

MANUAL

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN HUMANIZADA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

MAICAO, LA GUAJIRA



TABLA DE CONTENIDO

<u>1.</u> PRESENTACION	¡Error! Marcador no definido.
<u>2.</u> JUSTIFICACION	4
<u>3.</u> OBJETIVOS	7
<u>4.</u> GLOSARIO.....	10
<u>5.</u> COMPROMISO DE LA ENTIDAD HACIA LA ATENCION HUMANIZADA	14
<u>6.</u> ESTRATEGIAS DE HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS.....	19
<u>7.</u> EVALUACION DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE ATENCION HUMANIZADA	22
<u>8.</u> BIBLIOGRAFIA	36
<u>9.</u> ELABORACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS.....	27

1. PRESENTACION

El presente programa de Atención Humanizada de la ESE HSJM, pretende rescatar y apropiar la Humanización como principio transversal en las diferentes políticas institucionales, convirtiéndola en una columna de los procesos de asistencia sanitaria, ello implica, centrar los esfuerzos en el ser humano, fortalecer la relación empatía entre los clientes internos y los usuarios y la ciudadanía, cualificar la experiencia de interacción entre las personas y el sector salud, de tal manera que se favorezca el surgimiento de una cultura de humanización, el goce efectivo del derecho a la salud y la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas.

Se hace necesario formular una política como compromiso gerencial e institucional frente a atención humanizada y debe estar basada en las necesidades y expectativas del usuario, sus derechos, la competencia en el THS, los aportes normativos y el compromiso de la directiva y los líderes de procesos. Es muy importante comprender porque se habla de la humanización de los servicios de salud si quienes la ofertan son seres humanos y la respuesta clara y sencilla es: cambios en la actitud, el mejoramiento de la atención en salud desde la calidez, ver al usuario como un sujeto único, irrepetible, con unas necesidades individuales y específicas, por lo tanto el tratamiento que le damos es orientado a tener en cuenta esas características.

Otros argumentos hacen referencia a su incidencia en la creatividad, la innovación y en el amor por el otro, e invitan a los agentes del Sector Salud a tomar consciencia de lo que somos como especie humana y como entorno, realzando, desde ahí, el sentido de vida de cada individuo. Otras miradas hablan de la vocación en lo que hacemos, de la visibilización que se le da del otro, del fortalecimiento de los vínculos humanos y de los lazos de confianza entre los agentes del sector salud que favorezcan el bien común. Emergen también las comprensiones que convocan a que las organizaciones y la ciudadanía reconozcan la importancia del talento humano, partiendo de valorar el sentido y el propósito personal, que resaltan el hecho de que todos somos parte de la solución frente al propósito de disminuir las brechas que se presentan en la actualidad en el Sector Salud y de fomentar la participación colectiva, el empoderamiento y transformación de la cultura de humanización en salud.

La OMS declara que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Este programa esta orientado a lograr el goce efectivo de los servicios de salud y a la dignidad humana que oferta la ESE HSJM, con la finalidad de mejorar la experiencia de los usuarios y partes interesadas, generando cambios culturales en la gestión centrada en el ser humano. Desde esta perspectiva ha de reconocerse en cada persona su integralidad y su característica esencial de existir en estado de interacción permanente con su propio ser, con otros individuos de su especie, con la naturaleza, con otras especies. En este sentido mantiene una estrecha relación con el otro y con lo otro guiada por los principios de reciprocidad, interdependencia y complementariedad con todo lo que le ofrece su territorialidad y su contexto, con basa en los cuales construye individual y socialmente un proceso permanente de aspiración a una vida con mejor calidad y a la creación de su singularidad que se reconoce y

concretiza en una pluralidad de seres, cuyas diferencias le exigen una constante comunicación, dentro de la cual emisores y receptores del mensaje han de actuar de manera crítica frente a sus contenidos e intencionalidades, fundados en la transparencia de la relación, en la ética, en la calidez del trato, en el respeto del derecho a la dignidad humana.

Así mismo, el programa pretende recuperar el sentido del actuar del talento humano, reencaminar el propósito, la vocación, la dignificación laboral, las potencialidades y la misión del talento humano en salud, centradas todas ellas en ayudar al otro con respeto, en incentivar la reflexión para que la entidad y cada una de las personas que lo conforman se relacionen desde sus necesidades, capacidades y visiones positivas de futuro; construyan, a partir de diferentes referentes y múltiples enfoques, nuevas propuestas capaces de afianzar la cultura colaborativa en humanización, las cuales sean tenidas en cuenta en las actividades organizacionales.

El programa también busca la generación de capacidades técnicas, científicas, emocionales, administrativas y operacionales en el THS, para organizar el modelo gerencial de gestión, atención y prestación de servicios.

Aporta, de igual manera, nuevos sentidos, promesa de valor, significados, visiones que nutren los imaginarios que existen dentro de la sociedad en torno a lo que representa el Hospital, que presta un servicio público esencial basado en la defensa de los derechos y de la dignidad humana, de toda persona que intervenga en el mismo ya sea como beneficiario, servidor, agente o miembro de la comunidad.

La Política institucional de atención Humanizada, responde al sentir de las normas estatales y se desarrolla teniendo en cuenta los siguientes componentes: Ser, Humano – Ser Humano; Bien Común; Servicio Público Esencial; Responsabilidad Social; y Construcción Individual y Social Continua, las cuales, entre sí, en calidad de recíprocas e interdependientes se complementan, se relacionan, inspirando, a su vez, la definición de los ejes y estrategias, con sus acciones a ejecutar en el futuro cercano. Se busca avanzar en la consolidación de una cultura de humanización, en la institución, centrado en la persona, a partir del fortalecimiento del relacionamiento interpersonal entre individuos y familia, en su condición de: talento humano, organización, interorganizacionales del sector salud, sectores relacionados y de comunidad. Promueve ella, tener en cuenta, así mismo, el ambiente y el uso de la tecnología; la consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector y de sectores relacionados convocados como la veeduría ciudadanía, las EPS y la comunidad en general. Esto exige un compromiso de la alta dirección, líderes y todo el talento humano en salud que provee los servicios de salud.

Es muy importante el fomento de la creatividad, la innovación e investigación en el desarrollo sistémico-colaborativo a partir de: la realidad territorial-poblacional y de la diversidad cultural y ambiental; la formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud; y la reorientación hacia modelos de gestión centrados en las personas, las familias y la comunidad.

Para concluir el programa refleja el compromiso con el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud que la ESE HSJM a la población usuaria para el goce del derecho fundamental de la salud y de la dignidad de las personas, contemplando la cosmovisión de la población étnica



presente en el territorio y el derecho a la diferencia.

2. JUSTIFICACION

Con la Constitución Política del año 1991, se inicia la construcción hacia una sociedad signada por el respeto a los derechos humanos y a la naturaleza, teniendo en cuenta que “Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, la ESE HSJM apropia esos conceptos para responder a esas exigencias. Así las cosas “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Con la aprobación de la Ley 100 en el año de 1993, Colombia reforma la salud, mediante la cual crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de la mano del modelo económico. Adopta un modelo de competencia controlada o regulada orientado a ser un pluralismo estructurado y con un enfoque de mercado. Su logro central, se encamina a extender a todos los ciudadanos la seguridad social buscando corregir las fallas estructurales de cobertura y a mejorar la equidad, bajo el principio de solidaridad que se representa con la contribución de las personas con capacidad de pago, las cuales han de amparar a las personas que no dispongan de recursos o presenten salud individual esté en riesgo. Se enfoca en la eficiencia y la calidad, facilitando el acceso a la atención en salud y desarrollando mecanismos y estrategias para atender a la población de escasos recursos. De igual manera, se inserta la salud a la macroeconomía, la cual se transforma en objeto de consumo, dependiente de la reforma económica del país, dilucidando que la salud es un servicio completamente humanitario. (Gómez R, 2005), (Botero C., Rendón L., Herrera A., 2012). De igual manera, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuenta con normas que favorecen su implementación y orientan su objeto a garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana. A este respecto, se pueden relacionar las siguientes normas:

- La Ley 10 de 1990, define el modelo de descentralización, la Ley 715 de 2001 determina las



competencias y la estructura financiera descentralizada.

- La Ley 1164 de 2007 regula las condiciones del talento humano en salud.
- El Decreto 1011 de 2008 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.
- Además, reformas a través de las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud.

Estudios, como los mencionados a continuación (García J., García C., Benítez C., 2012), (Agudelo C., Cardona J., Ortega Jesús., Martínez R., 2011), muestran 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, 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, así mismo, se considera que existen logros significativos como los que se presentan a continuación:

- Avances importantes en el crecimiento de la expectativa de vida y la reducción de la mortalidad en general, con énfasis a los objetivos del milenio y reducción en los tres tipos de desnutrición (aguda, crónica y global).
- La Medición de carga de enfermedad permite medir la situación de salud en el transcurso de la vida y hacer estimaciones comparativas.
- Avances en lo relacionado con cobertura, acceso y equidad.

