

**Implementación la humanización en los servicios de hospitalización del Hospital**

**Federico Lleras Acosta de la ciudad de Ibagué en el presente año 2022**

Elaborado por:

Deibie stivens Bravo Obando

Karin Adriana Tique Manios

Universidad Ean

Escuela de Formación en Investigación

Seminario de Investigación de Pregrado

Ibagué

12/11/2022

## Resumen

El presente es un estudio descriptivo de tipo comparativo entre los postulados teóricos de origen legal, histórico, político y científico de la teoría de la humanización de la salud contrastada con los hallazgos evidenciados en la organización prestadora de servicios de salud intervenida Hospital Federico LLeras Acosta de la ciudad de Ibagué(HFLLA). por lo tanto este estudio se realiza a través de un diseño narrativo - documental en el que se condensa la teoría con experiencias asistenciales y con las exigencias de tipo gubernamental para la implementación de un nuevo modelo de salud a nivel nacional que debe ser “humanizado”, por lo tanto el análisis se enfoca en realizar una revisión de temas de atención en salud relacionados con la humanización en la prestación de los servicios, respaldado en las múltiples evidencias tanto a nivel nacional como internacional, con el fin de, a través del método deductivo generar propuestas en pro de lograr un impacto significativo en la institución de salud pública E.S.E intervenida como lo es el HFLLA donde por medio de encuestas y observación directa se logró identificar falencias en la prestación del servicio bajo la óptica de salud humanizada, así como también posibles acciones de mejora; lo anterior con miras de poder extrapolar los resultados obtenidos hacia diferentes prestadores de servicios (I.P.S y E.S.E, y profesionales independientes) de salud quienes estando inmersos en diferentes procesos de mejoramiento de la calidad e incluso de acreditación de sus instituciones, vean en la humanización de sus servicios el factor clave que ésta representa de cara a los retos que afronta el sistema de salud colombiano del siglo XXI.

Palabras clave: Salud, Humanización, Política de la Salud, Atención, Calidad

### **Antecedentes del problema.**

La salud en los tiempos modernos ha venido siendo concebida desde diferentes enfoques que incluyen desde la ausencia de enfermedad hasta el completo estado de bienestar físico e incluso mental, afectivo o emocional. Estos enfoques van sucediendo en concordancia con los momentos históricos y los factores socioculturales, "bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. Ginebra. Recuperado el Noviembre de 2015, de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).) pero según el médico, historiador y filósofo español Laín Entralgo, que para nuestro concepto personal es una definición más amplia, la salud va más allá que la definición de la OMS en la cual se omiten muchos aspectos que definen la salud de un individuo, él propone que un ser humano se define como sano siempre y cuando se cumpla con criterios objetivos y subjetivos, un criterio objetivo morfológico, en el que el sujeto se considera sano siempre y cuando no tenga ninguna lesión de tipo morfofisiológico, es decir ningún daño en sus estructuras internas, a nivel celular, anatómico, físico o químico. Un segundo criterio propuesto por Laín es el etiológico en el que para definir la salud se suma la ausencia de una patología interna o externa, aspecto que no fue bien recibido por otros analistas ya que las patologías no solo son por virus, bacterias, hongos o algún microorganismo que produzca algún tipo de daño sino que pueden ser a nivel

psicológicos o por daños propios de nuestro organismo, además de esto como bien lo menciona el autor hay portadores sanos en lo que este criterio no tendría una validez total para definir la salud. En el tercer criterio hace referencia a que para estar sano debemos ser seres funcionales, tener todos nuestros rangos vitales dentro de los parámetros normales.

El autor también propone dos criterios objetivos en el cual uno, es que un individuo debe ser útil dentro de la sociedad y otro es que, el individuo debe tener un comportamiento según las normas establecidas dentro de su vínculo social.

Dado lo anterior, podemos deducir que la salud comprende diversos aspectos subjetivos y objetivos, que pueden ser intrínsecos o extrínsecos y los cuales van ligados al entorno que nos rodea para ser totalmente sanos dentro de una comunidad.

También es importante definir el cuidado, desde nuestro ámbito profesional recordando que el cuidado es la esencia y disciplina de la enfermería, que según la teoría de Watson:

“El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo con las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del

conocimiento del individuo en sí” (Watson J. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company; 1979. p.

320)

Lo que quiere decir es que el cuidado es interpersonal y nuestra teórica lo ve como un equilibrio armónico entre mente, cuerpo y alma para lo cual es necesario que el cuidador tenga conocimiento de lo que está realizando y la finalidad por lo cual lo hace evocando en este punto los cinco principios éticos en salud, también nos dice que se debe hacer todo por ayudar a ese paciente que necesita la atención del cuidador, esto a su vez se debe hacer por vocación ya que todo lo que se hace con agrado se hace bien y finalmente posibilitando o manteniendo todas las creencias de tipo personal o social hasta donde su condición de salud sea permisible, destacando la comprensión y compasión para generar un lenguaje verbal y no verbal que facilite la confianza que pone una persona en el cuidado de su salud.

Una tercera definición importante para orientar nuestra tesis en la humanización es la definición establecida por la OMS, en la que hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológicas, psicológicas y conductuales, estas a su vez, se encuentran asociadas con las relaciones que se establecen al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivos.

Es un planteamiento de la salud en donde vemos un equilibrio de la moral, los valores éticos, principios, y la dignidad del paciente primordialmente en el momento de realizar cualquier tipo de intervención ya sea diagnóstica o terapéutica.

Es por ello necesario realizar un análisis individual de cada definición para finalmente explicar por qué es importante humanizar los servicios de salud, ya que en términos generales humanizar es personalizar la atención, recordemos que cada ser es un mundo distinto y percibe la enfermedad de diferentes maneras, enfrenta miedos diferentes en el momento de la hospitalización, por eso debemos focalizar nuestros cuidados no solo en el paciente si no en su familia o círculo familiar así como su entorno, por tal motivo la humanización en salud no debería ser un área como por ejemplo, decir el hospital X tiene humanizada las áreas de sala de parto y pediatría, no lo es de este modo, debemos ver la humanización como un compromiso que surja de nosotros y de todos los trabajadores de una institución desde el orientador hasta el especialista con sus múltiples títulos, es fácil recibir a una persona con un saludo, con una simple pregunta como: ¿cuál es su nombre? ¿en que lo puedo ayudar? ¿Cómo puedo mejorar su estadía? pongamos de moda la humanización, así como es moda la tecnología, que no perdamos ese sentimiento de ayuda al prójimo y ese compromiso de todos, que desde la parte administrativa de una empresa de salud revisemos protocolos, guías y procesos en el cual la humanización sea el foco de toda la parte documental y práctica de la institución. Es en todo esto donde radica la importancia de humanizar la salud, porque como lo evidenciamos anteriormente la salud comprende muchos aspectos en el ser humano, y si practicamos la humanización la salud sería un estado natural de las personas y no solo la ausencia de una patología como lo describe la OMS.

La humanización de los servicios o de la salud se pueden llevar a cabo desde diferentes puntos de vista teniendo en cuenta que el centro de todo esto es la persona

como un todo; con calidad en el trato el cual debe ser digno y enfatizando en valores, teniendo siempre una comunicación asertiva y suficientemente clara pero a la vez con un trato familiarizado, desarrollando confianza y seguridad en el paciente, generando así que nuestro paciente se sienta en confort en las instalaciones de la institución y quiera continuar sus atenciones, porque se siente cómodo con su atención lo cual mejoraría su salud impactando los porcentajes de satisfacción de la atención en salud.

Ejemplos claros de la implementación de la humanización en salud los podemos observar en estudios en otros países que han implementado estrategias de humanización como en España (Consejería de sanidad comunidad de Madrid, plan de humanización de la asistencia sanitaria), o Chile donde existe el colegio médico de Chile que ha presentado propuestas en el sentido de humanización.

Se trata de planes que a simple vista se ven sencillos pero que para un paciente lo son todo, como, por ejemplo: el simple hecho de colocar un vinilo en las paredes o en el techo con una imagen agradable como la de un paisaje o una caricatura, en esos lugares que es la parte que un paciente siempre visualiza en su estadía, la cual puede ser corta o larga, ha demostrado que disminuye los niveles de estrés de una forma muy significativa logrando reacciones de mejoría inimaginables.

En otro estudio en Londres, se determinó en un hogar de mayores, lo que en Colombia conocemos como hogares geriátricos, que al proyectar videos de naturaleza en un paciente postrado en cama logró que su movilidad fuera progresando poco a poco alcanzando una funcionalidad increíble para su caso específico, que los médicos no esperaban, solo con la disminución de ansiedad y disminución de ataques de pánico

logró que el paciente quisiera retomar sus terapias en este lugar que se convirtió en su espacio favorito.

Otro proyecto, en Australia, que fue calificado como ambicioso, propone que en los centros infantiles los niños puedan cambiar el color de su habitación en el cual si lo miras desde afuera verás un edificio de arcoíris

Otros ejemplos son proyectos como una temática en lugares diagnósticos como el tac, en el que el salón es una proyección de un centro espacial. O proyectos como cámaras en las cunas de neonatos en donde los padres puedan monitorear la evolución de la salud de su hijo desde su celular.

Por otra parte, tenemos la utilización de terapias complementarias, como la musicoterapia, risoterapia, terapia asistida con animales que ha demostrado gran impacto sobre los pacientes en fases terminales como el cáncer son más ejemplos de cómo podemos utilizar diferentes métodos para lograr esa humanización.

Entonces podemos inferir que es viable la humanización de los servicios a pesar de las múltiples restricciones que tienen las IPS, ya que los resultados arrojados demuestran que la disminución de estrés y el poder mantener un ambiente agradable disminuye la estancia hospitalaria, reducen el dolor, disminuyendo así el uso de medicamentos y acelerando el proceso de recuperación, incrementa la productividad del área asistencial ya que los espacios creados para los pacientes también generan un espacio grato para el personal que allí labora reduciendo también el estrés en ellos y posibles síndromes como el de Burnout, todo lo anterior hace que el retorno económico sea más que la

inversión que se realiza si lo analizamos desde el sector monetario, ya que si lo miramos por satisfacción personal las ganancias no tendrían fin.

