso a especialistas en zonas apartadas o de difícil acceso, logrando un contacto virtual para la solución de sus necesidades, mejorando lo que hace muchos años pudo ser solo a través de vía telefónica, hoy se hace por medio de video conferencia, un medio que permite, adicional al contacto auditivo, un contacto visual.

La dificultad de acceso a los servicios de salud, es consecuencia del uso incorrecto de los recursos médicos, económicos y físicos, malas políticas de control, inadecuada comunicación entre pagadores y prestadores, falta de educación de los usuarios y del personal de salud sobre el acceso a los servicios de salud, afectando directamente la humanización generando filas, listas de espera, inoportunidades, quejas y reclamos entre muchas otras situaciones que empeoran la relación de los usuarios con el sistema de salud y a su vez con el personal asistencial y administrativo.

Existen dificultades en la formación del personal de la salud, puesto que en las academias y facultades se brinda poco espacio para formación en temas humanísticos, y es relevada a segundo plano, situación que tiende a empeorar en niveles de estudio superiores como posgrados y especializaciones donde en muchos casos la formación es netamente orientada a temas científicos.

Es por lo anterior que para trabajar en el área de la salud se requiere un perfil de formación en humanidades adicional al conocimiento técnico que ya posee la persona en el tema de salud, que abarque temas sociales, psicológicos, de comunicación y trabajo en equipo.

Deshumanización: Diferentes Actores En El Sector Salud

Al hablar de deshumanización en los servicios de salud se cae frecuentemente en el error de relacionarlo directa y únicamente con el personal asistencial, dejando de lado factores que contribuyen a esta deshumanización que son aportados por otros actores del sector salud, tales como pacientes, instituciones de salud, gobernantes y casas farmacéuticas.

Pacientes:

Comenzaremos por citar a José Carlos Bermejo quien plantea en su artículo *La humanización en salud: una tarea inaplazable+ que la ~~super~~valoración del significado de la medicina lleva también a deshumanizar+* (63) Es aquí donde comienza el papel de los pacientes como actores de la deshumanización.

Hay una tendencia cada vez más creciente a dejar en manos del personal de la salud, principalmente al médico, la responsabilidad de asegurar un buen estado de salud, olvidándose el papel del mismo paciente como principal custodio de su salud. Se designa al médico como el responsable no sólo de diagnosticar y elegir un tratamiento idóneo, sino que también se exige controlar factores externos que puedan afectar al paciente, tales como factores sociales, económicos, sociales, laborales, del sistema de salud, entre otros, que afectan en ocasiones negativamente el estado de salud de una persona.

A diario nos encontramos pacientes poco comprometidos con su salud, que no se adhieren a los tratamientos farmacológicos ni a los hábitos de vida saludables inculcados repetidamente por sus médicos tratantes, no eliminan de sus vidas factores perpetuadores de enfermedad y continúan creyendo en mitos urbanos dejando de lado tratamientos crónicos (se aclara que en ningún momento se quiere ir en contra de otros tipos de medicina diferentes a la occidental que tienen unas bases científicas milenarias ya validadas), que dan oportunidad al avance y empeoramiento de las enfermedades de base. Y son estos mismos pacientes quienes al momento de una complicación seria de su salud descargan nuevamente la responsabilidad completa en el médico y casi que exigen el restablecimiento de su salud de forma inmediata. Y cuando en ocasiones este restablecimiento de la salud se escapa al conocimiento médico y a los medios científicos disponibles, se da lugar a *enfrentamientos+*, muchos de ellos en términos legales, donde termina cuestionándose la ética, la idoneidad y la pericia médica. Esto último hace que cada vez la relación médico-paciente se desarrolle en un ambiente lleno de tensiones, con ambas partes en actitud defensiva, generando desconfianzas durante el acto médico.

La deshumanización surge cuando entra la cultura del miedo en las relaciones profesionales. Miedo de los pacientes y miedo de los profesionales que lleva a realizar una medicina defensiva y basada en lo contrario de su naturaleza: la desconfianza+(63)

Nos preguntamos entonces: ¿hasta dónde es responsable el paciente de humanizar su relación con el médico, tan criticada por ellos mismos?

Instituciones De Salud:

Tampoco es desconocido en nuestro medio el concepto de salud como negocio y como fuente de lucro para unos pocos a costa de otros muchos.

En primer lugar, mencionemos la relación que se establece entre dichas instituciones (llámense Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o Prestadores) y los pacientes. Estos, recientemente llamados también usuarios, y en un término más empresarial+clientes, se ven enfrentados a la tramitología sin fin impuesta tanto por las EAPB como por los prestadores, y que no ha logrado ser vencida por la llamada Ley anti trámites: filas, radicados, constancias; son palabras frecuentes en el lenguaje diario de los pacientes que persiguen algún servicio por parte de sus EPS.

Retrasos en la entrega de autorizaciones, largas listas de espera para estudio de formatos no POS que son negados ante el más mínimo error, meses de espera para que haya disponibilidad de un medicamento. ¿Quién es el principal afectado? El paciente. ¿Y cuál es el precio que debe pagar? Su salud.

En segundo lugar, miremos solo algunos puntos de la relación entre instituciones de salud y profesionales de la salud.

Encontramos médicos encargados de responder por una imagen institucional+, de responder por la exigencia de sus superiores de atender bien a los pacientes, con trato humanizado, pero por otro lado con la responsabilidad de enfrentar los constantes bloqueos del sistema de salud para autorizaciones, para remisiones, las limitaciones para ordenar procedimientos médicos o medicamentos que dentro de la evidencia médica pueden estar plenamente indicado pero que por bloqueos del sistema solo pueden ser prescritos por especialistas. Son obstáculos que a diario deben enfrentar los médicos, especialmente cuando no cuentan con ninguna especialización, y que afectan finalmente al paciente.