- Expansión en la oferta nacional de los servicios de salud, con crecimiento predominante en el sector privado y en el segmento de mayor complejidad tecnológica.

- La mayor protección financiera también ha posibilitado un efecto de mayor acceso, derivado de la eficiencia en la respuesta de los servicios de salud.

- Obtiene los mejores resultados del continente en la combinación de reducción de riesgo financiero y acceso a servicios hospitalarios de alta complejidad (Wagstaff y Cols., 2015).

- Obsolescencia tecnológica en el primer nivel, reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad con ampliación de la participación de la oferta privada sobre la oferta pública.

Así mismo, se generan múltiples discusiones frente a las brechas que cada vez son más visibles en la consolidación del objetivo del SGSSS. Algunas de ellas son frecuentes en los Sistemas de Salud y se refieren a: la equidad, el aumento del gasto y la calidad del servicio. Otras hablan de: el modelo planteado excluye a las personas para la atención e incluye a las enfermedades; los procedimientos y medicamentos; la debilidad de buscar resultados en salud o de lograr una prestación de servicios de salud en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución; se formula bajo un mecanismo de mercado de servicios de salud, lo cual no aplica en salud, ya que el consumo de servicios no resulta de interés cuando la persona no está enferma (García J., García C., Benítez C., 2012), (Franco A., 2012).

Se plantea también que las problemáticas parten de una mirada simplista de la economía y de su aplicación en el campo de la salud, convirtiendo los servicios de salud en un negocio rentable que ha imposibilitado una regulación extensiva de acuerdo con el interés de las personas y con el goce efectivo del derecho fundamental de la salud de toda la población, bajo la responsabilidad social de los agentes.

Las fallas del mercado a nivel organizacional exponen a las personas a excesivos trámites administrativos, al personal de salud a atender una gran cantidad de personas en tiempo limitado, lo cual puede llegar a ocasionar atención inadecuada desde lo ético y desde la calidad. La fragmentación del ser humano y del trabajo multidisciplinario, por órganos, por enfermedad o por trámites o requerimientos administrativos conduce a que se disemine o se pierda de vista la integralidad de la persona, de las relaciones interpersonales y del trabajo en equipo. Así mismo se afecta negativamente la sensibilidad humana, el cuidado, la solidaridad, el trato, la gestión, el respeto, la autonomía de la persona y su familia en su proceso de salud. De otra parte, se observa: escasa participación de la ciudadanía en la adopción de lineamientos, falta de información, condiciones inadecuadas en la infraestructura y en el aseo, carencia de dotación por sobreocupación que afecta la dignidad e integridad de las personas en servicios de salud en instituciones públicas, privadas y mixtas. Se evidencian deficiencias en la estabilidad, en la vinculación laboral, en la inadecuada remuneración, en el número insuficiente de personal en los equipos de salud asistenciales y administrativos, en las jornadas extenuantes de trabajo, en el acoso y en la sobrecarga laboral del personal de salud que generan desgaste en los profesionales (burnout), lo cual incide en su desempeño profesional, en su calidad del trabajo y en un posible maltrato hacia las personas y sus familias (Hoyos P., Cardona M., Correa D., 2008) (Defensoría del Pueblo, 2020).

Es necesario que el personal de salud en formación sea teórica y prácticamente preparado en la integralidad del ser humano, de tal manera que en la práctica encuentre conozca y comprenda modelos y referentes de atención que orientan hacia la atención integral de la persona o la impiden.

Para responder al desafío que emana de lo anteriormente expuesto, en el año 2015 se genera la reforma del SGSSS, mediante la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria, que consagra a la salud como derecho fundamental e incluye elementos y principios esenciales e interrelacionados que favorecen su goce y el cierre de sus brechas. Establece, de manera diáfana, que el centro del Sector Salud son las personas y su dignidad y nos orienta a reconocer nuestra integridad e integralidad, en tanto somos seres humanos holísticos. Invita a comprender la importancia de la participación de las personas



en las decisiones adoptadas por los agentes; de la articulación e intersectorialidad para abordar los determinantes; del pro homine (El principio de interpretación <pro homine>, impone aquella interpretación de las normas jurídicas que sea más favorable al hombre y sus derechos, esto es, la prevalencia de aquella interpretación que propenda por el respeto de la dignidad), entendido como el favorecimiento entre las normas vigentes que conlleve a la protección del derecho fundamental a la salud; de la sostenibilidad financiera y la disminución de barreras administrativas; de la integración a través de mecanismos que contribuyan a reconocer las diferencias culturales existentes en el país; de las condiciones laborales justas y dignas para el personal de salud con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos de acuerdo con las necesidades institucionales; de la calidad, con los múltiples y valiosos aportes el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) con el cumplimiento de atributos y estándares de calidad por los prestadores de salud y el Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad (PNMCS) 2016-2021.

El programa le da prioridad a retomar la atención en las personas, en reconocer la humanización como el imperativo esencial del modelo nuevo en Salud y en abordarla desde diversos ámbitos como lo socio-ambiental con participación protagónica y construcción colectiva del bien común. Esto ha de hacerse desde lo político en la transversalización en el desarrollo de lineamientos nacionales, territoriales, organizacionales; desde lo cultural, con el reconocimiento de la interculturalidad e integración de la misma para la mejora de prácticas y estrategias que generen un impacto con pertinencia a cada realidad humana en salud; desde lo económico en el sostenimiento financiero de una salud con calidad, desde lo educativo en el fortalecimiento de la ética colectiva, de los valores, del manejo de las actitudes e la comunicación, del trabajo en equipo y de las relaciones interpersonales. Centrar los esfuerzos en las personas plantea la necesidad de que sus agentes (EAPB, IPS, proveedores) enfoquen su misión al cumplimiento de una cultura organizacional dirigida en el ser humano.

Con la humanización se favorece al cumplimiento de las metas del Sector de Salud, relacionadas con el cierre proporcional de las brechas en la calidad



de la atención en salud, el mantenimiento y la conservación de la salud de las personas de forma individual y colectiva, la detección y atención oportuna de la enfermedad de las personas, la generación y replanteamiento de modelos de gestión administrativos y asistenciales que se centren en los requerimientos de las personas, el reconocimiento de la importancia de la relación interpersonal entre los sujetos de cuidado y el personal de salud administrativo y asistencial (Hoyos P., Cardona M., Correa D., 2008), De igual manera ella exige la visibilización de las condiciones laborales y de formación del personal de salud; el fomento de la corresponsabilidad, la participación colaborativa y la cocreación entre los agentes, la academia y la ciudadanía; el fortalecimiento del compromiso de los gerentes y directores en la transversalización con las diferentes políticas institucionales y en la generación y sostenimiento de la cultura de humanización en las organizaciones; el reconocimiento de la diversidad e integración cultural de las realidades poblacionales y su grado de vulnerabilidad. Es indispensable extraer lo más genuino y natural del ser humano en el desarrollo de su capacidad de creación, innovación e investigación frente a todo lo que contribuya a la consolidación de las prácticas humanizantes (Bermejo J., Durbán M., 2013).

Cuanto más pongamos a la persona (usuario) en el centro real de nuestra gestión, más podremos responder a un aspecto clave para su propia percepción...”. En coherencia con lo anterior, se valida el respaldo y el compromiso del Ministerio de Salud y Protección Social para que la salud de toda la población se dé de forma equitativa, con aseguramiento a toda la población y se brinde con calidad. De igual manera, reconoce la importancia, el significado y el valor de la humanización en el contexto de la Política Pública en Salud del país.

Desde el nivel nacional se prevee la aprobación de la Política Nacional de Humanización, concibiendo la Humanización como un imperativo del Sector Salud y en la generación y fortalecimiento de una cultura de humanización que centre los esfuerzos en las personas.

Ella ha de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, la protección de la vida y la dignidad humana, a través de la corresponsabilidad colectiva, la participación colaborativa, la autonomía, la cocreación y coordinación armónica de acciones de todos los agentes del Sector. Es de suma importancia el fomento de la participación de los ciudadanos, de tal manera que se favorezcan sus relaciones

interpersonales, el cierre de brechas desde las realidades territoriales, el establecimiento de lazos de confianza sobre la base de reconocer y valorar sus diferencias y semejanzas, y con la disposición de ampliar sus conocimientos y aprendizajes en pro de la construcción del bien común.

