



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Efectos que genera el Sistema General Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente

John Edward Cruz Molina

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá D.C, Colombia
2017

Efectos que genera el Sistema General de Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente

John Edward Cruz Molina
jecruz@unal.edu.co

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Salud Pública

Directora:

Título (Ps) Rosa Julia Suarez Prieto

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina

Codirectora:

Título (MD) Rosa Helena Flórez Mosquera

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina

Línea de Investigación:

Políticas y Sistema de Salud, grupo "Salud Pública"

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá D.C, Colombia

2017

Dedicatoria

A mi padre eterno y hermano amado Jesús, por concederme la posibilidad de sentarme en primera fila y ver realizado un sueño más, en darme la voluntad suficiente para seguir recorriendo el camino de la forma más humilde y honesta. Mis abuelitos, a su memoria y legado. A mis padres, por el apoyo transparente e incondicional que siempre me han brindado. A mi hija, por ser la fuerza e inspiración que me permite dar pasos de gigante. A mi esposa e hija mayor, por vencer las dificultades presentadas, seguir adelante y lograr lo anhelado, por su apoyo, que simplemente es ayudar de corazón. A mi nuevo amor, que hoy está en el vientre de nuestro hogar, iluminando, bendiciendo y trayendo lo mejor para mi vida.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por acompañarme en cada instante y por la oportunidad de seguir trascendiendo en la vida; a mi alma mater, Universidad Nacional de Colombia, por formarme para entregar lo mejor de mí a la sociedad; a mí directora Rosa Suarez por su dedicación y apoyo en la investigación; a la familia Clínica del Occidente por abrir cálidamente sus puertas y permitir realizar la investigación; a cada uno de los colaboradores que participaron y desearon compartir su conocimiento, tiempo y buena actitud; a Claudia Pacheco Directora del área de Calidad e Investigación de la Clínica del Occidente por los aportes cognitivos; a Blanca Castro Directora de Relaciones Públicas y Servicio al Cliente de la Clínica por otorgar los espacios y disponer de su equipo de trabajo; a la Asociación de Usuarios, por sus importantes aportes, interés y amable cooperación; y a mi esposa Erika Morales en apoyar la aplicación metodológica y enfrentar a mi lado las dificultades presentadas.

Resumen

A finales del siglo XIX se crearon modelos de aseguramiento en salud en Europa con el fin de cubrir de forma integral y universal a la población, reformas de modelos sanitarios en Suramérica a mediados del siglo XX y Colombia con la ley 100 de 1993 concebida con enfoque de mercado, regido por las leyes de oferta y demanda, bajo el modelo neoliberal, por el Consenso de Washington y la banca mundial. Estudios realizados detallan con preocupación que el rumbo del sistema de salud en Colombia ha sido distinto a lo planteado tanto en calidad, derechos humanos, dignidad humana, eficiencia, integralidad, cobertura, equidad y acceso, ocasionando una inadecuada atención; en cuanto a otros estudios, concluyen que el enfoque del sistema puede afectar la atención humanizada. Esta investigación pretendió conocer los efectos que genera el Sistema General Seguridad Social en Salud en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente de Bogotá D.C, a través de metodología cualitativa descriptiva-interpretativa, se aplicó entrevista semiestructurada a líderes de área y grupo focal a la asociación de usuarios. Se logró describir asociaciones causales, mayor información, entendimiento de fenómenos con énfasis en los significados, experiencias y la percepción de cada participante.

Palabras clave: Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, humanización en salud, atención humanizada.

Abstract

In the late 19th century of the model were created of insurance in health in Europe, in order to offer it of integral and universally to the population, reforms of sanitary models in South America in the middle of the 20th century and Colombia with the law 100 of 1993 conceived an approach of market, been ruled by the laws of offer and demand, under the neoliberal model for the Consensus of Washington and the world banking. Realized studies detail with worry that the course of the system of health in Colombia has been different from the raised so much in quality, rights human, dignity humanizes, efficiency, totality, coverage, equity and access, causing an inadequate care, as for other studies, conclude that the approach of the system can affect the humanized attention. This investigation tries to know the effects generates the General Social Security System in Health in the humanized care that offers the "Clínica del Occidente" from Bogotá D.C, across qualitative descriptive - interpretive methodology, it has been applied interview semi-structured to leaders of area and focal group to the users' association. It was possible to describe causal associations, major information, to understand phenomena giving emphasis to meanings, experiences and perception of every participant.

Key words: General system of National Health Service of Colombia, humanization in health, humanized attention.

Contenido

| | Pág. |
|--|-------------|
| Resumen | VII |
| Abstract | VIII |
| Lista de Figuras | XI |
| Lista de Gráficas | XII |
| Lista de Símbolos y Abreviaturas | XIII |
| Introducción | 1 |
| Objetivos | 5 |
| 1. Marco Teórico | 7 |
| 1.1 Aseguramiento en Salud..... | 7 |
| 1.1.1 Sistema Nacional de Salud en Colombia..... | 8 |
| 1.1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993..... | 9 |
| 1.1.3 Reformas del Sistema General de Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993 | 10 |
| 1.1.4 Problemáticas en el Sistema de Salud | 11 |
| 1.2 Salud un Derecho Humano..... | 12 |
| 1.3 Humanización | 13 |
| 1.3.1 Historia de la Humanización..... | 13 |
| 1.3.2 Humanización en Salud | 15 |
| 1.3.3 Atención Humanizada | 18 |
| 1.3.4 Humanización en Instituciones de Salud..... | 20 |
| 1.3.5 Deshumanización..... | 22 |
| 2. Metodología | 25 |
| 2.1 Tipo de Estudio..... | 25 |
| 2.2 Instrumentos..... | 25 |
| 2.3 Población estudio | 25 |
| 2.4 Criterios de inclusión | 26 |
| 2.5 Criterios de Exclusión | 26 |
| 2.6 Referente Contextual..... | 26 |
| 2.6.1 Clínica del Occidente | 26 |
| 2.6.2 Sistema de Gestión de Calidad Clínica del Occidente..... | 28 |
| 2.6.3 Indicadores de Impacto Cultura Visión de Servicio..... | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 3. Aspectos Éticos | 36 |
| 4. Sistematización de la Información..... | 37 |
| 4.1 Recolección de información..... | 38 |
| 4.2 Matriz de Categorías de Análisis | 38 |
| 4.3 Análisis de Resultado y Discusión | 48 |
| 5. Limitantes de la Investigación | 55 |
| 6. Reflexiones Finales | 56 |
| 7. Recomendaciones | 59 |
| A. Anexo: Consentimiento Informado Investigación | 61 |
| B. Anexo: Preguntas Entrevistas y Grupo Focal..... | 61 |
| C. Anexo: Matriz de Categorías de Análisis | 61 |
| Glosario de Términos | 63 |
| Bibliografía | 65 |

Lista de Figuras

| | Pág. |
|--|-------------|
| Figura 2-1: Fotografía y diseño proyecto de expansión Clínica del Occidente | 25 |

Lista de Gráficas

| | Pág. |
|---|------|
| Grafica 2-1: Satisfacción General Clínica del Occidente | 29 |
| Grafica 2-2: Deberes y Derechos | 29 |
| Grafica 2-3: Clima Organizacional | 29 |
| Grafica 2-4: Comparativo Clima Organizacional | 30 |
| Grafica 2-5: Felicitaciones | 30 |
| Grafica 2-6: Evaluación de Competencias | 31 |
| Grafica 2-7: Trazador Deberes y derechos | 31 |
| Grafica 2-8: Porcentaje cumplimiento Barreras de Seguridad | 32 |
| Grafica 2-9: Porcentaje de Cobertura – Plan Padrino | 32 |
| Grafica 2-10: Intervenciones (Manejo de duelo y apoyo psicológico) | 33 |

Lista de Símbolos y Abreviaturas

| Abreviatura | Término |
|-------------|---|
| EAPB | Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficio |
| EPS | Entidad Promotora de Salud |
| EPSC | Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo |
| EPSS | Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado |
| IPS | Instituciones prestadoras de salud |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PNHAH | Política Nacional de Humanización de la Atención |
| POS | Plan Obligatorio de Salud |
| SGCS | Sistema de la Garantía de la Calidad en Salud |
| SOAT | Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito |
| SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud |

Introducción

La presente investigación cuenta con siete capítulos, en el primer capítulo encontrarán dentro del marco teórico el aseguramiento en salud tomando como punto de partida el siglo XIX donde se creó un modelo de aseguramiento en salud propuesto por Bismarck, además encontrarán una descripción del Sistema Nacional de Salud en Colombia y la reforma actual el Sistema General de Seguridad Social en Salud regulada por la ley 100 de 1993 y las reformas actuales, si bien se tomó como base la ley 100 de 1993 ya que es la reforma estructural actual del sistema de salud colombiano, para la investigación se tuvo en cuenta las reformas que ha hoy ha sufrido el SGSSS pues el objeto de la investigación es describir los efectos que genera el sistema en la atención humanizada y de acuerdo a estudios realizados no han resuelto los problemas de fondo; la salud como un derecho humano y la humanización desde sus principios históricos, la humanización en salud y está desarrollada en la atención humanizada, como deben ser los hospitales humanizados y por último la deshumanización como brecha corta que en ocasiones no parte de una intencionalidad sino es consecuente.

En el segundo capítulo encontrarán la metodología aplicada en la presente investigación, el tipo de estudio, los instrumentos utilizados, la población a estudio, los criterios de inclusión y exclusión y el referente contextual partiendo de la descripción de la Clínica del Occidente de Bogotá, su historia, sus logros en la prestación de servicios de salud a nivel distrital, sus reconocimientos nacionales e internacionales, sus políticas internas y la política de humanización aplicada a través de la estrategia “Cultura con Visión de Servicio”, siendo la única institución que desde su planeación estratégica se interesa en brindar sus servicios con un enfoque de humanización, por lo anterior y por el conocimiento al interior de la institución desde mi experiencia laboral, se eligió esta institución como objeto de la presente investigación.

En el tercer capítulo encontrarán los aspectos éticos para la realización de la investigación, en el cuarto capítulo la sistematización de información, como se recolecto

la información, la matriz de categoría y el análisis de resultado y discusión, en el quinto capítulo las dificultades que se presentaron en la ejecución de la investigación, en el sexto capítulo las reflexiones finales y por último como séptimo capítulo las recomendaciones a tener en cuenta.

La presente investigación surge gracias a la experiencia de más de doce años como enfermero y dentro de esta, 10 años como especialista en auditoría de la calidad en salud, donde pude evidenciar situaciones en la parte asistencial como la prescripción de medicamentos fuera del pos en su momento realizada por especialistas con ciertas casa farmacéuticas que ofrecen incentivos educativos a nivel nacional o internacional, sin importar que los pacientes fueran de bajos recursos y que en ocasiones por necesidad de iniciar el tratamiento, debieran adquirirlos particularmente, el hacinamiento de pacientes en urgencias por una sobre demanda y una oferta deficiente, falta de medicamentos e insumos necesarios para la atención básica, barreras de acceso en la atención por ser del régimen subsidiado en instituciones que contratan EPS del régimen contributivo o que son exclusivas en la atención de medicina prepagada y pólizas de salud por el flujo de dinero, negación de servicios o remisión de pacientes por falta de autorización, entre muchas; y en cuanto a la parte administrativa como contrataciones con instituciones por tarifas y no por estándares de calidad a pesar de las quejas, infecciones nosocomiales o eventos adversos continuos, derechos de petición y tutelas para acceder a servicios que están bajo el concepto de integralidad sobre todo a pacientes de alto costo, desintegración de servicios con IPS por tarifas más bajas, contratación de servicios de salud con IPS cuyos socios eran colaboradores directivos a tarifas elevadas, recorrido de pacientes con enfermedad de alto costo en los cuatro extremos de la ciudad de Bogotá en cuanto a la toma de exámenes de laboratorios y resultados, toma de ayudas diagnósticas y resultados, seguimiento con IPS de primer nivel y continuidad en el manejo con otros profesionales para el manejo de la enfermedad de base, entre muchas situaciones. Se apoya, además, de los referentes teóricos que data del siglo XIX con la creación de modelos de aseguramiento en salud en Europa cubriendo de forma integral y universal a la población, reformas de modelos sanitarios en Suramérica a mediados del siglo XX y en Colombia con la ley 100 de 1993 concebida con enfoque de mercado, regido por las leyes de oferta y demanda, bajo el modelo neoliberal, por el Consenso de Washington y la banca mundial, además de múltiples estudios que detallan con preocupación el rumbo del Sistema de Salud en Colombia que

ha sido distinto a lo planteado tanto en calidad, derechos humanos, dignidad humana, eficiencia, integralidad, cobertura, equidad y acceso, ocasionando una alteración en la atención, y en otros estudios, concluyen que el enfoque del sistema puede presentar inferencia en brindar atención humanizada.

Por consiguiente, el objetivo de esta investigación pretendió describir los efectos que genera el Sistema de Salud en Colombia en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente de Bogotá, a través de metodología cualitativa descriptiva-interpretativa, a través de la observación de campo, aplicación de entrevista semiestructurada a líderes de área y grupo focal a la asociación de usuarios y colaboradores. Se logró describir asociaciones causales, mayor información, entendimiento de fenómenos con énfasis en los significados, experiencias y la percepción de cada participante. De este modo, la investigación se orienta a dar respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuáles son los efectos que genera el SGSSS de Colombia en la atención humanizada a los pacientes en la Clínica del Occidente?
- 2) ¿El SGSSS influye en deshumanizar la atención en salud en la Clínica del Occidente?
- 3) ¿Los problemas que presenta el SGSSS pueden llegar a influir en brindar una atención integral al paciente?

Se concluyó, hay factores extrínsecos que influyen como son los sociales, económicos, políticos, académicos, ambientales y como factores intrínsecos del personal de salud que son la cultura, los principios y valores, educación, ética y bioética. El SGSSS como factor político, influye en lo socio económico y ambiental generando efectos positivos como negativos en cuanto al personal de salud en que brinde atención humanizada y al paciente y familia.

Para la salud pública surte las siguientes reflexiones: para quienes se está legislando?, que necesidad realmente se antepone a la importancia del proceso salud-enfermedad del colectivo?, es necesario tener control de como se está brindando la atención en las instituciones prestadoras de salud y entidad promotora de salud?, será que nos estamos reconociendo como humanos y buscamos el beneficio común?, por consiguiente, contribuye a entender la relación entre la política pública en salud con la atención humanizada que brinda el personal asistencial-administrativo a los pacientes en instituciones de salud y entidades promotoras de salud, además la importancia en

generar, formular y reglamentar políticas públicas, como eje el ser humano, para lograr el alcance a las necesidades e intereses de un colectivo, por otro lado, de acuerdo a la búsqueda bibliográfica se evidencia pocas investigaciones sobre la temática en Bogotá y en el país, se puede interpretar el escaso interés, por lo tanto su importancia se dimensiona con los resultados de la presente investigación; para la Clínica del Occidente, ser participe por primera vez de investigación cualitativa y con la Universidad Nacional e ir formándose como referente nacional e internacional en humanización en salud; para la academia, priorizar la temática de humanización en las ciencias de la salud, incluyendo el conocimiento en pregrado y posgrado tanto administrativo y asistencial, a través de la inclusión de la temática en el pensum.

En la actualidad no se cuenta con la realización de investigación de una institución prestadora de salud en el distrito y a nivel nacional en cuanto a humanización en salud, además, no se conoce investigaciones que relacione la política sanitaria con la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente, lo cual aporta conocimiento y enriquece la práctica de las distintas ciencias de la salud, la participación activa de pacientes y familiares en el proceso salud-enfermedad y en las instituciones prestadoras de salud la relevancia en brindar atención humanizada; despertar el interés, incentivar la realización y fortalecer el área de investigación de humanización en salud con las diferentes metodologías investigativas, con los actores directos en salud en el distrito capital y nacional, con el fin de impactar en la formulación de tácticas, estrategias, políticas internas-externas y capacitaciones; fomentar el interés de la humanización como pilar indispensable para el desarrollo y formulación de políticas públicas, sistemas sociales y modelos de atención, reconociendo el ser humano como un ser holístico y esencial; generar inquietud en que la deshumanización en el SGSSS, se contemple como un problema de interés en salud pública; para la Clínica del Occidente, a partir de la socialización de los resultados dirigir estrategias a problemas estructurales, sentido de pertenencia en las problemáticas del SGSSS como actor primario, ser pioneros en la investigación de humanización en salud nacional e internacional y ser referente a través de alianzas con universidades o instituciones científicas en estudios de alto impacto y semilleros de conocimiento.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

- Describir los efectos que genera el Sistema General de Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993 en la atención humanizada de la Clínica del Occidente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que influyen en la atención humanizada de la Clínica del Occidente.
- Determinar las causas de los factores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que generan efectos en la atención humanizada de la Clínica del Occidente.

1. Marco Teórico

1.1 Aseguramiento en Salud

Es importante históricamente tomar como punto de referencia Alemania en el siglo XIX, donde se creó un modelo de aseguramiento en salud propuesto por Bismarck, a partir de las luchas obreras por el auge del industrialismo y en busca de mejores condiciones sociales, los afiliados a este sistema de aseguramiento en salud eran los trabajadores y sus familias formando el seguro social, su cubrimiento era enfermedades, accidentes, invalidez y vejez, financiado por el estado¹.

En el año de 1942, bajo la influencia Bismarkiana, Beveridge en Inglaterra crea un sistema de aseguramiento de acuerdo a los principios de integralidad y universalidad, ya que no solamente tenían derecho los trabajadores y su grupo familiar, sino que fue extendido sus beneficios a toda la población, visto este, como un derecho de toda la población a cargo del Estado¹. Terris en los años 80 caracterizó los sistemas sanitarios en el mundo de la siguiente manera: asistencia pública, generalmente sub financiados con fondos públicos, aseguramiento dirigidos a sectores específicos de la población como a trabajadores y financiados con los aportes de los empleados y/o sus empleadores, sistemas universales de salud que garantizan la cobertura total poblacional y de servicios, bajo el financiamiento del Estado.

La Organización Mundial de Salud (OMS 2000) define el sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población, la cual se resalta cuatro funciones esenciales: la forma de hacer provisión de servicios, lo que tiene relación con el financiamiento, referente a la rectoría-administración y lo relacionado con la inspección, vigilancia y control².

En el mundo se confrontan dos concepciones que a su vez son polares, en el primer polo, la salud como derecho humano y social a cargo del estado y en el segundo polo, la salud como servicio o bien de mercado regido por las leyes de oferta y demanda, esta

¹ INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (UNASUR), Sistemas de Salud en Suramérica desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad mayo 2012, pag 21-23

² García-Ubaque Juan C, García-Ubaque César A, Benítez C Luisa F, Reforma colombiana en salud propuesta de ajuste de aseguramiento y financiación, Rev. Salud Pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct 2012, Pag 2-5

concepción fue predominante por el Consenso de Washington y la banca mundial para las reformas en salud en 1990 en Suramérica, favoreciendo la privatización e incremento de las desigualdades¹.

1.1.1 Sistema Nacional de Salud en Colombia

Para entender la reforma en Salud de 1993, previamente en Colombia tenía implementado el Sistema Nacional de Salud creado a partir de 1975, subdividido en tres: el público, seguridad social y el privado. El de seguridad social, incluyó una mayor equidad, cada uno aporta desde su posibilidad y recibe de acuerdo a su necesidad, contó con un mejor plan de beneficios (enfermedad general, maternidad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sin mayores exclusiones), una mayor exigibilidad del derecho, presento algunos problemas, siendo estos las diferencias entre el sector público y el privado mientras en el primero coexistían pequeñas cajas de previsión, casi todas con problemas de sostenibilidad, en el segundo existía solo el Instituto de los Seguros Sociales (ISS) presento solidez financiera a pesar de la corrupción, con red prestacional reconocida con presencia en muchas partes del país; El gobierno no realizó su aporte al ISS y se a dueño administrativamente, generando alta corrupción y politiquería; el sistema presentó baja cobertura poblacional ya que solo se atendía al cotizante, cónyuge o pareja permanente por maternidad y a los hijos menores de un año o discapacitados; los afiliados y beneficiarios en su momento no contaban con herramientas para exigir una adecuada prestación de los servicios de salud².

Bajo esta óptica se generó un propósito central dentro de la reforma y fue extender a todos los ciudadanos la seguridad social (como modelo de aseguramiento el ISS), buscando corregir las fallas estructurales de cobertura y mejorar la equidad facilitando el acceso a la atención en salud, desarrollando mecanismos y estrategias para atender a la población de escasos recursos, mostrando en varios análisis las fallas que presentaba el Sistema Nacional de Salud, sin embargo, la justificación con mayor peso de plantear y ejecutar la reforma en salud de Colombia fue por los intereses económicos que esto conlleva^{3, 4}. Estos intereses conlleva a que la salud este vista desde lo económico, justificando el trabajo investigativo realizado de cómo influye un sistema de mercado con la prestación netamente humana del proceso salud-enfermedad, que vivimos en la actualidad.

¹ INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (UNASUR), Sistemas de Salud en Suramérica desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad mayo 2012, pag 21-23

² García-Ubaque Juan C, García-Ubaque César A, Benítez C Luisa F, Reforma colombiana en salud propuesta de ajuste de aseguramiento y financiación, Rev. Salud Pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct 2012, Pag 2-5

³ Gómez Arias Rubén Darío, Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia, Ponencia presentada en el seminario internacional "El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud", Facultad Nacional de Salud Pública 9 y 10 de marzo de 2005 Medellín, pag 5 y 6

⁴ Botero López Carlos A, Rendón Torres Lina B, Herrera Giraldo Alberth C, La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad?, Revista médica de Risaralda Vol 18 No 2 Diciembre de 2012, pag 1 y 2

1.1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993

Para el año de 1993 en Colombia se implementó la reforma en salud conocida como Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ley 100 de 1993 destacando la competencia regulada entre lo público y lo privado, entre el mercado y regulación; Fuentes principales de financiamiento, las cotizaciones de empleados y empleadores (régimen contributivo), recursos fiscales a través de los impuestos (régimen subsidiado); Creación de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ya sea públicas (EPSS) como privadas (EPSC) cuya función como aseguradoras y administradoras de salud, es el fortalecimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) ya sea públicas como privadas cuya función es encargarse de proveer los servicios de atención en salud a los usuarios, bajo un marco de prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) tanto como contributivo como subsidiado, inicialmente con diferencia en la prestación y beneficios entre los dos y restricciones, para el año 2011 se creó la ley 1438 que reforma al sistema en cuanto al Plan Obligatorio de Salud, igualando las prestaciones y beneficios tanto al régimen subsidiado como al régimen contributivo para la población afiliada; Crea el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuya función es encargarse de reconocer el pago a las EPS, de acuerdo al número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado^{5,6}.