Por otra parte; en la salud debemos pensar en una persona como un ser con diversas necesidades las cuales apoyan o suplen de forma parcial o total los trabajadores de la salud, son necesidades que pueden ser físicas o emocionales que van de la mano con su entorno familiar y social, pero hoy en día el cuidado como labor en el sector salud se ha visto ostensiblemente deshumanizado, entendiendo este término como la pérdida de valores que se deben tener en cuenta en el momento de ayudar y que genere un impacto positivo a la persona que recibe estos cuidados, estas necesidades no solo son físicas sino psicológicas o sensoriales en el que es importante involucrar todo a su alrededor, hacer partícipe no solo al profesional médico o de enfermería si no a su propia familia, teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad de la institución, es importante buscar ese confort y tranquilidad en el paciente ya que como lo mencionamos anteriormente se ha ido perdiendo esta calidad a través del tiempo por diversos factores como lo pueden ser la sobrecarga laboral, la falta de conocimientos, falta de recursos haciendo que faltemos a los valores éticos en salud por los cuales hemos sido formados. Por lo anterior, este proyecto busca implementar estrategias que se puedan poner en práctica y nos lleve a encontrar herramientas que permitan volver a tener un cuidado humanizado e integral apoyándonos en la “POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD” (Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Calidad, Bogotá D.C., 2020) a través de la cual se establecen conceptos, se fija el marco jurídico aplicable a nivel nacional, fuentes del derecho a la salud, fines del estado, mecanismos para la concreción de la salud humanizada. De este modo, nos

corresponde entonces encontrar los mecanismos concretos para lograr dar aplicación en la práctica al proyecto de humanización de la salud del servicio o centro de salud en específico.

### **Descripción del problema.**

Siendo como es el derecho a la salud, un derecho fundamental por sí mismo y también encontrándose en conexión con el derecho a la vida, desde la constitución política de Colombia de 1991 que es norma de normas dentro del territorio nacional, reza en su artículo 49 que la atención en salud es un servicio público a cargo del estado, también garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, adicionalmente a partir del artículo 48 ibíd en el que se establece el derecho a la seguridad social integral, surge el sistema de salud actual introducido por la ley 100 de 1993 por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral contemplando la salud como un subsistema dotado de normas administrativas financieras y de control propias, así como principios de universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, equidad, calidad, entre otros, para propender por unos objetivos “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (ley 100, 23 de diciembre de 1993, art 152, inc segundo, Diario Oficial. N.41148), sin embargo en la práctica, este sistema que fue creado con bases tan sólidas, ha sufrido críticas que hoy en día lo pueden tener al borde de un cambio radical pues las propuestas desde el gobierno nacional giran en torno a la finalización de la intermediación como hoy la conocemos de los entes privados en la administración de los recursos.

En estos momentos se puede decir que la prestación del servicio de salud a nivel nacional sufre de múltiples falencias, obstáculos en mayor medida de tipo administrativo, inconvenientes que afectan a los usuarios, esto se ve reflejado en la falta de aprobación social a la gestión de las entidades encargadas de actuar dentro del sistema para la prestación de los servicios de salud, en las acciones de tutela que buscan el amparo de la salud como derecho fundamental, en los procesos judiciales de reparación directa, de responsabilidad médica que van en ascenso y que favorecen la proliferación de agencias aseguradoras y de defensa jurídica que giran en torno a las deficiencias en la prestación de los servicios y de los resultados muchas veces catastróficos sobre la salud de las personas, e incluso comunidades; de acuerdo con concepto de la defensoría del pueblo, durante el año 2012 se presentaron 114.313 de dichas acciones constitucionales por parte de ciudadanos que buscaban salvaguardar sus derechos o los de sus familiares y la utilizaban como única alternativa por el riesgo de sufrir perjuicios irremediables, adicionalmente vale la pena observar el tipo de servicios que eran los más requeridos por los usuarios: “70,93 por ciento de las tutelas en salud interpuestas por las personas son para reclamar procedimientos, medicamentos y tratamientos que están contenidos en el POS” (Defensoría del Pueblo, Colombia, séptimo informe sobre ‘La tutela y el derecho a la salud’, septiembre de 2013), si tenemos en cuenta que el mencionado Plan Obligatorio de Salud, hoy Plan De Beneficios lo podríamos definir como el conjunto **BÁSICO** de prestaciones en salud a las que tiene derecho todo individuo que se encuentre dentro de la jurisdicción del estado colombiano, es decir, toda persona, todo ciudadano, todo transeúnte que se encuentre dentro de los límites de la nación, o así se puede entender del análisis de los

conceptos manejados por entes gubernamentales, pues veamos la siguiente contextualización del Ministerio de Salud y Protección Social: “El eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud -POS, que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 8 de septiembre de 2022, Plan Obligatorio de Salud ([minsalud.gov.co](http://minsalud.gov.co))), entonces necesariamente tenemos que concluir que las entidades encargadas de administrar el sistema de salud al no brindar en estos casos los servicios básicos que de entrada ya se encuentran reglamentados, así como su obligación de proporcionarlos, y hacer o inducir al ciudadano a incurrir en pérdidas injustificadas de tiempo y recursos a través de acciones judiciales, constitucionales para salvaguardar sus derechos y obtener el acceso oportuno a la salud, dicha falta de diligencia y en ocasiones dicha negligencia es atentatoria contra la dignidad humana por ignorar un derecho fundamental.

Estos actos que atentan contra la dignidad humana son muy frecuentes y los usuarios son quienes los sufren en el día a día, a la vez que se constituyen como actos que deshumanizan la prestación de los servicios de salud, pero que además se manifiestan en los casos concretos en los centros asistenciales que pese a los esfuerzos por materializar las políticas de humanización, se encuentran con múltiples barreras, administrativas, económicas, y técnico científicas para el logro de estos objetivos.

No obstante lo anterior, debemos entender que la humanización de los servicios de salud es un componente fundamental de la dignidad humana que a su vez es uno de los compromisos de nuestro estado colombiano pues desde nuestra constitución política se ha declarado de la siguiente manera: “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, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general” (Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 1, actualización 5 de septiembre de 2022 - Diario Oficial No. 52130 - 18 de agosto de 2022), por ello si entendemos que la dignidad es inherente a la persona, “que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (Declaración universal de los derechos humanos, artículo 1, Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948), entonces surge la necesidad de implementar mecanismos que tiendan a materializar las políticas de humanización de la atención en salud.

## CASO CONCRETO

Partiendo del análisis anterior se estudia la problemática actual del departamento del Tolima específicamente de su E.S.E más compleja como lo es el Hospital Federico Lleras Acosta (HFLLA), con ubicación geoespacial en la ciudad de Ibagué, barrio la Francia, en la Calle 33 #4A - 50, y con sede en el barrio limonar en la Calle 58 N. 5-25, El Limonar. es el centro asistencial más importante de la región, de tercer nivel de complejidad, de mayor trayectoria, historia y además del sector público, lo que implica que a sus instalaciones acuden usuarios sin discriminación de su situación socioeconómica y encuentran servicios que se les prestan con los mejores estándares de calidad, y oportunidad. por lo tanto, buscando dar aplicabilidad a la política nacional de humanización en salud “Entre Tejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana” (Ministerio de Salud y Protección social, 2021 - 2031), se debe mejorar la experiencia de la población tolimense y en general de todos los usuarios del HFLLA, propiciando una cultura de gestión centrada en el ser humano. Todo esto con el fin de impactar positivamente los procesos de salud y enfermedad, y mejorar la experiencia de los habitantes de la región beneficiarios de los servicios hospitalarios de la institución como quiera que el componente de humanización resulta decisivo a la hora de afrontar cualquier cuadro fisiopatológico y de afrontar las diferentes crisis por las que se debe pasar en aquellos momentos más difíciles de la vida de todo ser humano que es cuando nos enfrentamos a los imprevistos, a las calamidades, a las incapacidades,

enfermedades e incluso a la muerte, indistintamente de su etiología o causa del problema.

Por citar algún ejemplo, encontramos como resultado de un estudio que en principio no apunta al componente de humanización sino al componente fisiopatológico de la insuficiencia cardiaca, estudio de investigación para la culminación de maestría, realizado en la misma institución HFLLA, la siguiente conclusión: “Los factores que más influyen negativamente en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca que acuden a la consulta externa por cardiología en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, están relacionados con un compromiso severo de la dimensión emocional representado en un 50%, la dimensión física en un 44%, mientras que para la dimensión económica corresponde a un 35%. Es notorio el porcentaje obtenido en relación con la dimensión emocional cuando en los resultados se confirma que la calidad de vida está comprometida severamente en estos pacientes con un 34% en edades entre los 45 y 74 años y para los pacientes de 75 años y más, está representado este mismo grado de compromiso en un 12%, es decir, que existe una relación directa entre la edad y el grado de severidad del compromiso en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Su calidad de vida en esta dimensión se encuentra comprometida porque los pacientes con insuficiencia cardiaca se consideran una carga para su familia, pierden el control sobre sus vidas, tienen pensamientos de preocupación, tienen dificultad para concentrarse o recordar cosas y se sienten tristes con mucha frecuencia” (Quiñonez Roza LDP, 2009, Factores que influyen en la calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca en la consulta

externa del hospital federico lleras acosta de ibagué, Tesis para optar el título de Magíster en enfermería con énfasis en Cuidado para la salud cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia, facultad de Enfermería. Microsoft Word - DOCUMENTO FINAL TESIS.doc (unal.edu.co), por ello se observa la necesidad de afrontar los retos de la humanización de los servicios de salud, para realizar el derecho fundamental a la salud, a la dignidad y para contribuir en los diferentes procesos fisiopatológicos que afrontan los usuarios y mejorar su experiencia hospitalaria.

### **Objetivo general**

- Generar desde la perspectiva de la humanización, propuestas aplicables que contribuyan al mejoramiento en la calidad de la atención y prestación de los servicios de salud del HFLLA Semestre B 2022.

### **Objetivos específicos**

- Definir criterios y conceptos que permitan contextualizar integralmente la prestación humanizada de los servicios de salud hospitalarios a nivel nacional.
- Identificar puntos clave en la prestación de servicios de salud humanizados desde la aplicación de las políticas de humanización a nivel nacional.
- Identificar debilidades existentes en el momento actual en cuanto a la prestación de los servicios hospitalarios de salud de forma humanizada en el HFLLA de la ciudad de Ibagué.
- Proponer acciones de mejora que permitan brindar atención humanizada.

## **Conveniencia de la Investigación**

Con el presente proyecto de investigación se pretende llevar a cabo un ejercicio teórico-práctico que permita impactar positivamente la experiencia de los usuarios en los servicios de hospitalización de la institución intervenida (HFLLA); también lograr en el caso particular del HFLLA mejorar los estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud, al mismo tiempo que contribuir al mejoramiento de la percepción de los usuarios respecto de los servicios recibidos para con ello poder llevar a la práctica los fines de la política nacional de humanización en salud.