Generar un contexto más humano exige reflexionar sobre cómo dinamizar cambios radicales en la actitud, en la aptitud, en los comportamientos, en el recto actuar de los agentes del sector salud, en cómo poder ver el rostro humano que hay detrás de un número, de una cuenta de cobro, de un pago de afiliación, de un informe, de una enfermedad, de un dato, de una cama, entre otros, de manera permanente desde la gobernanza. Generar cultura de humanización (Mello I., 2008) implica que el talento humano en salud se apropie de ella a partir de la formación continua, el mejoramiento de las condiciones laborales, la participación en la estructura institucional y visibilización de la presencia de liderazgos individuales y colectivos que dirijan sus esfuerzos en este sentido y fomenten el forjar de nuevos líderes (Ariza C., 2012), como lo sustenta la OPS/OMS en los principios de talento humano (OPS, 2005).

Por otra parte, una política de Humanización recupera el sentido de lo humano, reencamina el propósito, la vocación, los talentos y la misión que en ocasiones se desvirtúa en referencia a lo hermoso que es el ayudar al otro. Incentiva la reflexión para que el sector y cada una de las personas, desde sus necesidades, potencialidades, expectativas y visiones positivas de futuro construyan, a partir de diferentes referentes y múltiples enfoques (Martins J., Stein D., Cardoso R., Alacoque E., Albuquerque L., 2008), nuevas propuestas capaces de afianzar la cultura colaborativa en las actividades organizacionales y en las rigideces conceptuales. Conlleva a su vez, ser fomentada desde la academia y desde los demás agentes, en aras de una atención en salud más humanizada (Ministério da Saúde, 2010).

Ello demanda, a su vez, el que a ninguna persona se la instrumentalice o se la masifique, como tampoco se la someta a restricciones en el ejercicio de sus derechos y de su libertad. Su proceso de formación y desarrollo humano integral, le ha de permitir abordar individual y colectivamente, la comprensión, el fortalecimiento y/o transformación de una realidad que busca llevar a que reconozca la importancia del ser humano. En esta

perspectiva es necesario articular la humanización con la formación del talento humano en salud con énfasis tanto en lo conductual como instruccional, lo cual, nos situará en una relación de poder que tiende a propiciar reflexión-acción sobre la calidez del trato y el relacionamiento; sobre el empoderamiento, la independencia, la autonomía, la creatividad, el emprendimiento y, por ende, sobre el ejercicio de la libertad y del poder al servicio del bien común. A este respecto, es pertinente recordar que cualquier persona cuenta con potencialidades y posibilidades que le permiten fortalecer y transformar las condiciones de su entorno natural y humano relacionadas con estados individuales y colectivos de bienestar y desarrollo humano. Tengamos siempre presente que dimensión individual incorporada en la dimensión comunitaria potencia efectos constructores de la persona, de la familia, de la comunidad, de la sociedad y del territorio.

El programa tiene como base el mandato constitucional y normativo vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud que establece la forma como debemos comportarnos frente al respeto a los derechos humanos. proyecta humanizarnos con el fin de facilitarnos cumplir sus planteamientos, principios y valores como el respeto a la dignidad humana, la equidad, la autonomía, la beneficencia, la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, la cooperación y la confianza. Además, nos plantea la obligación de promover y proteger los derechos fundamentales con base en los tratados internacionales de derechos humanos universales como 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, del goce efectivo del derecho a la salud y el profundo respeto a la dignidad del ser humano.

La finalidad es generar una cultura de humanidad en la entidad de salud en las personas que participan directa e indirectamente en la atención de los servicios de salud que se ofertan, que se traduzcan en acciones que dignifiquen a las personas, teniendo en cuenta que se ha normalizado y naturalizado prácticas que generan disconfort en la experiencia de los usuarios.

El programa pretende interiorizar afectivamente, promoviendo al talento humano en salud, de la ESE HSJM como elementos fundamentales el amor a la vida, la libertad defendida con



responsabilidad y el respeto que descubre y comprende las bondades del ser, que reconoce al sujeto de derechos y deberes, y que valora la dignidad de la persona. Ella nos invita a que cada uno de nosotros realice, la reflexión acerca de la importancia de los sentimientos de acogimiento, calidez, bondad, amor, respeto, servicio, cuidado, gratitud entre otros, frente a sí mismo, a los demás, a la naturaleza, orientados al fortalecimiento de la cultura en humanización en el sector salud.

La humanización de los servicios de salud inician por la apropiación del respeto, cortesía o amabilidad y la conservación de la dignidad hacia nuestros pacientes, cuando se introyectan conceptos como solidaridad, tolerancia y comprensión del problema de salud que angustia a pacientes y familiares. Desde ese contexto podemos considerar que todo aquel que participa del ciclo de atención y que hace parte de todos los momentos de verdad debe conocer y adherir a protocolos de información, políticas institucionales, declaración de derechos y deberes de los pacientes entre otros. Por todo lo anterior es necesario que el recurso humano de la ESE, reciba Inducción y re inducción periódica que los mantenga motivados a mantener un trato humanizado y cálido a nuestros usuarios.

El programa incluye practicas tales la difusión de la política de atención humanizada, el parto humanizado, analgesia intraparto, acompañamiento del cuidador/familiar o persona significativa a los pacientes que se atienden en la entidad, se propicia el descanso del paciente con horarios de procedimientos y administración de medicamentos que interrumpan el descanso, se incentiva el respeto por la diferencia de cultura y lenguaje.

Así las cosas el programa pretende llegar al cliente interno, sensibilizarlo e incentivar su adhesión a las estrategias que permitirán satisfacer las necesidades de los usuarios con calidez, dignidad e integralidad.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Diseñar e implementar un Programa de humanización en la prestación de servicios de salud para generar una cultura institucional hacia el trato humanizado y respetuoso de los usuarios, pacientes y sus familias en la Empresa Social del Estado Hospital San José de Maicao.

3.2 Objetivos Específicos

- Hacer un diagnóstico del trato humanizado de los servicios hacia los pacientes.
- Generar compromiso del cliente interno hacia el trato humanizado.
- Identificar y priorizar puntos críticos del trato humanizado en la prestación de servicios.
- Definir estrategias hacia el trato humanizado de los pacientes y familias.
- Definir programa de humanización en la prestación de servicios.
- Evaluar impacto del programa de humanización de los servicios.

4. GLOSARIO

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Decreto 1011 de 2006)

Aceptabilidad: Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten. (Ley 1751 de 2015)

Agentes: Hace referencia a aquellas personas que tienen una función diferencial en el mismo sector salud, estos son: los ciudadanos afiliados al Régimen Contributivo, Régimen

Subsidiado, Regímenes Especiales y Excepcionales, afiliados a medicina prepagada, a las personas que no están afiliadas; los proveedores como son: los prestadores de salud, las instituciones que prestan los servicios en salud de naturaleza privada, pública o mixta, proveedores de alimentos, de servicios tercerizados, medicamentos e insumos hospitalarios; las aseguradoras como son: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; las agencias estatales como son: Minsalud, direcciones territoriales, distritales y municipales de salud, entes de inspección, vigilancia y control. (Ellis R., Chen T.,Luscombe C., 2014)

Atención en Salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (Decreto 1011 de 2006)

Atención Centrada en las Personas: un enfoque de atención que adopta conscientemente a individuos, cuidadores, familias y comunidades perspectivas como participantes y beneficiarios de sistemas de salud confiables que responden a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística. La atención centrada en las personas también requiere que las personas tengan la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. Se organiza en torno a las necesidades de salud y expectativas de las personas en lugar de enfermedades. enfoques y prácticas de atención que ven a la persona como un todo con muchos niveles de necesidades y objetivos, con estas necesidades provenientes de sus propios determinantes sociales personales de la salud. (WHO, 2015a.)

Atención Continua: atención que se brinda a las personas a lo largo del tiempo a lo largo de su vida. (WHO. 2015a.)

Atención de Alta Calidad: atención segura, efectiva, centrada en las personas, oportuna, eficiente, equitativa e integrada. (WHO. 2015a.)

Atención Primaria de Salud: Se refiere al concepto elaborado en la Declaración de Alma-Ata de 1978, que se basa en el principio de equidad, participación, acción intersectorial, tecnología apropiada y un papel central desempeñado por Sistema de salud.

Autocuidado: comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad. (OMS, 1998)

Calidad de la Atención de Salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Decreto 1011 de 2006)

Compromiso: involucrar a las personas y las comunidades en el diseño, la planificación y la prestación de servicios de salud, por ejemplo, permítales tomar decisiones sobre la atención y las opciones de tratamiento o participar en la toma de decisiones estratégicas sobre cómo se gastan los recursos de salud. (WHO, 2015a.)

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (Decreto 1011 de 2006)

Corresponsabilidad: el proceso por el cual dos (o múltiples) socios acuerdan hacerse responsables de compromisos que se han hecho el uno al otro. (WHO, 2015a.)