Algunos autores en sus estudios manifiestan que la fundamentación de la reforma en salud en Colombia consistió en la búsqueda de mejores coberturas, acceso, calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad financiera del mismo sistema⁷; Otros en cambio refieren que la regulación se da por la macroeconomía a través de la estructura productiva y salarial, empleo, la concentración y distribución del ingreso, las tendencias económicas tanto del país como mundiales, al desarrollo social de la población, del modelo de industrialización, los recursos fiscales y la descentralización⁵.

El modelo de financiamiento mixto como se ve en el SGSSS, de acuerdo a la literatura, es el más difundido a nivel mundial, con frecuencia en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios, en cada país este modelo se ubica en alguna combinación de recursos para financiar la seguridad social; estos recursos en el caso de Colombia se obtienen de la siguiente manera, cotizaciones y aportes llegan a representar cerca del 70% del total, mientras más del 50% de los afiliados se encuentran en el régimen subsidiado, son numerosos los actores e instituciones que hacen parte en la planeación,

⁵ Agudelo Calderón Carlos A; Cardona Botero Jaime; Ortega Bolaños Jesús; Martínez Robledo Rocío Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas, Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.6 Rio de Janeiro June 2011, pag 3, 4

⁶ Merlano Porras Carlos Andrés, Gorbanev Louri, Sistema de Salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura, Rev Gerenc. Polit. Salud, Bogotá Colombia 12 (24) ene-jun de 2013, pag 76, 77

⁷ Molina G, Ramírez A., Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009, Rev Panam Salud Publica, 2013, pag 287 - 293

decisión, asignación de recursos y operación, como el Ministerio de la Protección Social, Superintendencia de Servicios de Salud, entidades territoriales y Secretarías de Salud, EPS, IPS, hospitales de diferente nivel, comunidades y asociaciones de usuarios⁵.

1.1.3 Reformas del Sistema General de Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993

Se han generado múltiples reformas para el SGSSS desde su implementación, con el fin de hacer ajustes a la reglamentación en salud como son:

- Decreto ley 2150 de 1995: Suprime y reforma regulaciones, procedimientos o trámites innecesarios, existentes en la Administración Pública.
- Ley 715 de 2001: Dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con la Constitución Política y otras disposiciones para organizar la prestación de salud.
- Ley 1066 de 2006: Dicta normas para la normalización de la cartera pública.
- Ley 1122 de enero 2007: Modifica el SGSSS, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios y reforma en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, fortalecimiento en los programas de Salud Pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control.
- Ley 1438 de enero 2011: Por medio del cual reforma el SGSSS, a través del fortalecimiento del modelo de Atención Primaria en Salud, planes decenales en Salud Pública, conformación de redes integradas, fortalece la rectoría del sistema y los procesos de acción intersectorial por la salud y la participación social, incluye unificar el POS para los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Con las múltiples reformas, aun así, conserva la esencia de enfoque de mercado y utilitarismo que lleva desde la creación de la ley 100 de 1993⁸, protegiendo la distribución

⁵ Agudelo Calderón Carlos A; Cardona Botero Jaime; Ortega Bolaños Jesús; Martínez Robledo Rocío Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas, Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.6 Rio de Janeiro June 2011, pag 3, 4

⁸ Franco Giraldo Álvaro, Referentes teóricos para el análisis de la reforma del Sistema de Salud Colombiano, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia) 11 (22) enero-junio de 2012, pag 30 – 35

que genera la máxima satisfacción al mayor número de personas a menor costo posible (costo-beneficio) y la identificación de prioridades según pérdidas y ganancias⁷.

1.1.4 Problemáticas en el Sistema de Salud

Para la investigación es importante entender las problemáticas que se han presentado en el desarrollo del SGSSS, como tal para relacionarlas con la acción directa de la atención a los pacientes, se encuentra diferentes posiciones frente a resultados, unos manifiestan resultados positivos en cobertura, acceso de la población a servicios, protección financiera y salarios, aun con la persistencia en problemas de equidad en la atención, que en comparación de sistemas de salud en países desarrollados lo presentan aun con cobertura del 100%, en provisión de servicios, mejoras en el acceso a los servicios de atención (consultas ambulatorias, atención de urgencias y hospitalizaciones), modelo de atención primaria centrado en el primer nivel con enfoque a la prevención primaria y promoción de la salud^{5, 6}, en cambio otros autores refieren que la problemática es a partir de la formulación, ya que se legisló para uno "dual", que termino siendo "trial", es decir EPS, IPS y casas farmaceutas, se estableció el régimen contributivo y subsidiado y no afiliados, el régimen subsidiado es descentralizado, el régimen contributivo con esquema centralizado, el modelo planteado excluyó a las personas para la atención e incluyo a las enfermedades, a los procedimientos y medicamentos, se formó de que las EPS impulsarían las acciones de promoción y prevención en cuanto al control de la enfermedad y herramienta de disminución de costos, pero optaron en incluirlas como paquete de servicios, generando ruptura y dispersión de casi la totalidad de programas de control, eliminación y erradicación de las enfermedades de interés en salud pública, se formuló bajo un mecanismo de mercado, en particular por vía de la pluralidad de oferentes y la competencia, como forma de regulación del sistema, lo cual no aplica en salud, ya que el consumo de servicios no resulta de interés cuando la persona no está enferma y cuando está enferma ya no tiene ni la opción^{2, 9, 10}.

En la literatura citada, destaca, que a pesar de ser conocidos los riesgos del aseguramiento no se han tomado las precauciones necesarias para enfrentarlos. El doctor Vélez Arango en su estudio "El derecho en la Salud" diferencia entre lo

² García-Ubaque Juan C, García-Ubaque César A, Benítez C Luisa F, Reforma colombiana en salud propuesta de ajuste de aseguramiento y financiación, Rev. Salud Pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct 2012, Pag 2-5

⁵ Agudelo Calderón Carlos A; Cardona Botero Jaime; Ortega Bolaños Jesús; Martínez Robledo Rocío Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas, Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.6 Rio de Janeiro June 2011, pag 3, 4

⁶ Merlano Porras Carlos Andrés, Gorbanev Lourí, Sistema de Salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura, Rev Gerenc. Polit. Salud, Bogotá Colombia 12 (24) ene-jun de 2013, pag 76, 77

⁷ Molina G, Ramírez A., Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009, Rev Panam Salud Publica, 2013, pag 287 - 293

⁹ Franco Giraldo Álvaro, La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, Rev. Salud pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct. 2012, Recibido 28 Enero 2012/Enviado para modificación 27 Junio 2012/Aceptado 30 Julio 2012, pag 2-7

¹⁰ <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/> (citado el 08 de noviembre 2015)

establecido sobre el SGSSS y lo percibido por los usuarios, donde los pacientes deben acudir a la instauración en derechos de petición y tutelas para lograr la efectiva protección del derecho a la salud, otras preocupaciones, es el desmonte de la red hospitalaria pública, construyendo IPS privadas, aumento en el número de afiliados al subsidiado, las EPS privadas han logrado ejercer una gran presión sobre las medidas gubernamentales con el apoyo del gobierno y la academia, el flujo voluminoso de recursos llamando la atención de diferentes organizaciones legales o ilegales que han logrado enriquecimiento y dominio territorial, en el régimen contributivo las EPS reciben los recursos y no se tiene claro el control de su aplicación, argumentando insuficiencia financiera, generando costosas y cuantiosas inversiones muchas sin corresponder al objeto social^{2, 6, 9}. Dentro de la sentencia T-760 se emite un concepto válido sobre las tutelas interpuestas: muchas de las tutelas demandan servicios o procedimientos a los que la población ya tiene derecho¹¹.

Dentro de las múltiples discusiones sobre el SGSSS colombiano, las problemáticas parten de una mirada simplista de la economía y de su aplicación en el campo de la salud, por un lado, se argumenta que el mercado funciona mejor que el Estado y que se debe evitar su intervención, por otro lado, se argumenta que la salud es un bien público o un derecho, y las necesidades de cada paciente deben ser provistos por el Estado, puede reflejar una falla en el mecanismo del mercado, pues las estrategias de contención de costos por las EPS muestran que los incentivos en el sistema actual llevan a las EPS a maximizar sus ingresos en el corto plazo¹², publicaciones socioeconómicas muestran que las reformas al SGSSS no han resuelto los principales problemas⁶.

1.2 Salud un Derecho Humano

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia fue creado en desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado, como máxima ley, representa un conjunto de reglas que establece la forma en que debemos comportarnos, de respetar los derechos, busca racionalizar y humanizar el sistema normativo en general y en particular el SGSSS, con el fin de hacer cumplir para la sociedad los principios y valores como la dignidad humana, la equidad, la autonomía, la beneficencia, la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, la

² García-Ubaque Juan C, García-Ubaque César A, Benítez C Luisa F, Reforma colombiana en salud propuesta de ajuste de aseguramiento y financiación, Rev. Salud Pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct 2012, Pag 2-5

⁶ Merlano Porras Carlos Andrés, Gorbanev Lourí, Sistema de Salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura, Rev Gerenc. Polit. Salud, Bogotá Colombia 12 (24) ene-jun de 2013, pag 76, 77

⁹ Franco Giraldo Álvaro, La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, Rev. Salud pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct. 2012, Recibido 28 Enero 2012/Enviado para modificación 27 Junio 2012/Aceptado 30 Julio 2012, pag 2-7

¹¹ DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2009) La tutela y el derecho a la salud periodo 2006-2008 Bogotá

¹² Molina García Mario, Chicaíza Becerra Liliana Alejandra, Salud, Estado y mercado: el sistema colombiano actual visto desde la economía, Rev. Col. Anest. Noviembre 2010 - enero 2011. Vol. 38 - No. 4, pag 440 y 441

cooperación, la confianza; ha de señalarse que los estados tienen la obligación de promover y proteger los derechos humanos con base a los tratados de derechos humanos universales tratándose de normas que han pasado a ser consideradas jurídicamente vinculantes, resaltando la no discriminación en el disfrute de los derechos humanos, el derecho a la seguridad social y el derecho a la salud¹³.

El derecho a la salud es entendido como un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana, denominados "determinantes básicos de la salud", son los siguientes: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud e igualdad de género, con unas obligaciones del estado y de otras partes como: obligación de respetar, la obligación de proteger y la obligación de realizar¹⁴, todo ciudadano tiene derecho a la salud, pero no todos la alcanzan en el mismo grado, más que la técnica y los medios son desiguales¹⁵.

Los siguientes aspectos son de gran importancia en lograr que el derecho a la salud sea efectivo y se realice de manera integral y humana: Vocación actitudes y aptitudes, formación integral con el desarrollo de cualidades, sociedad sometidas a cambios, preparación del personal de la salud y prestigiar su profesión y ejercicio profesional espíritu de servicio, sentido profesional y gran respeto al enfermo¹⁵.

Si bien el SGSSS gravita alrededor de la enfermedad en lugar de hacerlo en torno a la salud, se olvida necesariamente del hombre, margina al enfermo, concluyendo que el sistema de salud no tiene como objetivo la salud, que la definición de salud es relativa, la sociedad es quien decide que es para ella, que clase de salud quiere tener, cuál es su concepción de la vida, como quiere ser tratada por el sistema de salud, con que prioridades y con qué gastos¹⁵.

1.3 Humanización

1.3.1 Historia de la Humanización

Antes de enunciar referentes sobre humanización y atención humanizada en salud, se cita en el presente documento una corta revisión histórica y filosófica del humanismo, Jakob Burkhardt contempla en el humanismo "el hombre se convirtió en un individuo

¹³ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2012), Folleto informativo N° 30/Rev.1, Derechos Humanos oficina del alto comisionado, El sistema de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra pag 4-9

¹⁴ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2012), OMS Folleto informativo N° 30/Rev.1, OMS Derecho de la Salud, oficina del alto comisionado para los derechos humanos, pag 3-10

¹⁵ Redrado J L, Gurina J Gol, Marchesi P, Bolech P, Brusco A, Humanización en Salud, editorial San Pablo Selare, 1ra edición 2003, pag 15-29

espiritual y se reconoció como tal haciéndose creador de su propia vida"¹⁶. En la época renacentista el humanismo fue un tema central, corresponde a cada grupo o individuo el saber más completo según su arte, su estilo o su conciencia; en el ilustrísimo su objetivo era la emancipación y elevar al género humano estrictamente humano, en el saber, educar, formar para la vida ética, política¹⁷. En el siglo XIX se conceptualizó el humanismo en Alemania y termina de construirse en Italia¹⁶, se enfocó en el ser humano integralmente con valores, con necesidades, libre de implicaciones religiosas y como epicentro de la vida. Según el Breve diccionario etimológico de Joan Corominas, "Es tomada del latín humanus 'relativo al hombre, humano (del lat. humus 'tierra' y sólo desde más lejos con homo 'hombre')".

La palabra es originaria entre los siglos III y VI, añadiendo el sufijo latín -izare, aunque es muy probable que el término humanizar parta del siglo XV, en pleno apogeo humanista¹⁸. Kant en la formulación del principio categórico evoca como "principio de humanidad" dice así: "Obra como si la máxima de tu acción debiera convertirse, por tu voluntad, en ley universal de la naturaleza"¹⁹. La filóloga M^a Pilar Martínez Barca en su estudio "Humanizar la Dignidad de Ser Hombre", en 1998, refiere algunas características y concreciones del significado de humanizar: "Alude tanto a la encarnación del Dios hecho hombre como a una mayor cercanía, afabilidad y ternura para con nuestros semejantes". Humanizar es la acción de hacer humano, familiar y afable a alguien o algo, es decir humanizar la relación, la gestión, la institución, los espacios, los tiempos, puede referirse al ser humano, relativo a la especie humana, tener un carácter humano, un defecto humano, connota otros conceptos como solidario, caritativo, digno, cercano, afectuoso²⁰. Humanarse presenta esa doble perspectiva religiosa y plenamente humana, la Real Academia Española lo relacionado con respeto, compasión, cercanía y ternura, se ajusta a la condición humana, responde a la dignidad de la persona²¹.

Javier Gafo refiere que es un problema biótico, más prevalentes que otros, humanizar proceso complejo, pues comprende todas las dimensiones de la persona y va desde la política hasta cultura, la organización sanitaria y social, formación profesional.

¹⁶ Burke, Italia: Surgimiento e Innovación. El renacimiento, Barcelona: SARPE 1993, pag 27.

¹⁷ Choza J, Heidegger y el Humanismo del siglo XXI. En F. d. Amigo, Humanismo para el siglo XXI. Propuesta para el congreso internacional, España Universidad de Deusto, 2003, pag 174-175

¹⁸ Lapesa R, "Historia de la lengua española", pag 63, 64 y 69

¹⁹ Bermejo José C, ¿Derecho a la humanización?, Centro de Humanización en Salud, pag 27-29

²⁰ Posse Pablo, QUE ES HUMANIZAR ¿Claves para la humanización de la atención a personas mayores. Centro de Humanización en Salud Tres Cantos (Madrid) 08 de abril 2013, Diapositiva 4

²¹ Bermejo José C, Humanizar la Gestión de la Calidad, Sal Terrae Santander Centro de Humanización de la Salud 2013, pag 17-19 y 30-45

1.3.2 Humanización en Salud

Para el trabajo de investigación tomaremos la humanización entendida como un proceso de actualización con el hombre que sufre, en una sociedad cada vez más mecanizada y tecnificada como la nuestra a este vínculo de trabajador de la salud y enfermo, hay que amar mucho a los enfermos para ser capaces de servirles con respeto, dignidad y veneración que merece su condición de personas humanas¹⁵, en relación a salud, hace referencia a promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca a nivel físico (Somos nuestro cuerpo), Intelectual: Ser racional, Psico-afectiva: Impregna los demás emotivamente, emocional, social (está en relación con otras persona), cultural y espiritual¹⁹.

Ni la salud, ni la enfermedad no solamente son un hecho biológico-orgánico, son indicadores de equilibrio, elementos psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales, autores como Von Weiszacker (Alemania), P Tumier (Francia), P Lain Entalgo (España), S Spirisanti (Italia). Detrás de un enfermo está la presencia de un sujeto humano²².

Dentro de la antropología médica, se destaca la persona-relación, persona-unicidad, persona-integralidad, persona-proyecto biográfica o dinámica siendo convergente con la humanización, refiriendo de esta forma que la humanización en salud es devolver la salud, el equilibrio interior a los agentes sanitarios como personas, ayudarlos a afrontar los conflictos, salir de un reduccionismo organicista sea diagnóstica o terapéutica, pasar del enfermo-objeto al enfermo-sujeto, al enfermo-persona, saber hacer prevención y promoción de la salud devolviendo la capacidad comunicativa y relacional permitiendo salir del individualismo²³.

En el campo cognoscitivo de enfermería, la humanización tiene proporciones relacionadas con el cuidado, la gestión, las políticas públicas y la calidad²⁴, es hablar de relación porque el ser humano es un ser social, es decir, de relaciones interpersonales que se establecen, al interior de una institución de salud entre el paciente, familia y personal de la salud, administrativo, directivo y dirigentes²⁵. De acuerdo al autor J Ruiz Jiménez hay tres áreas para incidir la humanización en la atención en salud: la perspectiva jurídica, la humanización de las infraestructuras y de las estructuras

¹⁵ Redrado J L, Gurina J Gol, Marchesi P, Bolech P, Brusco A, Humanización en Salud, editorial San Pablo Selare, 1ra edición 2003, pag 15-29

¹⁹ Bermejo José C, ¿Derecho a la humanización?, Centro de Humanización en Salud, pag 27-29

²² Brusco Ángelo, Humanización de la Asistencia al Enfermo, Sal Terrae Santander Centro de Humanización de la Salud, 1999 pag 17-18

²³ Magliozzi Pietro HUMANIZAR PARA UNA NUEVA SALUD Y SANACION HOY, Programa de estudios humanísticos Universidad Católica de Chile, Revista de estudios Medico Humanísticos Volumen 12 No 12, pag 2, 4

²⁴ De Moraes Chernicharo Isis, Da Silva de Freitas Fernanda Duarte, de Assunção Ferreira Márcia, Humanización en la Atención de Enfermería: contribuciones al debate sobre la Política Nacional de Humanización, Rev. Bras. enferm. vol.66 no.4 Brasilia July/Aug, 2013, pag 3-13

²⁵ Hoyos Hernández P, Cardona Ramírez M, Correa Sánchez D, Humanizar los contextos de salud, Cuestión de liderazgo, Revista Investigación y Educación en Enfermería Vol XXVI, num 2 septiembre, 2008, pag 218-225

materiales y técnicas y el aspecto ético de las conductas recíprocas en las relaciones entre los enfermos, el personal de salud y cuantos cooperan a la protección de la salud²⁶.

Hablar de humanización en salud es entender la vulnerabilidad de los enfermos y abordar integralmente al ser humano en las dimensiones biológico, psicológico y conductual^{27, 28, 29, 30}, debilitando sus necesidades en sus aspectos físico, mental, emocional, social, cultural y espiritual³¹. Si se pretende realizar un plan de humanización será más humano cuanto más este a la medida del hombre en lo planificado, ejecutado y evaluado²⁵.

En la actualidad la humanización en salud es un movimiento integrador relacional, buscando una mejor atención y ambiente, una estructura social de la práctica holística, con la intervención técnica y cuidados fisiológicos humano en cuanto a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación³². Autores que describen la humanización desde el ambiente hospitalario, como acciones, medidas y comportamientos que garantizan la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano o usuario, con acciones dirigidas a la seguridad y privacidad, que contribuyen a humanizar el ambiente físico, promover al usuario una percepción de ambiente con efectos tranquilizadores y terapéuticos³³.

Otros autores refieren que se debe humanizar el trato, lo cual se consigue cuanto más cuidado y atento sea el trato entre dos personas. Otros ámbitos: cultural, económico, social y asistencial, hace referencia al hombre en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad, ambiente favorable, a nivel físico, emocional, social y espiritual, siendo dimensiones holísticas.

De acuerdo a los trabajos citados, estos aportan, en gran medida, a resolver la pregunta de investigación, ya que al hablar de humanización, puede afectar las estructuras en las

²⁵ Hoyos Hernández P, Cardona Ramírez M, Correa Sánchez D, Humanizar los contextos de salud, Cuestión de liderazgo, Revista Investigación y Educación en Enfermería Vol XXVI, num 2 septiembre, 2008, pag 218-225

²⁶ Bermejo Higuera José C, Humanizar los Cuidados en la Relación con el Enfermo de Alzheimer, Artículo publicado en: Revista Humanizar, 2007, pag 2-8

²⁷ Ruiz Jiménez J., "El ciudadano ante la humanización de la asistencia", en: "Jornadas sobre humanización...", pag 133

²⁸ Franco ZR. Desarrollo Humano y de Valores en la Salud. Manizales Universidad de Caldas, 2003, 268 pag 2

²⁹ Gil MI. Bioética: Una Propuesta de Humanización y Actitud Frente a la Vida. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2001, pag 3-9

³⁰ Brusco A, Redrado J, Gal J, Marchesi P, La Humanización en el Mundo de la Salud. Humanización en salud, Bogotá Selare, 2003, pag 93-119

³¹ Heluy C, Efigênia T, Cabañero R. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. Index Enferm [Internet] 2004 [acceso el 15 de noviembre de 2005]; 13 (44): 18-20, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es&nrm=

³² Lima Carina Camilo, Martinez Guzman Soemis, Craice De Benedetto Maria Auxiliadora, Claramonte Gallian Dante Marcello, Humanidades y Humanización en Salud: la literatura como elemento humanizador para alumnos de graduación del área de la salud, Interface (Botucatu) vol.18 no.48 Botucatu 2014, pag 2 – 5

³³ Guimarães Mongiovil Vita, de Cássia Cordeiro Rita, Dos Anjos Bastos Leite, Holanda Soares Suellem Beatriz, Lago Falcão Tânia Maria, Reflexiones conceptuales sobre la humanización de la salud: la óptica de los enfermeros de Unidades de Cuidados Intensivos; Rev. bras. enferm. vol.67 no.2 Brasília Mar/Apr 2014, pag 2, 3

que se tomen grandes decisiones, a la gestión de las políticas sociales y de salud. Dentro de la práctica se alcanza a través de estructuras facilitadoras del trabajo en equipo, deliberación ética, de la ecología, de justicia, de la equidad y accesibilidad, de capacitación de los profesionales y de conciencia y responsabilidad social en el cuidado colectivo, comprende una visión integral de la persona, orientadas en proporcionar una calidad global, integral centrada en la persona, es decir calidad técnica, calidad estructural, calidad ética y calidad profesional, comulgando con la concepción holística, concebida como si fuera un conjunto²¹, además, hay que entenderla como un proceso dinámico e interactivo considerando tres dimensiones: La persona del enfermo y su entorno, los trabajadores y agentes de la salud y los aspectos organizativos y estructurales¹⁵. Estudios en Colombia manifiestan que en salud influyen factores políticos, económicos, sociales y educativos, con relación entre sí y llevan a entornos más o menos humanizados; En lo político, la Ley 100 de 1993, ha desencadenado efectos como incumplimiento de los propósitos para los cuales fue orientada con relación a la calidad, eficiencia, equidad y acceso para todos. La ley afecta la humanización en salud del personal como ejemplo, atender una gran cantidad de personas en corto tiempo³⁴, las características socio-económicas que influyen en la humanización en salud por la concepción de los servicios en salud como mercancía y la inadecuada remuneración y/o sobrecarga laboral del personal de salud, afectando los niveles de autoestima, motivación, expectativas de superación personal y competitividad³⁵.