## **Justificación**

El presente trabajo de investigación forma parte del Grupo de Investigación en Salud de la universidad EAN, se desarrolla en el campo de ciencia tecnología e innovación, en la línea de gestión en salud; con enfoque teórico - práctico con la finalidad de encontrar y aplicar propuestas que materialicen la política nacional e institucional de humanización de la salud, con la intención de extrapolar los resultados encontrados y la metodología empleada hacia el ámbito extrainstitucional de diferentes IPS y ESE que se encuentren en el proceso de mejoramiento de la calidad en la prestación de sus servicios y de humanización de la salud. Por lo tanto, es conveniente en la medida que se busca lograr la realización del derecho fundamental a la salud visto como un componente fundamental de la dignidad humana. en el ámbito local resulta ser un trabajo de gran relevancia social por el impacto que tiene la institución intervenida HFLLA al ser la institución de mayor alcance y complejidad del departamento del Tolima, también por encontrarse ubicada en la capital del departamento, en la ciudad de Ibagué que según cifras del DANE para el presente año 2022 “tiene una proyección demográfica de 543.949 habitantes” (DANE, información para todos, La información del DANE en la toma de decisiones regionales, Ibagué - Tolima, Noviembre de 2020, <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/201120-InfoDane-Ibague-Tolima.pdf>)

De esta densidad poblacional esperada todos son usuarios potenciales de los servicios que presta esta institución. pero además por ser el HFLLA un referente a nivel nacional la utilidad de esta investigación salta a la vista pues los resultados satisfactorios

costrarán fuerza cada día y serán parte como valor teórico, utilidad metodológica y como teoría aplicada en el proceso de transformación del enfoque en la prestación de los servicios de salud; esto implica cambios en todas y cada una de las prácticas realizadas por los agentes que hacen parte de los diferentes procesos de atención, desde que el usuario (paciente, amigo o familiar) ingresa por la puerta de la institución donde el primer contacto lo tendrá con los agentes encargados de la logística, la guarda y la seguridad de la institución, pasando luego por las personas encargadas de labores administrativas en la organización y prestación de la atención, siguiendo por los prestadores de servicios asistenciales (profesionales de las diferentes disciplinas de salud) y finalmente hasta el egreso hospitalario.

## Marco Teórico

Las personas que consultan a los servicios de salud, aún sin tenerlo en mente, lo que buscan es el restablecimiento de su salud, pero adicional e indirectamente, buscan un trato amable, que se les ofrezca una buena atención y tener el conocimiento de la situación por la cual están pasando; esto los hace sentir bien y contribuye al mejoramiento de su estado de salud. De ahí la importancia de trabajar en la satisfacción de los pacientes, de aplicar los postulados de la humanización de la atención en salud que hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual. de esta manera se encuentra también asociada con las relaciones que se establecen al interior de una institución de salud, entre el paciente, el personal de salud, el personal administrativo y los directivos.

El sistema único de acreditación en salud ha ido avanzando en proponer puntos clave para que las instituciones reflexionen sobre aspectos puntuales de la humanización y desarrollen estrategias que permitan un abordaje más apropiado sobre este tema. así en el año 2004 se incluyeron algunos aspectos clásicos del enfoque interpersonal de la humanización, como el desarrollo de la declaración de los derechos y deberes de los pacientes, el consentimiento informado real, el aislamiento en condiciones de respeto de la dignidad humana, la privacidad en los espacios y el respeto a la desnudez de los pacientes, así como el apoyo espiritual y emocional al paciente y el abordaje de la familia del usuario con información que contribuya a disminuir la angustia y el drama de la enfermedad, entre otros temas.

Es evidente que estas exigencias han dado lugar al abordaje del tema y al proceso de generalización de la atención humanizada en las instituciones de salud del país, lo cual debe ser acogido como un progreso importante en medio de la actual situación y de los problemas a los que se enfrentan los agentes del sistema de salud. Es así como el HFLLA tiene un reto en la humanización de la atención.

### **DEFINICIONES:**

**SALUD:** Alessandro Seppilli (1971) define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social"

([http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html#:~:text=Alessandro%20Seppilli%20\(1971\)%20define%20salud,su%20ambiente%20natural%20y%20social%22](http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html#:~:text=Alessandro%20Seppilli%20(1971)%20define%20salud,su%20ambiente%20natural%20y%20social%22))

*“Salleras Sanmartí la definía así en el año 1985: - El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento dentro de los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad -. Interesante reclamo el que hace a algo más de lo que hacía la OMS hablando de “estado”.*

*Sanmartí se refiere a capacidad de funcionamiento y reclama la dimensión social, no sólo la individual en la experiencia de bienestar.*

*Ivan Illich, en Nemesis Medica la define como: - la capacidad del individuo y del grupo de ejercitar el arte de vivir, con sus lados oscuros (los del arte de sufrir) y con sus lados luminosos (los del arte de gozar): es decir, la capacidad de integración del individuo en*

*una cultura visible -. ¿En esta definición nos invita a realizar un análisis de la pregunta de cortesía como esta? en donde un individuo con esta definición puede responder: estoy bien, con los achaques propios de la edad pero bien.*

*En el congreso de médicos de Perpignan, en 1978, se referían a la salud como: - un modo de vivir autónomo, solidario y gozoso -. En relación con la definición de la OMS, daban el salto a modo de vivir, no a estado y a la experiencia subjetiva de gozo, también relacional, traducido en preocupación por el semejante.*

*Tremblay Jean Claude, al referirse a la salud como: - estado de bienestar resultante de una armonía física, psicológica y espiritual del ser humano -. Es la armonía la que se convierte en categoría de referencia, armonía en las diferentes dimensiones de la persona.*

*Diego Gracia Guillén se refiere a la salud como: - capacidad de posesión y apropiación por parte del hombre de la propia corporeidad- . Es una clara referencia al protagonismo biográfico sobre algo más que el propio cuerpo; sobre la propia persona en su dimensión relacional”.*

Como podemos ver, definir la salud no es tan fácil, ya que en la actualidad existen numerosas definiciones, conceptos o teorías, unas que respaldan la definición de la OMS otras que están en contraposición, lo que hay que tener en cuenta es que tenemos que observar diferentes componentes, tiempo, lugar, pares, creencias que nos

acerque lo más posible a este término que es uno de los pilares en esta tesis de investigación, ya que buscamos implementar una humanización en salud.

**ENFERMEDAD:** Según la OMS, la definición de enfermedad es la de “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”

Galeno define la enfermedad como “una disposición preternatural del cuerpo (diáthesis para physín) por la que se ven impedidas sus funciones vitales. El organismo en su condición de enfermedad padece la destitución de su disposición connatural. La enfermedad es una pasión”

Hipócrates define la enfermedad como “el desequilibrio de la physis, es decir, del microcosmos o medio interno” ((de Claude Bernard). La salud, era la eucrasia y la enfermedad, era la discrasia, esta última producida por alteración de los humores. “La mayoría de pacientes hospitalizados perciben en mayor grado excelentes y buenos comportamientos de cuidado humanizado brindado por los profesionales de enfermería, se asocia de manera significativa la hospitalización y la percepción de cuidado humanizado de enfermería en los aspectos del estado de salud de los participantes y el servicio hospitalario donde se ubicaron”

**HUMANIZACIÓN:** El Diccionario del Uso del Español de María Moliner, dice que humanizar es una palabra moderna que ha sustituido a humanar, es recogido como: “Hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres” ( Moliner, M. Diccionario del uso español, Humanización). Hablar de humanizar algunos ambientes supone partir de una idea: cómo debería vivir el ser humano para realizarse plenamente como tal.

El Doctor Bermejo afirma que: “Humanizar el mundo de la salud y la dependencia pasa por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales, sino por incidir también en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autopercepción” (Bermejo JC, Durbán M. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias.

### **Antecedentes del ámbito hospitalario y la humanización**

**1819:** El libertador Simón Bolívar ante el congreso de angostura el 15 de febrero de **19819** señaló “El sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social, y mayor estabilidad política”.

**1846:** Se crea el instituto colombiano de seguros sociales, entidad de gran importancia en la seguridad social colombiana, la cual funcionó bajo, EPS (entidad promotora de salud), IPS (Instituto prestador de salud) y ARS (Administradora de riesgos profesionales)

**1886:** La constitución colombiana de este año, define el estado colombiano como “estado de derecho”

**1915:** Se crea la ley 571915 conocida como la ley general de Rafael Uribe que hacía referencia a todo lo relacionado con accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

**1946:** La OMS define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad

**1946:** Se crea el instituto colombiano de seguros sociales bajo la ley 90 de ese año

**1950:** Se lanza el modelo higienista donde se veía que la falta de agua y potabilización causaba enfermedades de origen sanitario. Se empieza a hablar de la prevención y la curación.

**1956:** Rene Dubos define la salud como un estado físico y mental razonable libre de incomodidad y dolor, que permite a las personas en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado

**1968:** Se implementa el reglamento del régimen laboral y prestaciones para los empleados públicos

**1979:** Nace el término SALUD OCUPACIONAL

**1991:** Colombia es declarado un estado social de derecho

**1993:** Nace la ley 100 donde se crea el SGSSS Sistema general de seguridad social en salud.

**1995:** Se autoriza las primeras EPS en Colombia

**1996:** Se incluyen los primeros procedimientos quirúrgicos en los seguros subsidiados a través del decreto 2174

## Marco Normativo

Constitución Política de Colombia 1991	de los derechos fundamentales: a la vida, derecho a la información, a la participación, igualdad...
Ley 23 de 1981 Código de ética	“Por la cual se dictan normas en materia de ética médica” aplicable a profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia... “La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”
Ley 100 de 1993	“El Sistema de Seguridad Social Integral

	<p>tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.</p> <p>El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro”</p>
Decreto 1011 del 3 de abril de 2006	“por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”
Resolución 1043 de 2006	“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus

	<p>servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”</p>
<p>Ley 1122 de 2007</p>	<p>“<i>Objeto.</i> La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”</p>
<p>Ley 1438 de 2011</p>	<p>“Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de</p>

	<p>Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.</p> <p>Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera“</p>
Resolución 13437 de 1991 - 1757 de 1994	“Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los

	<p>Pacientes... Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas”</p>
<p>Decreto 780 de 2016</p>	<p>“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” identifica atributos de calidad: oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, entre otros.</p>
<p>Resolución 5095 de 2018</p>	<p>“Por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1” Marco normativo del Sistema Único de Acreditación en Salud”</p>

**Marco institucional**

## HISTORIA

“El Hospital FEDERICO LLERAS ACOSTA comenzó a gestarse en el año de 1968 en cabeza del Dr. Alberto Rocha Alvira y un grupo de tolimenses de gran sensibilidad social, quienes, aprovechando la visita del entonces presidente de la República, Dr. Carlos Lleras Restrepo, le proponen adelantar la construcción de un Hospital que llevaría el nombre de su padre, el destacado científico Dr. Federico Lleras Acosta.