Cuidado: Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud. (Resolución 429 de 2016)

Empoderamiento: el proceso de apoyar a las personas y las comunidades para que



tomen el control de sus propias necesidades y resultados de salud, por ejemplo, en la adopción de comportamientos más saludables o la capacidad de autocontrol de enfermedades. (WHO, 2015a.).

Entorno Saludables: "los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea", (Organización Panamericana de la Salud – OPS, 1996)

Implementación: Es el momento de la política en el que el Estado y los gobiernos disponen de su capacidad institucional para movilizar y aplicar recursos orientados a concretar sus pretensiones de transformación de las condiciones de vida de una sociedad.

Interculturalidad: Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global (Ley 1751 de 2015).

Cosmovisión: La palabra cosmovisión quiere decir visión del mundo, esto es, la perspectiva, concepto o representación mental que una determinada cultura o persona se forma de la realidad. Por lo tanto, una cosmovisión ofrece un marco de referencia para interpretar la realidad, el cual contiene creencias, perspectivas, nociones, imágenes y conceptos.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la

demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (Decreto 1011 de 2006)

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. (Decreto 1011 de 2006)

Plan de acción: Es un instrumento que permite describir, desarrollar y organizar aspectos estratégicos enmarcados en procesos de planeación de las organizaciones.

Problema Público: Es toda situación de insatisfacción que afecta a un determinado número de personas, produce algún nivel de conflicto e insatisfacción, genera cierto nivel de visibilidad ante el Gobierno, la opinión pública, los medios de comunicación, entre otros.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Decreto 1011 de 2006)

Servicios de Salud Integrados: la gestión y prestación de servicios de salud para que las personas reciban un continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y paliativos servicios de atención, a través de los diferentes niveles y sitios de atención dentro del sistema de salud, y de acuerdo con sus necesidades a lo largo del curso de la vida. (WHO, 2015a.)

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS): Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Decreto 1011 de 2006).

Salud de la Población: un enfoque de la atención médica que busca mejorar los resultados de salud de un grupo de individuos, incluida la distribución de dichos resultados dentro del grupo. (WHO, 2015a.)

5. DIAGNOSTICO

El diagnostico o línea base de la situación de Humanización, nos permite orientar las acciones hacia las debilidades que tiene las instituciones y es el soporte para los planes de mejoramiento o proyecto que permitan cerrar las brechas de calidad en cuanto a la atención humanizada.

A través del proceso de medición y consolidación de la satisfacción de los pacientes que se tiene documentado e institucionalizado en la entidad, se muestra el diagnóstico en cada uno de los servicios sobre el trato humanizado hacia los usuarios, pacientes y familiares

El resultado arrojado de la encuesta realizada a 659 pacientes y familiares respecto a la percepción del trato humanizado en los servicios en el mes de noviembre de 2012 fue la siguiente:

1.1. Instrumento para realizar el diagnostico

Se aplica la encuesta dirigida a los pacientes y/o acompañantes para identificar los procesos que se deben priorizar en las acciones de mejoramiento

La pregunta establecida en la encuesta es la siguiente: “**¿Cómo calificaría la atención, la información y el trato humanizado?**”.

Criterios: de 1 a 5

1.2. RESULTADOS DIAGNOSTICO

Los resultados se emiten mediante informe por procesos que incluyen los procesos de soporte a la misión hasta los procesos de asistencia directa

En la última medición que se realizó en el año 2016 se evidencia una brecha importante, que se describe a continuación como referente histórico, pero que debe actualizarse ya que las condiciones de la entidad son diferentes

1.2.1. URGENCIAS

Se evidencia una adherencia del **61,07%** hacia el trato humanizado de los pacientes calificación muy por debajo de la meta del 90% en todos los servicios. Los más determinantes en la calificación son los porteros o vigilantes con un **23,73%** y el equipo de atención al usuario con un **34,19%**.

1.2.2. CONSULTA EXTERNA

Se evidencia una adherencia del 83,76% hacia el trato humanizado de los pacientes calificación por debajo de la meta del 90% en todos los servicios. Los más determinantes en la calificación son los porteros o vigilantes con un 85,47% y el equipo de atención al usuario con un 82,05%.

1.2.3. IMAGENOLOGIA

Se evidencia una adherencia del 88,24% hacia el trato humanizado de los pacientes calificación por debajo de la meta del 90% en todos los servicios. El más determinante en la calificación son los profesionales y técnicos de imágenes con un 86,67%.

1.2.4. PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TRATO HUMANIZADO GLOBAL

La adherencia al trato humanizado global fue del 85,94%, lo que nos indica un resultado por debajo de la meta establecida en el plan estratégico y de gestión del 90%.

Estos resultados nos indican la necesidad de establecer estrategias que permitan mejorar la adherencia al trato humanizado definida en la política.

6. COMPROMISO DE LA ENTIDAD HACIA LA ATENCION HUMANIZADO

Estos compromisos en la atención Humanizada contemplan unos conceptos tales como la Atención Centrada en la Persona que de acuerdo con los siguientes referentes y aportes, queremos resaltar la importancia en la generación de modelos de atención centrados en la persona, la cual, a su vez, redefine los enfoques actuales de la atención integral en salud facilitando así que este tipo de modelo de atención sea la expresión de la humanización en salud, aplicable al sector y a sus servicios.

Abraham Maslow (1908-1970) como uno de los fundadores de la psicología humanista y transpersonal, centra al ser humano en la autorrealización, entendida como culminación de la tendencia al crecimiento, como la obtención de la satisfacción de necesidades progresivamente superiores y como la satisfacción de la necesidad de estructurar el mundo a partir de sus propios análisis y valores. Con la "Teoría de las necesidades humanas básicas" la conceptualiza como una condición interna del ser humano, que puede ser fisiológica, psicológica, social o auto cumplida. Las condiciones del ser humano están mediadas por sus potencialidades, aspiraciones y necesidades básicas. El recién nacido no tiene obligatoriamente las mismas potencialidades, aspiraciones y necesidades básicas que el adolescente, el adulto o el anciano, pero, independientemente del grupo de edad, ellas están presentes en mayor o menor medida, en cada individuo (Maslow A., 1991).

Por lo tanto, la personalidad de cada uno se basa en su naturaleza interna, biológica e innata, en parte individual y única y en buena medida común con otros individuos. Entre los elementos comunes están las necesidades naturales, asociadas, por supuesto con sus respectivas potencialidades y aspiraciones:

- Necesidades Básicas o fisiológicas: Entre estas, cabe mencionar, hambre, sed, sueño, vestidos, sexo, entre otras, contribuyen al equilibrio del estado corporal.
- Necesidades de seguridad: Surgen cuando las necesidades fisiológicas se mantienen controladas. Se relacionan con el sentirse seguro, protegido.
- Necesidades Afiliación y Afecto: Conciernen a la estima alta, a la necesidad del respeto de uno mismo e incluye sentimientos referidos a potencialidades y aspiraciones tales como confianza, competencia, logros, independencia y libertad.
- Necesidades de estima: Se satisfacen con el desarrollo afectivo del individuo, como asociación, participación y aceptación
- Necesidades de autorrealización: A través de ellas se encuentra un sentido a la vida mediante el reconocimiento de las potencialidades de las aspiraciones y del placer al desarrollarlas. Se llega cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados. Es un proceso que nunca se acaba, el ser humano

está en evolución constante y esto motiva la necesidad de desarrollar la capacidad de escoger, decidir, crear y seguir soñando.

Carl Rogers (1902 – 1987) propone la Terapia centrada en la persona (1950), en la cual el organismo constituye la personalidad en su totalidad e incluye aspectos somáticos y psicológicos. En este contexto, la persona abandona las actitudes defensivas y gradualmente se vuelve capaz de escucharse a sí misma y se abre a sentimientos de coraje, ternura y fervor. Para el autor "la persona que es lo que es, en profundidad, es una experiencia enriquecedora".

La "terapia centrada en la persona" considera que los seres humanos son incondicionalmente válidos, independientemente de su comportamiento, condición o sentimientos. Así mismo, el autor cree que para que un terapeuta sea efectivo, necesita ser auténtico y entregarse por completo, en la relación profesional al paciente. Este contexto le permite a cada persona explorar su propia forma de ser y su complejidad, con la seguridad de que, dentro de un contexto de atención en salud, es ella quien conoce mejor sus problemas, lo que le lastima y lo que le ayudaría a darles solución (Walter L., Arias G., 2015).

