

Retos y barreras en la implementación del programa de humanización: Una visión desde el líder

*Challenges and barriers in humanizing health programs.
A leader's view.*

María Alejandra Ceballos Casas*

© <https://orcid.org/0000-0003-0640-4287>

Resumen. Los hospitales son escenarios a los que las personas asisten en condiciones de vulnerabilidad, por tal razón deben convertirse en escenarios en los que se promueva el afecto, el trato digno y el respeto por el dolor ajeno, lo cual solo se logra a través de la atención humanizada. Este estudio se centró en la experiencia de la líder de un hospital en la implementación de un programa de humanización. El enfoque de la investigación fue cualitativo, bajo un diseño fenomenológico, se hizo uso de la entrevista semiestructurada y aunque el equipo de humanización está conformado por tres personas, se trabajó únicamente con la líder del programa de humanización. A través de los relatos del líder del programa y las visitas al hospital, se hizo evidente que en el caso de esta institución han sido más las oportunidades que las barreras durante el proceso de implementación

* Magister en Psicología de la Salud, docente investigadora Programa de Psicología. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ alejandrac308@hotmail.com

Cita este capítulo

Ceballos Casas, M. A. (2020). Retos y barreras en la implementación del programa de humanización: Una visión desde el líder. En: Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (eds. científico). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica.* (pp. 111-133). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

del programa de humanización. El apoyo constante de los directivos y colaboradores del hospital permitió que una pequeña idea que se encontraba articulada al cumplimiento de un requisito normativo, se transformara en uno de los programas más importantes de la institución y quizá uno de sus factores diferenciadores a nivel local.

Palabras clave: retos, humanización, líder, barreras.

Abstract. Hospitals are settings where people arrive in conditions of vulnerability, therefore paramount to transform these scenarios into places that promote affection, dignified treatment, and respect for other´s pain. This change is only possible through humanized care. This study focuses on the experience of a hospital leader in implementing a humanization program. The research used a qualitative approach under a phenomenological design, using a semi-structured interview. Although three people compose the humanization team, we only interview the leader of the program. Through the accounts of the program leader and the visits to the hospital, it became evident within the institution process more opportunities than barriers in implementing the humanization program. The constant support of the hospital's management and collaborators prompted a small idea to comply with a regulatory requirement to become one of the institution's most important programs and perhaps one of its distinguishing factors at the local level.

Keywords: Challenges, humanization, leader, barriers.

Introducción

Los hospitales son escenarios a los que las personas asisten en condiciones de vulnerabilidad, debido a que la enfermedad ya sea propia o de un ser querido, constituye un estado de indefensión e incertidumbre que trae consigo un desequilibrio a nivel personal, familiar, laboral y social. Por tal razón el entorno hospitalario debe convertirse en un escenario en el que se promueva el afecto, el trato digno y el respeto por el dolor ajeno, lo cual solo se logra a través de la humanización.

Pero pareciera curioso que se hable de humanización, cuando a quien se atiende son precisamente seres humanos; sin embargo, cada vez son más frecuentes las prácticas deshumanizantes en los entornos de salud; desinformación, ignorar a las personas, largos tiempos de espera, atención sin calidez, son solo algunos de los elementos que contribuyen a que la salud sea uno de los entornos con más quejas y reclamos ante las autoridades competentes. Cabe aclarar que el personal que atiende en dichos entornos no siempre es el culpable de su actuar, en tanto que aspectos como la legislación en salud, las jornadas laborales extensas y no muy bien remuneradas, la tecnificación de la atención, entre otras, se han convertido en la piedra en el zapato para alcanzar una atención humanizada. Los elementos mencionados son de una u otra forma, la consecuencia de las modificaciones introducidas por la Ley 100, la cual cambió la lógica de la atención y convirtió la salud en un servicio y a las personas en clientes (Caballero et al., 2017).