Sortear situaciones de vida o muerte con sus pacientes con los escasos recursos disponibles en su institución, muchas veces debido al no pago oportuno de las EPS o también debido a la equivocada distribución de los recursos en manos de directivos poco comprometidos.

Limitaciones en el número de exámenes o medicamentos formulados por paciente o por semana.

Sobrecarga laboral a través de largas jornadas de trabajo o con poca disponibilidad de médicos o enfermeras en un servicio con alta demanda, como resultado de carencias en talento humano que no son una prioridad para los directivos de turno. Como consecuencia de esto encontramos profesionales asistenciales cansados, con alto estrés laboral que repercute directa o indirectamente en la calidad de la prestación del servicio y aumenta la probabilidad de errores en la atención, afectando la seguridad del paciente.

Personal de la salud desmotivado al tener que sortear todos los obstáculos anteriores, a cambio de un bajo sueldo, que, en gran parte de nuestro país, llega con meses de retraso.

Industria Farmacéutica:

Las casas farmacéuticas invierten anualmente miles de millones de dólares en la producción y promoción de nuevos medicamentos, muchos de ellos de muy buena calidad y excelentes alternativas terapéuticas con un mayor margen de seguridad, siendo una ventaja para los pacientes. Sin embargo, la mayoría de estos medicamentos tardarán años en entrar a formar parte de las listas de medicamentos disponibles en el Plan Obligatorio de Salud (POS), o incluso, nunca llegarán a estarlo, limitando su impacto a un pequeño grupo de la población de nuestro país que puede solventar tratamientos adicionales a los ofrecidos por dicho POS, siendo éstos además altamente costosos.

Es en este aspecto final donde entra en juego la deshumanización que aportan los laboratorios farmacéuticos, al ofrecer medicamentos a costos muy elevados, limitando así la oportunidad de acceso de muchas personas a tratamientos que en muchas ocasiones se hacen necesarios. ¿Pueden las empresas farmacéuticas disminuir el costo del medicamento si hacen acuerdos directos con el estado colombiano en aras de garantizar mayor cobertura y menor precio para el usuario final?

A lo anterior se le puede sumar la forma como muchos de estos medicamentos, que podríamos llamar como POS+son promocionados a través de dádivas ofrecidas por las industrias farmacéuticas a los profesionales que receten sus productos, lo que hace que al interés inicial del profesional por formular un medicamento apto para su paciente, se le sume además un interés de ganancia secundaria. Se agrava la situación cuando estos dos intereses chocan entre sí.

Gobierno

En cuanto a los gobernantes no es desconocido para nadie que juegan un papel protagónico en el campo de la salud, teniendo incluso mayor capacidad de decisión que los mismos prestadores directos de los servicios de salud. A su cargo está el diseño de políticas de salud, la destinación de recursos y las a veces tan olvidadas funciones de inspección, vigilancia y control. En ocasiones son estos gobiernos los encargados de fortalecer la salud como industria y como negocio millonario de unos pocos, y de agrandar las brechas sociales en materia de salud al hacer una distribución inequitativa de los recursos.

Leyes, decretos, resoluciones o miles de cada una que en un intento por regular efectivamente el tema de salud, y garantizar la financiación del sistema a largo plazo, generando en algunas ocasiones un entorpecimiento del acceso a los recursos y un enlentecimiento del flujo de servicios entre los actores del sistema. La ciencia avanza cada día en la búsqueda de más y mejores métodos diagnósticos y terapéuticos, mas no en el fortalecimiento de la cultura de la salud. Aunque recientemente se ha puesto interés en los programas de promoción y prevención de la salud, aún hace falta destinar más recursos, tanto económicos como humanos, para lograr influir en una cultura con creencias populares arraigadas.

Médico

Objeto constante de críticas, el médico aparece como el principal actor en el tema de la deshumanización de los servicios de salud.

En nuestro concepto todo comienza con la visión del ser humano como un conjunto de órganos o sistemas con procesos bioquímicos complejos que se ven alterados por la falta o el exceso de una u otra sustancia que se convierten finalmente en el punto de intervención médica. Suena repetido, pero actualmente la medicina va enfocada a diagnosticar y tratar un órgano, olvidándose de la visión holística del ser humano, de las consecuencias psicológicas, sociales o económicas que esta enfermedad esté causando en el paciente, se olvida la forma como el medio ambiente en el que se desenvuelve el paciente a diario puede influir positiva o negativamente en su recuperación.

Poco conocimiento de los médicos sobre el tema de calidad en salud y su importancia, que hace que haya una actitud negativa hacia los diferentes programas, incluyendo el de humanización de los servicios de salud, por considerarlos inútiles, infantiles o como pérdida de tiempo. Como mecanismo para contrarrestar esta situación se requiere incluir estos temas dentro del curriculum de los pregrados de las áreas de la salud para que el médico pueda enfrentarse a un medio laboral donde debe ser actor principal en los temas de calidad, seguridad, humanización y satisfacción, entre otros.

Humanización En Salud

La relación médico paciente supone un encuentro entre 2 personas, ambos dotados de intenciones, interpretaciones, necesidades, razones o sentimientos en su mayoría variables, generando una situación de desequilibrio, de expectativas diferentes. Hay un paciente buscando ayuda en medio de un estado físico o mental debilitado, frente a un profesional que debe estar capacitado para atender y cuidar el motivo de su fragilidad. De este modo se crea un vínculo, afectivo y ético, entre los dos.

Cada persona es única, y, por tanto, sus necesidades y expectativas también lo son, lo que exige del profesional de la salud considerar esta subjetividad desde el punto de vista no solo clínico, sino desde la diversidad cultural y socio-económica. No se trata sólo de tomar consciencia de las diferentes dimensiones de la persona, sino de saberlas relacionar entre sí.

11 CONCLUSIONES

Luego de analizar y consolidar la información obtenida se encontró que hubo coincidencias entre la revisión bibliográfica y la forma de implementación de la humanización en las instituciones visitadas, lo que nos permitió identificar las siguientes estrategias como básicas para humanizar un servicio de salud.