Los principales cambios observados por Rogers en los pacientes, durante el proceso de terapia y después de su final, son:

- Obtienen una nueva perspectiva sobre la libertad y el determinismo.
- Usan la creatividad como elemento de la vida plena.
- Pueden vivir en cualquier momento y cultura.
- Comienzan a vivir de manera constructiva, es decir, siempre continúan progresando para ser ellos mismos.
- Comportarse lo más completamente posible para satisfacer sus necesidades. Como aporte a la filosofía contemporánea, **Martin Heidegger (1889-1976)** fundamenta el cuidado y lo constituye como parte esencial de la existencia humana y determina la estructura de su práctica. Heidegger argumenta el cuidado como inherente a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y ejecuta. Apunta positivamente el hecho de que el ser humano está en el mundo, en una reconstrucción constante de sí mismo y de ese mundo, enmarcada por la idea de cuidado (Mello I., 2008).

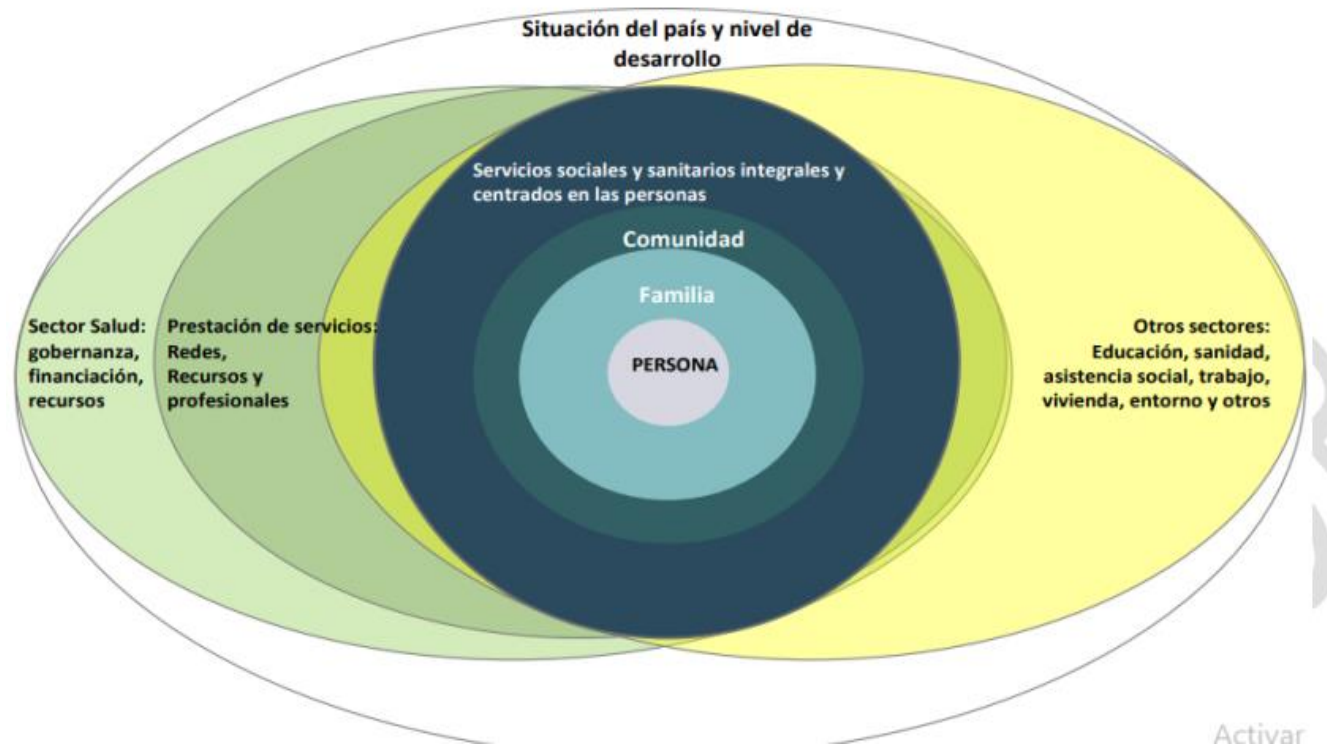
Por su parte, **Jean Paul Sartre (1905-1980)** al crear la corriente filosófica secular llamada existencialismo, enfatiza el compromiso histórico del humanismo con el misterio de la vida y la comprensión de la contingencia humana. En su trabajo, "El Ser y la nada", analiza los problemas de la existencia humana. Algunas de sus creencias son: - El ser humano solo se realiza en acción, en un proyecto vivido de manera subjetiva con fines que lo superan y lo trascienden. - El ser humano es responsable de lo que es. - El "ser" es la síntesis de todos los actos de la persona (Mello I., 2008).

Atendiendo a Georges L. Engel (1977), podemos darnos cuenta que él propone un modelo biopsicosocial, en el cual analiza la esfera psicológica como parte integral del ser humano, en el contexto de la enfermedad. El conocimiento del contexto emocional y social en el que vive cada sujeto, o de los factores psicológicos que se dan en él, influyen en los procesos biológicos, los cuales a su vez pueden influir en el sistema social del paciente. El modelo biopsicosocial enfatiza en la visión integral de los factores relacionados con la salud, la enfermedad y la atención, con el propósito de mostrar la interrelación que presentan las creencias familiares con la forma en que las familias se adaptan a las enfermedades. El modelo biopsicosocial se afianza en la teoría de la terapia familiar que está orientada a entender los aspectos biopsicosociales que presenta el individuo, así mismo, con la atención médica centrada en la familia y termina con la creación de la terapia médica familiar (Graca M., Smith T., 2000), (Borrell F., 2002).

El modelo se caracteriza por destacar el papel de:

1. La relación entre el cuerpo y la mente del individuo.
2. La relación entre la dinámica familiar y los hábitos saludables.
3. La relación de las condiciones saludables como persona y familia, así mismo, la relación personal de la salud-paciente y con el contexto social.
4. La atención centrada en la familia haciendo énfasis en: 1. La comunicación con la familia, 2. La información y asesoramiento que hace partícipe a las familias de manera colaborativa, 3. El apoyo de acuerdo con las necesidades emocionales y de salud en el contexto familiar, 4. La evaluación e intervención organizada, que permite orientar a la familia en generar alternativas saludables y 5. La terapia familiar.
5. La familia como un sistema, dentro del cual trabaja colaborativamente en pro de lograr hábitos saludables, como estrategia de promoción de la salud.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2015b.) hace referencia en poner las necesidades integrales de las personas y las comunidades, en el centro de los sistemas de salud, no solamente desde la mirada de la enfermedad, si no del compromiso con el capacitar a las personas para que tengan un papel más activo en su propia salud, en la siguiente gráfica se describe su marco conceptual:



Fuente: Conceptual framework for people-centred and integrated health services. WHO global strategy on people centered and integrated health services. Interim report. WHO, 2015.

Así mismo, la OMS propone cinco objetivos estratégicos que son interdependientes para que la administración, aseguramiento, financiación, gestión, suministro, prestación, servicios y atención en salud se pueda centrar e integrar en el SER de las personas:

- **Empoderar y comprometer a las personas:** Con esta idea de involucrar y empoderar a las personas, se trata de proporcionarles la oportunidad, las habilidades y los recursos que ellas requieren para articularse y para capacitar, de manera adecuada, a los usuarios de los servicios de salud. Con su planteamiento, también se trata de llegar a los grupos de población vulnerables para garantizar el acceso universal a los servicios. Su objetivo convoca a empoderar a las personas para que tomen decisiones efectivas sobre su propia salud; a permitir que las comunidades participen activamente en la coproducción de entornos saludables; a proporcionar servicios de atención en asociación con el sector salud y otros sectores, y a contribuir con la construcción social de la política pública.
- **Fortalecer de la gobernanza y la rendición de cuentas:** Este propósito implica mejorar el diálogo sobre políticas, así como la formulación y evaluación de las mismas, de común acuerdo con ciudadanos, comunidades y otras partes interesadas.

Se trata de promover la transparencia en la toma de decisiones y de generar sistemas sólidos para la rendición colectiva de cuentas, por parte de los responsables políticos, gerentes, proveedores y usuarios.

- **Reorientar el modelo de atención:** Hace mención al aseguramiento frente a la oferta y

la demanda de prestación de servicios de atención en salud eficientes, efectivos, oportunos y de calidad, a través de modelos de cuidado que prioricen la atención primaria y comunitaria y la coproducción de la salud. Abarca el cambio de atención hospitalaria a la ambulatoria y la domiciliaria. Así mismo, requiere inversión en atención holística e integral, incluida la promoción de la salud y con sus estrategias de prevención de enfermedades que apoyen la salud y el bienestar de las personas. La reorientación de los modelos de atención, también plantea la creación de nuevas oportunidades para la acción intersectorial a nivel comunitario, a fin de abordar los determinantes sociales de la salud y de hacer el mejor uso de los recursos.