A pesar de este panorama, desde hace alrededor de una década, la humanización en los servicios de salud es un fenómeno que se ha vuelto pilar para muchos prestadores, al ser vista no solo como un valor agregado para las organizaciones, sino que es a través de ella como muchas empresas logran certificaciones de calidad. En ese sentido la apuesta por la humanización es un beneficio para todos, trabajadores, empresas, pacientes y familiares. Sin embargo, no todos los prestadores de salud se interesan por la humanización, por el contrario, para muchos significa un requisito adicional, difícil de cumplir:

Hoy algunas instituciones son ejemplo del servicio de humanización, otras, en cambio, han relegado el tema a procesos e indicadores de cumplimiento, de requisitos y creación de políticas de acreditación que no conllevan ninguna acción real que demuestre que los servicios de la salud son más incluyentes, justos, dignos y humanos (Andino, 2018, p 82).

El caso del Hospital Susana López de Valencia (HSLV)

En el caso particular de este Hospital, que se encuentra ubicado en la ciudad de Popayán, al suroccidente colombiano, es una empresa social del estado ubicado en la comuna 1, que atiende población diversa, desde personas pertenecientes a la zona urbana, hasta personas provenientes del sector rural, veredas y municipios ubicados al

sur del departamento. Asimismo, dentro de la población beneficiaria se encuentran personas en situación de vulnerabilidad económica y social. En sus inicios era un hospital que atendía a los pacientes con tuberculosis, por lo que era conocido como el “Hospital de vías respiratorias”, sin embargo, con el pasar de los años amplió su portafolio de servicios y en la actualidad presta servicios de segundo nivel en el área de urgencias, hospitalización y la unidad materno infantil. Posteriormente y en aras de mejorar cada vez más la atención el hospital inició un proceso de acreditación en alta calidad, razón por la que desde el año 2008 ha venido trabajando por implementar un programa de humanización de sus servicios, el cual opera desde cinco grandes líneas, que se muestran en la figura 1 que se detallan a continuación:

Figura 1. Líneas del programa de humanización del HSLV



Fuente: Elaboración propia

Línea 1. Atendemos los pacientes con empatía

Se trabajó lo que el hospital ha denominado “Rondas humanizadoras”, que son recorridos que hace el equipo de base del programa en los diferentes servicios donde canalizan personas que puedan tener algún tipo de inconveniente o necesiten algún tipo de apoyo, lo que hacen es tener un contacto directo con el paciente, conocer su nombre, sus necesidades de primera mano, para poder brindarle una mejor orientación durante su proceso de atención.

Línea 2. Comprendemos nuestro personal

En esta línea se creó el Spa hospitalario, que tiene por objetivo llevar una experiencia de bienestar directamente al puesto de trabajo de cada persona, donde el colaborador tenga una pausa relajante, con técnicas alternativas que le permita desconectarse y poder recargar mental y emocionalmente su energía para continuar una jornada laboral. También utilizan técnicas psicoeducativas basadas en el aprendizaje significativo.

Línea 3. Somos conscientes de la importancia de la familia en la recuperación del paciente

Se basan en la técnica del *clown* hospitalario para implementar estrategias como “Abrazos que sanan”, la cual busca a través del abrazo *terapia* brindarle apoyo no sólo al paciente, sino a sus acompañantes. Otra de las estrategias se denomina “Burbujas que sanan”, implementada durante época de pandemia, con las habitaciones con burbujeros y motivación a familiares y pacientes para que se distraigan, se rían y rompan con la rutina hospitalaria. La “Ola navideña”, también es una estrategia que a través de la música y el baile proporciona un ambiente familiar y navideño en el mes de diciembre.

Línea 4. Apoyamos emocional y espiritualmente al final de la vida

El hospital ha creado una red o grupo de apoyo espiritual que está conformado por personas voluntarias de diferentes religiones, quienes se han acercado en su deseo de ayudar y transmitir paz y tranquilidad a familiares y/o pacientes que sufren una enfermedad terminal o de difícil manejo. Durante la pandemia se han hecho acercamientos a través de llamadas o videollamadas, donde la persona puede hacer una oración o lo que considere, aunque en algunos casos se hace el enlace con las personas que apoyan de manera presencial.