En el aspecto educativo relacionados con la humanización hacen referencia sobre la formación académica del personal de salud, enfocada más en los aspectos técnico y tecnológico, más reduccionista, privilegiando al órgano enfermo³⁶.

Para humanizar la salud es importante actuar a nivel de leyes sanitarias, equidad e igualdad en el acceso en salud, arquitectura y ambiente sanitario, cultura social, personal de salud, condiciones laborales y socioeconómicas, academia, compromiso, comportamiento y relación entre usuario - personal de salud – familia - administrativos – directivos - dirigentes, es decir la humanización en salud representa un desafío sociocultural, relacional, educativo, ético (conceptual-conductual) y político, lo cual se tiende a la fragmentación de acciones y resultados. Estudios sobre la atención

¹⁵ Redrado J L, Gurina J Gol, Marchesi P, Bolech P, Brusco A, Humanización en Salud, editorial San Pablo Selare, 1ra edición 2003, pag 15-29

²¹ Bermejo José C, Humanizar la Gestión de la Calidad, Sal Terrae Santander Centro de Humanización de la Salud 2013, pag 17-19 y 30-45

³⁴ Rodríguez C. Calidad de atención en salud y ley 100 de seguridad social. En: Escobar J, compilador. Bioética y Justicia Sanitaria. Bogotá: Ediciones del Bosque; 1999, pag 147-182

³⁵ De Bello S Cedrés, Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios, pag 1, 2

³⁶ Nizama M. Humanicemos el hospital. Bogotá, Disponible en: http://209.85.165.104/search?q=cache:328myxdza n4J:www.scielo.org.pe/scielo.php%3Fpid%3DS16091732002000100007%26script%3Dsci_arttext+Nizama+M.+Humanismo+o+m%C3%A9dico&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co6 Redrado JL, Humanismo médico. Rev Soc Peru Med Interna [Internet]. 2002 [acceso 15 de marzo de 2005]; 15, Cencapas; 1988 pag. 47-79

humanizada en salud determinan factores influyentes, algunos de estos, se concluye, que los sistemas sanitarios son una cuestión de alta importancia en la humanización en salud, y de acuerdo al enfoque y concepción de las políticas sanitarias puede llegar a afectar la misma³⁷.

1.3.3 Atención Humanizada

Uno de los mayores exponentes sobre el tema y referente teórico de la investigación por sus trabajos y estudios, aporta tanto en la conceptualización y aplicación de la humanización en salud, es el Dr. José Carlos Bermejo, el cual manifiesta que para humanizar se debe extraer lo más genuino y natural que tiene el ser humano o con tomar conciencia de sí, para poder ser para los demás, teniendo en cuenta la importancia entre las relaciones con los usuarios y profesionales, con sus competencias en cuidar y proteger el derecho, a mantener el control sobre la propia vida y a actuar con libertad, estimulando la autonomía personal. Humanizar la atención tiene que ver con la integración en la comunidad, con la globalidad, con el disfrute de las interacciones sociales favoreciendo una vida personal gratificante y libremente elegida, con la organización adaptada a los servicios y programas de mejora funcional y el bienestar del residente y del trabajador, con el ambiente, los espacios, el clima y calidez en el trato, con las intervenciones, con la competencia y colaboración, con ser algo parecido a una gran familia, con el derecho a que la persona mayor participe en su comunidad³⁸.

Una frase muy representativa de la atención humanizada es la del Dr. Ángel Brusco, quien manifiesta “El fundamento más profundo de la salud es el amor, si nuestro amor es grande donde será el fruto que del obtenga”, además conceptualiza las siguientes características como “caras de la humanización”²²:

1. En la relación entre el personal y paciente/familia.
2. En las condiciones inhumanas en que el personal está obligado a trabajar.
3. En el modo de comportarse del paciente/familia.
4. En la tecnología médica, puede empobrecer las relaciones interpersonales.
5. En la infraestructura.
6. Asistencia a paciente terminal o crónico, con escasa consideración y falta de respuesta apropiadas.

²² Brusco Ángel, Humanización de la Asistencia al Enfermo, Sal Terrae Santander Centro de Humanización de la Salud, 1999 pag 17-18

³⁷ Roldán I. Medicina humanizada. Bogotá: Selare; 1991, pag 11-87

³⁸ Bermejo Higuera José C; Carabias Maza Rosa, Villacieros Durbán Marta, Moreno Lorite Carmen, Humanización de la Atención Sanitaria, Importancia y Significado en una Muestra de Población de la Comunidad de Madrid, Ética de los Cuidados, 2011 jul-dic, pag 1-7, Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n8/et7673.php>> Consultado el 5 de Marzo de 2012

7. Administración sanitaria, lenta a causa de la burocracia e intereses políticos y utilitaristas.
8. Investigaciones no siempre respetan al paciente.
9. La gestión guiada por criterios reductivos.

Estudios como “Humanización de la Atención Sanitaria, Importancia y Significado en una Muestra de Población de la Comunidad de Madrid” realizado por José Carlos Bermejo Higuera y su grupo de investigadores, concluye sobre la importancia, estado y factores que intervienen en la humanización, asociados a otros constructos como empatía, ética, profesionalidad, atributos no cognitivos del profesional, relación con la elección de la especialidad clínica o su contribución a la ergología; categoriza la humanización de la atención en salud en profesional, relación que se establece e institución/social, como conclusión y una de las justificaciones de la presente investigación, un sistema sanitario humanizado es cuestión de alta importancia para la atención humanizada junto con el tratamiento holístico. En otro estudio, determina el ambiente, como factor que influye en la atención humanizada, atribuye a generar un territorio de bienestar, comodidad, intimidad y el respeto al ser humano; el olor y el sonido agradable, respeto a la privacidad y la individualidad³⁵.

En Latinoamérica, países como Brasil en el año 2003, creó, el Ministerio de Salud, la Política Nacional de Humanización de la atención (PNHAH) y gestión en el Sistema de Salud Pública (PNH), también llamado “Humanización” con cuatro acontecimientos como antecedentes históricos: la reforma psiquiátrica, la reforma de la Salud, 8ª y 11ª Conferencia Nacional sobre la salud y la promulgación de la Constitución Federal de 1988^{24, 33, 39}. La PNHAH tiene como objetivo generar cambios en el modelo de atención en salud en el eje de las instituciones, gestión del trabajo, financiación, atención, formación continua, información y comunicación, y la gestión de la política, como propuesta de la PNHAH la formación de grupos de trabajo de humanización con un diseño que tiene el potencial de contribuir al análisis de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, así como las condiciones laborales, modelos de atención en salud y gestión con la participación de los usuarios^{24, 39, 40}.

²⁴ De Moraes Chernicharo Isis, Da Silva de Freitas Fernanda Duarte, de Assunção Ferreira Márcia, Humanización en la Atención de Enfermería: contribuciones al debate sobre la Política Nacional de Humanización, Rev. Bras. enferm. vol.66 no.4 Brasilia July/Aug, 2013, pag 3-13

³³ Guimarães Mongiovil Vita, de Cássia Cordeiro Rita, Dos Anjos Bastos Leite, Holanda Soares Suellem Beatriz, Lago Falcão Tânia Maria, Reflexiones conceptuales sobre la humanización de la salud: la óptica de los enfermeros de Unidades de Cuidados Intensivos; Rev. bras. enferm. vol.67 no.2 Brasília Mar/Apr 2014, pag 2, 3

³⁵ De Bello S Cedrés, Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios, pag 1, 2

³⁹ Bermejo Higuera José Carlos, Durbán Marta Villaceros, El Compromiso de la Humanización en las Instituciones Socio sanitarias, Fundación Caser para la dependencia, pag 3-12

⁴⁰ Da Silva Alcantara Luciana, Weguelin Vieira Joao Marcos, Serviço Social e Humanizaçã o na Saúde: limites e possibilidades, Textos y contextos (Porto Alegre), vol 12, No 2, jul/dez 2013, pag 334-348

Estudios en Brasil resaltan como el cuidado humanizado que brinda los profesionales de enfermería, es influenciado de la siguiente manera: un cuidado insuficiente, déficit de recursos humanos, hacinamiento de los clientes, la falta de responsabilidad por parte del usuario, menos incentivos a la cualificación profesional y condiciones laborales deficientes⁴¹; Otros trabajos destacan elementos que conforman las representaciones de profesionales de enfermería y usuarios sobre la humanización de la atención organizados en torno a tres categorías: relación profesional/usuario, calidad de los servicios y expresiones de humanización; los recursos humanos, materiales y la institución y atención como un elemento inherente a la humanización de la asistencia, el cual concluye que el contenido de las representaciones sociales como (comunicación y diálogo, la empatía, relación profesional/usuario) con respecto, en cuestiones de gestión (infraestructura, recursos materiales y humanos), lo que provoca que el factor humano en las relaciones interpersonales un importante indicador de calidad de la humanización²⁴.

En Europa, específicamente en España en el año de 1984 se generó el “Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria”, activado por el Instituto Nacional de la Salud. El director de INSALUD el Sr. D. Francesc Raventos Torras en su momento señaló "Podemos decir que un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona, pensado y concebido en función del hombre. Para que garantice la salud como concepción de estado completo debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, corrija las desigualdades sanitarias, elimine las discriminaciones de cualquier tipo, dé participación al ciudadano y garantice la salud", destaco en que la humanización tiene que ver con la gestión, la concepción del sistema de salud, del funcionamiento de las estructuras sanitarias, la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, concepción que aporta a la investigación⁴².

1.3.4 Humanización en Instituciones de Salud

En Colombia para el año de 1982 se forma el Movimiento Nacional de Humanización en Salud en la ciudad de Bogotá por iniciativa de los Religiosos Camilos, al crear el Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud con presencia de instituciones y profesionales de la salud. Los religiosos Camillianum es una congregación que ha trabajado en humanización en salud en sus centros de pastoral en salud y humanización,

²⁴ De Moraes Chernicharo Isis, Da Silva de Freitas Fernanda Duarte, de Assunção Ferreira Márcia, Humanización en la Atención de Enfermería: contribuciones al debate sobre la Política Nacional de Humanización, Rev. Bras. enferm. vol.66 no.4 Brasilia July/Aug, 2013, pag 3-13

⁴¹ De Oliveira López Barros Sámara Dalliana, De Queiroz Johny Carlos, de Melo Raimunda María, Cuidando Y Humanizando: Obstáculos Que Dificultan esta Práctica, Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010, pag 598-603

⁴² Rosatti Duval Melissa, De Lima Olivera Silene, Medicina psicosomática y la política de humanización del SUS: desagrado en la contemporaneidad, O Mundo da Saúde, São Paulo, 2010, pag 451-456

conforme a los valores del evangelio⁴³. En uno de sus trabajos del centro de humanización en salud, es entender cómo debería ser un hospital humanizado, el cual debe estar abierto y confiar en trabajo en equipo, formación permanente y procura un ambiente familiar, la asistencia al enfermo no solo es a base de medicamentos y encuentros superficiales, la asistencia como derecho cada vez más humana, personal, compresiva, se realiza con seres humanos, sufren física, moral y espiritualmente. Presenta las siguientes características¹⁵.

1. Abierto y transparente, puede aportar y sugerir
2. Presenta un esquema operativo muy cerrado nítido
3. Trabajo en equipo
4. Formación permanente de todos sus trabajadores.
5. Recibir atención oportuna y adecuada
6. Enfermos percibidos como personas, respetados y atendidos en todas sus dimensiones
7. Ambiente de respeto y amistad
8. Relaciones del personal con el paciente, caracterizado por el espíritu de igualdad, fraternidad y solidaridad.
9. Se percibe un clima de familia, donde se cultiva los valores humanos y cristianos.

Como norma y con el objeto de fortalecer los procesos internos tanto administrativos como asistenciales tanto de las IPS, EPS-C y EPS-S, EAPB, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud bajo las características de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad, en el año 2006 a través del decreto 1011 se crea el Sistema de Garantía de la Calidad en Salud. Se compone del sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, sistema único de acreditación y sistema de información para la calidad; el sistema único de acreditación cuenta con cuatro ejes: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología, enfoque de riesgo. En materia de humanización de la atención, los estándares de acreditación son una guía valiosa, con suficiente especificidad, tanto en las exigencias sobre derechos y deberes para los pacientes, el respeto de la privacidad y la dignidad de la persona, el consentimiento informado, la información al usuario y su familia, entre otros⁴⁴.

¹⁵ Redrado J L, Gurina J Gol, Marchesi P, Bolech P, Brusco A, Humanización en Salud, editorial San Pablo Selare, 1ra edición 2003, pag 15-29

⁴³ RAVENTOS TORRAS F., "La Organización Sanitaria al Servicio del Ciudadano", en: "Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD", Madrid INSALUD, 1985, pag 12

⁴⁴ Bermejo Higuera José Carlos, El Centro de Humanización de la Salud, Promotor de una Cultura de la Salud Tres Cantos, 3 de octubre de 2003, pag 1-4

Como elementos importantes para humanizar las instituciones de salud hacia la dignidad humana se requiere: la formación del personal de la salud y organización de los servicios, informar al enfermo sobre su enfermedad y tratamiento específico, velar para que el enfermo pueda prepararse psicológicamente a la muerte, todo esto recae en los ámbitos para valorar los niveles de humanización como son: político-económico, justicia, estructuras, recursos humanos, ético-cultural, competencias profesionales⁴⁵.

1.3.5 Deshumanización

Pasar de la humanización en la atención en salud, a deshumanizar la atención es una brecha corta que en ocasión no parte de una intencionalidad sino es consecuente a la fragmentación. La deshumanización bajo la óptica de la antropología, es un problema de identidad del hombre de hoy, se pasa de la deshumanización a la humanización cuando se ayuda al hombre a encontrar la integración²³.

Es una cuestión universal y que refiere no sólo al ámbito de la intervención social, sino a la complejidad de realidades que afectan a la vida humana⁴⁶. Como causas de deshumanización se podría decir que está la tecnología, el complejo mundo sanitario, la subespecialización, las condiciones laborales de los profesionales de salud, los criterios mercantilistas, la negación del sufrimiento, entre otros^{16, 45}. Otros factores que podrían influir son, la tendencia a percibir el individuo como un objeto, presencia de una relación de tipo funcional, marginación por algunas categorías de pacientes, instrumentalización y explotación del personal, recursos económicos deficientes y mal manejo, prioridad al aspecto técnico y administrativo y tecnológico¹⁵. El Dr. Carlos Édgar Rodríguez de ICONTEC, en su momento, mencionó que los siguientes factores pueden provocar deshumanización en salud: “Las propias instituciones de salud contribuyen desde su estructura y sus procesos por la pérdida de contacto entre los seres humanos, ya sea por las edificaciones o por carencia de comodidad y otras de estructuras hostiles con poca sensibilidad a las necesidades de los usuarios; además, las instituciones provocan signos de deshumanización hacia sus propios colaboradores, por condiciones de trabajo poco dignas, vulnerando sus derechos o limitando sus posibilidades de desarrollo, siendo de esta forma no solo un problema de relación entre seres humanos, es un problema sistémico; también lo es el sistema de salud, modelos de relación laboral entre profesionales de la salud y las instituciones, turnos prolongados, mayor asignación de pacientes en el mismo tiempo de atención, inestabilidad laboral generando alta rotación

¹⁵ Redrado J L, Gurina J Gol, Marchesi P, Bolech P, Brusco A, Humanización en Salud, editorial San Pablo Selare, 1ra edición 2003, pag 15-29

¹⁶ Burke, Italia: Surgimiento e Innovacion. El renacimiento, Barcelona: SARPE 1993, pag 27

²³ Magliozzi Pietro HUMANIZAR PARA UNA NUEVA SALUD Y SANACION HOY, Programa de estudios humanísticos Universidad Católica de Chile, Revista de estudios Medico Humanísticos Volumen 12 No 12, pag 2, 4

⁴⁵ ICONTEC, Rodríguez Carlos Edgar cerorodriguez@icontec.org, Humanización de la Atención en Salud y Acreditación, pag 1-6

⁴⁶ <http://www.acreditacionensalud.org.co>. (citado el 05/04/16)

de personal perdiendo el paciente el seguimiento, menosprecio de la medicina general y tendencia a la especialización y subespecialización, tiempos de espera prolongados e insatisfacción, la existencia de múltiples planes de beneficios y la exclusión de acuerdo al nivel socioeconómico y de cobertura del sistema, en algunos casos el exceso de papeleo y la necesidad de diligenciar multitud de formatos por razones administrativas, termina fragmentando la atención y afectan la calidad de la relación entre el paciente y el profesional de la salud”⁴⁵.

El Dr. José Carlos Bermejo habla que la deshumanización se piensa en “despersonalización”, esta conlleva a la pérdida de atributos humanos dando paso a la frialdad en las interacciones, el descuido de la dimensión emotiva y de valores, el sentimiento de impotencia, también acarrea falta de autonomía en el enfermo y sus familiares, la sensación de ser objeto pasivo en el sistema por la escasa participación en los procesos cotidianos, la frecuente negación de la participación familiar, la instrumentalización y explotación del personal, la prioridad dada al aspecto administrativo, la burocratización exagerada; también por la situación socio-política y/o corrupción, el sistema de intervención parcializada y protegido de las empresas prestadoras de servicios, o la sub especialización, fragmentado por elementos fortuitos propio del trabajo que genera a los profesionales (*burnout*), elementos humanizadores tecnológicos y acaban siendo deshumanizadores³⁹.

Un cuidado deshumanizado al trato por parte del personal de salud, se da por la falta de coordinación entre los profesionales y los servicios, las deficiencias en la información, la falta de confidencialidad y el continuo cambio de los profesionales⁴⁷.

Los cambios en la relación laboral personal de salud - instituciones, estabilidad laboral con alta rotación de personal y despersonalización con el usuario, turnos prolongados, concepción de la medicina general y tendencia a la especialización y subespecialización, creación de planes de beneficios con exclusión socioeconómico y cobertura del sistema, barreras administrativas con exceso en tramitología y papeleo⁴⁵.

A nivel organizacional, los factores influyen de manera negativa en la humanización en salud como son inestabilidad laboral, políticas contractuales, fragmentación del ser humano, recorte de personal, aumento en el volumen de pacientes. Líderes conceptualizan la humanización a partir de una triada entre el paciente, el trabajador y la

³⁹ Bermejo Higuera José Carlos, Durbán Marta Villaceros, El Compromiso de la Humanización en las Instituciones Socio sanitarias, Fundación Caser para la dependencia, pag 3-12

⁴⁵ ICONTEC, Rodríguez Carlos Edgar cerorodriguez@icontec.org, Humanización de la Atención en Salud y Acreditación, pag 1-6

⁴⁷ Bermejo Higuera José Carlos, Humanizar la Intervención Social, Implicaciones en la Persona, publicado en Revista Humanizar, 2010, pag 1-4

estructura organizacional de la institución, lo que coincide con la posición de Herranz⁴⁸, y Santos⁴⁹, conectando las relaciones de la organización²⁶ (médico-paciente, paciente-médico, personal –paciente – directivas).

En conclusión, la creación del SGSSS ley 100 de 1993 bajo un modelo económico neoliberal que para la práctica en salud, ha generado ciertos desafíos, se ha detallado con preocupación que el rumbo ha sido distinto a lo planteado en cuestión de calidad, derechos irrenunciables, dignidad humana, eficiencia, integralidad, cobertura, equidad y acceso. El sistema de salud ha generado atención en gran cantidad de usuarios en tiempo cortos, mayor asignación de pacientes, tiempos de espera prolongados, ocasionando una atención “deshumanizada” afectando la ética y de calidad de la prestación de los servicios de salud⁵⁰.

²⁶ Bermejo Higuera José C, Humanizar los Cuidados en la Relación con el Enfermo de Alzheimer, Artículo publicado en: Revista Humanizar, 2007, pag 2-8

⁴⁸ Herranz G. El hospital como organismo ético, Pers Bioet, 1998, pag 43-67

⁴⁹ Santos AM. Humanización de la Atención Sanitaria: Retos y Perspectivas. Cuad Bioét [Internet], 2005, 14(50), Disponible

⁵⁰ Escudero, R. B, Humanismo y Tecnología en los Cuidados de Enfermería desde la Perspectiva Docente. Enfermería Clínica, 2003, pag 164-170

2. Metodología

Para el presente trabajo de investigación se consideró como válidos y se pusieron en práctica la siguiente metodología como conjunto de procedimientos racionales utilizados para alcanzar los objetivos propuestos.

2.1 Tipo de Estudio

Estudio cualitativo descriptivo-interpretativo muestra por conveniencia con el fin de lograr describir asociaciones causales, entendimiento de fenómenos con énfasis en los significados, experiencias y la percepción de cada participante.

2.2 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la investigación fueron: la observación de campo, su fortaleza es recoger información directa y con auténtica validez en relación a la dinámica de atención a pacientes y familiares en la Clínica del Occidente, se formuló una serie de 25 preguntas, organizadas por temas, para aplicarlas en entrevista semiestructurada cuya ventaja es intentar que los entrevistados hablen libre y abiertamente, permite ver hasta dónde llega el conocimiento, permite evaluar mejor lo que piensa el entrevistado, puede producir respuestas no esperadas y permite profundidad en la temática y el grupo focal brinda un espacio de opinión grupal, se obtienen respuesta a fondo asociadas a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias, percepciones y experiencias, se genera discusión, libertad en opinión y se obtiene información rápida y a profundidad.