Humanización como principio institucional

Dicha estrategia consiste en vincular la humanización dentro de la plataforma estratégica y los principios institucionales, así como tener una política institucional que permanezca en el tiempo. Se identificó que al desplegar el tema sólo mediante estrategias lúdicas se puede lograr gran impacto y recordación, sin embargo, el alcance de esta modalidad puede ser limitada, en tanto el personal nuevo no tiene la oportunidad de participar en ellas, generando un impacto transitorio en la humanización de los servicios, y no un efecto permanente como sería el ideal.

Comité de humanización

Se recomienda que las instituciones conformen un comité de humanización, con representantes de los usuarios y sus familias, representantes de todas las dependencias involucradas incluyendo gerencia, quienes serán los encargados de liderar las estrategias y divulgarlas al resto de funcionarios y usuarios, evaluar impacto y posibles oportunidades de mejora.

Medición del recurso financiero y humano

Consiste en la elaboración de los costos asociados a la implementación de la estrategia de humanización, que incluya los elementos de mano de obra necesaria, así como los materiales y/o elementos requeridos en cada una de las etapas del proceso, permitiendo cuantificar de esta manera la inversión financiera requerida, haciendo posible la identificación de los beneficios futuros de la

implementación de la misma. Esta información es ampliada en la siguiente pauta llamada **Indicadores de humanización**.

Indicadores de humanización

Si bien es difícil medir a través de indicadores la humanización, se pueden establecer indicadores que midan el impacto directo o indirecto sobre los diferentes procesos que tienen las estrategias implementadas, lo cual conlleva a evaluar los cambios experimentados e identificar oportunidades de mejora, que permiten evaluar la estrategia y definir su continuidad en el tiempo.

Se concluye que al ser un tema que parte principalmente de la subjetividad, las evaluaciones cualitativas pueden ser más relevantes e importantes, y aportar datos más significativos en cuanto a la percepción del cliente externo si se compara con mediciones objetivas como lo son el recurso financiero o humano. Lo anterior se basa en que lo más importante para evaluar el éxito de la aplicación de una política de humanización es medir el impacto final generado y la percepción que el usuario tenga sobre el servicio recibido.

Dicha información cualitativa puede obtenerse principalmente de las encuestas de satisfacción realizada en los servicios y que deben estar a cargo del departamento de atención al usuario.

Sin embargo, se propone otro grupo de indicadores de medición objetiva del recurso financiero y humano, que son de gran importancia al inicio del despliegue de las estrategias a la totalidad de la institución y permite medir el avance en su implementación.

Se propone entonces implementar indicadores que permitan evaluar el cliente interno y externo, así como las diferentes etapas que implica desplegar una estrategia de humanización. Por esto, a través de la revisión sistemática de la información recolectada sobre el tema proponemos los siguientes indicadores para evaluar el programa de humanización institucional, de los cuales se presenta la ficha técnica a continuación:

Tabla 1: RAZÓN DE LÍDERES CON FORMACIÓN PARA CAPACITACIÓN EN HUMANIZACIÓN

NOMBRE	Razón de líderes con formación para capacitación en humanización
JUSTIFICACIÓN	Permite medir objetivamente la disponibilidad de recurso humano líder con formación para capacitación en humanización y compararlo con la población objeto de ser capacitada por el líder en la institución.
DOMINIO	Disponibilidad
NUMERADOR	Número de líderes con formación para capacitación en humanización de los servicios de salud.
DENOMINADOR	Número de empleados susceptibles de ser capacitados por el líder en humanización de los servicios de salud.
UNIDAD DE MEDICIÓN	Razón
FACTOR	1000
FÓRMULA	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta en cifras enteras.
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Talento humano. Denominador: Talento humano.
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Registros de capacitación del personal. Denominador: Registros de capacitación del personal.
PERIODICIDAD RECOMENDADA (NO OBLIGATORIA) DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual

AJUSTE POR RIESGO	No requiere
ESTÁNDAR META	Definido por cada institución mediante una de las siguientes opciones: comportamiento histórico, benchmarking, expectativas del cliente, línea de base.

Tabla 2: PROPORCIÓN DE PRESUPUESTO ANUAL INSTITUCIONAL UTILIZADO PARA ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN

NOMBRE	Proporción de presupuesto anual institucional utilizado para estrategias de humanización
JUSTIFICACIÓN	Su medición permitirá en un futuro comparar el presupuesto destinado para el desarrollo de las estrategias de humanización entre instituciones de salud.
DOMINIO	Eficiencia
NUMERADOR	Presupuesto anual utilizado para las estrategias de humanización
DENOMINADOR	Presupuesto anual institucional
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción
FACTOR	100
FÓRMULA	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Departamento de calidad/cartera Denominador: Cartera
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Balance de egresos de la institución. Denominador: Presupuesto anual
PERIODICIDAD RECOMENDADA (NO OBLIGATORIA) DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual

AJUSTE POR RIESGO	No requiere
ESTÁNDAR META	Definido por cada institución mediante una de las siguientes opciones: comportamiento histórico, benchmarking, expectativas del cliente, línea de base.