Línea 5. Manejamos el dolor

Esta línea lo que busca es una sensibilización hacia el personal asistencial, frente al manejo paliativo de la enfermedad; entonces para evaluar la intensidad del dolor se adaptó una escala con caritas que reemplazaran los tradicionales números que para muchos pacientes eran difíciles de comprender. De igual manera, se busca evaluar la principal causa del dolor a través del diagnóstico oportuno y disminuir así el sufrimiento de una persona, ya sea frente a su enfermedad o frente algún procedimiento.

El interés por conocer la visión de los líderes radica en la poca información recolectada por el hospital, es por esta razón que el objetivo de este estudio se centró en identificar los retos y las barreras institucionales percibidas por los líderes del programa de humanización de la salud del HSLV en la implementación del mismo.

Método

Enfoque

El enfoque del presente proyecto se abordó desde lo cualitativo, con el propósito de comprender la realidad subjetiva de los participantes y el contexto en donde se enmarcó el fenómeno a estudiar, en aras de extraer los significados que subyacen a los mismos (Hernández et al., 2014).

Diseño

El diseño que se empleó en el abordaje de este estudio es el fenomenológico, a través de cual se buscó indagar los diferentes puntos de vista, emociones y sentimientos de los participantes, tratando de profundizar en los significados que guardan para ellos situaciones asociadas al entorno hospitalario, en aras de interpretar los elementos en común que se derivan de dichos fenómenos (Hernández, et al., 2014).

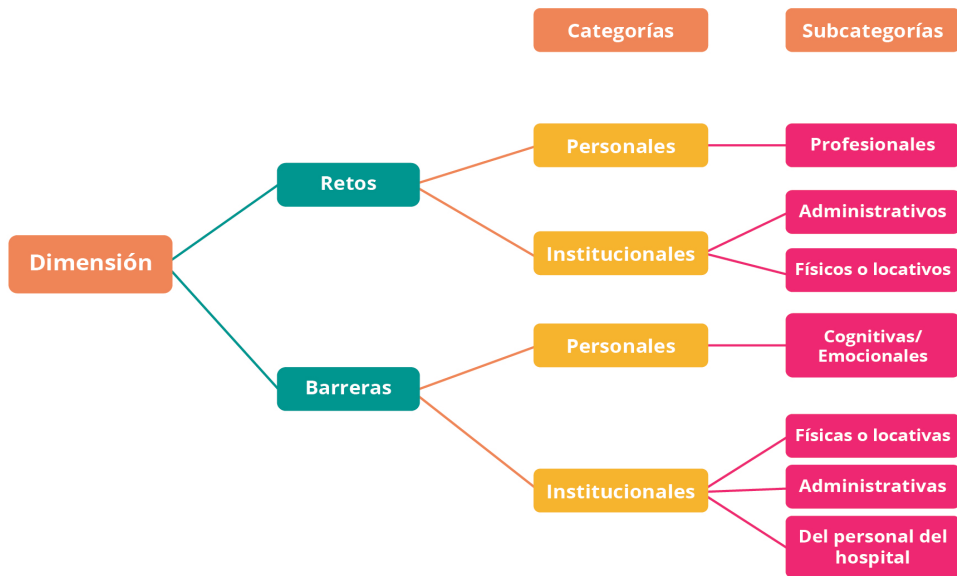
Técnicas

Se hizo uso de la entrevista semiestructurada, la cual permitió recopilar a través de una interacción espontánea con el entrevistado, información sobre un tema específico (Fontana y Frey, como se citó en Vargas, 2012). Así también, se hicieron algunas visitas al entorno hospitalario en el que se pudo extraer información valiosa y que permitió complementar lo narrado en la entrevista.

Instrumentos

Se empleó una guía de preguntas que corresponde a las dimensiones *retos* y *barreras*, que a su vez contenían las respectivas categorías y subcategorías, tal como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Árbol categorial analítico



Fuente: Elaboración propia

Población

Aunque el equipo de humanización está conformado por tres personas, la líder del proceso, el anfitrión de servicio y un auxiliar, para el caso de este proyecto, se trabajó únicamente con la líder⁶ del programa de humanización del HSLV, quien específicamente es psicóloga de profesión y trabaja en dicho programa desde el año 2018.