- **Coordinar servicios:** Hace referencia a la necesidad de articular la atención en torno a las necesidades y preferencias de las personas en todos los niveles de atención, así como de promover actividades para integrar a diferentes proveedores de atención, mediante la creación de redes efectivas entre la salud y otros sectores. La coordinación se centra en mejorar la prestación de atención a través de la alineación y la armonización de los procesos de los diferentes servicios.
- **Crear un entorno propicio:** Para que las cuatro estrategias anteriores se conviertan en una realidad operativa, es necesario crear un entorno propicio que reúna a las diferentes partes interesadas y comprometidas en emprender un cambio transformador. Esta es una tarea compleja que involucra un conjunto diverso de procesos encaminados a lograr los cambios necesarios en los marcos legislativos, los acuerdos e incentivos financieros, la reorientación de la fuerza laboral y la formulación de políticas públicas. La OMS nos describe así sus planteamientos:

Las cinco orientaciones estratégicas son:

- ✓ Capacitar e implicar a las personas
- ✓ Reforzar la gobernanza y la rendición de cuentas
- ✓ Reorientar el modelo de atención
- ✓ Coordinar los servicios
- ✓ Creación de un entorno propicio

De igual manera, la Organización para la Excelencia en Salud (OES) refiere que, para garantizar la mejor atención al paciente debe contar con:

- El compromiso de centrar la atención en el paciente y su familia, como elemento fundamental y conceptual del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.
- La responsabilidad de involucrar en todo el proceso al paciente como a su familia, en cuanto a la toma de decisiones frente al cuidado y manejo de la enfermedad.

Harvey Picker líder de la filosofía de Atención Centrada en el Paciente menciona que “el sistema de salud está roto, pues mientras la ciencia y la tecnología médicas prosperan, la humanización y empatía en la atención, no lo hacen”. Por su parte, la Organización Planetree International, plantea que la atención centrada en la persona, más que hospitalidad, es ambiente saludable y confort, el cual crea impresiones positivas y experiencias satisfactorias en favor de la calidad de vida.

El modelo contribuye a la implementación sistemática de la humanización con la atención centrada en la persona y sus familias el cual se aborda teniendo en cuenta la presencia de los siguientes componentes:

- **Orientación del liderazgo:** Líderes que impulsen y hagan conexión con el personal para orientar la apropiación, ser parte del abordaje estratégico de las organizaciones.
Planetree (una organización para la atención centrada en paciente) dice: para el personal: Preocupación por los seres humanos que contribuyen a la labor del bienestar y salud. Reconoce los logros y las mejores prácticas y el impacto en mejorar la atención centrada en la persona.
- **Evaluación Cultural:** A través de encuestas de cultura organizacional, en las que se identifique cuáles son las creencias, prácticas, acciones que generan buen impacto, y que contribuyan a generar, entre otras acciones, planes de mejora incluyentes y colectivos, con la participación del personal de salud administrativo y asistencial, así como de las personas y sus familias.
- **Desarrollo de programas:** Identificación y estructuración de los programas prioritarios y de los programas de preferencia que a las personas les gustaría observar.
- **Implementación de prácticas adecuadas para pacientes:** Se refiere al diseño de planes y procesos dirigidos a implementar y/o mejorar los programas asociados con el cuidado.
- **Entrenamiento gerencial:** Se refiere a identificar el tipo de formación que requieren los gerentes o directores, con respecto a nuevos fundamentos conceptuales y nuevos métodos que les faciliten motivar, involucrar y fortalecer la capacitación del personal, además de establecer roles en una nueva construcción operativa.
- **Habilidades y estructuras:** Se refiere a la identificación de habilidades y estructuras que se requieren para lograr la gobernanza y la toma de decisiones compartidas, la generación de interacciones empáticas, el desarrollo de equipos de salud, la creación y expansión de contenidos de educación e investigación.

A la luz de lo planteado anteriormente, la atención centrada en la persona crea ambientes saludables en el trabajo, mejora los resultados de salud y compromete a las comunidades en torno a la salud y el bienestar, así mismo, tiene efecto en el desempeño directo de las organizaciones de salud y mejora la experiencia de la persona, de igual manera contribuye a:

- Mejorar su estado de salud de forma más rápida.
- Aumentar el nivel de excelencia de la calidad de la atención.
- Incrementar la fidelidad en la organización por parte de la persona, familia y comunidad.
- Aumentar el clima organizacional frente a la satisfacción, liderazgo y compromiso del personal de salud, así mismo, en la satisfacción del sujeto de cuidado, y de su red de apoyo y comunidad.
- Incrementar la eficacia en el uso de los recursos que disponen las organizaciones de salud, mejora el flujo de ingresos y su funcionamiento.
- Impulsar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.
- Fortalecer la cercanía y conexión de la comunidad con la organización.

De igual manera, en el mencionado artículo (Orjuela de D., 2002), el autor propone algunos puntos claves para alcanzar un enfoque integral centrado en la persona:

- ✓ **Establecer sistemas para escuchar la voz del cliente:** Con ello se favorece a los líderes de las organizaciones en su proceso de analizar los momentos de la atención, de entender cómo ven los usuarios los servicios y la atención recibida y de su toma de decisiones Como ejemplo de ellos están: los sistemas de quejas, las encuestas, las entrevistas y los grupos focales.
- ✓ **Fortalecer la capacidad de liderazgo en las instituciones:** Implica ello, cualificar la capacidad de liderazgo que toda persona de una organización posee en relación con la función o el rol que cumple, con el fin de que sean, desde su propio desempeño, promotores de la atención centrada en la persona, motivadores y en generadores de acciones que empoderen al equipo de trabajo.
- ✓ **Rediseñar la forma en que se prestan los servicios de atención y centrarlos en el usuario:** Permite a las direcciones repensar, rediseñar y reorganizar los procesos de salud, no pensando en áreas, servicios o departamentos fragmentados, si no en ver a la persona en el conjunto de su humanidad, con sus características, con sus capacidades, sus necesidades individuales, sus aspiraciones, entre otras, que merece cuidado, empatía, comunicación, información, respeto a su dignidad, etc.
- ✓ **Establecer sistemas para evaluar la calidad de la prestación de los servicios:** Hace mención a estrategias como la acreditación en salud, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, las cuales revisan a fondo el proceso de atención e identifican factores que desfavorecen la calidad. A este respecto nosotros consideramos de suma importancia el fortalecimiento de la capacidad sustentada de autoevaluar y de evaluar de toda persona que sea actor del Sistema de Salud desde cualquier nivel responsabilidad, por más pequeño que sea.
- ✓ **Búsqueda de articulación con otros actores del sistema de salud:** Es una estrategia que favorece la atención de las personas haciendo conocer al usuario sus derechos y deberes, ofreciendo permanente y oportuna información, facilitando y agilizando los trámites que conlleven a recibir un servicio o una atención, promoviendo la salud, gestionando acciones de prevención, estableciendo una adecuada relación de confianza con cada una de las organizaciones.

Por su parte, el énfasis de la atención centrada en el paciente y su familia, es el logro de la personalización considerando su independencia y la autonomía, a través de los esfuerzos que brindan las organizaciones de salud en involucrar a la persona, su red de apoyo familiar y la articulación con las EPS.

Una vez aclarado los conceptos anteriores, la entidad propone la política de Atención humanizada como un compromiso institucional, como sigue

6.1 POLITICA DE ATENCION HUMANIZADA

La Empresa Social del Estado Hospital San José de Maicao en aras de garantizar una atención integral, diferencial y con calidad, promueve el trato humanizado en todos los niveles de atención en donde oferta servicios de salud con calidad y calidez, liderado por la alta dirección con la participación activa de todos y cada uno de los colaboradores de la entidad, donde procuramos la confianza de nuestros pacientes brindándoles confidencialidad del diagnóstico, el respeto como base de la atención, la conservación y recuperación de la dignidad de usuarios, familia y comunidad, mediante una actitud empática, tolerante y afectuosa.

Así mismo la entidad fomenta el respeto por los derechos y deberes del usuario en el talento humano en salud motivando el desarrollo de competencias en el área humanística.

La entidad se compromete a implementar acciones de inclusión intercultural, étnica, política, religiosa y racial, en un contexto de cumplimiento de estándares superiores de calidad.

La política será actualizada cada vez que los cambios normativos y de gestión los motive y será revisada anualmente.

6.2 OBJETIVOS DE LA POLITICA

- ✓ Garantizar una atención humanizada basada en el respeto, privacidad y conservando la dignidad de los usuarios, familia y comunidad
- ✓ Canalizar las actividades del talento humano de la ESE hacia una atención calidad e integral
- ✓ Implementar estrategias enfocadas en las necesidades y expectativas de las personas en la prestación de los servicios de salud
- ✓ Fomentar la cultura de Humanización en todos los procesos de la entidad
- ✓ Desarrollar competencias técnicas en el manejo humanísticos al talento humano

6.3 PRINCIPIOS DE ATENCION HUMANIZADA

- Ofrece una esperanza en cada atención.
- Nuestra mejor actitud, escuchar y mirar a quien damos un servicio.
- Haz siempre tu mayor y mejor esfuerzo.
- Nadie es más o menos, todos somos importantes.
- Sonríe siempre, cuesta poco y produce mucho.
- Sirvamos con alegría y gentileza: seamos amables.
- Practica la paciencia.
- Servir es la oportunidad de ayudar.
- Tolerancia ante todo.
- Respetemos a los demás y ellos nos respetarán.