Tabla 3: PROPORCIÓN DE PERSONAL INSTITUCIONAL CAPACITADO EN HUMANIZACIÓN

NOMBRE	Proporción de personal institucional capacitado en humanización.
JUSTIFICACIÓN	Su medición permite evaluar el grado de avance en el despliegue de las estrategias. Mide cuantitativamente la cobertura del personal capacitado en humanización.
DOMINIO	Cobertura
NUMERADOR	Personal capacitado en humanización
DENOMINADOR	Total, de funcionarios en la institución
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción
FACTOR	100
FÓRMULA	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal.
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Comité de humanización Denominador: Talento humano
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Registros de asistencia a capacitaciones. Denominador: Talento humano
PERIODICIDAD RECOMENDADA (NO OBLIGATORIA) DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Semestral
AJUSTE POR RIESGO	No requiere

ESTÁNDAR META	Definido por cada institución mediante una de las siguientes opciones: comportamiento histórico, benchmarking, expectativas del cliente, línea de base.
----------------------	---

Tabla 4: PROPORCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE	Proporción de procedimientos asistenciales sin consentimiento informado.
JUSTIFICACIÓN	En determinadas circunstancias clínicas, los procedimientos y tratamientos asistenciales pueden salvar vidas, restaurar la esperanza de vida normal y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, cada vez es más claro que todos los tipos de tratamientos tienen limitaciones.
DOMINIO	Seguridad
NUMERADOR	Número de procedimientos en los que no se explicó al paciente por parte del profesional o no se documentó el consentimiento informado.
DENOMINADOR	Número total de procedimientos asistenciales en los cuales se requiera el consentimiento informado.
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción
FACTOR	100
FÓRMULA	Se divide el numerador entre el denominador, el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal.
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Comité de seguridad del paciente Denominador: Coordinación médica
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: historia clínica Denominador: historia clínica
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN Y REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR	Comité de seguridad del paciente
AJUSTE POR RIESGO	No requiere
ESTÁNDAR META	Definido por cada institución mediante una de las siguientes opciones: comportamiento histórico, benchmarking, expectativas del

	cliente, línea de base.
--	-------------------------

Tabla 5: PROPORCIÓN DE ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EJECUTADAS EN UN AÑO.

NOMBRE	Proporción de estrategias de humanización ejecutadas en un año.
JUSTIFICACIÓN	Permite evaluar el grado de cumplimiento del programa anual de humanización de servicios de salud.
DOMINIO	Eficacia
NUMERADOR	Estrategias de humanización ejecutadas en 1 año.
DENOMINADOR	Estrategias de humanización planteadas 1 año
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción
FACTOR	100
FÓRMULA	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal.
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Comité de humanización Denominador: Comité de humanización
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Actas de las actividades realizadas Denominador: Comité de humanización.
PERIODICIDAD RECOMENDADA (NO OBLIGATORIA) DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual
AJUSTE POR RIESGO	No requiere
ESTÁNDAR META	Definido por cada institución mediante una de las siguientes opciones: comportamiento histórico, benchmarking, expectativas del cliente, línea de base.

Tabla 6: TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL

NOMBRE	Tasa de satisfacción global
JUSTIFICACIÓN	Permite identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios prestados en la institución.
DOMINIO	Satisfacción
NUMERADOR	Número de usuarios que se consideran satisfechos con los servicios prestados.
DENOMINADOR	Número total de usuarios encuestados
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción
FACTOR	100
FÓRMULA	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal.
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Departamento de atención al usuario Denominador: Departamento de atención al usuario
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Encuestas de satisfacción Denominador: Encuestas de satisfacción.
PERIODICIDAD RECOMENDADA (NO OBLIGATORIA) DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Semestral
AJUSTE POR RIESGO	No requiere
ESTÁNDAR META	Definido por cada institución mediante una de las siguientes opciones: comportamiento histórico, benchmarking, expectativas del cliente, línea de base.

Tabla 7: PROPORCION DE QUEJAS POR TRATO EN EL PERIODO

NOMBRE	Proporción de quejas por trato
JUSTIFICACIÓN	Permite identificar la percepción que el usuario tiene sobre el trato recibido durante la atención.
DOMINIO	Satisfacción
NUMERADOR	Número total de quejas por trato en el periodo
DENOMINADOR	Número total de quejas en el periodo
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción
FACTOR	100
FÓRMULA	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal.
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Departamento de atención al usuario Denominador: Departamento de atención al usuario
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Encuestas de satisfacción Denominador: Encuestas de satisfacción.
PERIODICIDAD RECOMENDADA (NO OBLIGATORIA) DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Semestral
AJUSTE POR RIESGO	No requiere
ESTÁNDAR META	Definido por cada institución mediante una de las siguientes opciones: comportamiento histórico, benchmarking, expectativas del cliente, línea de base.

Tabla 8: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON CONOCIMIENTO EN DERECHOS HUMANOS

NOMBRE	Proporción de pacientes con conocimiento en derechos humanos.
JUSTIFICACIÓN	Permite identificar el conocimiento que tiene los usuarios de sus derechos como persona y ser social.
DOMINIO	Efectividad
NUMERADOR	Número total de personas que afirma tener conocimiento en derechos humanos.
DENOMINADOR	Número total de encuestados en el período
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción
FACTOR	100
FÓRMULA	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal.
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Departamento de atención al usuario Denominador: Departamento de atención al usuario
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Encuestas de satisfacción Denominador: Encuestas de satisfacción.
PERIODICIDAD RECOMENDADA (NO OBLIGATORIA) DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Semestral
AJUSTE POR RIESGO	No requiere
ESTÁNDAR META	Definido por cada institución mediante una de las siguientes opciones: comportamiento histórico, benchmarking, expectativas del cliente, línea de base.

Tabla 9: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON CONOCIMIENTO EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE	Proporción de pacientes con conocimiento en humanización de servicios de salud.
JUSTIFICACIÓN	Permite medir el impacto y recordación que el despliegue de las estrategias de humanización ha tenido en los pacientes.
DOMINIO	Efectividad
NUMERADOR	Número total de personas que afirma tener conocimiento en humanización de servicios de salud.
DENOMINADOR	Número total de encuestados en el período
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción
FACTOR	100
FÓRMULA	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal.
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Departamento de atención al usuario Denominador: Departamento de atención al usuario
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Numerador: Encuestas de satisfacción Denominador: Encuestas de satisfacción.
PERIODICIDAD RECOMENDADA (NO OBLIGATORIA) DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Semestral
AJUSTE POR RIESGO	No requiere
ESTÁNDAR META	Definido por cada institución mediante una de las siguientes opciones: comportamiento histórico, benchmarking, expectativas del cliente, línea de base.