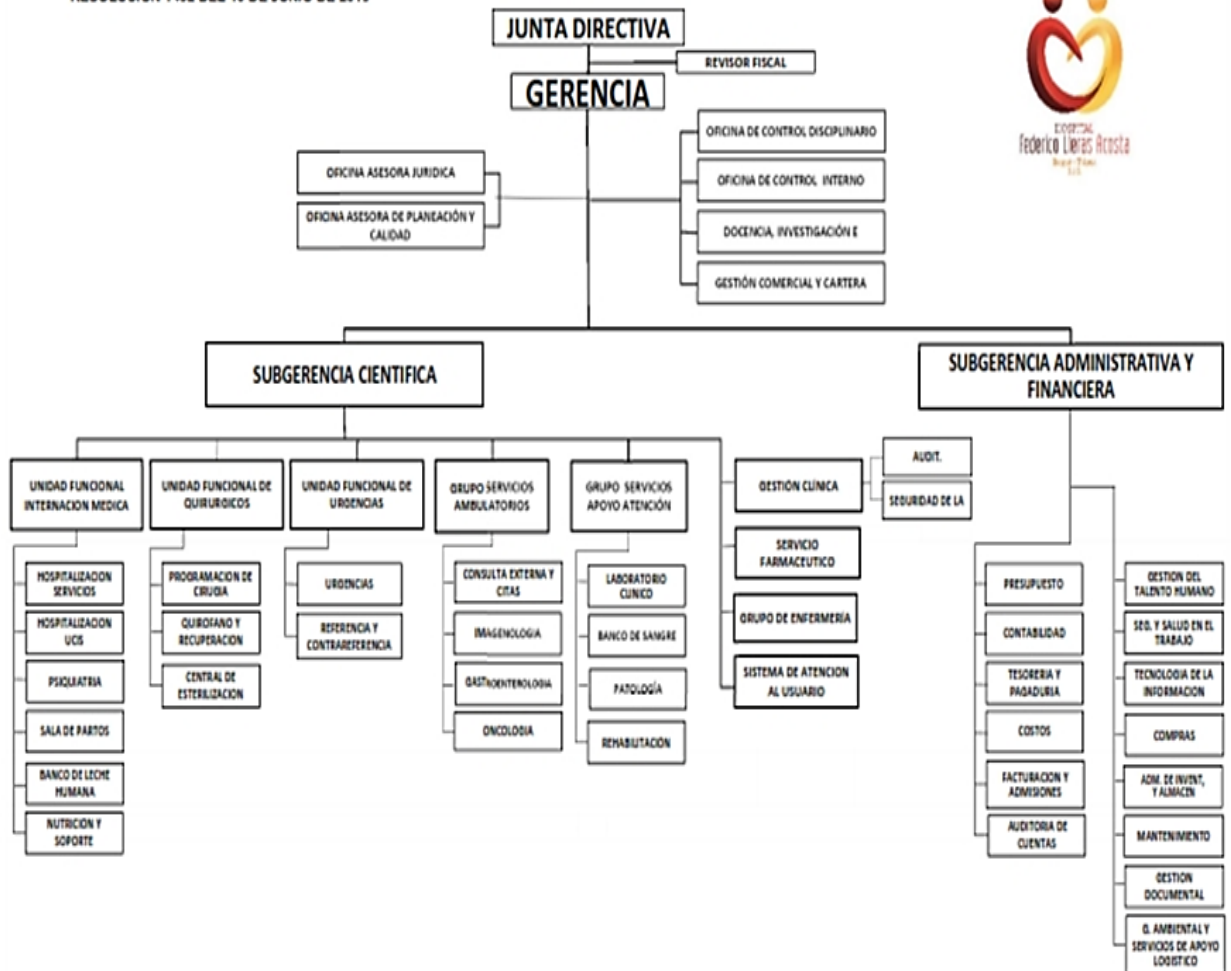
El presidente acoge la idea y después de muchos obstáculos se termina la construcción en febrero de 1973 y se inaugura oficialmente el 13 de noviembre del mismo año con la presencia del Presidente Dr. Misael Pastrana Borrero y el expresidente Dr. Carlos Lleras Restrepo.

La descentralización administrativa hace que la Asamblea del Tolima, mediante ordenanza No. 009 del 1ro de febrero de 1991 lo restructure como establecimiento público del orden departamental, con personería jurídica y autonomía administrativa, adscrito al Ministerio de Salud y regulado por las normas de allí emanadas.

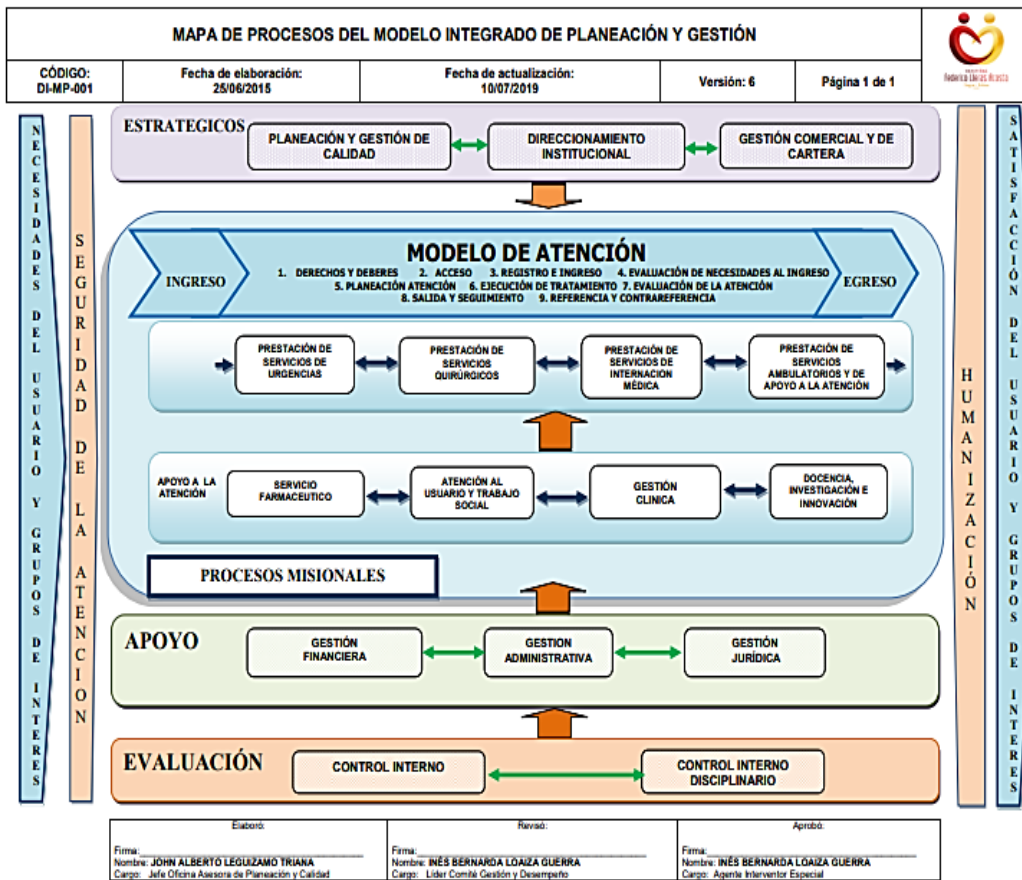
Mediante ordenanza No. 086 de diciembre 28 de 1994, la Institución se transformó en Empresa Social del Estado, de conformidad con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, es una entidad pública descentralizada del orden departamental, de categoría especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Seccional de Salud”

# ORGANIGRAMA

RESOLUCIÓN 1452 DEL 10 DE JUNIO DE 2019



# PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS



## PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

“El hospital federico tiene documentado 16 procesos y procedimientos generales entre los que tenemos

1. Direccionamiento Institucional
2. Planeación y Gestión de la Calidad
3. Gestión Comercial de la cartera
4. Prestación de servicios de Intervención Médica
5. Prestación de servicios de Urgencias
6. Prestación de servicios de Quirófano
7. Prestación de servicios Ambulatorios y de apoyo a la atención
8. Docencia, Investigación e Innovación
9. Servicio Farmacéutico
10. Vigilancia Epidemiológica, infecciones y Estadística
11. Atención al usuario
12. Gestión Administrativa
13. Gestión Financiera
14. Gestión Jurídica
15. Control Interno
16. Control Interno y Disciplinario”

## FUNCIONES DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS

- “Prestar los servicios de salud en el área de su jurisdicción correspondientes al tercer nivel de atención al igual que a los afiliados y beneficiarios del Sistema de Seguridad Integral dentro de los parámetros y principios del sistema.
- Prestar, excepcionalmente, servicios correspondientes a niveles superiores de atención en salud, en desarrollo del principio de complementariedad de que trata el artículo 3 literal e) de la Ley 10 de 1990 y el artículo 3 numeral 9 del Decreto Ley 1298 de 1994, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita, y garantice debidamente la prestación de los servicios y las acciones de salud, previa aprobación del Ministerio de Salud, o la entidad en la cual éste delegue; sin menoscabo de la red de servicios de salud en los municipios del Departamento o de determinada región.
- Prestar transitoriamente y hasta tanto el municipio asuma sus competencias y servicios correspondientes al primer nivel de atención en desarrollo del principio de subsidiaridad de que trata el artículo 3 numeral 8 del Decreto Ley 1298 de 1994, y de acuerdo a la normatividad vigente, cuando las entidades responsables de estos últimos no estén en capacidad de hacerlo por causas justificadas, debidamente calificadas por el Ministerio de Salud, o la entidad en la cual éste delegue la calificación sin menoscabo de la red de servicio de salud en los municipios del Departamento o determinada región.

- Ejecutar y supervisar la prestación del servicio de salud integral a las personas en su fase de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Programar de manera racional la distribución de los recursos asignados para el cumplimiento de sus responsabilidades.
- Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción en armonía con las políticas, planes y programas nacionales o seccionales.
- Elaborar los programas específicos que se deben adelantar en materia de atención de la salud, a partir del diagnóstico y pronóstico de la problemática de salud, los cuales deben estar en concordancia con las políticas y planes adoptados por la Dirección Departamental de Salud.
- Estimular la participación comunitaria en los términos señalados por la Ley y sus Decretos reglamentarios.
- Cumplir y hacer cumplir las políticas y normas trazadas por el Ministerio de Salud, en coordinación con la Dirección Seccional y Departamental de Salud.
- Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento para el personal del Hospital - Empresa Social del Estado - en coordinación con la Dirección Departamental de Salud.
- Promover la integración funcional.