6.4 COMPROMISO HACIA LA ATENCION HUMANIZADA

La Gerencia del Hospital San José de Maicao junto con los líderes de proceso se compromete a través de la política definida a diseñar e implementar las estrategias para mejorar el trato humanizado hacia el usuario, pacientes y su familia.

El compromiso hacia el trato humanizado se evidencia a través de las siguientes actividades:

- Diseño del mural para la firma de todos los servidores de la entidad frente al trato humanizado.
- Evento de lanzamiento y socialización masiva de la política de humanización de los servicios.
- Firma de todos los servidores de la entidad como compromiso frente al trato humanizado.
- Publicación visible de la política de humanización de los servicios.
 - Respeto por los Derechos:
 1. recibir atención en salud segura en condición de igualdad, sin que pueda ser objeto de discriminación por razón alguna, respetando su personalidad, dignidad humana e intimidad.
 2. Ser atendido por un equipo de salud y funcionarios de las demás áreas con calidad, amabilidad e integralidad recibiendo trato digno, respetando sus creencias y costumbres.
 3. Que se le ofrezca la atención, las prestaciones y servicios en salud disponibles que se consideren necesarios para cuidar su salud, conforme a los planes de beneficios establecidos en el sistema de garantía de seguridad social en salud (SGSSS)-
 4. Recibir atención en salud en un tiempo adecuado y oportuno, así como que se le ofrezca información sobre los plazos de respuesta en consultas, pruebas diagnosticas e intervenciones quirúrgicas
 5. Elegir libremente entre las opciones que le presente su medico, y luego de ser informado sobre los costos y los riegos, decidir la realización o no de los procedimientos, ante la obtención de su consentimiento por escrito con la determinación tomada, salvo en los supuestos legales establecidos (riesgos para salud publica, incapacidad y exigencia de actuación urgente ante riesgo de lesión irreversible o peligro de fallecimiento.
 6. Recibir información en lenguaje comprensible por usted, sus familiares o allegados de todo lo relacionado con su salud, incluyendo diagnostico, tratamiento, procedimientos quirúrgicos, pronostico, tiempo previsible de estancia en caso de ingreso, alternativas de tratamiento y riesgos.
 7. Derecho a revocar oportunamente un procedimiento o atención en salud.
 8. Elegir libremente el profesional de salud que lo atienda, según lo ofertado y de acuerdo con la disponibilidad de los servicios en el Hospital San José de Maicao.

9. Que se mantenga la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud y la guarda del secreto profesional dentro del marco ético legal vigente; así como acceder a los datos personales durante la elaboración de la misma.
10. Que se le informe sobre las enfermedades, epidemias, pandemias de salud colectiva de especial interés, incidencia o riesgo.
11. tener la compañía de un familiar o persona de su confianza si es su deseo, o a causa de sus limitaciones físicas, cognitivas o mentales, en todo momento del proceso de atención en salud, siempre que las circunstancias clínicas lo permitan.
12. Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profese.
13. Recibir atención en forma prioritaria la atención en salud de los servicios dirigidos a la mujer a la infancia en condiciones de calidad, calidez e integralidad, con base en el marco legal vigente.
14. Recibir un informe de alta al finalizar su estancia en cualquiera de los servicios de Internación.
15. Que se realicen todas las acciones oportunas que, junto a la atención a su proceso, tengan como fin reducir y paliar el sufrimiento y el dolor tanto en aquellas situaciones críticas como ante el proceso de la muerte, de acuerdo con el máximo respeto a la autonomía, la integridad y la dignidad humana.
16. Que se extienda un certificado médico de su estado de salud cuando lo amerite.
17. disponer de una segunda opinión médica sobre su proceso, en los términos que este establecido.
18. Acceder a la historia clínica de acuerdo a lo establecido en la norma.
19. Que quede constancia escrita, o soporte técnico adecuado, de su proceso, guardando la información en su historia clínica. La información incluirá estado de salud y evolución, así como pruebas y tratamientos recibidos.
20. participar en la planeación, gestión, evaluación y control de los servicios de salud a través de la alianza de usuarios, comités de participación ciudadana y veedurías.
21. Derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

Es importante tener en cuenta que la persona con discapacidad tiene derecho a recibir toda la información sobre su estado de salud y decidir sobre los tratamientos e intervenciones que se le puedan practicar, y gozar de la privacidad de la información sobre su salud y rehabilitación en las

mismas condiciones que los demás ciudadanos. Además tienen derecho a tener vías de acceso disponibles, y prioridad en la realización de colas para acceder a los servicios.

No puede internarse ni institucionalizarse a una persona con discapacidad en contra de su voluntad, salvo en los casos excepcionales en que se atente contra la seguridad pública.

- Fomento de los Deberes:
 1. Presentar la documentación necesaria para su atención, así como realizar los pagos respectivos.
 2. Conocer el plan de beneficios de acuerdo a su afiliación en el sistema de seguridad social.
 3. Suministrar información veraz, clara y completa a los profesionales de la salud que lo atienden, sobre su estado de salud, sus limitaciones y requerimientos
 4. Tratar con dignidad y respeto a todo el personal de la institución y respetar la intimidad de los demás pacientes, contribuyendo a la buena convivencia dentro del hospital.
 5. Informar oportunamente los cambios de información como: Dirección, número de teléfono, persona responsable, y número de documento de identidad.
 6. Llegar puntualmente a los servicios en los cuales este citado o cancelar la cita máximo el día anterior.
 7. Responsabilizarse, cuidar y colaborar con el uso de los recursos en todas las áreas del hospital.
 8. Mantener el debido respeto a las normas establecidas en la institución.
 9. Firmar el consentimiento informado en caso de negarse o aceptar la prestación de un servicio luego de conocer sus ventajas o riesgos..
 10. Incluir al recién nacido en la EPS, dentro del mes siguiente al nacimiento y legalizar su afiliación con el registro civil de nacimiento.
 11. cumplir con las recomendaciones generales de cuidado y tratamiento prescritas por el profesional de la salud.
 12. Participar en las asociaciones de usuarios, veedurías y comités de participar.

7. ESTRATEGIAS DE HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS

7.1. INDUCCION Y REINDUCCION

En los procedimientos de Inducción y Reinducción es incluyente la difusión. El líder del programa es Gestión de Talento Humano, con el acompañamiento Gestión de mejoramiento continuo es el responsable de capacitar a los nuevos servidores en la política de adherencia a la atención humanizada dentro del espacio definido en la inducción.

Cuando se requiera la estrategia de reinducción, esta debe coordinarse con el Líder de Proceso de Gestión del talento Humano y Gestión de Mejoramiento Continuo para efectuar la actividad de mejora y mantener la evidencia de realización de las actividades.

7.2 DESARROLLO DE ACTIVIDADES LUDICAS

Estas actividades lideradas por la gestión de talento humano y desarrollado por los diferentes procesos de la entidad, constituye una metodología para realizar y apropiarse el despliegue del programa y estrategias, que pueden ser:

- Concurso: Canción y versos hacia el trato humanizado.
- Teatro de títeres y marionetas: Estos tipos de teatro emplean muñecos en lugar de actores y representan situaciones humanas o animales de forma análoga a cómo lo harían los actores.
- Sainete: Obra breve y jocosa de carácter popular, donde se ridiculizan costumbres y vicios sociales

Estas actividades deberán ser evaluadas mediante un postest obligatorio por servicio y procesos en general

7.3 COMPROMISO FIRMADO

El compromiso firmado es una firma simbólica en un pendón donde se adquiere la responsabilidad de la atención humanizada. Gestión del talento humano dentro del proceso de selección hace firmar al nuevo servidor el compromiso hacia el trato humanizado que luego se archiva en la hoja de vida.

El compromiso con la atención humanizada debe trascender a la ejecución de las actividades contractuales con el recurso humano, empleados nombrados y todo aquel que tenga relación con la ESE HSJM

7.4 IMPLEMENTAR PROCEDIMIENTOS PARA ESCUCHAR LA VOZ DEL CLIENTE:

Con ello se favorece a los líderes de los procesos en su actividad de analizar los momentos de la atención, de entender cómo ven los usuarios los servicios y la atención recibida y de su toma de decisiones. Como ejemplo de ellos están: los sistemas de quejas, las encuestas, las

entrevistas y los grupos focales.