Institución humanizada

Significa que la humanización no es tarea de unos pocos. No es responsabilidad solamente de los líderes administrativos o del personal asistencial. Debe ser aplicado por la totalidad de la institución, desde el personal de vigilancia, servicios generales, alimentación, personal en formación, hasta los altos directivos, sin importar la modalidad de contratación.

Se humaniza la institución completa desde su más profundo ser, es decir, se humaniza el personal, los ambientes y los procesos, adicionalmente debe estar presente en los diferentes ciclos de la vida que conviven bajo las paredes y los corredores de los hospitales, es decir, se humaniza con el mismo ímpetu el nacimiento como los momentos en los cuales hay una defunción de un ser.

Institución comprometida con su empleado

La humanización de la salud no aplica únicamente para mejorar el entorno del paciente. Debe mirarse al personal que trabaja en salud con la misma mirada holística con que se analiza al paciente, es decir, tener en cuenta que también son actores de la sociedad con diferentes roles: padres de familia, esposos, hijos, etc., que tienen gustos e intereses, para lo cual se requiere diseñar horarios que sean flexibles con estas necesidades, para favorecer el crecimiento personal y profesional, así como generar espacios adecuados para el descanso.

Trabajo en equipo

Consiste en integrar los conocimientos y destrezas de cada funcionario del área de la salud de forma que sea favorable para el paciente y su familia en aras de lograr un objetivo común.

Para esta estrategia es fundamental que desde los lineamientos institucionales el trabajo en equipo sea un principio, para así garantizar que haga parte del quehacer diario en toda la institución y fortalecer la cultura organizacional, lo que consecuentemente se ve reflejado en la atención al usuario.

De igual forma para que el trabajo en equipo sea exitoso se debe incluir al paciente y su familia como copartícipe, mas no como espectador.

Funcionarios líderes en apoyo y orientación al paciente y su familia

En diversas instituciones se recurre a la figura de personal de apoyo, en otros se nombran como gestores debido a que hace los trámites necesarios para resolver el problema o duda que se le presenta al usuario y su familia durante la atención en los servicios de salud, es decir actúa como puente entre el cliente interno y externo. Cabe resaltar que el personal que participa en esta estrategia puede desempeñar otras funciones en la institución sean asistenciales o administrativas, en otras palabras, puede que esta no sea su labor principal en el manual de funciones, simplemente hace parte de una de las diversas tareas que desempeña.

Para estas funciones se requiere personal con buenas relaciones humanas, comunicación asertiva y con valores como el respeto, la tolerancia y la equidad. Lo vital de esta estrategia es la selección del personal, por lo cual talento humano debe tener lineamientos claros sobre el personal idóneo para el cargo.

Cabe resaltar que es necesario que dicha estrategia garantice que el personal de apoyo tenga un horario que coincida con el servicio en el cual desempeña su función, por eso es de esperar que los servicios ambulatorios el horario sea diurno, pero en servicios como urgencias y/o hospitalarios se debe disponer de varios funcionarios para cubrir los turnos diurnos y nocturnos con el fin de suplir las necesidades del servicio puesto que funcionan 24 horas.

Paciente como protagonista de su salud

Implica empoderar al paciente con herramientas para decidir sobre su propio tratamiento, para elegir con base en sus preferencias y costumbres, para ser un guardián activo en su propia salud.

Esta estrategia es factible de aplicarse en todos los servicios asistenciales, no solo al paciente hospitalizado sino ambulatorio; en algunas ocasiones puede generar resistencia en el personal de salud, debido a que podría ser vista como una medida de control; por lo anterior es de vital importancia recurrir a los líderes innatos con ideas de mejoramiento continuo (líderes propositivos), quienes no necesariamente son los líderes del servicio, y cuya función es intervenir en programas de sensibilización al personal de salud (no se puede desplegar la estrategia sin primero sensibilizar a nuestro propio personal).

Humanización como componente de la atención del parto⁶⁹:

El parto es un evento de naturaleza fisiológica y con implicaciones tanto físicas como culturales y sociales, por lo que las madres demandan en este momento mayor apoyo psico-afectivo. En un estudio realizado en Rio de Janeiro en el año 2006 en un hospital público de maternidad, se encontró que el término %humanización+era desconocido para la mayoría de madres, y que la atención de calidad era vista como algo fortuito, mas no como una rutina en las instituciones de salud.

Se encuentran entonces como estrategias principales para humanizar el momento del parto las siguientes: establecimiento de política de atención preferencial que permita una admisión rápida y oportuna a los servicios de salud, vinculación de los familiares al proceso del trabajo de parto y parto, espacios físicos que garanticen la intimidad de la paciente y su familia, personal idóneo tanto en conocimientos científicos como en aspectos humanos, y un sistema de información que permita a la paciente y familiares conocer la evolución del trabajo de parto, las condiciones de la madre y el bebé luego del parto y los cuidados para ambos.

La importancia de humanizar este momento radica en que es un evento que involucra no solo a la paciente sino a su familia, que trae consigo un alto componente emocional y social, y a su vez trasmite un mensaje importante a la comunidad como es la humanización desde el primer momento de la vida.

Cultura del respeto a las decisiones del paciente

Debe basarse en una cultura de consentimiento informado adecuado, donde deje de ser un simple requisito y pase a ser un sistema de información real y completa, con lenguaje apropiado para el paciente, que permita que éste tome las decisiones que, dentro de su conocimiento y cultura, considere conveniente bajo la orientación médica. Es en este punto donde más se refleja el respeto por las dimensiones de la persona que fundamenta el concepto de humanización, al reconocer que no solo prima la cura de la enfermedad, sino que en ocasiones puede ser más importante el papel del ser social y familiar.

El tema de derechos humanos no ajeno al ámbito de la salud, es por esto que la autonomía del paciente debe ser pilar en la atención en los servicios de salud, es por esto que toda intervención debe estar en armonía con la decisión del paciente y/o su familia, con excepciones escasa contempladas por la ley.