2.3 Población estudio

Coordinadores y jefes de área de la Clínica, asistencial como administrativo, multidisciplinario, con nivel de posgrado como especialización, magister y doctorado y miembros de la asociación de usuarios y colaboradores de la Clínica del Occidente.

2.4 Criterios de inclusión

- Coordinadores y jefes de área de la Clínica del Occidente tanto asistencial como administrativa, que en el momento de aplicar los instrumentos estuvieran laborando, con relación laboral mínima de seis meses en la clínica y con experiencia mayor a 5 años en el sector salud, que hayan ejercido diferentes cargos tanto asistencial o administrativo.
- Miembros de la asociación de usuarios de la Clínica del Occidente.

2.5 Criterios de Exclusión

- Coordinadores y jefes de área de la Clínica del Occidente tanto asistencial como administrativa, que en el momento de aplicar los instrumentos no estuvieran vinculados laboralmente en la Clínica, con permanencia menor a seis meses de relación laboral en la clínica y con experiencia menor a 5 años en el sector salud.
- Nuevos miembros menores a 6 meses en la asociación de usuarios de la Clínica.

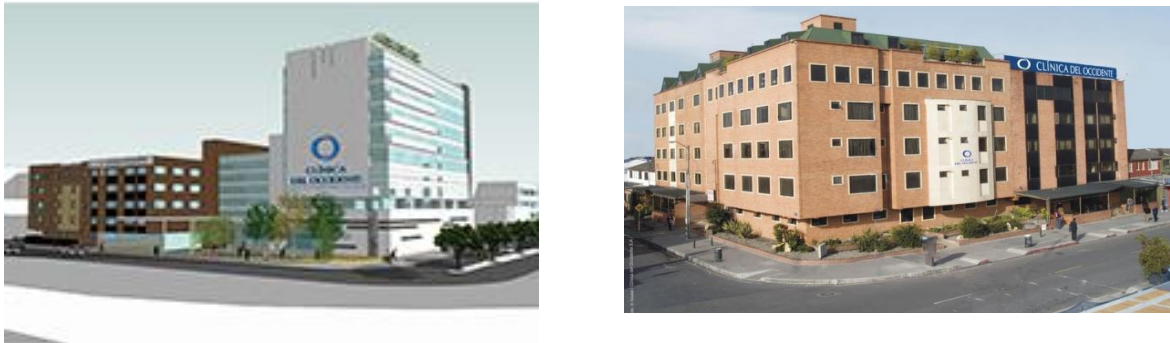
2.6 Referente Contextual

2.6.1 Clínica del Occidente⁵¹

La Clínica del Occidente está ubicada en el occidente de la ciudad de Bogotá en la dirección Avenida de Las Américas N° 71 C – 29, es una institución privada que empezó a brindar servicios de salud a la comunidad a partir del 2 de septiembre de 1982, con la misión de ofrecer servicios de salud con calidad y calidez, con enfoque de mejoramiento continuo en la atención a los pacientes y en el profesionalismo de los servicios. Se ha posicionado como una Institución líder en la prestación del servicio de la salud y un referente en atención a pacientes de mediana y alta complejidad, gracias a la infraestructura, el recurso tecnológico y el talento humano. Ha sido reconocida por la prestigiosa publicación América Economía Intelligence como una de las mejores instituciones de Latinoamérica en prácticas y resultados hospitalarios. Cuenta con más de 1.000 colaboradores y es una de las 32 instituciones con Acreditación en Salud del ICONTEC, entre 46.106 del país.

⁵¹ <http://www.clinicadeloccidente.com/quienes-somos/>, (citado el 10/09/16)

Figura 2-1: Fotografía y diseño proyecto de expansión Clínica del Occidente



Fuente: www.clinicadeloccidente.com

Su misión es ser la empresa líder en la prestación de servicios de salud, reconocida a nivel nacional e internacional, en permanente crecimiento tecnológico y científico, con altos estándares de calidad y seguridad, con procesos innovadores, con un equipo humano competente y comprometido, que satisface las necesidades del usuario y su familia, con responsabilidad social, garantizando rentabilidad y permanencia en el tiempo. Su visión es ser en 2020 la institución en salud reconocida en Latinoamérica por la alta complejidad, con un modelo de atención de excelencia, que garantiza un servicio humanizado y seguro.

Los siguientes son acontecimientos importantes de la clínica del occidente, lo cuales, se encuentran en su página web:

- 1982: apertura de servicios de salud a la comunidad que habita primordialmente la localidad de Kennedy en la ciudad de Bogotá.
- 1992: apertura de la clínica del occidente, con su enfoque de calidad y mejoramiento continuo.
- 2004: Otorgamiento de la certificación ISO 9001 versión 2000 en Abril de 2004.
- 2007: certificación del sistema de gestión de calidad acreditado por el Ministerio de Protección social a través de Icontec.
- 2010: Alianza con el Jackson Memorial Hospital de Miami, una de las instituciones líderes en trauma de Estados Unidos. La organización de los congresos Internacionales de Trauma.
- 2011: Premio de seguridad del paciente otorgado por la Secretaría Distrital de Salud.
- 2012: La Clínica del Occidente es reconocida por su seguridad y dignidad del paciente, capital humano, capacidad, gestión del conocimiento, eficiencia y

prestigio, en el ranking de las mejores en Latinoamérica ocupando el puesto No 35.

- 2015: La Clínica del Occidente en Bogotá ocupó el puesto número 21 entre más de 200 IPS que participaron en el ranking de hospitales y clínicas de AL, realizado anualmente por la revista América Economía.
- 2015: creación de una unidad de oncología integral, que entrará en funcionamiento a principios del 2016 y ofrecerá todos los servicios y elementos que se requieren para la atención de los pacientes con enfermedad oncológica.

2.6.2 Sistema de Gestión de Calidad Clínica del Occidente⁵²

La Clínica del Occidente está orientada a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes internos, usuarios y aseguradoras, dispone de un Sistema de Gestión de Calidad acreditado por el Ministerio de la Protección Social. La Clínica del Occidente fue la tercera Institución en Bogotá y la undécima a nivel nacional en recibir este valioso certificado. El reconocimiento más reciente que recibió la Clínica, fue la renovación de su certificado de Acreditación con el sello ISQUA, lo que le permite a la Organización, la atención de pacientes internacionales y nos lleva a ser una Institución de talla mundial. El trabajo permanente por la excelencia en el servicio, le permite a la Clínica la renovación de su tercer ciclo de acreditación, obtenido el pasado 6 de mayo de 2011, además está certificada como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI), lo que significa que es una Entidad comprometida con el cumplimiento de los 10 pasos hacia la promoción y fomento de la lactancia materna. A través de acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia natural en la Clínica, se han realizado procesos de apoyo y acompañamiento tanto a la materna como al infante en entornos amigables y dispuestos para su privacidad. Esta certificación visibiliza el importante trabajo de la Entidad y cada uno de sus colaboradores, quienes desde su campo de acción aportan al desarrollo humano y a la consecución de las metas del milenio en materia de salud y nutrición.

La Clínica del Occidente cuenta con las siguientes políticas para la atención de los pacientes⁵³:

Política de seguridad del paciente: Garantiza la prestación de los servicios de salud, centrados en la seguridad y confidencialidad en el proceso de atención, tiene alcance al paciente, a la familia y colaborador, por un equipo de salud, ético, competente y comprometido, que define e implementa estrategias, programas y mejores prácticas para

⁵² <http://www.clinicadeloccidente.com/sistema-de-gestion-de-calidad/> (citado el 10/09/16)

⁵³ <http://www.clinicadeloccidente.com/politicas-institucionales/>, (citado el 10/09/16)

el fortalecimiento de una cultura de seguridad. Estos se soportan en las evidencias científicas y aprendizaje organizacional, bajo un ambiente seguro y un entorno de confianza entre los pacientes, sus familias, los profesionales, aseguradores y la comunidad. Se fundamenta en: programas de educación continuada, seguimiento a eventos adversos, 'tecno-farma-hemovigilancia', gestión ambiental, vigilancia epidemiológica, control de infecciones y salud pública.

Política de Sostenibilidad empresarial: En cumplimiento de la sostenibilidad social empresarial, tiene un compromiso de responsabilidad social con todas las partes interesadas, garantizando la transparencia en sus acciones y el bienestar por los colaboradores, la comunidad, los pacientes y sus familias, los aseguradores, los proveedores, los accionistas, las autoridades, dentro del marco de la normatividad vigente. Para ello se incorpora voluntariamente al contexto mundial generando los informes de sostenibilidad acorde con los indicadores GRI y los planes de mejoramiento.

Política de calidad: Los servicios son ofrecidos pensando siempre en satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familiares, con oportunidad, calidez e información clara y completa. Proporcionamos atención médica, basada en la racionalidad técnico-científica, la integralidad y la continuidad, con suficiencia, optimización de los recursos y realizando mejora continua.

Política ambiental: Es el compromiso de la dirección con los valores y políticas de preservación del medio ambiente. Reconoce su responsabilidad con la protección del medio ambiente, la salud y seguridad de nuestros colaboradores, pacientes y comunidad en general. Para ello, busca continuamente implementar medidas tendientes a prevenir la contaminación y agotamiento de los recursos naturales, así como a minimizar el impacto de sus actividades y procesos. Para tal fin desarrolla e implementa programas que permitan controlar y mitigar el impacto ambiental, todo dentro de un marco de cumplimiento de la normatividad ambiental vigente.

Política de seguridad y salud en el trabajo: Se compromete a implementar, mantener, evaluar y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, centrando esfuerzos en mitigar y disminuir los riesgos laborales que puedan afectar la integridad física o emocional de los trabajadores, contratistas, y partes interesadas.

Política de humanización: La Organización promueve la cultura de servicio en beneficio del paciente, la familia y los colaboradores, con un trato digno, respetuoso, entregando una información oportuna, mayor de la esperada, ejecutando tratamientos efectivos para el paciente, disminuyendo la sensación desagradable que provoca la enfermedad, generando mayor calidad de vida, soportados en el compromiso y el mejoramiento continuo del talento humano.

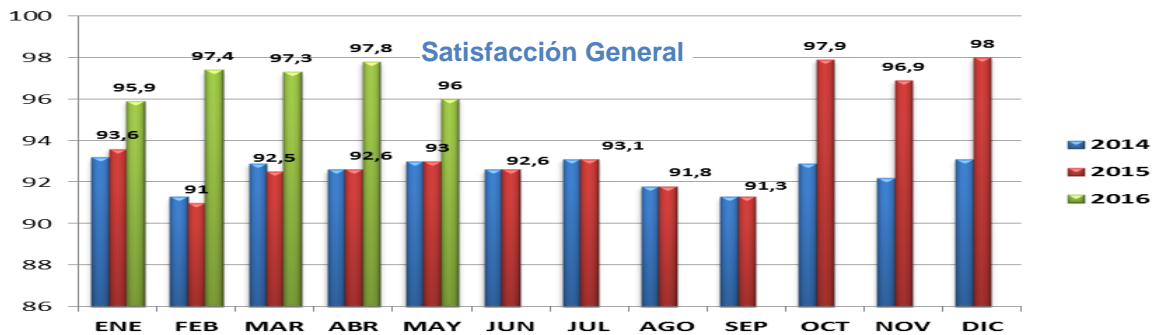
El objetivo de la política está fundamentado en 7 claves de la humanización que corresponden a las siguientes: Seguridad del paciente, manejo del dolor, calidez, comunicación asertiva, educación, fidelización y mejoramiento continuo.

Desde la planeación estratégica de la Clínica del Occidente está concebido un proyecto estratégico denominado “Clínica con Visión de Servicio” donde se ve enmarcado los componentes de la política y objetivos de humanización institucional, el cual se alinea y se estandariza a través de: 1) Procesos y procedimientos como acompañamiento espiritual, celebración de cumpleaños a pacientes, educación y detección de las necesidades por medio de rondas de servicio, intervenciones ante agresiones, plan padrino donde todo colaborador apadrina los pacientes de una habitación específica con el fin de visitarlo, escucharlo, saludarlo, estar pendiente de lo que necesite, reglamento institucional de las SQRF (sugerencias, quejas, reclamos y felicitaciones); 2) Identificación de necesidades y expectativas a través de grupo focal y entrevistas; 3) Capacitación continuada como seminario de humanización, módulos virtuales para los colaboradores, realización del primer congreso de Humanización “Las Claves de la Humanización” en Bogotá, olimpiadas de la calidad de los servicios con el fin de fortalecer los conocimientos del sistema general de la calidad en salud, inducción/re inducción, código de ética y buen gobierno y 4) Educación a través Programa Atención Nutrición (ANI) diariamente la nutricionista visita a los pacientes haciendo seguimiento y brindando una educación personalizada con apoyo a la familia; 5) Reconocimiento a través de encuentro de reconocimiento, encuentro de reflexión e intervención de la queja personalizada con programas de educación; 6) Competencia para la excelencia libretas de calificaciones externas a través de la satisfacción del usuario e interna el cual consiste en realizar medición de las campañas realizadas y medir el impacto de las campañas no sé, contestación telefónica, saludar es saludable, innovación, presentación personal y calidez y 7) Comunicación asertiva, premio IVES (concurso de ideas innovadoras) y divulgación de derechos y deberes. Por consiguiente, se eligió esta institución como objeto de la presente investigación.

2.6.3 Indicadores de Impacto Cultura Visión de Servicio

A continuación se presentan a través de graficas los indicadores de Cultura Visión de Servicio de la Clínica del Occidente, cuyo fin es de medir el impacto de efectividad de la estrategia de humanización en salud. La información es recolectada a través de encuestas realizadas por la dirección de relaciones públicas y atención al usuario, las cuales se aplicaron por servicio abarcando el 100% de los colaboradores administrativos y asistenciales, la Clínica cuenta con un aproximado de 1200 colaboradores. El resultado de estos indicadores permitió tomar decisiones a nivel gerencial cuando se evidenciaba desviación.

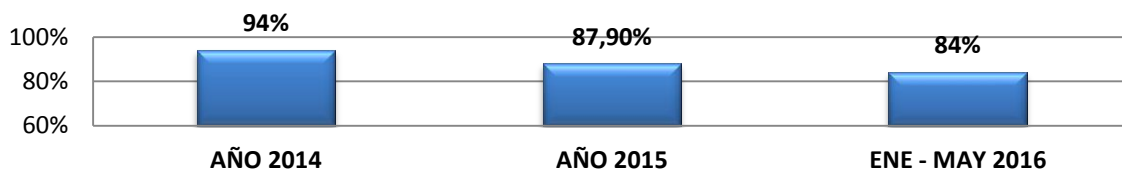
Grafica 2-1: Satisfacción General Clínica del Occidente



Fuente: La Encuesta de satisfacción de la Clínica del Occidente aplicada a 270 usuarios por mes, año 2014-2015 y primer semestre 2016

La grafica representa el impacto positivo de la estrategia realizada por la Clínica la cual es percibida por el usuario con un incremento del porcentaje de satisfacción del 4% en el primer semestre 2016 a comparación del primer semestre 2015.

Grafica 2.2 Deberes y Derechos
Deberes y Derechos



Fuente: La Encuesta de satisfacción de la Clínica del Occidente aplicada a 270 usuarios por mes, año 2014-2015 y primer semestre 2016

La grafica representa el conocimiento que manifiesta el usuario con respecto a sus derechos y deberes, se ve afectado el porcentaje entre el 2014 al primer semestre 2016, debido al desconocimiento y al interés que pone el paciente y su familia frente a este tema.

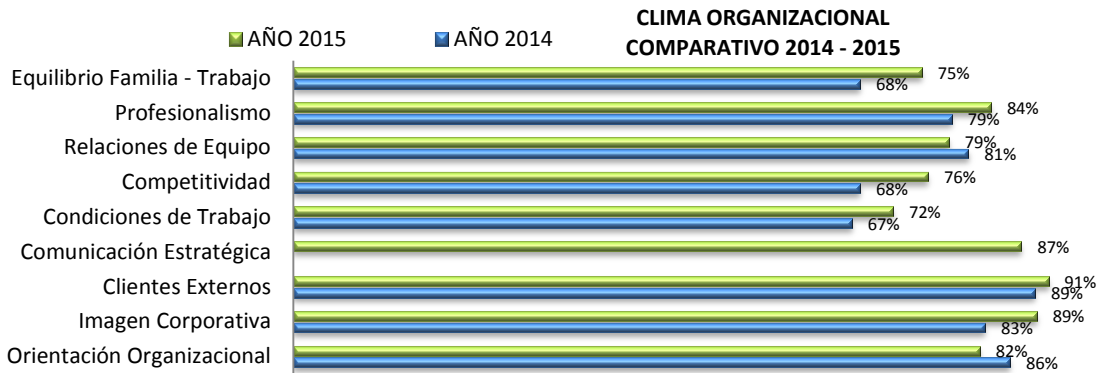
Grafica 2.3 Clima Organizacional



Fuente: La Encuesta Clima Organizacional de la Clínica del Occidente aplicado a colaboradores de planta, aproximadamente 700, año 2010 al 2015

La grafica representa una tendencia en aumento de la percepción del colaborador al interior de la institución, cuya meta se estableció del 75%, presentándose por encima de la meta desde el año 2014.

Grafica 2.4 Clima Organizacional Comparativo



Fuente: La Encuesta Clima Organizacional de la Clínica del Occidente aplicado a colaboradores de planta, aproximadamente 700, año 2014 y 2015

La grafica representa el comparativo entre el año 2014 y el 2015 teniendo en cuenta los factores desagregados de la medición del clima organizacional, se puede evidenciar una disminución en el año 2015 a comparación del año 2014 en la relación de equipo y orientación organizacional, debido a los microconflictos y jerarquización de profesiones, en los demás ítems se puede evidenciar un incremento en el año 2015 a comparación del año 2014.

Grafica 2.5 Felicitaciones

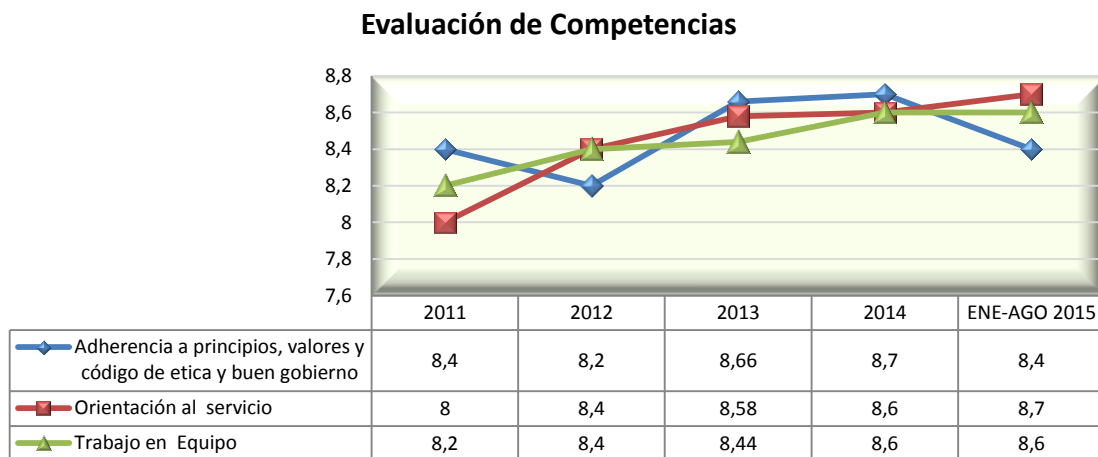


Fuente: Numero de felicitaciones recibidas por usuarios de la Clínica del Occidente por mes, total año 2014, 2015 y primer semestre 2016

La grafica representa el impacto de las estrategias reflejadas en el usuario, el cual realiza el reconocimiento de manera escrita a los colaboradores de la institución, se evidencia en

comparación del primer trimestre 2016 a los trimestres del 2015 y 2014, un aumento de felicitaciones en la atención percibida por el paciente.

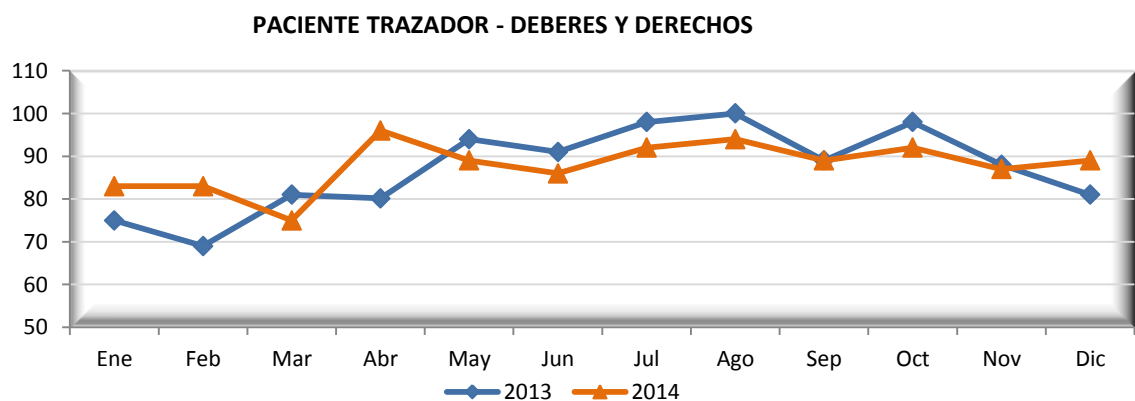
Grafica 2.6 Evaluación de Competencias



Fuente: La Evaluación de desempeño de la Clínica del Occidente, aplicada por los jefes y coordinadores de área al personal a cargo, año 2011 al 2014 y primer semestre 2015

La grafica representa un comparativo entre los años 2011 al segundo trimestre 2015, evidenciándose una tendencia al incremento en los ítem de orientación al servicio y trabajo en equipo, viéndose fortalecido por las estrategias dirigidas hacia el colaborador y una disminución entre el año 2014 a 2015 en adherencia a principios, valores y código de ética y buen gobierno, debido a un desinterés frente al tema.