7.5 DESARROLLO DE COMPETENCIAS TECNICAS EN CUANTO AL LIDERAZGO EN LA INSTITUCION

Implica ello, cualificar la capacidad de liderazgo que toda persona de una organización posee en relación con la función o el rol que cumple, con el fin de que sean, desde su propio desempeño, promotores de la atención centrada en la persona, motivadores y en generadores de acciones que empoderen al equipo de trabajo. Con esto se logra una transformación cultural, para lo cual se debe conocer la cultura organizacional, identificar las brechas en como se atiende a los usuarios y cómo debe efectuarse de acuerdo con el programa de atención humanizada, la política, el comportamiento del talento humano y la necesidades y expectativas de los clientes. Otros aspectos a tener en cuenta son los espacios de creatividad e innovación, así como la caracterización del cómo influye en la cultura el rol del personal de salud en la relación con la persona y su red de apoyo.

7.6 DESARROLLO DE LINEAS ESTRATEGICAS PARA LA HUMANIZACION

EL objetivo es promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria y contribuir en el respeto a la dignidad humana que se traduce en atención centrada en la persona, personalización de la atención; calidad de trato; información y comunicación; seguridad y confianza; continuidad e integración de la atención; accesibilidad externa e interna; confort de los entornos; cuidado en las situaciones especiales; participación y corresponsabilidad de los Ciudadanos; fomento de la autonomía de las personas; atención integral y holística; formación de los profesionales, agentes de humanización; dignidad y respeto de los derechos de las personas; y comprensión de las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Para su implementación ha desarrollado de las líneas estratégicas como son:

1. Cultura de humanización.
2. Información personalizada y acompañamiento de la población indígena y no indígena.
3. Humanización en la atención del binomio madre-hijo
4. Humanización en la atención de urgencias.
5. Humanización en la hospitalización.
6. Humanización en unidades de cuidados intensivos.
7. Humanización en la atención de la salud mental.
8. Humanización ante el final de la vida.

Estas líneas estratégicas permitirán diseñar procedimientos específicos para aplicar el programa de atención Humanizada de acuerdo a la población atendida

7.7 IMPLEMENTACION DEL PARTO HUMANIZADO Y PROTOCOLO DE CESÁREA HUMANIZADA

El Hospital San José de Maicao ofrece una asistencia personalizada y respetuosa en la atención al nacimiento, proporcionando a las gestantes catalogadas como bajo riesgo que dan a luz mediante parto vaginal la posibilidad de estar acompañadas por una persona de su elección en el momento del nacimiento de su criatura. En cuanto a la cesárea Humanizada ofrece una asistencia personalizada y respetuosa en la atención al nacimiento, proporcionando a las

gestantes que dan a luz mediante cesárea programada no emergente la posibilidad de estar acompañadas por una persona de su elección en el momento del nacimiento de su criatura.

Además de dar un importante apoyo emocional a la madre, la persona acompañante puede ayudar a la realización del contacto piel con piel entre la madre y su bebé. Los beneficios de esta medida están científicamente demostrados:

- Mejor adaptación del recién nacido al medio ambiente.
- Mayor duración de la lactancia materna.
- Favorece el establecimiento de vínculos afectivos.
- Disminución del llanto y mejor tránsito por el período sensitivo del niño.

7.8 PROTOCOLO DE ANALGESIA OBSTETRICA

Este protocolo pretende reducir el miedo de la mujer embarazada al dolor del parto. Es conocido que todos los partos duelen, y duelen mucho. El dolor del parto es agudo y de una gran variabilidad. Preguntadas por la intensidad del dolor, el 20% de las parturientas lo describe como insoportable, el 30% como severo, el 35% como moderado y tan sólo el 15% señala la intensidad como mínima. Este dolor además se acentúa durante el expulsivo.

El dolor durante el parto no aporta ningún beneficio. Además de su efecto psicológico negativo sobre la madre, puede ocasionar una mala perfusión de la placenta mediante múltiples mecanismos, como son el aumento del consumo de oxígeno, del gasto cardíaco, de la presión arterial y de los valores plasmáticos de catecolaminas, posibles responsables de hipoxia y acidosis en el feto. Sin embargo, una placenta con una reserva funcional suficiente, puede compensarlo en gran parte (1).

Este dolor se alivia con técnicas de bloqueo local o regional de esas raíces.

En el período expulsivo se añade un dolor somático severo y mejor localizado, que se debe al efecto compresivo de la cabeza fetal sobre las estructuras pélvicas y al estiramiento y el desgarramiento de los tejidos del tracto de salida y del periné. Estos estímulos se transmiten por los nervios pudendos hasta las raíces S2-S4, con lo que un bloqueo de esos nervios puede aliviarlo (2).

La analgesia obstétrica no ha mostrado afectar el índice de cesáreas, ni el APGAR neonatal. Sin embargo, se ha asociado con aumento de parto instrumental cuando se hace en fase expulsiva, por lo que se debería realizar tempranamente (fase de latencia y activa). (2)

Por anestesia se entiende la privación de sensaciones, fundamentalmente las dolorosas, acompañado de pérdida de la conciencia. Se consigue con la administración de anestésicos generales. La analgesia es el estado de ausencia de percepción del dolor y, por tanto, no afecta a la conciencia. Es lo deseable para el parto y es lo que se intenta con la analgesia local o loco regional.

Analgesia regional para Parto y Trabajo de Parto. Se denomina así a la aplicación de una variedad de drogas anestésicas y analgésicas en el espacio epidural y/o espinal con la finalidad de aliviar el dolor durante el Parto y Trabajo de parto.

El espacio epidural (también llamado espacio extradural o peridural) es un espacio que está fuera de la duramadre siendo ocupado por tejido conjuntivo laxo, grasa peridural y por el plexo venoso vertebral interno. En este lugar es donde se inserta un catéter durante la analgesia epidural del trabajo de parto, de allí la importancia de la esterilidad y cuidado especial de este catéter.

La analgesia mejora la experiencia del parto en la mujer, por lo que la entidad le da la alternativa a todas las gestantes. El manejo del dolor es una de las características importante de la atención humanizada.

7.9 MEDICION DE ADHERENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA HACIA LA ATENCION HUMANIZADA

La medición se realiza mediante una sencilla encuesta donde los usuarios evaluarán a todos los colaboradores que participan del ciclo de servicios de salud que oferta la entidad, desde la atención extramural, sedes rurales y atención intramural.

Una vez presentado informe de adherencia, en los servicios que no se haya alcanzado la meta de adherencia, se establece un cronograma de trabajo y las estrategias de mejoras descritas en este documento por parte del Líder del proceso o servicio y Gestión de Mejoramiento Continuo, manteniendo las evidencias necesarias y establecidas en este documento para verificación de implementación.

Por cada estrategia implementada se debe levantar acta y listas de asistencia como evidencia de implementación del programa y de las estrategias de mejora.

7.10 EVALUAR LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:

Esto incluye la metodología de acreditación en salud, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, las cuales revisan a fondo el proceso de atención e identifican factores que desfavorecen la calidad. A este respecto nosotros consideramos de suma importancia el fortalecimiento de la capacidad sustentada de autoevaluar y de evaluar de toda persona que sea actor del Sistema de Salud desde cualquier nivel responsabilidad, por más pequeño que sea

8. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE HUMANIZACION DE SERVICIOS

El programa de trato humanizado se evaluará mediante las preguntas establecidas en el proceso de evaluación de satisfacción del cliente que se realiza diariamente en todos los servicios. La pregunta clave es: “¿Cómo calificaría la atención, la información y el trato

humanizado?”.

8.1. PERIODICIDAD DE LA EVALUACION E INFORME DE ADHERENCIA

La evaluación se realizará diariamente por servicio y se presenta informe de adherencia mensualmente junto con el reporte de indicadores de calidad. Este indicador se publicara a todos los usuarios y Talento Humano en Salud.

Cada informe y evaluación mensual prestada dará lugar a la implementación de estrategias de mejora del trato humanizado en los servicios donde no se haya alcanzado la meta definida.

ELABORACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORACIÓN INICIAL DEL DOCUMENTO

CONTROL	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO
REALIZÓ	15/05/2023	MABIS MERCADO RUA	LIDER CALIDAD
REVISÓ	15/06/2023	JUAN CARLOS JARAMILLO	SUBGERENTE
APROBÓ	15/05/2023	ORLANDO RUIZ PEREZ	GERENTE

CONTROL DE CAMBIOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA MODIFICACIÓN	MODIFICACIÓN	RESPONSABLE
PROGRAMA DE ATENCION HUMANIZADA		3	20/12/2023	CONTENIDO	MABIS MERCADO RUA

REGISTRO DE COMUNICACIÓN DEL DOCUMENTO

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA	FECHA
HENRY MARTINEZ V.	SUBGERENTE		
IRINA MEDINA	COORDINADORA SIAU		