- Administrar su presupuesto y asignar sus recursos en atención a la cantidad, calidad y costo de los servicios programados teniendo en cuenta el régimen tarifario definido en el artículo 48 literal a de la Ley 10 de 1990, y los mecanismos de control interno y fiscal.
- Aplicar los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes remitidos por el Sistema Municipal y Departamental de Salud, directamente o mediante contratos con entidades que presten servicios de salud, ya sean estas públicas, privadas o del sector solidario.
- Estimular la atención preventiva, familiar y extra hospitalaria.
- Diagnosticar el estado de salud - enfermedad de la población atendida y establecer los factores de riesgos determinantes de manera que sean insumo para el Plan de Salud del Departamento.
- Controlar en coordinación con las entidades del sector o de otros sectores que incidan en la salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud - enfermedad de la población.
- Cumplir las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud, para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de instituciones de tercer nivel de atención.
- Cumplir y hacer cumplir las normas de orden sanitario previstas en el código sanitario nacional y su reglamentación.

- Establecer en coordinación con las entidades educativas los campos y tiempos de práctica que deben aplicarse en los planes de formación del recurso humano en salud, con el fin de garantizar la calidad de los servicios que presta.
- Velar por el cumplimiento de las normas sobre seguridad industrial y salud ocupacional.
- Las demás que legalmente le corresponden o que se le atribuyan en los actos de creación y de organización.” (Ordenanza 086 de Diciembre 28 de 1994)

## **MISIÓN**

“Somos una Empresa Social del Estado, referente Departamental de la red pública de mediana y alta complejidad, estamos comprometidos en brindar una atención humanizada, con calidad, seguridad y eficiencia gerencial, enfocados en el desarrollo tecnológico, científico, humano y de docencia servicio, basados en principios éticos y valores que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población Tolimense.”

## **VISIÓN**

“Para el año 2023, el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E será reconocida a nivel Nacional como la mejor institución de servicios de salud de alta complejidad de la región, seremos líderes en el fortalecimiento de los procesos de acreditación, docencia servicio, gestión tecnológica, científica, administrativa, financiera y asistencial, nuestro enfoque será la atención segura y humanizada, el cuidado del medio ambiente, el talento humano y el compromiso social; contribuyendo con el bienestar y cuidado integral de la salud de nuestra población.”

## **NORMATIVIDAD**

“El hospital Federico Lleras Acosta cuenta con diferentes normas del año 2021 y 2022 en el que tenemos para el 2021 las siguientes:

1. Normograma de presupuesto
2. Normograma de la tecnología de la Información
3. Normograma de Seguridad y Salud en el Trabajo
4. Normograma Rehabilitación
5. Normograma tesorería
6. Normograma Planeación
7. Normograma Almacén
8. Normograma Banco de Sangre
9. Normograma Farmacia
10. Normograma compras
11. Normogramas disciplinarios
12. Normograma Control Interno
13. Normograma Gestión comercial y Cartera
14. Normograma Gestión en talento Humano
15. Normograma Institucional Jurídica
16. Normograma Mantenimiento” (Pagina Hospital Federico Lleras Acosta)

Para el 2022:

1. Acuerdo 060 y 061 de 2021 por medio del cual se modifica el manual de funciones
2. Normograma Institucional de Ley
3. Normograma Institucional de decretos
4. Normograma Institucional de Acuerdos
5. Normograma Institucional de Manuales
6. Normograma Institucional de Circulares
7. Normograma Institucional de Planes, manuales y Otros

Política del sitio web

- Política de Seguridad y Privacidad de la Información
- Manual de política de Tratamiento de datos Personales
- Política de Tratamiento de datos Personales”

## **METODOLOGÍA**

### **Enfoque: CUALITATIVO**

Para sustentar el enfoque del presente estudio de investigación se halla el soporte en la siguiente conceptualización.

Los autores Blasco y Pérez (2007:25), señalan que la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas.

Este tipo de investigación como en el presente caso, utiliza variedad de instrumentos para recoger información como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como los significados en la vida de los participantes.

Específicamente en este estudio se utilizan dos instrumentos que son la aplicación de encuestas a paciente trazador (una muestra aleatoria tomada en momentos diferentes y sacados del total de la población) y la observación directa a los procesos que en la ESE se llevan a cabo con el fin de identificar el grado de humanización y evaluar estos procesos.

características:

\* La investigación cualitativa es inductiva. En esta investigación se es flexible y se busca a través de herramientas como la encuesta, recoger datos que permitan precisar

el nivel de humanización de la institución escogida la cual fue el Hospital Federico Lleras sede la Francia.

\* En la metodología cualitativa nosotros como investigadores vamos directamente al escenario a evaluar con nuestro instrumento, a las personas de una manera integral es decir, realizamos aplicación del instrumento y metodología observacional recolectando de esta manera los datos del contexto actual de la humanización en la prestación de los servicios de salud del Hospital Federico Lleras acosta.

\* Los investigadores cualitativos somos sensibles ya que interactuamos con los informantes de un modo natural y no intrusivo.

\* El investigador cualitativo aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

\* Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas. No busca la verdad o la moralidad, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas, en este caso la percepción de los servicios de salud y su atención humanizada.

\* Los métodos cualitativos son humanistas. Al estudiar las personas con una metodología cualitativa el investigador conoce el personal así como todas sus virtudes y el motivo por el cual fue escogido como candidato a ser partícipe en esta investigación.

## **ALCANCE:**

El alcance del estudio se extiende en dos direcciones, por una parte, a los servicios a los cuales se realiza la visita y observación directa (servicios de hospitalización, cuidados intensivos, sala de partos y urgencias) y por otra parte a 28 participantes voluntarios mayores de edad con los que se tuvo contacto directo para la aplicación de encuestas y observación directa.

Este periodo de inclusión duró un mes, con 4 días diferentes de aplicación de instrumentos y culminó con la aplicación del instrumento a 28 voluntarios.

A cada voluntario del presente estudio de investigación, se le solicitó diligenciar un breve cuestionario para evaluar su percepción de la humanización de los servicios ofrecidos por el Hospital Federico Lleras Acosta.

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

**DESCRIPTIVO TIPO ENCUESTA:** Es un procedimiento dentro de la investigación cualitativa en la que el investigador recopila información mediante el cuestionario previamente diseñado y validado si es necesario, por los investigadores, sin modificar el entorno en el que se encuentra en este caso son los diferentes servicios como UCI, sala de partos, hospitalización en diferentes pisos y urgencias. Tampoco se modifica el objetivo de la información el cual es medir la humanización de los servicios, para finalmente entregar la información mediante una gráfica y análisis de resultados de esta muestra.

## **Definición de variables**

Al ser una investigación de tipo cualitativa, entre múltiples variables generamos las siguientes:

1. Voluntad en participar, es un estudio voluntario no obligatorio
2. Mayor de edad
3. El participante debe tener acceso a todos los servicios del hospital Federico Lleras Acosta
4. El voluntario deberá participar dentro de los días establecido y no posterior a la publicación de resultados
5. Cumplir con el límite de tiempo para la aplicación del instrumento.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Se debe tener en cuenta la conceptualización ya evidenciada anteriormente, como un breve resumen conceptual puntualizamos los siguientes conceptos:

**HUMANIZACIÓN:** El Diccionario del Uso del Español de María Moliner, dice que humanizar es una palabra moderna que ha sustituido a humanar, es recogido como: “Hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres” (Moliner, M. Diccionario del uso español, Humanización). Hablar de humanizar algunos ambientes supone partir de una idea: cómo debería vivir el ser humano para realizarse plenamente como tal.

**SALUD:** Alessandro Seppilli (1971) define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social"

**ENFERMEDAD:** Según la OMS, la definición de enfermedad es la de "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible"

## **Población y Muestra**

**La población:** se circunscribe a pacientes mayores de edad, en pleno uso de sus capacidades mentales que se encuentran haciendo uso de los servicios asistenciales que ofrece el HFLLA durante el mes de noviembre de 2022.

**La muestra:** con una muestra aleatoria de 28 pacientes trazadores a quienes se les aplicó el instrumento diseñado para evaluar el componente de humanización en salud en diferentes momentos, durante el transcurso de 4 días y en diferentes servicios de la siguiente manera:

**día 1** - aplicación del instrumento a 7 pacientes de servicios de cuidados intensivos,

**día 2** - aplicación del instrumento a 7 pacientes del servicio de urgencias,

**día 3** - aplicación del instrumento a 7 pacientes del servicio de hospitalización,

**día 4** - aplicación del instrumento a 7 pacientes del servicio de sala de partos.

Con la aplicación de este modelo se realizó recolección de datos vitales en la investigación de manera directa con la participación de los usuarios y también a través de la observación y del análisis de las respuestas a las preguntas que se elaboraron.

## **Segundo nivel**

### ***Selección de métodos o instrumentos para recolección de información***

El instrumento para emplear para la recolección de datos es una encuesta denominada:

*“HACIA UNA ATENCIÓN HUMANIZADA Y DE CALIDAD EN EL HFLLA - trabajo de investigación Universidad EAN semestre B 2022”.*

Este instrumento ha sido designado por el equipo investigador y consta de 11 preguntas las cuales se dividen en dos tipos. por un lado se cuenta con diez preguntas cerradas que ofrecen una sola opción de respuesta entre varias opciones, este componente proporciona un análisis observable a través de diagramas y además permite realizar inferencias a partir de los resultados. Por otra parte se realizó una pregunta abierta al final de la encuesta en la que los participantes pudieron manifestar sus sugerencias de una manera breve, que permitió conocer el grado de importancia que tuvieron los aspectos de humanización, y también opciones de mejora a partir de la satisfacción del usuario.