Grafica 2.7 Trazador Deberes y derechos

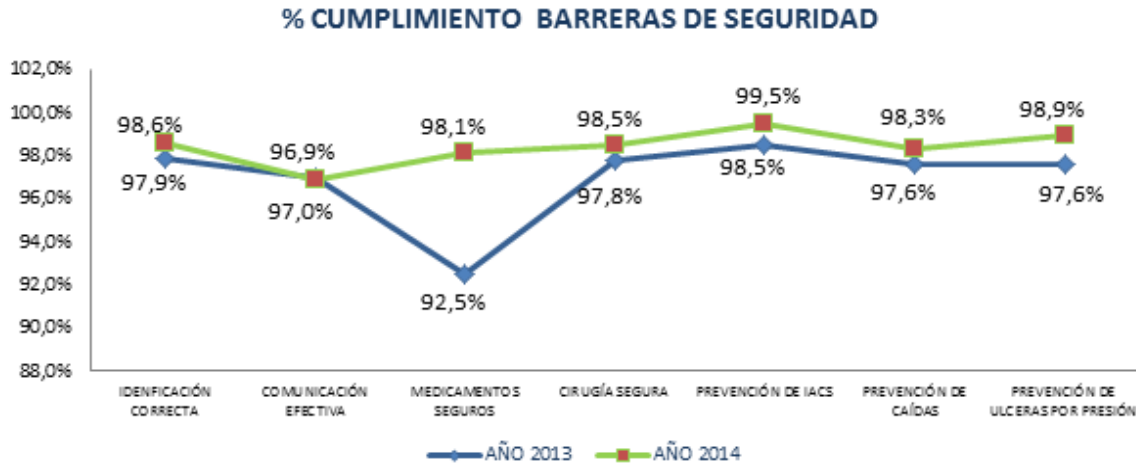


Fuente: La Encuesta de Paciente Trazador de la Clínica del Occidente aplicado a dos usuarios por servicio mes, años 2013 y 2014

La presente grafica representa la adherencia de derechos y deberes en la evaluación de todo el ciclo de atención recibido por el usuario que hace parte de la metodología del paciente trazador, se evidencia una mayor recordación del paciente en cuanto a sus derechos y deberes, ya que durante el proceso de atención del paciente y su familia es

acompañado por una orientadora de servicio, quien educa de manera personalizada sobre la temática.

Grafica 2.8 Porcentaje cumplimiento Barreras de Seguridad

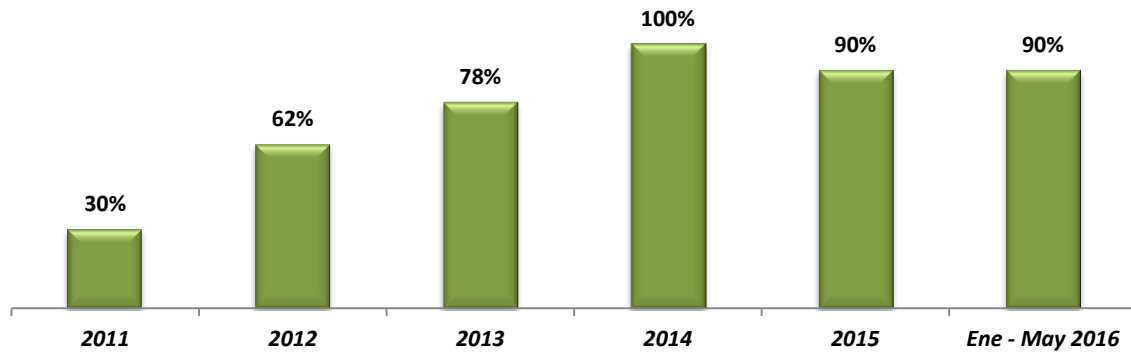


Fuente: La Encuesta de Paciente Trazador y Auditoria de Historia Clínica Programa PAS de la Clínica del Occidente, comparativo entre los años 2013 y 2014

La grafica representa un incremento significativo del porcentaje de cumplimiento de barrera de seguridad en el año 2014 a comparación del año 2013, ya que dentro de la institución cuenta con un Programa de Atención Segura (PAS), quienes se encargan de socializar la estrategia.

Grafica 2.9 Porcentaje de Cobertura – Plan Padrino

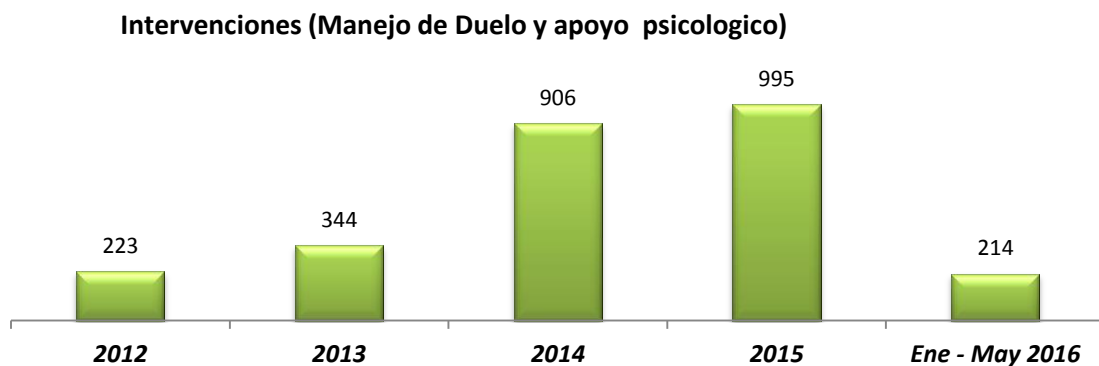
% de Cobertura - PLAN PADRINO



Fuente: Cobertura Programa Plan Padrino de la Clínica del Occidente, año 2011 al 2015 y primer semestre 2016

La grafica representa la cobertura de padrino por habitación, se evidencia un incremento del 2011 al 2014 de un 60%, con una tendencia a incrementar en el año 2016, evidenciándose un incremento en la participación y mayor interés por parte del colaborador frente a la estrategia.

Grafica 2.10 Intervenciones (Manejo de duelo y apoyo psicológico)



Fuente: Número de Intervenciones Psicológicas realizada por mes de la Clínica del Occidente, años 2012 al 2015 y primer semestre 2016.

La presente grafica representa el total de intervenciones realizadas por psicología en manejo de duelo y apoyo psicológico, se evidencia un incremento importante entre el año 2012 al 2015 de aproximadamente 257 intervenciones por año, además, se evidencia a comparación del año 2015, una disminución en el 2016, ya que el personal no era exclusivo a la estrategia.

3.Aspectos Éticos

En la Clínica del Occidente de Bogotá, el día 08 de agosto de 2014 se presentó la propuesta de investigación “Efectos que Genera el Sistema General de Seguridad Social en Salud ley 100 de 1993, en la atención humanizada que brinda la Clínica del Occidente”, al Comité de Ética e Investigación, la cual fue aprobado en la misma sesión, se empezó a llevar a cabo a mediados del 2015 con previo consentimiento de la Clínica del Occidente. Para la aplicación de la prueba piloto, de entrevistas semiestructuradas y la realización del grupo focal, se aplicó el consentimiento informado a cada uno de los participantes, con el fin de garantizar el anonimato, el derecho a la intimidad y a la propia imagen, además, se explicó que la participación era voluntaria e iban a ser grabados, en el caso de las entrevistas semiestructuradas y filmados para el grupo focal, con el fin de realizar el análisis de la información recolectada y que esta sería utilizada para lograr los objetivos propuestos en la presente investigación. Cabe resaltar que la información brindada por los líderes, colaboradores y miembros de la asociación de usuarios de la Clínica, fue de carácter confidencial y privado y solo para el uso exclusivo de la investigación. Se explicó a cada uno de los participantes que no había retribución económica o de otra manera, que no se pretendía generar algún daño físico, psicológico, emocional, ni laboral por la participación de los miembros de la asociación de usuarios y colaboradores de la Clínica del Occidente; la retribución consistió para fines constructivos hacia la investigación, institución y académicos, a partir del conocimiento y percepción de cada de los participantes.

4. Sistematización de la Información

La sistematización de la información se elaboró en la presente investigación de la siguiente manera:

- Observación de campo en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa.
- Entrevista semiestructurada prueba piloto a líderes de área de la Clínica del Occidente, Jefatura de Calidad, Asesor de Calidad y Coordinadora de Servicio al Cliente.
- Entrevista semiestructurada a líderes de área de la Clínica del Occidente, líder de humanización, coordinadora del departamento de enfermería, jefatura médica y auditor concurrente, coordinadora de servicio al cliente y jefatura de ventas y mercadeo.
- Grupo focal conformado por representantes de usuarios y colaboradores de la clínica que fueron comunicadora organizacional y orientadora de servicio al cliente.

La investigación se empezó a desarrollar con el consentimiento de la Clínica del Occidente a mediados del 2015, se generó un cronograma donde se programó visitas de observación, aproximadamente de media hora de duración en distintos días, a los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa de la Clínica del Occidente; se seleccionaron líderes de los procesos transversales y misionales, se programó con ellos la aplicación de las entrevistas. Se logró realizar en total ocho entrevistas semiestructuradas, tres de estas corresponden a prueba piloto, para el cual se explicó la metodología. En el mes de julio de 2015 se socializó los avances en el Comité de Ética e Investigación, en su momento se realizó las preguntas a realizar en las entrevistas semiestructuradas como prueba piloto a tres líderes de la Clínica del Occidente.

El día 02 de junio de 2016 se socializó los avances de la investigación a la asociación de usuarios, se expuso los objetivos de la investigación, se programó la actividad del grupo

focal, se socializó el consentimiento informado. Se realizó un grupo focal, con la participación de colaboradores dos colaboradores de la Clínica del Occidente y dos representantes de la asociación de usuarios de la Clínica.

4.1 Recolección de información

La recolección de la información del presente trabajo se procesó de acuerdo a los siguientes instrumentos para la recolección y sistematización de la información:

- Observación de campo construida por el investigador.
- Preguntas para las entrevistas y grupo focal construida por el investigador, validadas por la directora de tesis y con el personal de la Clínica del Occidente.
- Matriz de Categorías de análisis orientada y validada por directora de tesis.

Se diligenció el consentimiento informado por cada uno de los participantes aceptando la metodología programada en la investigación, se procedió a grabar las entrevistas y se realizó filmación de la realización del grupo focal, luego se transcribió cada una de las entrevistas (narrativa) conservando la idea primaria de la participación, generando unos indicios interpretativos y se organizó la información en la Matriz de Categorías de Análisis.

4.2 Matriz de Categorías de Análisis

Para diferenciar el aporte de los participantes se diferenció entre colaboradores y usuarios. La información se organizó de acuerdo a cuatro categorías:

- **Categoría de Humanización**, con dos subcategorías, definición y experiencia, comprenden el conocimiento que tienen los participantes conceptualmente sobre humanización y la vivencia de la humanización a través de las experiencias en cada una de las áreas correspondientes.
- **Categoría Políticas**, comprende la relación que se presenta con la humanización y atención humanizada, a partir del enfoque de las política de salud vigente en la Clínica del Occidente tanto internas como externa, las causas que relacionan los participantes a partir de los factores que influyen en la atención humanizada y la forma en que el SGSSS como un factor, influye en la humanización y atención humanizada.
- **Categoría Atención**, comprende las características del cuidador, las características e importancia de brindar atención humanizada, quienes son los actores que se relacionan en la atención humanizada y los factores que influyen

en la atención humanizada con relación al desarrollo de las políticas públicas en salud.

- **Categoría Relación Inter Institucional**, comprende la relación entre los actores que intervienen en el cuidado, autocuidado y atención humanizada, la importancia de cada actor en la interacción y desenlace en salud y las diferencias de cada actor para aportar en la humanización en salud.

Es importante resaltar que para llegar a mostrar lo que se pretende probar, se debe hacer una relación entre el hecho a demostrar y la información con la que se cuenta que en otros términos, son los indicios interpretativos o las pruebas, para la presente investigación el indicio interpretativo es la pista que emerge de la narrativa para lograr interpretar y dar respuesta al objeto del presente estudio.

| MATRIZ DE CATEGORIAS DE ANALISIS | | | |
|----------------------------------|---------------|--|--|
| Categoría | Sub categoría | Narrativa | Indicio Interpretativo |
| HUMANIZACIÓN | Definición | <p>Colaboradores “Es la prestación de manera integral, en la cual se apoye en información y en las competencias del colaborador, dirigido al usuario y su familia, teniendo en cuenta que son personas integrales”. “Es lo más importante, busca escuchar y reconocerlo como ser humano, suplir las necesidades básicas que necesita”. “Comprende creencias, hábitos, educación, formación para que no se sienta tratado no objeto”. “Asociado hacia la norma, a partir de procesos políticos, el estado me obliga a cumplir una norma debe ser la humanización en todas las áreas”. “Depende de los factores socioeconómico, cultural y ético”. “Todas esas acciones que están orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente, mientras cursa el proceso de enfermedad”. “La empatía como habilidad psicológica y social, que se va desarrollando”. “Segura, trato cálido, amable, comunicación asertiva entre personal y paciente”. “Es dar un trato servicial, no solamente una atención científica o método práctico, es más de la calidez, de pertenencia de estar con la familia y hacerlo sentir que lo estamos acompañando, comprenderlo, entenderlo, ser un puente de canalización de información, que todo sea más fácil”.</p> <p>Usuarios “La llevamos a la práctica desde seguridad, buen trato al paciente, manejo de las relaciones interpersonales, en la humanización participamos todos, desde que llegue a la clínica, se le brinda trato cálido, se siente muy bien, humano con dignidad”.</p> | -Integral. - Conocimiento y competencias. - Ser reconocido y escuchado. - Ser humano en todas sus esferas. - Componente normativo. - Factores socioeconómico, cultural y ético. - Acciones de mejora. - Calidad de vida en la enfermedad. - Capacidad de discernir los contextos. - Seguridad al paciente. - Trato cálido, amable y comunicación asertiva. - Relaciones interpersonales. - Participación colectiva. - Trato servicial. - Sentido de pertenencia. |
| | Experiencia | <p>Colaboradores “El profesional debe tener el conocimientos y amor al prójimo”. “Hacemos las contrataciones con las EPS, la atención depende de las</p> | - Amor al prójimo. - Aporte contractual. - Afectado con la |

| | | | |
|---------------------|---|---|--|
| HUMANIZACIÓN | Experiencia | <p>condiciones contractuales, por ejemplo autorizaciones, incluir un servicio integral y que tenga la clínica". "El aporte lo hago con temas contractuales, apoyando los programas de servicio humanizado, apoyar de diferentes áreas con charlas, talleres y múltiples herramientas llenos de Dios". "sentimos personas y el trato de ser humano a ser humano". "La formación tiene que ver con valores y creencias, hay factores económicos del cuidador y cuidado, las creencias religiosas, si mi actividad es por vocación o por necesidad, siendo por vocación más humanizada". "Dé como soy como persona". "Debe ser empático, tener la capacidad de comunicarse, brindar una información oportuna, capacidad de ponerse en los zapatos del otro, poder entender cuál es el contexto situacional, emocional de la enfermedad del paciente". "Factores negativos un personal que no esté capacitado, debe adaptarse a un contexto". "Ir educando y humanizando a las personas que estamos en la clínica, no somos fragmentados, generar transformación cultura, retroalimentación en caliente, brindar al colaborador reflexión". "Viene desde vieja data, considero que es un servicio que se ha dejado en este país y a nivel mundial". "Factores negativos profesionales más dados hacia el sistema y no atiende al paciente, factor positivo la necesidad de un servicio humanizado". "La importancia radica a parte de la tecnología, excelentes profesionales, que está en un lugar seguro?, en el confort, de que sepa que hay un personal que está y de darle ese sentimiento de amor, trabajamos con personas".</p> <p>Usuarios</p> <p>Sí influye directamente, las escuelas primero que todo no les está dando ese valor a la atención humanizada, la forma de contratar, inestabilidad laboral, la persona este centrada en su propio bienestar y no la del paciente.</p> | <p>EPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herramientas de autocontrol. - Llenos de Dios. - Sentimos personas. - Trato de ser humano a ser humano. - Formación académica. - valores y creencias. - situación socioeconómica. - creencias religiosas. - Ética, vocación, propia formación. - Información oportuna. - Capacidad de ponerse en los zapatos del otro. - Diferencia entre los seres humanos. - Personal no capacitado en comunicación. - Educación continua. - Comunicación asertiva. - Transformación cultural. - Factores negativos - Sistematización en la atención. - Forma de contratar. - inestabilidad laboral, desinterés. - Trato servicial. - Atención científica. - Método práctico. - Tecnología. - Confort. - Sensación y sentimiento de amor. |
| Categoría | Narrativa | | Indicio Interpretativo |
| POLÍTICA | <p>Colaboradores</p> <p>"La reforma sentó unas bases de la prestación de servicios de salud, a través de instituciones privadas y públicas, bajo supervisión del estado, para el 2006 no se pudo alcanzar la cobertura, por insuficiencia de recursos para cobijar la población vulnerable, falta de dinamismo de empleo en el sector formal, aumento de la población beneficiaria". "Tenemos una crisis</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Reforma sentó bases en prestación. - Instituciones privadas y públicas compiten por el aseguramiento. |

| | | |
|------------------------|--|---|
| <p>POLÍTICA</p> | <p>nacional, el estado está subsidiando el 100%, eso no es cierto, yo estoy dando una cuota de recuperación a lo que me están prestando, ¿si no tengo ese dinero que pasa?, empiezo a tener dificultades, me imposibilita a acceder a diferentes servicios, ejemplo, Capital Salud limita la atención por recursos al contratar un Neurocirujía, un Oncólogo, se manipula desde lo que puedo pedir como médico". "Cambio radical en humanización del sistema nacional de salud con la ley 100, empieza hablar de acreditación, se crean muchos programas, empieza hacer un requisito". "El sistema SGCS influye con el simple hecho que exista, todo servicio por naturaleza se debe prestar humanizado, ya que es una población enferma y la familia que viene de un sufrimiento, ponerse en el lugar de esa persona y no ver ese sistema como algo económico, que está dando lucro o rentabilidad". "Afecta la parte económica de los colaboradores, la ley aumento la cobertura pero el efecto fue con los servidores, a todo el personal de salud disminuyo los ingresos, hay exceso de solicitud de servicios de salud por la escasez de personal de salud". "Ha logrado mejorar la cobertura". "La resolución 123 mete el eje de humanización, pero en humanización hay que hacer una conversión si solo se trabaja desde la acreditación". "En el sistema nacional la atención era más personalizada, menos demandante, ahora es más demandante, menos prestadores, deficiencia de personal de salud, deficiencia en camas hospitalarias". "Hace que las instituciones se obliguen a trabajar en ese eje y con programa se obtengan resultados en capacitación, evaluación, planeación y resultados, reflejados finalmente en los pacientes". "Es un sistema excelente, un cambio total a comparación al de antes, que fue inequitativo, con una lógica curativo y destinado de acuerdo a la capacidad de pago. El sistema actual está centrado en el usuario y su familia cobertura universal, planes de beneficio precisos, basado en un esquema de seguros lo cual permitió asegurar a la población, tenemos derecho a todo, inclusive al alto costo, en estados unidos, donde paga seguridad toda la vida, tiene derecho a urgencias y lo demás compre un seguro, en Francia una sola vez a urgencias, Inglaterra y España 3 a 5 años para un reemplazo de cadera, no conocemos lo que está pasando por fuera". "con la reforma en salud cambio los planes de beneficios, planes complementarios, el tema de accidente de tránsito y eventos catastróficos el pagador es a través de aseguradoras, la obligatoriedad de urgencias, el otro tema es haber dado esa universalidad en salud, como lo lograron por la cobertura familiar, bajo un principio de solidaridad, libre escogencia en centros de atención". "Se implementó con el decreto 1011, con las resoluciones 1474 y la 1445 que es la acreditación, de que el ser humano tome esa relevancia, sus derechos y sus deberes, atención segura y de participar en su propia atención, comunicación continua, consentimiento informado explicándoles los riesgos y beneficios, apoyo espiritual, apoyo permanente psicológico, cada paciente con su médico tratante, lo llamamos por su nombre, si no le gusta nuestro servicio puede quejarse, felicitarnos, sugerir, seguimiento a los pacientes pos egreso, promesa de servicio a 30 min, pasa directo la materna a Ginecoobstetra, pantallas en todos los servicios que indican en que momento lo van a atender, encuestas de satisfacción, nos basamos en las mejores prácticas y evidencia científica del mundo, programas visión servicio con campañas como doctor cálido, no decir no". "Concebido desde el ministerio, hoy por hoy lo tenemos todo, en la nueva ley van a entregar todo mas todo, y fuera de eso está la tutela por si las</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Supervisión del estado. - Cobertura del 100%. - Recursos limitados, desempleo, aumento de población, economía del país. - Crisis. - Subsidio al alto costo. - Población vulnerable. - Limitante en atención por contratación. - Cambio radical. - Acreditación. - SGCS influye en humanización. - Población enferma y familia en sufrimiento. - Ponerse en los zapatos del otro. - No ver atención por la rentabilidad. - Disminución de ingresos. - Sobredemanda. - Escasez de personal. - Eje humanización. - Atención personalizada. - Deficiencia en camas hospitalarias. - Sistema excelente, centrado en el usuario-familia. - cobertura universal. - Planes de beneficio. - Igualdad para todos. - Malo e insuficiente - Decreto 1011 acreditación. -Comunicación continua. - Apoyo multidisciplinario. - Cadena de atención. |
|------------------------|--|---|