Fortalecimiento de los programas de pacientes crónicos

Según un estudio hecho en Brasil en el año 2012, se evaluó el servicio de enfermería en una unidad ambulatoria que atendía pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, estos últimos reconocieron la escucha activa y sensible, el diálogo, la resolutivead, el compartimiento de saberes y la afectividad (libertad de expresión, respeto por la intimidad de cada uno, respeto mutuo) como las principales formas de dar valor a esa dimensión subjetiva de cada paciente. Destacan la resolutivead como un abordaje que integra lo objetivo (condiciones técnico-científicas) con lo subjetivo (condiciones inherentes al usuario).(64)

Es de suma importancia involucrar en la humanización a los pacientes que acuden a programas de enfermedades crónicas, puesto que estos son un fiel termómetro

de los cambios y evoluciones en la calidad de la atención. Estos pacientes de forma voluntaria y espontánea pueden trabajar en equipo con el personal de salud en actividades de fortalecimiento de estrategias de humanización y divulgación a la comunidad.

Los programas de pacientes crónicos deben manejar de forma inherente la humanización en su estructura vital, es decir deben garantizar que educan sobre humanización y a su vez abordan de forma integral las patologías para apoyar al paciente en su proceso salud enfermedad y su interacción con su entorno.

Voluntariado como agente de humanización(65)

Consiste en vincular al mayor número de personas pertenecientes a las Instituciones como actores activos de la humanización. Definido por la bioética como un mecanismo de intervención y transformación de la sociedad, el voluntariado se define como una actividad, no paga, cuya naturaleza es el trabajo social, mediante el desarrollo de actividades recreativas, culturales, cívicas, educativas y de ayuda mutua. Los voluntarios pueden actuar como puente entre el paciente y el personal de salud y/o su familia. Dentro de sus muchas actividades en pro del bienestar del paciente podemos mencionar: campañas de donación de ropa, útiles de aseo o juguetes; ayuda al desarrollo de las actividades básicas de los pacientes que no cuentan con acompañante permanente (baño, vestido, alimentación); educación en políticas de las instituciones, fortalecimiento de deberes y derechos de los pacientes; actividades de recreación (caminatas por las instalaciones, salas de juego); celebración de fechas especiales (navidad, días de la madre o del padre, día del niño). Como vemos, todas estas actividades lo que buscan es reconocer la integralidad de la persona.

Es de resaltar que para la aplicación de esta estrategia se requieren unas directrices claras que no interfieran con el tratamiento médico, que sean acordes con las políticas y principios institucionales, y que tengan como mayor insumo no el dinero, sino el deseo propio de ayuda al prójimo.

Comunicación efectiva con pacientes críticos o con limitación para la comunicación(66)

Esta estrategia se basa en el hecho que a pesar que un paciente se encuentre en estado crítico, esta conserva otras necesidades humanas, como el contacto con su familia, el querer conocer lo que pasa fuera de su habitación, la necesidad de información acerca de su propia salud. Esto en ocasiones se dificulta cuando atendemos pacientes con limitaciones para el habla o el movimiento, que no pueden expresarse por sí mismos, o con pacientes analfabetas que no pueden escribir sus necesidades. Entra en juego entonces un elemento de gran utilidad conocido como rotafolio. Como su mismo nombre lo indica, proviene de las palabras rotar y folio. Consiste en un instrumento compuesto por hojas que exponen las ideas que se quieren mostrar, cuyo objetivo es la exposición de ideas,

mediante un contenido que puede ser presentado en forma de gráficos, letras, dibujos, fotografías, entre otros.

Los aplicados al campo de la salud contienen principalmente el abecedario, los días de la semana, los meses del año, un reloj, dibujos con las actividades básicas de la vida diaria, partes del cuerpo humano, escala visual del dolor; lo que permite una comunicación bidireccional, es decir, por medio de éste el paciente puede comunicar una necesidad o un deseo, y el personal de la salud puede colaborar con su necesidad.

Humanización como componente de estudio en pregrados y posgrados del área de la salud(67)

Ya se ha mencionado anteriormente que una de las grandes barreras encontradas en las instituciones de salud al querer implementar sus políticas de humanización es la poca colaboración del personal asistencial, por tener el concepto que su labor se centra única y exclusivamente en la atención y curación de la enfermedad que aqueja su paciente. Es claro que la humanización parte de una actitud propia y de una decisión voluntaria de cada uno, sin embargo, se propone la integración de la humanización como tema de estudio tanto en pregrados como en posgrados de las áreas de la salud, que le permita desarrollar al estudiante habilidades en el trabajo en equipo, en el autoconocimiento, la empatía, en la participación para la formación de redes de apoyo y en el fortalecimiento de una relación médico paciente efectiva y segura.

Es de aclarar que la educación no se limita solo a las instituciones educativas, por lo que las entidades de salud pueden promover dentro de su plan de formación módulos de humanización.

Se considera que la implementación de las anteriores estrategias dentro de una institución es básica y claves para tener un programa sólido que involucre a la totalidad de la organización, lo que constituye el primer paso para un exitoso programa de humanización de los servicios de salud.