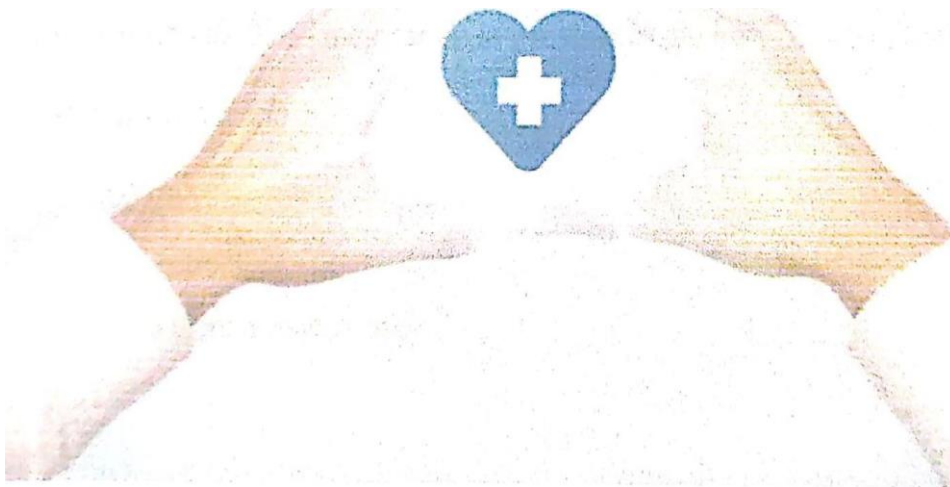
## *INSTRUMENTO*

### HACIA UNA ATENCIÓN HUMANIZADA Y DE CALIDAD EN EL HFLLA

trabajo de investigación Universidad EAN semestre B 2022

Instrumento para valorar la percepción de la calidad de la atención en salud, recibida en tanto que humanizada en los servicios del HFLLA de la ciudad de Ibagué, semestre B de 2022

¿Mejor la humanización en la atención por la pandemia? - Union Medical



1 . Considera usted que la atención brindada durante la estancia hospitalaria es mejorada por:

- A. Cantidad de las instalaciones, planta física
- B. Disponibilidad de tecnologías modernas
- C. Trato amable, atento, diligente y respetuoso por parte del personal que lo atiende

2. ¿Cuál es el mayor inconveniente en el actual sistema de salud?

- A. Falta de medicamentos
- B. Maltrato hacia los usuarios por parte de los diferentes actores dentro del sistema
- C. Lentitud en la realización de las intervenciones
- D. Falta de información de los deberes y derechos a los usuarios

3. ¿Qué aspecto se debe mejorar en la prestación del servicio de salud?

- A. Agilidad tecnológica
- B. Infraestructura
- C. Trato digno y respetuoso
- D. Talento Humano

4. ¿Se ha sentido de alguna forma maltratado por la institución o por el personal que lo ha atendido?

- A. Si, porque han sido irrespetuosos y hay un mal trato a las personas
- B. No, El trato es agradable
- C. Sí, Nunca hay Citas, medicamentos o solución a las solicitudes
- D. No, aunque no recomendaría el servicio

5. ¿Le han hablado de sus derechos y deberes como usuario?

- A. Sí
- B. No

6. Entiende usted la importancia de conocer y aplicar sus deberes y derechos?

- C. Sí
- D. No

7. ¿Se siente cómodo con las instalaciones y con el mobiliario destinado para su atención?

- A. Si, son adecuadas para la tensión
- B. No, son muy pequeñas y no hay intimidad.
- C. Si, pero falta coordinación
- D. No, hay mucha aglomeración en toda la institución.

8. ¿Qué características debe tener un servicio de salud para que este sea humanizado?

- A. Calidad de trato personal, Calidad de trato personal y Confort de las instalaciones
- B. Accesibilidad externa e interna, comunicación comprensible y Continuidad de la atención

C. Atención centrada en la persona, Confianza y seguridad y Confort de las instalaciones

9. ¿Cómo califica el personal que lo atiende? Incluyendo orientadores, referencia, enfermería, medicina y especialidades?

- A. Excelente
- B. Bueno
- C. Regular
- D. Malo
- E. Deficiente

10. ¿Recomendaría usted el Hospital Federico Lleras como una IPS Humanizada, a sus familiares o conocidos?

- A. Si
- B. No
- C. Tal vez

11. Su opinión es importante, por favor háganos conocer sus sugerencias a continuación.

*¡¡¡muchas gracias por su participación!!!*

## ***Técnicas de análisis de datos***

Se llevó a cabo la aplicación del instrumento diseñado y se realizó observación directa para la obtención de información, de la información recolectada se pudo realizar un análisis descriptivo, en el que se analizaron diferentes aspectos desde el personal que brinda los cuidados hasta la comodidad, el confort, la calidad de la alimentación proporcionada, y si existen eventos en los que los pacientes se puedan haber sentido víctimas de trato indigno, de todo esto se pudo establecer la proporción de ocurrencia de cada variable; todo desde la perspectiva de los derechos que tienen como usuarios. para esto se empleó el método del paciente trazador a través del cual a partir de la aplicación del instrumento diseñado a una muestra de la población que para estos efectos se ha definido en extensión total de 28 individuos y en momentos diferentes pues se realizó en 4 días, es decir 7 pacientes en cada día y en servicios diferentes, 4 servicios asistenciales de la institución, de lo cual se infiere que los datos son suficientes, y son referentes a la percepción del usuario sobre la atención brindada en el proceso de hospitalización, sobre la importancia y la prioridad que dan los usuarios al componente de la atención humanizada frente a otros que también son de relevancia como la disponibilidad de medicamentos o la agilidad de los trámites administrativos. También podemos saber si el trato digno es un aspecto fundamental a mejorar en los diferentes servicios, y que aspectos consideran los

usuarios que deben ser mejorados en la atención y así establecer medidas para mejorar la percepción y la experiencia hospitalaria.

Estos datos son tratados a través de herramientas como tableros de control, diagramas de pastel, gráfica de barras, que permiten realizar inferencias porcentuales.

Adicionalmente se realiza análisis de los puntos de vista expresados por los usuarios en la pregunta abierta cuyas respuestas son contrastadas con los hallazgos que se evidencian en el momento de aplicación del instrumento relativos al estado integral en que se encuentra al usuario, es decir se valorará directamente a través de la observación elementos como el estado de confort, la infraestructura, el estado de higiene entre otros que nos permiten realizar inferencias razonables para alcanzar los objetivos planteados.

## Resultados, análisis y discusión de los resultados

1 . Considera usted que la atención brindada durante la estancia hospitalaria, puede ser mejorada por:

28 respuestas



El trato amable, atento y respetuoso hacia los usuarios, desde la perspectiva de estos (60.7% de los usuarios encuestados), constituyen ampliamente un factor que mejora la calidad de la atención recibida en el centro asistencial y que debe ser mejorado.

2. ¿Cuál es el mayor inconveniente en el actual sistema de salud?

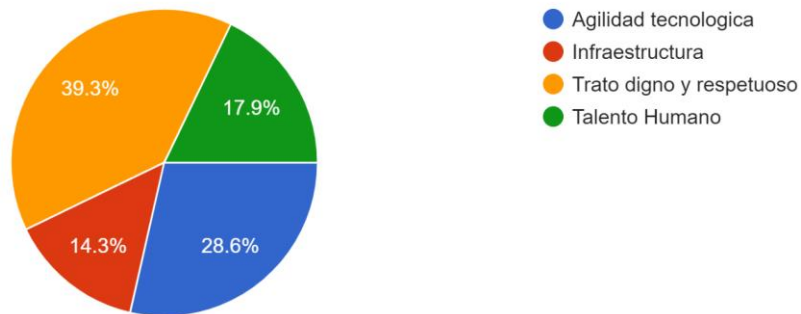
27 respuestas



La mayoría de los encuestados considera que es la lentitud en la realización de las intervenciones el mayor inconveniente del actual sistema de salud.

### 3. ¿Qué aspecto se debe mejorar en la prestación del servicio de salud?

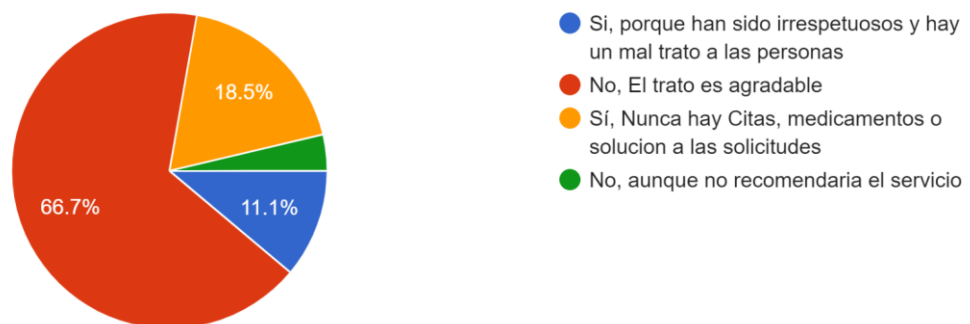
28 respuestas



El 39.3% de los participantes considera que se debe trabajar en el mejoramiento del trato a los usuarios, de tal manera que el servicio se brinde de una manera que garantice el trato digno y respetuoso. Hay conocimiento de casos puntuales en los que los usuarios manifiestan sentirse maltratados por el personal que lo atendió.

### 4 ¿Se ha sentido de alguna forma maltratado por la institución o por el personal que lo ha atendido?

27 respuestas

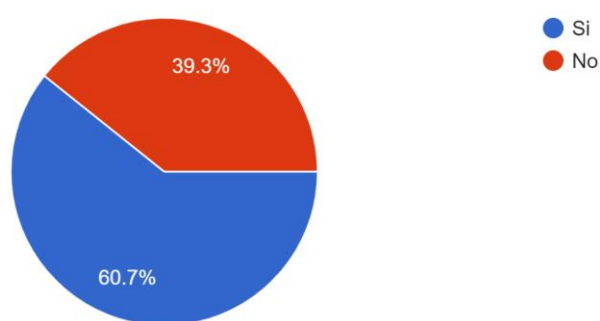


Sin embargo, pese a los resultados del ítem anterior, el general de la población manifiesta no haberse sentido maltratado durante su estancia hospitalaria, y antes bien

refieren que el trato en términos generales es agradable. lo que permite inferir que los casos puntuales de maltrato se interpretan como casos aislados que cobran relevancia en la medida de que se vuelvan sistemáticos a través del tiempo y de la frecuencia con que se presente, pero adicionalmente se debe concluir con base en el marco teórico esbozado en este estudio, que en el estado normal de las cosas no debería de presentarse ni tan siquiera un solo caso de maltrato hacia ningún usuario. Por esto pese al resultado en este ítem, se sostiene la necesidad de intervenir para erradicar la presentación de casos aislados de maltrato en la prestación de cualquier servicio de salud en la institución.

5 ¿Le han hablado de sus derechos y deberes como usuario?