| | | |
|------------------------|---|--|
| <p>POLÍTICA</p> | <p>moscas, creo que tenemos el mejor servicio de salud en América latina, ni en los países desarrollados se da la salud que se ofrece acá, en todas las IPS el nivel de satisfacción es del 91% y entonces cual es la insatisfacción?, satisfacción con las EPS del 92%". "El sistema no es humanizado, en el cual se involucren prestadores y aseguradores, un trabajo mancomunado". "Es una política transversal a la clínica, busca que el servicio sea mejor, y no en trámites absurdos, gastos inoficiosos de transporte, tiempos perdidos, llamadas insistentes, se lograría a través de una contratación integral, programa de fidelización y responsabilidad social". "Estamos obligados a atender a todos los pacientes, por limitaciones contractuales llegamos a determinado paso en la atención". "El tema del pos y no pos es una limitación, puede afectar la oportunidad, si estuviera todo en el pos lo hago rápidamente evito trámite administrativo, no hay comunicación entre IPS, si hubiera genera impacto económico, mejora oportunidad, racionalidad en toma de conducta y diagnóstico". "No es tan humanizado, los planes de salud son limitados, siendo un sistema de coberturas". "Hay instituciones, personas o profesional con enfoque en la generación de recursos económicos, otras generan valores adicionales que son atenciones privilegiadas para ciertos grupos poblacionales". "La clínica no tiene políticas excluyente en la atención, existen aseguradores que tiene ciertos plus y esto genera un nicho de clientes preferenciales". "Al existir planes genera beneficios menores o beneficios mayores y discriminación". "El paciente ingresa y es hospitalizado tiene el mismo tipo de atención, todos nuestros profesionales tienen alto valor humano, ético y al servicio del paciente". "El sistema no es humanizado ni se está brindando humanizado". "Se parte de la selección del personal, alrededor de ese negocio hay situaciones que no me permiten que sea humana, de que exista la EPS tengo que hacer lo que me pidan, si no me pagan o se liquida la EPS (Saludcoop) como voy a pagar al colaborador, el colaborador no va a trabajar de la misma forma, los usuarios están sufriendo las consecuencias, hace que entremos en deshumanización". "Hablo desde mi contexto en urgencias a mí me obliga la norma, me obliga mi moral, lo debo atender íntegramente sin importar si tiene una EPS, o si hay emergencia funcional". "La misma ley 100 obliga a que las IPS hagan lo que digan las EPS y el derecho de recibir estos servicios, sino, a través de la tutela, una demanda, defensoría del pueblo, hay enfermedades que nadie quiere tomarlas, el usuario pasa de lado a lado, el sistema obliga a decir no puedo atender porque no tengo ese servicio, toca estabilizar y remitirla, pero si la remisión no se da, la aseguradora no tiene convenio con una ambulancia, el niño tiene que esperar". "La contratación de las EPS e IPS, estamos supeditados a que autorice el asegurador y si no lo autoriza dos o tres día en espera de que lo lleven". "Se presenta factores que genera inconformidad, empieza esa desinformación, desconocimiento, no hay mucho recurso económico". "Se ponen muchas trabas, la EPS no respeta que tenga el médico que lo lleva viendo 20 años, ligadas a un modelo de contratación y como pacientes no exigimos los derechos". "No contrato la IPS por mejor servicio, menos quejas por calidez, con mejores especialistas, contrato la IPS que me cobre menor la consulta, es un modelo que tiene en cuenta el costo, pero no ven que puede haber cosas más costosas por falta de humanización". "No es humanizado, hacen dar muchas vueltas, mucha tramitología, pacientes oncológicos por ejemplo, los ponen a tocar muchas puertas hasta lograr exámenes, quimioterapia; la oportunidad es malo en la atención conlleva a alterar la atención humanizada". "El enfoque influye en</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Mejor servicio. - No es humanizado, - Política institucional transversal. - contratación integral. - Responsabilidad social. - Limitante el pos y no pos. - Barreras administrativas. - No hay comunicación entre IPS. - Planes complementarios. - Enfoque económico. - Aseguradores con ciertos plus. - Discriminación. - EPS pone pautas y pago. - Deshumanización. - Supeditadas autorizaciones. - Tutela. - Atención fragmentada. - Recursos finitos. - Tramitología y trabas al usuario. - EPS no respeta continuidad en la atención, derechos y deberes. - Falta de oportunidad y accesibilidad. - Topes en la atención. - Congestión en la atención. - Tramitología de las EPS. - El sistema atenta contra la humanización. - Humanización desde las EPS. - No se escuchó al usuario. - Enfocar el sistema a la humanización - Grupos económicos. |
|------------------------|---|--|

| | | |
|-------------------------|--|--|
| <p>POLÍTICA</p> | <p>la humanización, a los médicos le ponen un tope de exámenes/día, tope de interconsultas a medicina especializada, tiempo reducido de consultan, ni se mira a los ojos para preguntar cómo se siente". "Si el paciente viene se atiende, punto negativo lo que hacemos es congestionar los servicios de urgencias y de pronto no se atiende a lo que realmente es, toda la tramitología el paciente tiene que sufrir para ser atendidos, afecta la humanización". "Se pierde ese acto humanizado, no llevan una continuidad en el tratamiento, el paciente no vuelve a la institución donde fue operado u hospitalizado, lo mandan a otro lado donde no conoce su historia, ni su manejo patológico se vuelve deshumanizado". "Se está desvirtuado lo que se estructuro, si fuera un humanizado, los pacientes tendrían sus citas con especialistas oportunamente, no tendrían que tutelar, ni demandar, habría un manejo integral, no existiría un no pos, no existiría restricciones para ciertos medicamentos, no discriminarían a los pacientes de acuerdo a su condición, no veríamos tanto desorden y traumatismo, tanto mal manejo de recursos". "Uno de los ejes más fuertes es el de humanización, la base de una atención segura y confiable, repercuten desde el colaborador como el paciente para que estén bien, de hacer las cosas con el corazón, hacer sentir que somos su segunda familia". "En efecto hay barreras de acceso, aunque en nuestras manos se brinde confort y tranquilidad, si se pueden evitar, las mitigamos, pero cuando se salen de nuestras manos ponemos una voz en lo alto". "Cuando el paciente entra por una urgencia vital no es discriminatorio, la prioridad es atenderlo y estabilizarlo, paralelamente existe un trámite administrativo, sin embargo en que si acepto, si es de una prepagada tendrá una serie de prioridades o beneficios porque la persona lo ha adquirido.</p> <p>Usuarios</p> <p>"Lo que más atenta contra la humanización, es el mismo sistema, casos concretos donde la clínica no puede hacer lo que quisiera hacer". "Es una estrategia que el gobierno no ha podido resolver, la prueba es la reforma ley 100 de 1993, ha tenido inconvenientes, muchos cambios, si realmente fuera humanizado, no habría tanta gente sufriendo, tanta gente padeciera, no se escuchó el usuario, le toca a las EPS y las IPS tratar de acomodar el sistema a enfocarlo a humanización". "Que las EPS fueran más ágiles, la EPS contrata con la IPS y parece que se quedara con el contrato no más". "Es el que permite que la labor de salud en Colombia se desarrolle bien o mal, permite que todos los centros hospitalarios puedan cumplir con su función". "La salud de Colombia se volvió algo privado, algo que se le entrego a muchos grupos económicos y un grupo económico que busca, acrecentar su capital, pero que el sistema monetario influye la humanización?, naturalmente, el médico no tiene tiempo de entrar en un buen contacto con el paciente". "Otro negocio de las EPS es la medicina prepagada, hay algo de humanización, pero tiene que pagarla, me parece una arbitrariedad de las EPS". "Hablado de hecho salió un decreto, matizando el servicio de humanización, desde la EPS empieza a generar el sentido de humanización".</p> | <p>Acrecentar capital.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema monetario influye la humanización - Despersonalización con el paciente. - Valor costoso para recibir humanización - Repercute en el paciente - familia y colaborador. - Hacinamiento, demanda y oferta. - Discriminación por condición económica, - Corrupción. |
| <p>Categoría</p> | <p>Narrativa</p> | <p>Indicio Interpretativo</p> |
| <p>ATENCIÓN</p> | <p>Colaboradores</p> <p>"Hay diferencia en la atención del régimen subsidiado-contributivo, muchas aseguradoras se van por la parte económica, que por prestar servicio de salud, se crearon esos planes complementarios, en las IPS del estado no me permiten, están poniendo barreras, nos empiezan a separar en los dos</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Diferencia entre regímenes. - Derecho universal. - Brechas y barreras de |

| | | |
|--|---|---|
| <p style="text-align: center;">ATENCIÓN</p> | <p>regímenes, se presenta brechas y barreras de acceso”. “Influye la calidez, las políticas como manejo del dolor, de humanización no porque estamos acreditados, la cual es brindar una atención cálida, segura, centralizada a humanización, se mide satisfacción a través de encuesta información”. “Hay causas administrativas, de un contexto social no por una institución, si no hay autorización no puedo ingresarlo, si a mí no me pagan como voy a pagar a mi personal o no me puedo mantener como entidad”. “La fidelización de que el usuario vuelva, la reputación de la clínica, si tengo un usuario insatisfecho tengo a veinte usuarios insatisfechos, si uno falla, fallamos todos”. “Somos un hospital de guerra sobre todo en el sector público, baja la calidad, por aumento de la demanda, no se cuenta con el personal suficiente, falta de oportunidad, el sector privado no se ve afectado tanto como en el sector público”. “Hay que tener una conversión de la atención, el ser humano viene con una cultura de cuna y con una religiosa “. “La insatisfacción como causas la inoportunidad, la accesibilidad, la comunicación inefectiva, la no calidez, puede que no haya humanización”. “Se ha destacado la importancia del paciente y su familia, por otro lado se ha establecido el SGCS con la habilitación, la auditoria para el mejoramiento de la calidad, acreditación y el sistema de información, en cuanto, a la persona que atiende, hay veces sucede hay un volumen impresionante de pacientes en todas partes, la infraestructura y el número de profesionales realmente no son suficientes”. “Busca que esa persona la podamos entender, que sea oportuna, cálida, que le brindemos la información que necesita y en todo momento este uno pendiente en vincular al paciente y su familia en el proceso de atención, atenderlo en todas las fases, como persona en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y entrega de sus medicamentos y que sea segura”. “La insatisfacción más grande es el desconocimiento del sistema, se debe aumentar la infraestructura de IPS, de especialistas, abrir más universidades, abrir más especialidades, problemas en comunicación, otra causa es que las personas quieren que sean atendidas inmediatamente y no logran entender que estamos en un sistema de prioridad”. “Tener un perfil actitudinal, es una utopía tristemente y difícil que todo se haga con amor, por calmar el dolor, tristemente no es aquí, ni en ninguna parte”. “Parte desde el mismo ser, de cada uno, a nivel macro de que haya simposios, congresos, seminarios”. “El trato inhumano da mucha rabia, no solo por la parte administrativa, los médicos supremamente agresivos con los usuarios, el tema de la ley 100 los impacta y sus ingresos, a un paciente se dedicaba un tiempo para la consulta, ahora tiene que ver dos o tres usuarios en el mismo tiempo”. “Debe referirse a una atención con calidad y la política pública tiene que ser igual y pensada en las necesidades colectivas”. “Somos personas vocacionales, con una gran responsabilidad social”. “La salud se ha venido mercantilizando y esa vocación se ha venido perdiendo, el eje de humanización, permite sacar esa vocación de servicio y volvamos hacer más humanos, que de pronto el sistema ha debilitado”. “Es estar frente a otro que tiene necesidades como las tiene uno, con sentimientos, que siente dolor y hace esa atención a esa persona”. “La deshumanización se da por la desigualdad en los planes de atención, en la parte económica, dificultad de acceso, el personal nos venimos sintiendo golpeados por el sistema, de alguna manera termina devolviendo sobre sus pacientes”. “A través de una muy buena oportunidad, accesibilidad, suficiencia en el personal, equipo completo, crear una cultura de ser humano”. “El trabajo en equipo, la comunicación asertiva,</p> | <p>acceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidez. - Mejoramiento continuo. - Contexto social. - Fidelización del paciente - Recurso económico - Hospital de guerra. - Conversión en la atención. - Insatisfacción por inoportunidad, accesibilidad, comunicación, no calidez. - Sobre demanda, salud prepagada. - Importancia de paciente y familia. - infraestructura y el número de profesionales insuficientes - vinculación de la familia. - Perfil actitudinal. - Labor con amor. - Educación. - Políticas institucionales. - Seguridad del paciente. - Calidad. - Necesidades colectivas. - Responsabilidad social. - Sistema mercantil. - Pago de EPS. - Desigualdad en planes de atención - Personal de salud golpeado por el sistema. - Cultura de ser humano. - Trabajo en equipo - Usuario satisfecho. - Paseo de la muerte. - Prestadores sin convenio con EPS. - Cierre de EPS. - Calidad de vida del paciente. - Autorización de |
|--|---|---|

| | | |
|------------------------|---|---|
| <p>ATENCIÓN</p> | <p>hacemos parte de un colectivo, una rueda no hace un reloj lo hace la interacción de todos los mecanismos". "Mucho compromiso, confianza, empatía con el paciente, con perfil de tranquilidad, escucha, debe dedicarle tiempo, es una responsabilidad ética, no puede ser por ganar dinero". "Debe haber una serie de situaciones desde la persona de seguridad a la parte administrativa, de saludar, preguntar y poner cuidado, entregar lo que el médico solicita, adherencia al usuario, asertividad y seguimiento en el tratamiento". "No puede ser humano, no es porque no quiera, depende de mí recurso económico, usuarios en ocasiones llegan molestos, furiosos y empieza a chocar conmigo, ya sea por el paseo de la muerte, no por una institución, por el mismo sistema". "Depende de cómo lo brindo, si quiero fidelidad debo hacerlo con calidez, por la misma razón de ser social". Pienso en la parte social, donde hay mucha corrupción, ¿muchos usuarios que hacen?, ¿dónde voy a que me atiendan?, van a los prestadores que no tienen convenio con las EPS, EPS que han cerrado y que pasa con los usuarios?, el sistema de urgencias colapsado, uno quisiera atender de una manera diferente, la demanda se puso por encima de la oferta". "Ha sido como esa obligación que tengo como institución, nace con el tema de acreditación, hay veces se hace para cumplir, el tema de humanización ha quedado en papel". "En la Clínica del Occidente es como voy aplicar, hacer sentir y vivir desde los colaboradores para poder brindar con humanización, si el sistema me esté golpeando, así tenga el estudio que tenga, se quiere trabajar con el usuario, desde mi área de trabajo debo querer lo que hago y debo amar trabajar por un usuario, no todos tenemos ese perfil para atender ese usuario". "La capacitación es clave, la selección del personal, el sistema lo está obligando a que cada enfermera atienda a 30 pacientes al mismo tiempo, cuando uno se ve desbordado de trabajo, se empieza a pasar por muchas situaciones emocionales, pelear con un usuario o atenderlo en una silla o en el piso". "Al entrar un usuario, se le explica sus derechos y deberes para que los conozca, el paciente dice, en el papel me dicen me deben atender de una forma oportuna y no me han atendido". "No basta en curar la enfermedad, la humanización hace parte de la salud, volcar todos los esfuerzos asistencial y administrativo a recuperar la calidad de vida". "Sí, puede haber las mejores intenciones, está amarrado al esquema de atención a través de la autorización, de una remisión que puede durar hasta 8 días, pero por contratación y mi economía no se lo estoy brindando". "Cuando se reduce el paciente a nombre, cedula, a una autorización, termina pidiendo un favor y que se está retribuyendo económicamente a mi asegurador, se empieza a deshumanizar, por cosas de trámites con mi EPS". "Se empieza a visibilizar la humanización hacia la excelencia en la salud, el eje permite desarrollar proyectos, nos beneficia por ampliar posibilidades". "No existe una atención humanizada, ya que existe tanta tramitología para la atención". "Quitar toda la tramitología, atención integral, libre elección para la atención, porque hay pacientes que viven el sur y los mandan al norte, corriendo con gasto de bus, de comida, la familia no es que no quiera visitarlo, es que está lejos e invertir dinero ser atendido". "Continuidad en el manejo donde fue hospitalizado y con quien lo haya atendido". "Dedicación, oportunidad, raciocinio de servicio, sentido de pertenencia de querer hacer las cosas". "Una de las primeras habilidades es escuchar, ayuda a que familia como paciente por más que venga cargado de miedo, de estrés o ira, logre respirar hondo e intentar adherirse a lo que le dice el médico".</p> | <p>servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remisiones tardías. - Reduccionismo del paciente (nombre, cedula, cama). - Tramitología administrativa. - Continuidad en el manejo. - Personal con actitud de servicio. - Cadena de atención humanizada. - Base de la prestación. - Suspensión de servicios. - EPS intervenidas - Raciocinio de servicio. - Sentido de pertenencia. - Entorno vulnerable. - Conocimiento en el cuidado y autocuidado. |
|------------------------|---|---|

| <p style="text-align: center;">ATENCIÓN</p> | <p>Usuarios</p> <p>“Actitud de servicio, comunicación con el paciente y su familia”. “La plata invertida en otras cosas, como sucedió el tema de Saludcoop”. “El personal que ingrese tenga un perfil de servicio”. “Desde que el paciente ingresa a la IPS, es muy difícil brindar una atención humanizada, depende mucho como se recibe al paciente, como el vigilante de turno, sino está preparado empieza a fallar, segundo llega a una taquilla de información, comenta, importa si está asegurado o no, se le atiende, la persona que está en el sitio de información que recibe los datos del paciente, tercero el paciente es remitido a un médico para valorarlo, influye la calidez, luego, depende si el paciente se va a quedar en la clínica en manos de enfermeros, médicos, todo eso influye”. “Es la base fundamental de la prestación de salud”. “Si 100%, la actitud, los principios, los valores, la vocación, al realizar esa vocación hace que esa atención sea más humanizada, naturalmente que sí”. “Yo dividiría la habilidad del cuidador en dos, cuidador externo que podemos ser todos, y el segundo cuidador es la familia, es importante el lenguaje que manejemos a la familia y poderles explicar”. “Si uno presta un servicio hay que prestarlo no por el manejo económico, sino abarcar todo el ser humano integralmente, no ser discriminativo, vincularse con la familia, demostrar sentido de pertenencia”. “Podemos hablar positivamente del sistema, uno nota que el paciente entra sin ninguna condición económica, la institución no pregunta usted es rico o pobre, tiene plata o no tiene plata, otro factor que favorece, es el entorno, la clínica está situada en un entorno fuerte y vulnerable”.</p> | |
|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">Categoría</p> | <p style="text-align: center;">Narrativa</p> | <p style="text-align: center;">Indicio Interpretativo</p> |
| <p style="text-align: center;">RELACIÓN INTER INSTITUCIONAL</p> | <p>Colaboradores</p> <p>“Nos estamos capacitando para formar profesionales y competir en este sector, pero las condiciones económicas y el recurso tan insuficiente del estado no son muy altas, por lo tanto los que estudian ven la necesidad de salir del país, generando mejor rentabilidad y oportunidad”. “Todo es una cadena, para que yo tenga un paciente parte de un concepto médico, el buen trato hacia él, desde el portero hasta el médico, vienen a que lo atendamos y que lo hagamos bien”. “Desde el Direccionamiento estratégico de la institución, la gerencia debe estar convencida de que la humanización debe llegar a todos los colaboradores”. “La Clínica desde el 2006 está acreditada, se ha contado con el apoyo de la junta directiva, se preocupan de que se entregue un servicio humanizado y con altos estándares de calidad, con el fin de que el usuario salga satisfecho, sin embargo, la salud no es un buen negocio porque las Administradoras pagan mal, el sistema de pago de acuerdo al decreto 4747 son a los 120 días y las obligaciones hay que pagarlas cada mes, glosa de cuentas, el dueño refirió que quería dar salud a la gente, responsabilidad social. “Nos regimos a partir de las políticas aunque no hay un sistema de información integral entre todos los actores del sistema. “A través de las EPS determina la población y el plan de beneficios”. “El personal de salud sino recibe un buen trato por el sistema, seguramente va a reflejarlo a sus pacientes, además se debe pensar en las mismas necesidades del personal”. “Los efectos pueden estar relacionados en la satisfacción del paciente y al cliente interno de la institución. “Debe generar oportunidades para crecer personal y socialmente, brindar herramientas normativas a las instituciones”. “El personal de salud es quien pone la cara al paciente, desde su yo da lo que necesita al otro”. “El usuario aporta sus propias creencias, actitudes, en la medida</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Personal altamente calificado - Sobre agentamiento. - Capacitaciones continuas. - Necesidad de salir del país. - Cadena de atención. - Direccionamiento estratégico. - Humanización transversal a la institución. - Retroalimentación continua. - Pocos estímulos económicos. - Trabas sociopolítico. - La salud no es un buen negocio. - Sistema de información. - Políticas públicas. - Atributos de calidad. - Trato del sistema al personal de |

| | | |
|--|---|--|
| <p>RELACIÓN INTER INSTITUCIONAL</p> | <p>que la familia exige y da, igualmente recibe”. “Las personas que trabajan en el sector salud deben estar entrenadas a nivel personal para el tipo de situaciones, como el médico atender en 5 minutos una consulta, una fila de 100 pacientes esperando, la calidad del servicio no va hacer igual, le toca quedarse más tiempo, le pagan menos, se la pasa más en el trabajo que en su casa, problemas en el trabajo y va hacer una persona que se puede enfermar”. “Se debe cambiar la estructura, no debería existir las EPS, la demanda no debe estar sobre puesta en la oferta, si necesito seguridad social para todos, debo garantizar la universalidad de la misma forma, todos tienen los mismos derechos en salud”. “Para brindar un buen servicio, parte de la de la actitud del personal, por eso es tan difícil y si alguna de las personas falla en la atención, todos fallamos”. “La institución debe garantizar capacitación continua, una constante preparación, sensibilización, hay una frase bonita del director "es importante que pensemos en seres humanos al servicio de seres humanos". “Como entidad, quisiéramos atenderlos a todos, no tener que mirar si me paga la EPS o no, dependemos de otros, si la EPS no me autoriza, remite al paciente, no me contesta, no me envía oportunamente la ambulancia para el traslado del paciente”. “Debe existir equidad, igualdad de condiciones, el trato no debe ser diferente, con el usuario que si tiene dinero o el que puede pagar una medicina prepagada, además, dentro de la academia falta mucho, al médico siempre le enseñan su medicina, pero nunca a ser humano, hay profesionales que no saben tratar un paciente”. “Buscar la integralidad, que no se viera como el paciente que pertenece a la aseguradora, sino el paciente como persona que necesita manejo integral independiente de la contratación”. “La comunicación efectiva puede generar efectos positivos, que tengamos conocimiento hace que nos empoderemos”. “Desde que entre a una institución y lo hagan sentir que es importante todo fluye”. “Sea por políticas, desde todos los entes reguladores y todos los actores, que se acabe esa terminología”. “El sistema ejerce frente a las empresas, las empresas ejercen hacia el personal y el personal frente al paciente”. “En los últimos paquetes del ministerio de salud hay un programa de educación al paciente y familia, centrado en la humanización, de cómo debe manejar su patología”. “El sistema no afecta la autonomía, considero que el profesional de salud debería trabajar en la atención humanizada, por la vocación, va inherente a la profesión, ayudar a los demás, nuestra atención debe estar centrada en el paciente y su familia”. “Es el actuar con sentimiento, no como robots, tratar a cada persona como un universo, con necesidades, crear un lazo entre el paciente y la familia”.</p> <p>Usuarios</p> <p>“Se supone que para tratar bien un cliente, hay que conocerlo, hay que saber quién es, de donde viene, tener la habilidad de conocer realmente al cliente, si uno conociera al cliente, entraría con armas suficientes para conectar con él, si no conectamos con el paciente o cliente difícilmente vamos a realizar lo que pretendemos hacer”. “La IPS se encuentra con dos dificultades, humanización ante el paciente, no le puedo formular esta droga, porque su EPS no me ha pagado y no puede haber una atención integral porque muchas veces las IPS se ven evocadas a reducir su planta de servidores, precisamente por la parte económica, de igual manera la integralidad de la atención se ve roto por falta de personal”. “A pesar de la tecnología es increíble de que haya una respuesta de una EPS a una IPS, que demoren horas y días,</p> | <p>salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios normativos en el sistema. - Usuario y familia. - Creencias y actitudes. - Sobrecarga laboral. - Remuneración baja. - Mayor tiempo laboral. - Incapacidad laboral. - Nivelar oferta y demanda. - Universalidad en la atención. - Equidad en la atención. - Usuario y familia. - Institución. - Autonomía de las IPS. - Redes integradas. - Rotular el paciente. - Importancia del paciente. - Todos los entes rectores y actores. - El sistema ejerce frente a las empresas. - Las empresas frente al personal. - Personal frente al paciente. - Atención centrada en el paciente y familia. - Tecnología. - Resolución entre IPS y EPS - EPS debe tomar conciencia. - Humanización desde las EPS. - Paciente un universo. - Lazo entre paciente y familia. |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| RELACIÓN INTER INSTITUCIONAL | <p>hemos notado que hay culpa de parte y parte, la IPS necesita que la EPS actué sobre la remisión de un paciente, normalmente la persona que maneja la comunicación recibe la orden, lo hace una vez lo archiva y acumula, lo mismo pasa en la EPS se demoran mucho para dar una respuesta, todos estamos empeñados que se lleve al paciente el trato lo más humano posible, las EPS deben tomar conciencia de lo que se va escribiendo o argumentando en un papel, sino a ejecutar y con hechos, empezar a actuar, a hacerlo visible, de nosotros como usuarios y como IPS estamos haciendo el trabajo, porque solitos es muy difícil, debe empezar desde arriba". "Hay unos interés que manejan las EPS, porque las IPS lo que hacen es tratar de subsanar esa parte económica a través de proceso integral, la clínica ha manejado mucho el tema de humanización, pero esa es la base del deseo de la clínica, de aceptar la situación, se necesita ese apoyo externo". "Se enfoca mucho al paciente, es igualmente importante, manejar al familiar es de tener en cuenta, al paciente uno lo encuentra de pronto en un estado que quizás no es fácil interactuar, pero con el familiar sí, incluso más sensible." "Yo complemento, una habilidad importantísima, la sensibilidad social frente al paciente". "Creo que es más de la EPS, si hay una formación desde la parte administrativa, asistencial, empezaran a orientar el tema de humanización".</p> | |
|---|---|--|