12 ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS						
FECHA						
INSTITUCION						
AREA						
MUNICIPIO						
PERMISO OTORGADO POR						
PERIODO DE RECOLECCION DE DATOS						
NOMBRE DE LA ESTRATEGIA						
INICIO DE EJECUCION DE LA ESTRATEGIA		FECHA	DIA	MES	AÑO	
CONTINUA EN EJECUCION	SI	NO	FECHA DE FINALIZACION			
LIDER (ES) DE LA ESTRATEGIA						
AREAS O PROCESOS QUE INTERVIENEN						
NUMERO DE PERSONAS QUE PARTICIPAN ACTIVAMENTE EN LA ESTRATEGIA						
SE HA DETERMINADO EL RECURSO FINANCIERO INVERTIDO EN LA ESTRATEGIA	SI	NO	ESTIMADO DEL RECURSO FINANCIERO DESTINADO POR LA INSTITUCION			
EXISTE UN PROCESO DOCUMENTADO DE LA ESTRATEGIA		NOMBRE DEL DOCUMENTO				
		FECHA DE DOCUMENTACION				
		FECHA DE ACTUALIZACION				
		VERSIONES				
SE REALIZO PRUEBA PILOTO	SI	NO	DIA / MES / AÑO	APRENDIZAJE:		
SE REALIZO DIVULGACION DE LA ESTRATEGIA	SI	NO	FECHA DE DIVULGACION	DIA/MES/AÑO		A QUIENES SE DIVULGO:
			FORMA DE DIVULGACION	PRESENCIAL	MAGISTRAL	TODO EL PERSONAL
				VIRTUAL	INDIVIDUAL	SOLO PERSONAL DE AREAS INVOLUCRADAS
				SE USO MATERIAL ESCRITO		PACIENTES
			SI	NO	FAMILIA DE LOS PACIENTES	
EXISTEN INDICADORES DE SEGUIMIENTO	SI	NO	VER ANEXOS (GRUPOS DE INDICADORES)			
OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS						

PREMIOS O RECONOCIMIENTOS OTORGADOS				
FUENTE DE LOS DATOS	CÓMO OBTENEMOS LOS DATOS			
ANEXOS	PRUEBAS FOTOGRAFICAS	ENTREVISTAS	SOPORTE DOCUMENTAL	OTROS
PERSONA ENCARGADA DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN				

Anexo 2



cartilla humanizacion.pdf (Línea de comandos)

13 BIBLIOGRAFIA

1. Diccionario de la lengua española. 2015. Recuperado a partir de: <http://lema.rae.es/drae/?val=humanizar>
2. Giraldo A. F. Salud global: política pública, derechos sociales y globalidad. Primera. Medellín, Colombia.: Editorial Universidad de Antioquia; 2010. 175 p.
3. Rua J. Curso %Desafíos de la protección social en salud para la población materno-infantil: equidad, acceso y resultados en salud %México, DF, 23 a 27 de abril 2007. 2007.
4. Bermejo J. Qué es humanizar la salud: por una asistencia sanitaria más humana. 2003.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Glosario de acreditación en salud [Internet]. 2003. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Glosario%20Manual%20de%20Acreditaci%C3%B3n%20en%20Salud%20Ambulatorio%20y%20Hospitalario.pdf>
6. Wikisource. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: https://es.wikisource.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_Universal_de_los_Derechos_Humanos
7. Human Rights. Definición de los derechos humanos [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: http://www.humanrights.com/es_ES/what-are-human-rights.html
8. Naciones Unidas. ¿Qué son los derechos humanos? [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
9. Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981 [Internet]. 23 feb 18, 1981. Recuperado a partir de: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf
10. Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990 [Internet]. 10 ene 10, 1990. Recuperado a partir de: <https://www.ccb.org.co/content/download/2906/37369/file/Ley%2010%20de%201990.pdf>

11. Congreso de Colombia. Ley 60 de 1993 [Internet]. 60 dic 8, 1993. Recuperado a partir de: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-85889_archivo_pdf.pdf
12. El Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. diciembre, 1993. Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
13. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. 1438 2011.
14. Ministerio de Salud. Resolución 13437 de 1991 [Internet]. 13437 1991. Recuperado a partir de: http://www.compensar.com/doc/sal/Resolucion_%2013437_%201991.pdf
15. Ministerio de la protección social. Decreto 1011 de 2006 [Internet]. 1011, 1011 2006. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20D E%202006.pdf
16. Congreso de Colombia. Ley 1374 de 2010 [Internet]. 1374 ago. 1, 2010. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201374%20DE%202 010.pdf
17. Ministerio de Protección Social. Decreto 903 de 2014 [Internet]. 903 May 13, 2014. Recuperado a partir de: <https://www.arlsura.com/files/decreto903.pdf>
18. Ministerio de Protección Social. Resolución 2082 de 2014 [Internet]. 2082 May 29, 2015. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202 082%20de%202014.PDF
19. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015 [Internet]. 1751 feb 16, 2015. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%2020 15.pdf
20. World Health Organization (WHO). Health in the Americas: regional outlook and country profiles. 2012. 82 - 90 p.
21. Betancourt V. A, Tunjo L. M. Desarrollo de procesos de acreditación en países de Latinoamérica y el caribe [Internet] [Investigación]. [Bogotá, Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7601/1/599403.2012.pdf>

22. Ministerio de Salud y la Protección Social. Sistema Único de Acreditación en Salud [Internet]. Salud Pública. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=114&IdCat=29>
23. Ministerio de Salud Publica Republica dominicana, Castellanos P. ANEXO 3. REVISION DE EXPERIENCIAS DE PAISES SELECCIONADOS, PARA UNA POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: http://www.msp.gob.do/oai/documentos/Publicaciones/PUB_Anexo3RevisionExperienciasNacS_20120813.pdf
24. Moraes N H, Paganini J. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en américa latina y el caribe. [Internet]. Organización panamericana de la salud; 1994. Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16603s/s16603s.pdf>
25. Medina R L, Rosas M Y, Castro B J. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud (SOGCS) en su componente «sistema único de Acreditación» en Colombia, comparación con el modelo chileno. [Internet]. [Bogotá, Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2013. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11738/1/lindseymedinaruiz.2013.pdf>
26. ITAES. Manual de Acreditación Para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación [Internet]. Argentina; 2003. Recuperado a partir de: http://www.itaes.org.ar/biblioteca/Manual_Polivalentes.pdf
27. Frenk J. Avedis Donabedian. Salud Pública México. noviembre de 2000;42(6):556-7.
28. Alvar N, Suñol R. La calidad de la atención sanitaria [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
29. Joint Commission International. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf
30. Infante A, Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Pública. agosto de 2000;8(1-2):13-20.
31. Rivas-I P. Lineamientos Metodológicos . Perfiles de los Sistemas de Salud [Internet]. 2006. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/Perfil_Sistema_Salud-Lineamientos_Metodologicos.pdf