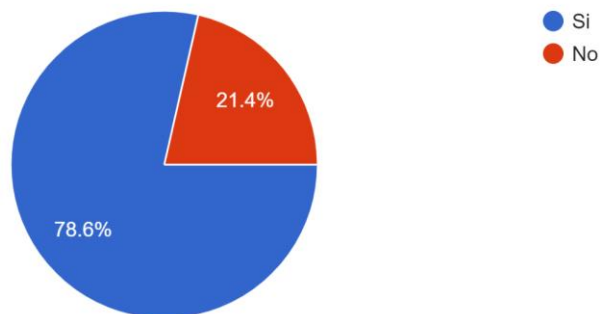
28 respuestas



La mayoría de los participantes afirmó haber recibido información sobre sus derechos y deberes como usuario, sin embargo al preguntarles sobre un ejemplo de un derecho y un deber las respuestas no fueron satisfactorias en el 50% de los casos, tampoco se documentó un proceso para la educación de los usuarios en estos temas, de lo cual se infiere que resulta de trascendental importancia la implementación de una estrategia para garantizar el conocimiento de derechos y deberes por parte de los usuarios.

6 ¿Entiende usted la importancia de conocer y aplicar sus deberes y derechos?

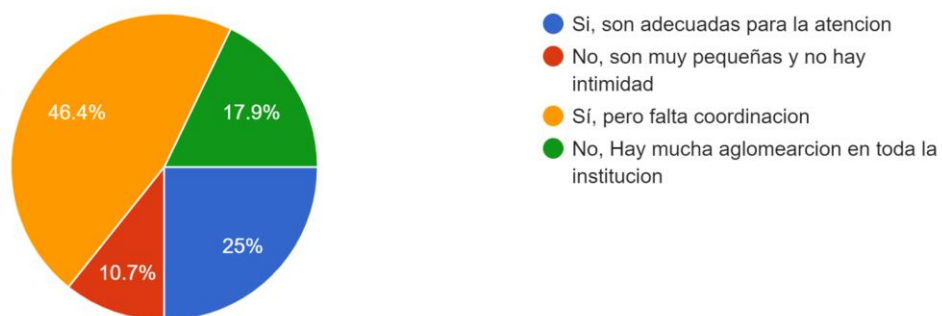
28 respuestas



En consonancia con el resultado anterior, los usuarios afirman entender la importancia que tiene conocer sus derechos y deberes, sobre todo les resulta importante conocer la manera de aplicar sus derechos en la cotidianidad.

7 ¿Se siente cómodo con las instalaciones y con el mobiliario destinado para su atención?

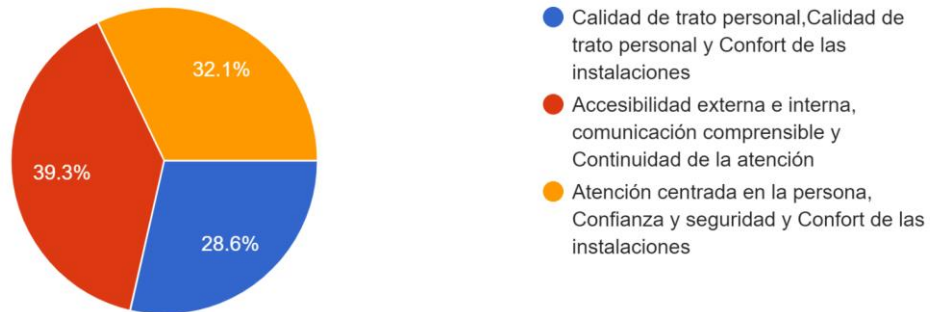
28 respuestas



La mayoría de los participantes considera que tanto las instalaciones como el mobiliario son cómodas, aunque hay que mejorar el aspecto de la coordinación para realizar las intervenciones de una manera más ágil y oportuna.

### 8 ¿Qué características debe tener un servicio de salud para que este sea humanizado?

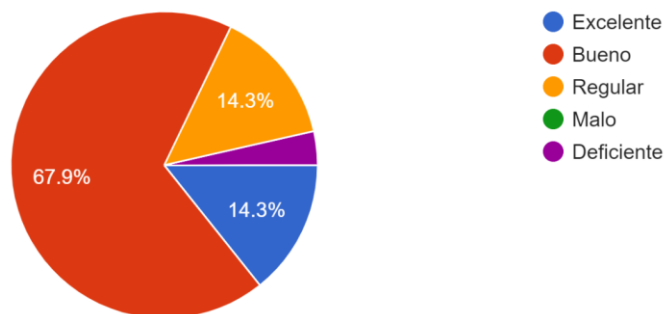
28 respuestas



De este punto podemos concluir que para los usuarios, casi que en igual medida para tener un servicio de salud humanizado, se encuentran los factores de: atención centrada en la persona, confianza, seguridad, confort de las instalaciones, accesibilidad interna y externa, comunicación comprensible, continuidad de la atención, y calidad de trato personal.

### 9 ¿Como califica el personal que lo atiende? Incluyendo orientadores, referencia, enfermería, medicina y especialidades

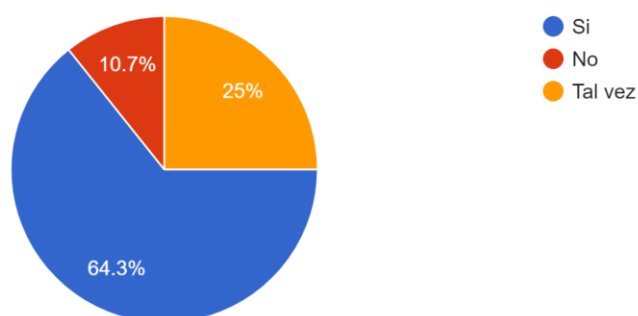
28 respuestas



La mayoría de los encuestados se siente bien atendido por el personal de salud y les dan una buena calificación, 82.1% entre bueno y excelente, ninguna calificación mala, sin embargo existe aunque mínimamente, la percepción de que el personal es deficiente, existe en algún caso particular por inconvenientes puntuales presentados con un usuario que generaron queja hacia el personal.

10 ¿Recomendaría usted el Hospital Federico Ileras como una IPS Humanizada, a sus familiares o conocidos?

28 respuestas



La mayoría de los usuarios, se siente agusto con la atención recibida en la institución y recomienda al HFLLA como una institución humanizada. Sin embargo es de especial atención ese 10.7% de casos en que no se considera como institución humanizada ni se recomendaría.

**Su opinión es importante, Por favor háganos conocer sus sugerencias a continuación**

1. *Me ha parecido muy bien el hospital ... Pero hay que mejorar ciertas cosas*
2. *Malo*
3. *Mejorar la atención con sus usuarios*
4. *El hospital necesita fondos nacionales para ampliar sus instalaciones y servicios*
5. *La calidez humana por parte de los que prestan el servicio, ser más diligentes con las citas*
6. *mejorar la infraestructura*
7. *Ninguna*
8. *Se nota que el personal en ocasiones es insuficiente para atender a todas las personas*
9. *El Federico Lleras en este tiempo le daré una calificación de 10 por su atención, amabilidad y profesionalismo me gustaría en un futuro que estuviera con tecnología más moderna y sus instalaciones fuera más amplia.*
10. *La atención es buena, pero deberían ser más rápido en ciertas situaciones*
11. *Falta mejor atención al usuario de salud médica en el hospital federico*
12. *Hay que mejorar más en la atención al usuario, brindar trato con dignidad y respeto, y mejorar la infraestructura para sentirse seguro a la hora de la atención y así se evitan las aglomeraciones*

## Conclusiones

A partir de los hallazgos encontrados en la institución intervenida (HFLLA), de la ciudad de Ibagué, y teniendo de presente la relevancia que cobra la implementación de estrategias para materializar las políticas institucionales de humanización de la salud, en conjunción con la política nacional de humanización de la salud, como quiera que en el ámbito local el HFLLA es el centro asistencial más importante de la región, de tercer nivel de complejidad, de mayor trayectoria, historia y además del sector público, lo que implica que a sus instalaciones acuden usuarios sin discriminación de su situación socioeconómica y encuentran servicios que se les prestan con los mejores estándares de calidad, y oportunidad. adicionalmente teniendo en cuenta que se logró determinar:

1- Que el trato amable, atento y respetuoso hacia los usuarios, desde la perspectiva de estos (60.7% de los usuarios encuestados), constituyen ampliamente un factor que mejora la calidad de la atención recibida en el centro asistencial y que debe ser mejorado;

2- Que el 39.3% de los participantes considera que se debe trabajar en el mejoramiento del trato a los usuarios, de tal manera que el servicio se brinde de una manera que garantice el trato digno y respetuoso, ya que hay conocimiento de casos puntuales en los que los usuarios manifiestan sentirse maltratados por el personal que lo atendió;

3- Que a pesar de que en términos generales la mayoría de los usuarios refieren haberse sentido a gusto con el trato recibido, existen casos aislados de maltrato ocasional que cobran relevancia en la medida de que se vuelven sistemáticos a través del tiempo y de la frecuencia con que se presentan, pero adicionalmente se debe

concluir con base en el marco teórico esbozado en este estudio, que en el estado normal de las cosas no debería de presentarse ni tan siquiera un solo caso de maltrato hacia ningún usuario;

4- Que los usuarios pese a haber recibido alguna información sobre sus derechos y deberes, en la práctica, al preguntarles sobre un ejemplo de un derecho y un deber las respuestas fueron insatisfactorias en el 50% de los casos, tampoco se documentó un proceso para la educación de los usuarios en estos temas, de lo cual se infiere que resulta de trascendental importancia la implementación de una estrategia para garantizar el conocimiento de derechos y deberes por parte de los usuarios;

5- Que se documentó la existencia, aunque mínimamente, de la percepción de que el personal es deficiente, ésta percepción se presentó en un caso particular por inconvenientes puntuales presentados con un usuario que generaron queja hacia el personal;

6- Que la mayoría de los usuarios, se siente agusto con la atención recibida en la institución y recomienda al HFLLA como una institución humanizada. Sin embargo es de especial atención ese 10.7% de casos en que no se considera como institución humanizada ni se recomendaría porque el ideal sería obtener una satisfacción cercana al 100% de los usuarios.