4.3 Análisis de Resultado y Discusión

Partiendo de la pregunta de investigación, a través de los objetivos planteados, el marco teórico y de la elaboración de la Matriz de Categorías y subcategorías de análisis se realizó de la siguiente manera:

Los colaboradores como los usuarios, ya sea a través de la entrevista y/o grupo focal, definieron la humanización como reconocer al ser humano, comprendiéndolo en todas sus esferas y de forma integral, esto ratifica lo manifestado en los trabajos por el Dr. Bermejo y Franco ZR, depende de factores normativos, políticos, sociales, económicos, culturales y éticos, agregándole lo que menciona el Dr. Bermejo que va desde la organización sanitaria y formación profesional. Se brinda de forma segura, humana, digno con trato cálido, amable, dependiendo de la participación de un colectivo, de las competencias y conocimiento propias del cuidador y de la comunicación que se tenga con el paciente y su familia, como uno de los colaboradores menciono y no ha sido tenido en cuenta por los autores, es que ***“la humanización, no solamente es que pueda prestar una atención científica o método práctico, más de calidez, sentido de pertenencia con la familia y hacerlo sentir que nosotros estamos acompañándolo”***, comprendiendo lo que menciona el Dr. Franco en cuanto a entender la vulnerabilidad de los enfermos.

Complementando lo que mencionaron los colaboradores en las entrevistas individuales y en el grupo focal como experiencia manifestaron, primero llenase de Dios, iniciando por el amor al prójimo, sentirnos personas para dar un trato de ser humano a ser humano tanto al paciente como a su familia, además es la capacidad de ponerse en los zapatos del otro y aceptar las diferencias. Se debe tener en cuenta la formación académica, los

valores y creencias del cuidador, del paciente y/o su familia, de la situación socioeconómica, de la ética y vocación de quien decide ser personal de salud, información que se brinde sobre el estado del paciente al mismo o a su familia.

La humanización se apoya de la tecnología, alta calidad técnico-científico, seguridad, de una contratación integral de servicios, de programas de fidelización, de brindarle esa sensación de confianza y sentimiento de amor, de que alguien lucha junto a él. Como mencionan algunos autores también es importante el ambiente, entendido en infraestructura y generar confort al paciente y la familia; complementando el Dr. Bermejo enuncia que es de gran importancia para humanizar la salud actuar a nivel de leyes sanitarias, equidad e igualdad en el acceso en salud.

Los participantes en general mencionaron que pueden presentarse factores negativos que afectan la humanización como son una mala comunicación e inadecuada relación interpersonal, sistematización en la atención (centrarse en un computador), falta de trato humanizado al paciente y familia, la misma academia fragmentando el ser, inestabilidad laboral, desinterés en el trabajo, propio bienestar y la contratación que se realiza con las EPS como refirió el colaborador **“no puedo hacer nada si la EPS no acuerda conmigo unas condiciones contractuales”**, este factor no se tuvo en cuenta por parte de los autores citados, además puede llegar afectar, a pesar de un 80% en la gráfica 2.4 de Clima Organización, a que no se logre un mayor porcentaje puede repercutir en el equilibrio familia – trabajo, relación de equipo, competitividad y condiciones de trabajo.

Como aportes relevantes sobre humanización los participantes manifestaron la importancia de ser ejemplo con acciones a los colaboradores a cargo u otros en su defecto, generar espacios para la educación continua en humanización, esto influye en la transformación cultural, en el clima organización, en la generación de programas y estrategias en pro de la humanización. Un factor que influye directamente en la atención humanización, es el aporte contractual puede verse influir la EPS.

En cuanto a las políticas los participantes manifestaron que desde la reforma de salud ley 100 de 1993 se presentó un cambio radical en la estructura del sistema de salud a comparación con el sistema nacional de salud, en cuanto cobertura, universalidad, accesibilidad, igualdad, calidad y el mismo plan de beneficios, como lo manifiesta el autor Rodríguez C. y lo menciona el colaborador **“cambio todo, el tema de accidente de tránsito y eventos catastróficos siendo un tema superado en el aseguramiento”**; en cuanto a humanización, empieza hacer un requisito, para el caso de la clínica, lo es por acreditación, algunos participantes ostentan que el sistema nacional era más personalizado y menos demandante, el colaborador refiere **“a comparación al de antes, el sistema actual está centrado en el usuario y su familia, brindando cobertura, con planes de beneficio precisos, son iguales para todos, basado en un esquema de seguros”**.

El sistema permite que la labor de salud en Colombia se desarrolle bien o mal, sienta las bases de la prestación y que las instituciones cumplan con su función, la obligación de

atender toda urgencia o que se dé su manejo hospitalario si lo requiere teniendo el mismo tipo de atención. Un colaborador manifiesta **"los colombianos somos unos privilegiados, tenemos derecho a todo, inclusive al alto costo, que en países desarrollados como estados unidos no lo tienen, tiene derecho a las urgencias y lo demás compre un seguro, en Francia puede ir una sola vez a urgencias, en Inglaterra y España, 3 a 5 años para un reemplazo de cadera"**, además, se relaciona como un factor importante el desconocimiento del mismo sistema, la percepción que puedan tener los colombianos que están fuera del país sobre el SGSSS, este es un punto importante que los autores no tuvieron en cuenta en sus trabajos, pero a su vez hace parte de las diferentes posturas frente al sistema como lo menciona el Dr. Agudelo en su investigación.

Cabe relacionar el SGCS que se implementó a través del decreto 1011, con las resoluciones 1474 y la 1445 que es la de acreditación y la resolución 123, lo cual introduce el eje de humanización, manifiesta el colaborador **"de que el ser humano tome esa relevancia, entregándole lo mejor a los pacientes, eso también es humanización"**, centrado en el paciente y familia, manifiesta otro colaborador **"influye bastante con el simple hecho exista como eje, es indispensable que todo servicio por su naturaleza se preste humanizado, siendo una parte muy sensible es una población enferma, la familia viene de un sufrimiento, no ver ese sistema como algo económico que da lucro"**, puede haber políticas que están relacionadas en la humanización, pero desde el enfoque de mercado del SGSSS se convierte en un factor extrínseco que influye netamente en la atención humanizada, ratificando lo analizado por el profesor Rubén Darío Gómez la reforma fue planteada y ejecutada por intereses económicos.

A diferencia de un colaborador, la totalidad de los participantes aportaron que el SGSSS en Colombia no es humanizado por su enfoque económico, aun con las reformas, el participante 9 percibe que el sistema está en contra de humanización, a favor del padecimiento, realmente no se escuchó al usuario, no se enfocó a la humanización, **"La salud de Colombia se volvió algo privado, algo que se le entrego a muchos grupos económicos, que buscan acrecentar su capital"**, ratificando lo aportado por el Dr Álvaro Franco. Otros aportes de los participantes, dicen que influye el tema del pos y no pos como limitación, si todo estuviera dentro del pos se evitaría trámites administrativos que al final genera traumatismo, la misma corrupción en los destinos de los dineros de la población, contratación fragmentada entre las EPS y las IPS primando el costo de los servicios ofertados de la IPS que la calidad de la atención, además, los participantes mencionan que se genera barreras de acceso administrativo por tramitología y trabas al usuario emisión de autorización, dependiendo de la agilidad que se generen a la IPS o al paciente o que realmente se emitan teniendo que solicitar derechos de petición o tutela, otra situación, es que las EPS pone pautas para pago y no pago, generando déficit económico afectando los pagos del personal de salud y sostenibilidad de la IPS, a pesar que el promedio de satisfacción es de 97.5% de acuerdo a la gráfica 2.1, en el primer

semestre 2016, esto puede verse afectada desfavorablemente de acuerdo a lo que manifestaron los participantes.

En cuanto a la atención humanizada, manifiesta el colaborador **“la clínica no tiene políticas excluyentes en la atención, existen aseguradores que tienen cierto plus y esto genera un nicho de clientes para la clínica”**, además de que exista planes de beneficios, medicina prepagada, pólizas privadas de salud, conlleva a discriminar la atención, que termina siendo un negocio, por lo costoso para recibir humanización y calidad a través de beneficios, prioridades o paquete de servicios, factores que no tuvieron en cuenta los referentes teóricos, además, como manifiesta otro colaborador **“Tenemos una crisis a nivel nacional, imposibilita acceder a servicios, ejemplo, Capital Salud limita la atención por recursos, contrata un solo Neuro Cirugía u Oncólogo, eso conlleva a represamiento de pacientes, a la misma solicitud y a que soliciten los servicios de salud, haciendo entrar en deshumanización”**; un usuario refiere **“el enfoque influye en la humanización, pues a los médicos le ponen un tope de exámenes/día, tope de interconsultas a medicina especializada, en reducir el tiempo de consulta, ni miran a los ojos siquiera para preguntar cómo se siente”**, manifiesta otro usuario **“el sistema monetario influye la humanización? naturalmente”**, generando inconformidad con la prestación de servicios, otras manifestaciones son la congestión en la atención, tiempo de atención, despersonalización con el paciente, los bajos salarios generando personal desmotivado y alta rotación, está de acuerdo a la observación que se realizó, y que pueden llegar alterar desfavorablemente a pesar de la satisfacción del 97.5% que presenta la Clínica. Es de total acuerdo entre los participantes que la reforma no contempló previamente como abordar la universalidad y cobertura de pacientes, la oferta y sobredemanda que se generó, la capacidad instalada y capacidad personal de la salud por población, genera falta de oportunidad y accesibilidad, hacinamiento, planes de salud limitados, topes en la atención, aseguradores con cierto plus. En cuanto a las EPS no respeta continuidad con mismo médico tratante en muchas ocasiones, falta de seguimiento, se presenta falta de comunicación entre las IPS en la atención, entran en deshumanización.

Hay opiniones por los participantes que relacionaron con la política externa como es el sistema de salud e interna de humanización que maneja la clínica y las problemáticas del sistema que influyen directamente, un colaborador refiere **“se debe hacer un esfuerzo para aumentar infraestructura de prestación, de especialistas, de personal de salud en general, la forma en que la medicina le pueda llegar a todo el mundo, además las personas quieren ser atendidas inmediatamente y no se entiende que se atiende por prioridad”**.

Otro colaborador manifestó **“Hay diferencia en la atención del régimen subsidiado-contributivo, muchas aseguradoras van por la parte económica, presentan brechas y barreras de acceso”**, otro colaborador refiere **“busca que esa persona la podamos entender, que sea oportuna, con calidez, que le brindemos la información que necesita y en todo momento este uno pendiente en vincular al paciente y su familia”**.

en todas las fases, tanto promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación”, es lo que se encuentra en los estudios del Dr. Bermejo.

Los participante refieren que el personal que brinda atención humanizada debe tener un trato centrado en el paciente y su familia, tener un perfil aptitudinal y actitudinal de servicio, mucho compromiso, confianza, empatía, serenidad y tranquilidad en el trato, capacidad de escucha, sentido de pertenencia, responsabilidad, excelencia, asertividad, tener vocación, responsabilidad social, ética profesional, como manifiesta el colaborador **“es una atención con calidad, de manera integral, apoyada en una política pública igual y pensada para todos”**, va apuntada en mejorar la calidad de vida, lo cual ratifica lo que el Dr. Bermejo argumenta en el libro de humanizar la gestión de la calidad, al relacionar con la política puede influir de la forma que menciona el siguiente colaborador **“La salud se ha venido mercantilizando y esa vocación se ha venido perdiendo, el eje de humanización permite sacar esa vocación y que volvamos hacer más humanos, que el sistema ha debilitado”** corresponde de acuerdo a lo que la gráfica 2.6 refleja.

De acuerdo a lo descrito por los participantes y la relación entre las categorías, la atención humanizada es la base de la prestación de salud, está pensada frente al otro ser que tiene necesidades como las tiene uno y en las necesidades colectivas, es una cadena que se forma desde la primera persona con el que tiene contacto hasta la última persona que lo atiende, influye en la percepción general de la atención, es decir en que el paciente se sienta satisfecho o insatisfecho.

Hay factores que favorecen brindar una atención humanizada como los intrínsecos que son de la misma persona como la cultura, sus principios y valores, son abarcar al ser humano integralmente, con estrategias en eventos prioritarios, conciencia en el cuidado y autocuidado, el trabajo en equipo, la comunicación de forma individual y colectiva; hay unos factores extrínsecos que influyen como las políticas institucionales, la misma educación, la condición económico, la política pública, el ambiente, evidenciando aquí concluido por Nizama M y Rodríguez C, un colaborador manifiesta **“el trabajo en equipo, la comunicación hace que le estemos dando una atención humanizada, hacemos parte de un colectivo, una rueda no hace un reloj lo hace la interacción de todos los mecanismos”**, de acuerdo a lo que se menciona en las entrevistas individuales los porcentajes altos en la gráfica 2.1 y 2.4 llegan a influir contrariamente a lo que las gráficas nos muestran, otro colaborador manifiesta **“no basta en curar la enfermedad, la humanización hace parte de la salud, volcar todos los esfuerzos a recuperar la calidad de vida a pesar de su enfermedad”**, además en los aportes, lo que un usuario menciona **“el sistema sea más humano quitando toda la tramitología, con integralidad y equitativa”**.

En su totalidad los participantes mencionan ciertos problemas como causa de esos factores extrínsecos que influye en que se brinde atención humanizada desde que fue concebido con enfoque de mercado, no está concebido en lo humano, la necesidad de

IPS en continuar en el mercado, el no pago y pago inoportuno de las EPS, la obligatoriedad de la atención y buen uso de los recursos, el impacto de la ley 100 en los ingresos del personal de salud, disminución tiempo de consulta, desigualdad en el acceso, el paseo de la muerte, selección de sitio de atención, la falta de autorización de servicios, la corrupción de dineros, barreras en la atención, prestadores sin convenio con EPS, cierre de EPS o intervenidas, usuarios en aseguramiento transitorio, sobredemanda con relación a la oferta, remisiones tardías, servicios no contratados, suspensión de servicios, prestación de servicios por el manejo económico, en cuanto al personal, conlleva a un personal golpeado por el sistema, médicos agresivos con los usuarios, reduccionismo del paciente (patología, cedula, cama, autorización), devolución a pacientes, calidad en la atención, en las entrevista un colaborador hace esta reflexión **“si uno presta un servicio hay que prestarlo no por el manejo económico, sino abarcar todo el ser humano, no ser discriminativo, vincularse con la familia, demostrarles sentido de pertenencia”**.

En cuanto a la importancia entre personal de salud – paciente y su familia – institución como actores en la humanización, manifiesta el colaborador **“el sistema ejerce frente a las empresas, las empresas frente al personal, personal frente al paciente”**, otro colaborador refiere **“todo es una cadena, el buen trato a mi paciente es desde mi portero hasta el médico, el paciente viene que lo atendamos”**.

Las IPS parten de las directrices intra o extrainstitucional dirigidas al personal de salud frente al cuidado del paciente, como otro colaborador **“desde el direccionamiento estratégico de la institución, la gerencia debe estar completamente convencida, de que la humanización debe llegar desde el portero hasta los directivos para que se realice esa conversión”**, es de completa relevancia continuar en la construcción de un sistema de información interinstitucional a través de redes integradas, de esfuerzos entre las EPS-IPS de servicios contratados que pueda lograr la integralidad. Desde la EPS se presenta dificultades en cuanto a la humanización, que se administre de manejo integral, la EPS debe tomar conciencia, ejecutar y con hechos, empezar a actuar desde las directivas de las EPS.

La atención por el personal de salud de acuerdo a los atributos de calidad responde a las necesidades del usuario, con el conocimiento del mismo sistema, para generar satisfacción del paciente y su familia. En cuanto a la relación de la atención y la institucionalidad manifiestan los participantes que se debe tener un acompañamiento centrado en el paciente y su familia, conocer y reconocer el paciente con sus creencias, del lazo entre el paciente y su familia, siendo la familia más sensible frente a la enfermedad, se debe fortalecer y unir a través de la cadena de atención con las directivas, del personal de salud, paciente y familia con sentimiento humano, aquí se evidencia lo mencionado P. Hoyos, el usuario hace mención **“se enfoca mucho al paciente, es igualmente importante manejar al familiar, hay veces el estado del no le permite interactuar, pero con el familiar si”**.

Esta relaciones se pueden ver afectada por las causas antes mencionadas además de las siguientes: el reproceso administrativo, la resolución frente al caso que se presente entre IPS y EPS, sobrecarga laboral, mayor tiempo laboral, menos dedicación en casa, incapacidad laboral, monotonía laboral, ver el paciente como objeto, la tecnología que de cierta forma despersonaliza el paciente con el cuidador o del personal que lo atiende, es de entender como manifestó el usuario **“realizar cambios en la estructura del sistema”**, como nivelar oferta y demanda, humanizar el sistema a través de modificación de políticas, reconocer la importancia de todos los entes rectores y actores del sistema frente a la atención humanizada, hacer partícipe de la misma atención humanizada al paciente y a su familia, siendo un actor activo, dentro su cuidado y autocuidado, el colaborador manifiesta **“es el actuar con sentimiento, no como robots, tratar a cada persona como un universo único, crear un lazo entre el paciente y su familia, que sienta que está luchando a su lado”**, de esta forma complementa el concepto del Dr. Francesc Ravantos Torras.

5. Limitantes de la Investigación

Una de las limitantes que se presentó en el inicio del desarrollo de la presente investigación fue haber presentado el tema en dos instituciones prestadoras de salud, previamente a ser presentada en la Clínica del Occidente, pública y privada, lo cual no se obtuvo respuesta para socializar la temática de la investigación.

Otra limitante que se presentó, fue con algunos líderes que se tenía previsto realizar las entrevistas semiestructuradas, los cuales no se realizó la aplicación metodológica por presentar las siguientes dificultades: cruce de tiempos por actividades laborales, haber solicitado cita previa para socializar la metodología y programación, sin respuesta alguna, cancelar la actividad en múltiples ocasiones por presentar actividades imprevistas y no programadas.

Otra limitante fue en la dificultad de programar la realización del grupo focal con la asociación de usuarios por cancelación de reuniones, estas con periodicidad mensual, además, haber programado el grupo focal, inicialmente con cinco miembros de la asociación de usuarios, cuya participación final fue de dos miembros de la asociación y dos colaboradores de la Clínica del Occidente, con salón apartado dentro de la Clínica y haber pagado para realizar la filmación de la actividad.

Otra limitante que se presento fue la consecución de información institucional sobre la política de humanización, datos estadísticos, fichas técnicas y resultados de indicadores de las estrategias desarrolladas en la Clínica.

Otra limitante fue no poder realizar la investigación con una institución prestadora de salud pública, para realizar el comparativo con los resultados evidenciados en la presente investigación.

Finalmente, la dificultad de consecución de estudios y/o artículos de investigación relacionada a la humanización en salud a realizadas en IPS, a nivel distrital y a nivel nacional.

6. Reflexiones Finales

De acuerdo al análisis de la información de los instrumentos aplicados para la investigación, partimos que hay factores extrínsecos que influyen como son los sociales, económicos, políticos, académicos, ambientales y como factores intrínsecos del personal de salud que son la cultura, los principios y valores, educación, ética y bioética.

El SGSSS hace parte como factor político, el cual influye en lo socio económico y ambiental generando efectos positivos para la atención humanizada en la Clínica de la siguiente manera: cobertura y universalidad brindan la atención tanto al cotizante como a sus beneficiarios, al que no tiene ingreso que a su vez está afiliado por el régimen subsidiado, teniendo el mismo derecho al plan de beneficios que uno que aporte por el principio de solidaridad e igualdad, ejecutar el plan de beneficios incluyendo el alto costo que se pueda atender por la habilitación de los servicios, brindan tratamiento farmacológico completo, atención de las enfermedades correspondiente a su nivel de complejidad, atención de pacientes que sufren accidente de tránsito, atención de urgencias, como herramienta por acreditación está el SGCS con servicios habilitados, auditoría para el mejoramiento, sistema de información y acreditación favoreciendo la atención humanizada a través del eje de humanización dando esa relevancia al ser humano a partir del direccionamiento estratégico de la institución, formando una cultura organizacional a través de entrega de derechos y deberes, atención segura, comunicación e información continua, consentimiento informado riesgos y beneficios, apoyo espiritual y permanente psicológico, atención directa de la materna a ginecoobstetricia, cada paciente con su médico tratante. La clínica a través de política de humanización con su programa de visión de servicio ejecuta campañas que van encaminados al mejoramiento de la atención y satisfacción del paciente y su familia.