32. Dr. Bastias G, Dr. Valdivia G. Reforma De Salud En Chile; El Plan Auge O Régimen De Garantías Explícitas En Salud (Ges). Su Origen Y Evolución. Bol Esc Med UC [Internet]. 2007;32(2). Recuperado a partir de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
33. Superintendencia de salud de chile. Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-8981_guia_practica_acreditacion.pdf
34. Dr. Moraes N H. Garantía de Calidad en Hospitales de América Latina y el Caribe. Hosp Costa Rica. 1994; 28:36-40.
35. ITAES. Instituto técnico para la acreditación de establecimientos de salud [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.itaes.org.ar/que-es.php>
36. Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP). Perfil de los Sistemas de Salud Colombia [Internet]. 2009. Recuperado a partir de: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf
37. Clínica los condes. Indicadores de Seguridad JCI y OCDE [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.clc.cl/INFORMACION-AL-PACIENTE/Derechos-y-deberes/Indicadores-de-Seguridad-JCI-y-OCDE.aspx>
38. Appropriate technology for birth. Lancet Lond Engl. 24 de Agosto de 1985;2(8452):436-7.
39. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth Berkeley Calif. septiembre de 2001;28(3):202-7.
40. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização PNH [Internet]. 1.^a ed. Brasil; 2013. Recuperado a partir de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
41. Universidad Nacional de Rosario (UNR). Humanizar el cuidado de la salud [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.unr.edu.ar/noticia/8974/humanizar-el-cuidado-de-la-salud>
42. Colombia, Lemos S. C. Constitución política de Colombia. Bogotá: Panamericana; 2003.

43. Dr. Rodríguez C. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud. Rev Normas Calid [Internet]. 2015; Recuperado a partir de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Rev-95-Articulo%20Acreditacion.pdf>
44. Centro Camiliano. El Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: <http://centrocamiliano.com/centro-camiliano.html>
45. Ministerio de Salud y Protección Social. Anexo técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
46. Minsalud. Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud. Lineamientos para la Política de Humanización [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/Humanizaci%C3%B3n/LineamientosparalaPol%C3%ADticadeHumanizaci%C3%B3n.aspx>
47. Centro Nacional de Investigación, en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC_Prof_Sal_Embarazo.pdf
48. Voto Católico Colombia. Voto Católico Colombia: Proyecto de Ley 24 de 2013 Senado (Apoyo a la mujer embarazada) [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: <http://www.votocatolico.co/2013/07/proyecto-de-ley-24-de-2013-senado-apoyo.html>
49. BBC. Bután: golpe de realidad para un país feliz [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/11/131103_butan_enfrenta_problemas_economicos_finde_bd
50. Nadal P. Bután: el país donde la felicidad cotiza en Bolsa [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: <http://blogs.elpais.com/paco-nadal/2013/04/butan-felicidad-cotiza-bolsa.html>
51. Wikipedia. Felicidad nacional bruta. En: Wikipedia [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Felicidad_nacional_bruta&oldid=88085747

52. Superintendencia de salud de Chile. Recomendaciones para la Elaboración de una Política y un Programa de Calidad Institucional [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-9250_recurso_1.pdf
53. Medina M. Política organizacional. Concepto y esquema en la empresa [Internet]. Gestipolis. 2016. Recuperado a partir de: <http://www.gestipolis.com/politica-organizacional-concepto-y-esquema-en-la-empresa/>
54. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Cómo empezar: primeros pasos en la elaboración de la política. 2015; Recuperado a partir de: <http://www.fao.org/docrep/013/i1679s/i1679s05.pdf>
55. Hospital del Sur - Reseña Histórica [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.hospitaldelsur.gov.co/resena-historica>
56. Todo un modelo de calidad en salud. Itagüí; 2006; Recuperado a partir de: <http://www.periodicoelpulso.com/html/jul06/general/general-06.htm>
57. Hospital del Sur - Plataforma Estratégica [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.hospitaldelsur.gov.co/plataforma-estrategica>
58. Perfil del Hospital Pablo Tobón Uribe [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <https://www.hptu.org.co/perfil-del-hospital.html>
59. Procolombia. Hospital Pablo Tobón Uribe [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.procolombia.co/salud-colombia/industria-salud-colombia/directorio-clinicas/el-hospital-con-alma-pablo-tobon-uribe>
60. Hospital Pablo Tobón Uribe, política de humanización [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <https://www.hptu.org.co/perfil-del-hospital.html>
61. Nuestra Historia Hospital Manuel Uribe Ángel [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.hospitalmanueluribeangel.com/index.php/el-hospital/2014-11-12-14-55-09/nuestra-historia>
62. ¿Quiénes Somos? Hospital Manuel Uribe Ángel [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.hospitalmanueluribeangel.com/index.php/el-hospital/2014-11-12-14-55-09/quienes-somos>
63. Bermejo J. La Humanización en Salud Tarea Inaplazable [Internet]. 1994. Recuperado a partir de: <http://pastoraldasaudenacional.com.br/resources/2014-Colombia-Humanizaci%C3%B3n-tarea-inaplazable.pdf>

64. Arruda C, Silva D. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. Rev Bras Enferm. octubre de 2012;65(5):758-66.
65. Nogueira-Martins M, Bersusa A, Siqueira S. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. Rev Saúde Pública. octubre de 2010;44(5):942-9.
66. Machado F A, Ferreira A F, Almeida K. A Model for Humanization in Critical Care. 2012;16(4):75-7.
67. Martínez-Gutiérrez J, Magliozzi P, Torres P, Soto M, Walker R. Diplomado de salud y humanización: el valor de la reflexión y el aprendizaje presencial. Rev Médica Chile. marzo de 2015;143(3):337-44.