7- Que de la pregunta abierta se extraen las siguientes recomendaciones como de especial importancia por su fundamentación y por encontrarse en el mismo sentido en que apunta el presente trabajo de investigación:

- *“Se nota que el personal en ocasiones es insuficiente para atender a todas las personas”*
- *“Falta mejor atención al usuario de salud médica en el hospital federico”*
- *“Hay que mejorar más en la atención al usuario, brindar trato con dignidad y respeto, y mejorar la infraestructura para sentirse seguro a la hora de la atención y así se evitan las aglomeraciones”*

Teniendo en cuenta que con este trabajo de investigación se ha conseguido definir criterios que permiten contextualizar integralmente la prestación humanizada de los servicios de salud hospitalarios a nivel nacional, y que en este sentido son criterios importantes: el trato personalizado, digno, respetuoso, la disponibilidad de insumos e infraestructura acorde a los servicios ofrecidos, el aseguramiento de la capacidad instalada y que esta sea suficiente para dar respuesta a la demanda de la población, la garantía de la idoneidad de los profesionales y diferentes actores que prestan directamente sus servicios a los usuarios, así como la garantía de los derechos laborales de los mismos, la implementación de políticas de buen ambiente laboral, sin sobrecarga y con todos los implementos indispensables para llevar a cabo las labores al interior de la institución, la implementación de programas de seguridad del paciente y ambiente seguro, también del programa de seguridad y salud en el trabajo, y en definitiva el cumplimiento de cada uno de los ejes de la política nacional de humanización de la salud, pero especialmente a partir de la experiencia de los usuarios y con base en la política nacional de humanización, se hace necesario trabajar sobre los puntos clave que al día de hoy son los más álgidos a la hora de hablar de atención humanizada en el HFLLA. dichos puntos clave giran en torno a los siguientes temas:

“1- Fortalecimiento de la atención humana, acogimiento y sentido de servicio de los agentes del sector salud

2- Promoción de la formación de humanización en salud

3- Prácticas Inspiradoras, Creativas e Innovadoras de Humanización en Salud

4- Transformación Laboral: Dignificando las condiciones del personal del sector salud”

(Política nacional de humanización en salud, “Una Política Pública con Valor y Sentido Humano” Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Calidad Bogotá D.C., 2020)

Estos puntos clave surgen a partir de las debilidades encontradas desde la percepción de los usuarios y desde la aplicación del instrumento de investigación y nos permiten finalmente generar las propuestas encaminadas a lograr una atención en salud cada día más humanizada.

## **propuestas**

Para lograr el mejoramiento en la calidad de la atención desde el enfoque de la humanización de los servicios de salud en el HFLLA Semestre B 2022; se propone:

**PRIMERO:** con miras a fortalecer la atención humanizada y a potenciar el sentido de servicio de los agentes del sector salud, que incluye el fortalecimiento de capacidades personales, en pro de beneficiar la interacción entre sujetos prestadores de servicios con los usuarios, sus familias y con la comunidad, se debe orientar la política institucional de humanización en salud hacia el cumplimiento de metas, planes y programas que garanticen la ejecución de acciones de mejora continua. Estas acciones de mejora continua inician con la organización del comité institucional de humanización de la salud del HFLLA, el cual en estos momentos se encuentra disperso, sin unos objetivos y sin un plan de acción claramente definido. es necesario asignar funciones de coordinación del comité al profesional de la salud más afín al tema de la humanización, que sea idóneo y debidamente capacitado para afrontar el cargo, que se encuentre comprometido con la realización de los planes trazados en armonía con la política institucional. a este líder, como a todo el comité se le debe exigir resultados en el corto, mediano y largo plazo así como evidencias del cumplimiento de las acciones por parte de cada uno de los miembros del comité, lo que finalmente se verá reflejado en las intervenciones que se llevan a cabo por todo el personal de la institución.

para el logro de esta propuesta es indispensable que el personal cuente con tiempo suficiente para dedicarse exclusivamente a la ejecución de actividades propias de este comité y que ese tiempo sea preferentemente fuera de las horas laborales, ya sea

descontado del tiempo laboral o reconocido como trabajo extra, por la importancia que demanda la materialización de las prácticas de humanización a nivel general dentro de la institución. En pocas palabras, se debe buscar la efectividad de todo el plan de humanización en salud.

**SEGUNDO:** Generar programas de formación continua y orientación vocacional, en las que se vincule a todo el personal hacia el desarrollo de las prácticas humanizadas en todas y cada una de las intervenciones que cada uno realiza, prácticas centradas siempre en la satisfacción de los derechos del usuario como el centro de todas las operaciones de la institución, bajo la concepción del respeto por la dignidad humana y del usuario como el fin principal de la organización. enseñando la adecuada manera de realizar las intervenciones para que se enfoquen en mejorar la experiencia de los pacientes durante la estadía en la institución.

Para esto se deben crear los espacios físicos y /o virtuales, conforme a las posibilidades de participación de todos los empleados de la institución, para que se promueva su participación.

Se pueden desarrollar estrategias como: simposios, foros, seminarios, clases magistrales, grupos de interés creando al interior de cada servicio un grupo que lidere las iniciativas de humanización de la salud. Todos los avances y las actividades ejecutadas deben quedar documentadas.

**TERCERO:** Generar un programa de incentivos académicos, laborales e incluso económicos, que impulse la participación activa y eficiente del personal de la institución, que permita divulgar los valores institucionales y que genere conciencia de

la importancia de la humanización de la salud como valor institucional. Con esto conseguir la generación de acciones que mejoren las prácticas de humanización de la salud.

Es necesario implementar procesos continuos de investigación institucional con adecuada fundamentación metodológica sobre el tema de la humanización de la salud, y que estos a su vez se encuentren en continua actualización y coordinación con el comité, con los grupos institucionales al interior de cada servicio y con el estado actual de las cosas a nivel institucional y nacional. Es prudente y conveniente generar alianzas estratégicas con instituciones educativas de nivel superior para la ejecución de programas de investigación.

**CUARTO:** Asegurar el óptimo funcionamiento de los servicios, implementando un programa para identificar necesidades propias de cada área, esto incluye la necesidad de garantizar una adecuada proporción y distribución del personal acorde a las exigencias del servicio en particular, que permita la prestación de atención en salud con estándares de calidad para el usuario pero también para el trabajador.

En este componente, se encontraron servicios críticos como el servicio de urgencias, donde la sobrecarga laboral es evidente, situación que no permite una interacción humanizada entre paciente y los prestadores de servicios de salud.

## Referencias bibliográficas

- Bermejo JC, Durbán M. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. [citado 30 de abril de 2016]; Recuperado de:  
[http://www.josecarlosbermejo.es/sites/default/files/el\\_compromiso\\_de\\_la\\_humanizacion\\_en\\_las\\_instituciones\\_sociosanitarias\\_-\\_actas\\_dependencia.pdf](http://www.josecarlosbermejo.es/sites/default/files/el_compromiso_de_la_humanizacion_en_las_instituciones_sociosanitarias_-_actas_dependencia.pdf)
- Claude Bernard. La salud, era la eucrasia y la enfermedad, era la discrasia, esta última
- Colegio Médico de Chile, Departamento de Políticas de Salud y Estudios ,  
Humanizar la Salud en Chile Octubre 2013 Recuperado de  
[http://www.colegiomedicovalparaiso.cl/respaldo\\_sitio01/uploaded/Documento%20completo.pdf](http://www.colegiomedicovalparaiso.cl/respaldo_sitio01/uploaded/Documento%20completo.pdf)
- Consejería de sanidad comunidad de Madrid, plan de humanización de la asistencia sanitaria
- Constitución Política de Colombia 1991, Bogotá, D.E., julio 6 de 1991, asamblea nacional constituyente (1991).
- Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 1, actualización 5 de septiembre de 2022 - Diario Oficial No. 52130 - 18 de agosto de 2022
- DANE, información para todos, La información del DANE en la toma de decisiones regionales, Ibagué - Tolima, Noviembre de 2020, Recuperado de  
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/201120-InfoDane-Ibague-Tolima.pdf>
- Declaración universal de los derechos humanos, artículo 1, Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948)

- Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, Bogotá, D. C. 3 abr 2006, Álvaro Uribe Vélez presidente de la república, diego palacio betancourt Ministro de la Protección social
- Decreto 780 de 2016, Diario Oficial 49865 de mayo 06 de 2016.
- Defensoría del Pueblo, Colombia, séptimo informe sobre 'La tutela y el derecho a la salud', septiembre de 2013
- Henao-Castaño, A. M., Vergara-Escobar, O. J., & Gómez-Ramírez, O. J. (2021). Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. Revista Ciencia y Cuidado, 18(3), 74–85. <https://doi.org/10.22463/17949831.2791>
- Félix.O. Rodríguez,C. Soliz, R. Hipócrates de Cos, Padre de la Medicina y de la Ética Médica Hippocrates, Father of Medicine and Medical Ethics 2014  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762014000100008](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762014000100008)
- Ley 100 de 1993, Diario Oficial. N.41148. 23 de diciembre de 1993.
- Ley 100, 23 de diciembre de 1993, art 152, inc segundo, Diario Oficial. N.41148
- Ley 1122 de 2007, Diario Oficial 46506 de enero 09 de 2007.
- Ley 1438 de 2011, Diario Oficial 47957 de enero 19 de 2011.
- Ley 23 de 1981 Código de ética, Diario Oficial No. 35.711 de 27 de febrero de 1981
- Lopategui, E, El concepto de salud 2000, Recuperado de [http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html#:~:text=Alessandro%20Seppilli%20\(1971\)%20define%20salud,su%20ambiente%20natural%20y%20social%22](http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html#:~:text=Alessandro%20Seppilli%20(1971)%20define%20salud,su%20ambiente%20natural%20y%20social%22).

- Ministerio de salud y protección social, 8 de septiembre de 2022, Plan Obligatorio de Salud (minsalud.gov.co)
- Ordenanza 086 de Diciembre 28 de 1994
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. Ginebra. Recuperado el Noviembre de 2015, de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- “política nacional de humanización en salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Calidad, Bogotá D.C., 2020)
- Quiñonez Rozo LDP. (2009). Factores que influyen en la calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca en la consulta externa del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. tesis para optar el título de magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia facultad de enfermería. Microsoft Word - documento final tesis.doc (unal.edu.co)
- Resolución 1043 de 2006, Bogotá, D. C., a 3 de abril de 2006. El Ministro de la Protección Social, Diego Palacio Betancourt.
- Resolución 13437 de 1991 - 1757 de 1994, Bogotá, D.C. 1. de noviembre de 1991. camilo gonzalez posso Ministro de Salud
- Resolución 5095 de 2018, Diario Oficial No. 50.784 de 21 de noviembre de 2018
- Rodríguez-Gonzalo A. Humanización del cuidado [Humanising health care]. *Enferm Clin.* 2010 May-Jun;20(3):209-10. Spanish.
- Romero Massa, Contreras Méndez I, Moncada Serrano A; 2015; relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a03.pdf>

- Watson J. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company; 1979