Por otro lado se manifestaron dificultades en el desarrollo del SGSSS como: 1) SGSSS con enfoque de mercado en un sistema de dinámica humana 2) la cobertura y universalidad llevando a que haya una sobredemanda con relación a la oferta, 3) hacinamiento de pacientes por la capacidad instalada, 4) sobrecarga laboral al personal de salud, entendiendo la capacidad de personal de salud por población y contratación de personal propia de la institución, 5) el desconocimiento por el personal de salud y usuarios en la dinámica o “transito” dentro del sistema dada por la formación académica y nivel educativo, como ejemplo, a) la atención pasa primeramente por la aplicación de

triage que clasifica y con esto se prioriza la atención, b) la línea de pago del usuario es decir pacientes que deben ser remitidos y son atendidos, pacientes que deben ser atendidos, terminan sujetos a una autorización, c) fragmentación del ser humano y de la atención por las especialidades tratantes y d) la Clínica es privada, supeditada a la contratación con aseguradores para el pago de servicios prestados; 6) los trámites administrativos en cuanto a solicitudes médicas y autorizaciones generando barreras de acceso, 7) la contratación con las EPS que determina los servicios a prestar y las condiciones, la integralidad en la atención, la información interinstitucional, continuidad en el manejo por mismo profesional, línea de pago de los usuarios, que favorecen a la fragmentación de la atención, 8) la contratación de servicios de las EPS con la IPS estabilizando la urgencia y realizando la remisión generando dificultades en la accesibilidad de los servicios en la institución 9) pago y oportunidad de pago por los aseguradores generan cierto plus y nichos de clientes para la clínica, y el no pago e inoportunidad de pago contribuye a los cierres parciales o totales de servicios, prestación de atención a usuarios únicamente por urgencias, inoportunidad de los servicios ambulatorios o consulta externa y entrega de medicamentos alterando el inicio de tratamiento, demora en pagos de nómina e iliquidez institucional y 10) recursos finitos que conllevan a contratación insuficiente de personal desencadenando una evolución patológica de mayor complejidad.

Esto genera efectos negativos en que el personal de salud brinde atención humanizada por: bajos ingresos, sobrecarga laboral, alta rotación del personal, mayor tiempo laboral, menos dedicación en casa, incapacidad laboral, pos y no pos como limitación en los tratamientos, limitantes en brindar atención integral, agilidad y negación en que se genere una autorización, respuesta tardía en remisiones, tope de exámenes/día, tope de interconsultas a medicina especializada, tiempo reducido de consultan, tener poco contacto visual con el paciente, congestión en la atención, despersonalización con el paciente, personal desmotivado, servicios sin convenio con la EPS; en cuanto al paciente y su familia estará la poca participación de los usuarios en su atención, poca participación al paciente, trabas administrativas para el acceso a los servicios de salud teniendo que entablar derechos de petición o tutela, limitación de selección de sitio de atención por contratación y georeferenciación, fallas en la generación de autorización de servicios, paseo de la muerte, el paciente sentirse como objeto, tecnología en algunos casos despersonaliza frente al paciente, pacientes molestos, insatisfacción por la atención recibida y la no atención.

Se debe reconocer la atención humanizada, lo más relevante en la prestación de servicios de salud, la humanización depende de cada quien y es importante tener vocación y sentido de pertenencia para ser ejemplo con acciones a los compañeros y/o colaboradores a cargo, paciente y sus familias, además hay herramientas que de acuerdo a los factores externos facilitan o dificultan que se brinden realmente de la mejor forma y de la formulación de nuevas estrategias con el fin de ir mitigando lo que las dificultades que SGSSS puede llegar a impactar en la atención propia del personal de salud de la clínica.

Es paradójico abordar el tema del sistema de salud desde el enfoque de mercado frente a la atención humanizada, teniendo en cuenta al ser humano en todas sus esferas, con sufrimiento y verse alterada su calidad de vida, ya que se estipula normativamente mejorar cobertura, accesibilidad, universalidad, equidad e integralidad, pero en el desarrollo, de qué forma se está realizando, al evidenciar problemáticas que comprometen en ocasiones la misma atención por: contrataciones parcializadas con las IPS teniendo en cuenta el costo más no la calidad, aseguradores con ciertos plus dentro del sistema, la creación de medicina prepagada entre las EPS-IPS u otras aseguradoras que ofertan pólizas de salud con promesa de venta de ser atendidos en IPS más reconocidas, con beneficios, prioridades o paquete de servicios como mejor hotelería, oportunidad a especialidades, accesibilidad a servicios incluyendo medios diagnósticos y quirúrgicos con mejor tecnología, que en conclusión se paga para mejor oportunidad, ambiente, trato y calidad (humanización), favoreciendo la inequidad entre la población.

Tomando textualmente el aporte de uno de participantes “La salud se ha venido mercantilizando y la vocación se ha venido perdiendo”, es de reconocer que hay que abordar y sugerir modificación en políticas públicas como Clínica y actor relevante en el sistema de salud, además de la inter institucionalización de las políticas de humanización con grado de modelo de atención y protocolos de manejo en las contrataciones, teniendo herramientas como es el mismo SGCS a través de la acreditación y las políticas internas en humanización que hace parte del direccionamiento estratégico y transversal a todos los procesos, las problemáticas que se han presentado en el desarrollo del SGSSS y que han impactado, en cierta medida en brindar la atención humanizada a la población en condición de salud-enfermedad como actor directo de la misma, conservando su misión y visión netamente humanitaria, como acompañante de un individuo y colectivo participe de su propio cuidado, reconociéndolo en todas sus esferas, brindando un manejo integral y trabajando en equipo para la formulación en políticas de humanización institucionales y a un personal de salud en sensibilizar, fortalecer y reconocer su vocación, sentido de pertenencia y dedicación al compromiso y juramento ético al bienestar social.

Cabe agradecer al equipo de colaboradores y directivas de la Clínica del Occidente por la labor humanitaria que han venido por años realizando con devoción, cariño, entrega, empeño y vocación a la sociedad local, distrital, nacional e internacional; por todo el trabajo humanitario para brindar una nueva esperanza de vida, en la felicidad de muchas personas por recuperar la salud de su ser querido, en hacer sentir seguridad y agradecimientos, por la compañía permanente en el dolor y la tristeza de perder un ser querido de la forma más humana.

7.Recomendaciones

Continuar en formación de conocimiento en la relación de las políticas públicas de los diferentes sectores con la humanización para enriquecer la práctica de las distintas ciencias e instituciones.

Despertar interés, incentivar la realización y fortalecer el área de investigación en humanización de la salud con las diferentes metodologías investigativas, por la importancia que se dimensiona en el presente estudio, por la escasa evidencia, de acuerdo a la búsqueda bibliográfica, de investigaciones sobre la humanización en salud en Bogotá y en el país.

Para la Clínica del Occidente, impulsar la investigación cualitativa y ser referente nacional e internacional en estudios de humanización en salud, desde la dirección se dimensione la problemática para generar e impactar con la formulación de tácticas, estrategias, proyectos, programas, políticas internas y capacitaciones al personal de una forma estructurada, crear sentido de pertenencia de las problemáticas del SGSSS siendo la institución actor dentro del sistema, por otro lado, al ser un estudio que para la Clínica, por primera vez, es desarrollada por la Universidad Nacional de Colombia, fortalecer alianzas con instituciones que impulsen la investigación siendo una plaza adecuada para la formación de estudios de alto impacto o en la generación de conocimiento a nivel nacional e internacional.

Tener en cuenta la humanización como parte del pensum académico en las ciencias de la salud, como pilar fundamental en brindar una atención humanizada, incluyendo el conocimiento en pregrado y posgrado tanto administrativo y asistencial.

En Salud Pública, fomentar el interés de la humanización como pilar indispensable para el desarrollo y formulación de políticas públicas, sistemas sociales y modelos de atención, reconociendo el ser humano como un ser holístico y esencial.

Surge la inquietud de entender la deshumanización en el SGSSS como un problema de interés en salud pública, ya que es una problemática sentida por la población y las diversas instituciones de la sociedad.

Dar continuidad en investigación en instituciones públicas y privadas acreditadas y no acreditadas que presten servicios de salud, o aplicarse en las entidades prestadoras de salud.

A.Anexo: Consentimiento Informado Investigación

Se adjunta documento PDF en CD

B.Anexo: Preguntas Entrevistas y Grupo Focal.

Se adjunta documento PDF en CD

C.Anexo: Matriz de Categorías de Análisis

Se adjunta documento en Excel en CD

Glosario de Términos

Atención Humanizada: Uno de los mayores exponentes sobre el tema y referente teórico es el Dr. José Carlos Bermejo, el cual manifiesta que para humanizar se debe extraer lo más genuino y natural que tiene el ser humano o con tomar conciencia de sí, para poder ser para los demás, teniendo en cuenta la importancia entre las relaciones con los usuarios y profesionales, con sus competencias en cuidar y proteger el derecho, a mantener el control sobre la propia vida y a actuar con libertad, estimulando la autonomía personal. Además tiene que ver con la integración en la comunidad, con la globalidad, con el disfrute de las interacciones sociales favoreciendo una vida personal gratificante, con la organización adaptada a los servicios y programas de mejora funcional y el bienestar del residente y del trabajador, con el ambiente, los espacios, el clima y calidez en el trato, con las intervenciones, con la competencia y colaboración, con ser algo parecido a una gran familia, con el derecho a que la persona mayor participe en su comunidad. Dr. Ángel Brusco, manifiesta “El fundamento más profundo de la salud es el amor, si nuestro amor es grande donde será el fruto que del obtenga”, conceptualiza las siguientes características: 1) En la relación entre el personal y paciente/familia; 2) En las condiciones inhumanas en que el personal está obligado a trabajar; 3) En el modo de comportarse del paciente/familia; 4) En la tecnología médica, puede empobrecer las relaciones interpersonales; 5) En la infraestructura; 6) Asistencia a paciente terminal o crónico, con escasa consideración y falta de respuesta apropiadas; 7) Administración sanitaria, lenta a causa de la burocracia e intereses políticos y utilitaristas. 8) Investigaciones no siempre respetan al paciente; 9) La gestión guiada por criterios reductivos.

Entidades Promotoras de Salud: Entidad encargada de hacer la afiliación, el registro de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el recaudo de los aportes de los trabajadores y empleados contemplados por la ley.

Humanización en Salud: Es entendida como un proceso de actualización con el hombre que sufre, en una sociedad cada vez más mecanizada y tecnificada como la nuestra a este vínculo de trabajador de la salud y enfermo, hay que amar mucho a los enfermos

para ser capaces de servirles con respeto, dignidad y veneración que merece su condición de personas humanas, en relación a salud, hace referencia a promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca a nivel físico (Somos nuestro cuerpo), Intelectual: Ser racional, Psico-afectiva: Impregna los demás emotivamente, emocional, social (está en relación con otras persona), cultural y espiritual.

Instituciones prestadoras de Salud: Instituciones que prestan el servicio de salud, las cuales pueden ser públicas o privadas Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir, su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar.

Plan Obligatorio de Salud: Es el conjunto de servicios de atención en salud en Colombia, a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y está complementado con el reconocimiento de prestaciones económicas en caso de incapacidad por enfermedad general y licencia contempladas por ley.

Régimen Contributivo: Es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador. Las personas con capacidad de pago deben estar afiliadas a una EPS y pagar bajo el principio de solidaridad de forma periódica por los servicios de salud.

Régimen Subsidiado: Es aquel en que se encuentran las personas sin capacidad de cotizar al Sistema por lo cual el Estado les proporciona los medios para su afiliación mediante los subsidios a la demanda a través de una EPS.

Sistema General de Seguridad Social en Salud: Está concebido bajo el enfoque de mercado, regulado por el Estado, pueden alcanzar un óptimo beneficio social. Dicho Sistema busca asegurar la coherencia y eficiencia en la asignación de los recursos y la eficacia en la prestación de servicios, bajo los principios de universalidad, libertad de elección, solidaridad, eficiencia y equidad. No obstante, el aseguramiento y la estabilidad financiera del Sistema están supeditadas, en buena parte, al comportamiento las variables macroeconómicas que en últimas determinan la generación de empleos formales y la disponibilidad de recursos para ampliar coberturas.

Bibliografía

[1] INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (UNASUR), Sistemas de Salud en Suramérica desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad mayo 2012, pag 21-23.

[2] García-Ubaque Juan C, García-Ubaque César A, Benítez C Luisa F, Reforma colombiana en salud propuesta de ajuste de aseguramiento y financiación, Rev. Salud pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct 2012, Pag 2-5.

[3] Gómez Arias Rubén Darío, Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia, Ponencia presentada en el seminario internacional “El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud”, Facultad Nacional de Salud Pública 9 y 10 de marzo de 2005 Medellín, pag 5 y 6.

[4] Botero López Carlos A, Rendón Torres Lina B, Herrera Giraldo Alberth C, La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad?, Revista médica de Risaralda Vol 18 No 2 Diciembre de 2012, pag 1 y 2.

[5] Agudelo Calderón Carlos A; Cardona Botero Jaime; Ortega Bolaños Jesús; Martínez Robledo Rocío Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas, Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.6 Rio de Janeiro June 2011, pag 3, 4.

[6] Merlano Porras Carlos Andrés, Gorbanev Lourí, Sistema de Salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura, Rev Gerenc. Polit. Salud, Bogotá Colombia 12 (24) ene-jun de 2013, pag 76, 77.

[7] Molina G, Ramírez A., Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009, Rev Panam Salud Publica, 2013, pag 287 - 293.

[8] Franco Giraldo Álvaro, Referentes teóricos para el análisis de la reforma del Sistema de Salud Colombiano, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia) 11 (22) enero-junio de 2012, pag 30 – 35.

[9] Franco Giraldo Álvaro, La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, Rev. Salud pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct. 2012, Recibido 28 Enero 2012/Enviado para modificación 27 Junio 2012/Aceptado 30 Julio 2012, pag 2-7.

[10] <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/> (citado el 08 de noviembre 2015).

[11] DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2009) La tutela y el derecho a la salud periodo 2006-2008 Bogotá.

[12] Molina García Mario, Chicaíza Becerra Liliana Alejandra, Salud, Estado y mercado: el sistema colombiano actual visto desde la economía, Rev. Col. Anest. Noviembre 2010 - enero 2011. Vol. 38 - No. 4, pag 440 y 441.

[13] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2012), Folleto informativo N° 30/Rev.1, Derechos Humanos oficina del alto comisionado, El sistema de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra pag 4-9.

[14] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2012), OMS Folleto informativo N° 30/Rev.1, OMS Derecho de la Salud, oficina del alto comisionado para los derechos humanos, pag 3-10.

[15] Redrado J L, Gurina J Gol, Marchesi P, Bolech P, Brusco A, Humanización en Salud, editorial San Pablo Selare, 1ra edición 2003, pag 15-29.

[16] Burke, Italia: Surgimiento e Innovación. El renacimiento, Barcelona: SARPE 1993, pag 27.

[17] Choza J, Heidegger y el Humanismo del siglo XXI. En F. d. Amigo, Humanismo para el siglo XXI. Propuesta para el congreso internacional, España Universidad de Deusto, 2003, pag 174-175.

[18] Lapesa R, "Historia de la lengua española", pag 63, 64 y 69.

[19] Bermejo José C, ¿Derecho a la humanización?, Centro de Humanización en Salud, pag 27-29.

[20] Posse Pablo, QUE ES HUMANIZAR ¿Claves para la humanización de la atención a personas mayores. Centro de Humanización en Salud Tres Cantos (Madrid) 08 de abril 2013, Diapositiva 4.

[21] Bermejo José C, Humanizar la Gestión de la Calidad, Sal Terrae Santander Centro de Humanización de la Salud 2013, pag 17-19 y 30-45.

[22] Brusco Ángel, Humanización de la Asistencia al Enfermo, Sal Terrae Santander Centro de Humanización de la Salud, 1999 pag 17-18.

[23] Magliozzi Pietro HUMANIZAR PARA UNA NUEVA SALUD Y SANACION HOY, Programa de estudios humanísticos Universidad Católica de Chile, Revista de estudios Medico Humanísticos Volumen 12 No 12, pag 2, 4.

[24] De Moraes Chernicharo Isis, Da Silva de Freitas Fernanda Duarte, de Assunção Ferreira Márcia, Humanización en la Atención de Enfermería: contribuciones al debate sobre la Política Nacional de Humanización, Rev. Bras. enferm. vol.66 no.4 Brasilia July/Aug, 2013, pag 3-13.

[25] Hoyos Hernández P, Cardona Ramírez M, Correa Sánchez D, Humanizar los contextos de salud, Cuestión de liderazgo, Revista Investigación y Educación en Enfermería Vol XXVI, num 2 septiembre, 2008, pag 218-225.

[26] Bermejo Higuera José C, Humanizar los Cuidados en la Relación con el Enfermo de Alzheimer, Artículo publicado en: Revista Humanizar, 2007, pag 2-8.

[27] Ruiz Jiménez J., "El ciudadano ante la humanización de la asistencia", en: "Jornadas sobre humanización...", pag 133.

[28] Franco ZR. Desarrollo Humano y de Valores en la Salud. Manizales Universidad de Caldas, 2003, 268 pag 2.

[29] Gil MI. Bioética: Una Propuesta de Humanización y Actitud Frente a la Vida. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2001, pag 3-9.

[30] Brusco A, Redrado J, Gal J, Marchesi P, La Humanización en el Mundo de la Salud. Humanización en salud, Bogotá Selare, 2003, pag 93-119.

[31] Heluy C, Efigênia T, Cabañero R. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. Index Enferm [Internet] 2004 [acceso el 15 de noviembre de 2005]; 13 (44): 18-20, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es&nrm=.

[32] Lima Carina Camilo, Martinez Guzman Soemis, Craice De Benedetto Maria Auxiliadora, Claramonte Gallian Dante Marcello, Humanidades y Humanización en Salud: la literatura como elemento humanizador para alumnos de graduación del área de la salud, Interface (Botucatu) vol.18 no.48 Botucatu 2014, pag 2 – 5.

[33] Guimarães Mongiovil Vita, de Cássia Cordeiro Rita, Dos Anjos Bastos Leite, Holanda Soares Suellem Beatriz, Lago Falcão Tânia Maria, Reflexiones conceptuales

sobre la humanización de la salud: la óptica de los enfermeros de Unidades de Cuidados Intensivos; Rev. bras. enferm. vol.67 no.2 Brasília Mar/Apr 2014, pag 2, 3.

[34] Rodríguez C. Calidad de atención en salud y ley 100 de seguridad social. En: Escobar J, compilador. Bioética y Justicia Sanitaria. Bogotá: Ediciones del Bosque; 1999, pag 147-182.

[35] De Bello S Cedrés, Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios, pag 1, 2.

[36] Nizama M. Humanicemos el hospital. Bogotá, Disponible en: http://209.85.165.104/search?q=cache:328myxdza_n4J:www.scielo.org.pe/scielo.php%3Fpid%3DS16091732002000100007%26script%3Dsci_arttext+Nizama+M.+Humanismo+m%C3%A9dico&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co6
Redrado JL, Humanismo médico. Rev Soc Perú Med Interna [Internet]. 2002 [acceso 15 de marzo de 2005];15, Cencapas; 1988 pag. 47-79.

[37] Roldán I. Medicina humanizada. Bogotá: Selare; 1991, pag 11-87.

[38] Bermejo Higuera José C; Carabias Maza Rosa, Villacieros Durbán Marta, Moreno Lorite Carmen, Humanización de la Atención Sanitaria, Importancia y Significado en una Muestra de Población de la Comunidad de Madrid, Ética de los Cuidados, 2011 jul-dic, pag 1-7, Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n8/et7673.php>> Consultado el 5 de Marzo de 2012.

[39] Bermejo Higuera José Carlos, Durbán Marta Villacieros, El Compromiso de la Humanización en las Instituciones Socio sanitarias, Fundación Caser para la dependencia, pag 3-12.

[40] Da Silva Alcantara Luciana, Weguelin Vieira Joao Marcos, Serviço Social e Humanizaçã o na Saúde: límites e posibilidades, Textos y contextos (Porto Alegre), vol 12, No 2, jul/dez 2013, pag 334-348.

[41] De Oliveira López Barros Sámara Dalliana, De Queiroz Johny Carlos, de Melo Raimunda María, Cuidando Y Humanizando: Obstáculos Que Dificultan esta Práctica, Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010, pag 598-603.

[42] Rosatti Duval Melissa, De Lima Olivera Silene, Medicina psicosomática y la política de humanización del SUS: desagrado en la contemporaneidad, O Mundo da Saúde, São Paulo, 2010, pag 451-456.

[43] RAVENTOS TORRAS F., "La Organización Sanitaria al Servicio del Ciudadano", en: "Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD", Madrid INSALUD, 1985, pag 12.

[44] Bermejo Higuera José Carlos, El Centro de Humanización de la Salud, Promotor de una Cultura de la Salud Tres Cantos, 3 de octubre de 2003, pag 1-4.

[45] ICONTEC, Rodríguez Carlos Edgar cerorodriguez@icontec.org, Humanización de la Atención en Salud y Acreditación, pag 1-6.

[46] <http://www.acreditacionensalud.org.co>). (citado el 05/04/16)

[47] Bermejo Higuera José Carlos, Humanizar la Intervención Social, Implicaciones en la Persona, publicado en Revista Humanizar, 2010, pag 1-4.

[48] Herranz G. El hospital como organismo ético, Pers Bioet, 1998, pag 43-67

[49] Santos AM. Humanización de la Atención Sanitaria: Retos y Perspectivas. Cuad Bioét [Internet], 2005, 14(50), Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/B4%20Humanizacion.pdf>)

[50] Escudero, R. B, Humanismo y Tecnología en los Cuidados de Enfermería desde la Perspectiva Docente. Enfermería Clínica, 2003, pag 164-170.

[51] <http://www.clinicadeloccidente.com/quienes-somos/>, (citado el 10/09/16)

[52] <http://www.clinicadeloccidente.com/sistema-de-gestion-de-calidad/> (citado el 10/09/16)

[53] <http://www.clinicadeloccidente.com/politicas-institucionales/>, (citado el 10/09/16)