Resultados

En este apartado se muestran los relatos de la persona que lidera el programa de humanización en el Hospital; los resultados se obtuvieron a través de la aplicación de la entrevista semiestructurada y la observación realizada en los diferentes servicios. Las categorías que orientaron dicha aplicación se estructuraron como se observó en la figura 1. De

⁶ Por motivos del aislamiento por COVID-19, no se pudo realizar el encuentro con los demás miembros del equipo.

acuerdo a lo planteado en el árbol categorial, se presentará en primer lugar la dimensión denominada retos, la cual pretendió indagar acerca de las metas planteadas por la líder del programa de humanización y cómo fue posible materializar las ideas. Esta dimensión contiene a su vez, dos categorías, la primera relacionada con los retos personales y la segunda con los institucionales. Para iniciar, se describirá la categoría retos personales, dentro de la cual se definió una subcategoría relativa a los retos que como profesional se planteó la líder del proceso.

Retos personales

Dentro de esta categoría, se encontró que el principal reto personal y profesional para quien debía hacerse cargo de la implementación del programa, estuvo relacionado con la necesidad de explorar nuevos campos laborales y de la disciplina a la cual pertenece, en este caso la psicología.

Soy psicólogo y actualmente coordino la política de humanización del Hospital y como antecedentes laborales, vengo de un trabajo que era de atención, atención a víctimas de violencia de género, atención a víctimas de violencia en el marco del conflicto armado, atención a personas en un estado de vulnerabilidad, creo que laboralmente no había tenido como ese espacio de trabajar más desde la prevención, que desde la contención y la atención

Esta necesidad de explorar y aprender, también estuvo vinculada a la posibilidad de cambio dentro de la institución de salud, en la que si no se exploraban nuevas alternativas probablemente la atención no iba a mostrar mejoras.

Cuando empezaron a materializarse las ideas pensaba justamente en el resultado, en qué haciendo las cosas de una manera distinta íbamos a obtener resultados diferentes y la gente lo iba a recibir bien.

Otro de los pensamientos e ideas que motivaron la implementación del proyecto en el ámbito personal y que aumentaban la confianza, fue la necesidad de ponerse en los zapatos de los pacientes, familiares y colaboradores, comprender sus sentimientos y brindarles un trato digno.

Obviamente a nadie le gusta que lo maltraten y pues nosotros hablamos del trato digno, de un trato bueno entonces yo pensaba que, basados en ese principio, esto tenía que funcionar.

Es así como lo que inició como un reto personal y profesional trascendió a lo institucional; en este caso se visibiliza que no existen protagonismos, sino que la líder de la política se considera como un colaborador que puede ejecutar una tarea para beneficio de todos, tal como se presenta a continuación:

Pues era ganar la credibilidad gerencial y el apoyo de todo el personal, porque sin ellos efectivamente pues la política no tendría un fundamento o sea la política no es algo que yo me permito crear, sino que sencillamente soy el puente para que la gente empiece a darse cuenta que puede brindar una atención humanizada.

Retos institucionales

Administrativos. Cuando se plantean nuevos retos, las instituciones intentan ir más allá de lo que la normatividad o reglamentación exige, tal como fue el caso del Hospital en el que se decidió apostar por darle un sentido diferente a la política de humanización. Al respecto la líder del programa afirma:

La política como tal estaba, pero lo que queríamos era que no fuera como un relleno más, como un requisito más que toca cumplir, sino darle vida, entonces creo que el reto principal era: uno, que la gente creyera que humanización era algo necesario y no pues como un relleno o netamente un requisito.

De igual manera no sería posible implementar nuevos proyectos si la organización es rígida y no apoya las iniciativas de sus colaboradores, lo cual no fue el caso del Hospital en el que se mostró respaldo institucional a la creatividad.

En el Hospital se dan las condiciones también para crear, para construir, para que la gente que tenga una idea en la cabeza, tenga la posibilidad y el respaldo de “echarla a andar”.

Uno de los ajustes realizados para poder hacer realidad la idea del programa de humanización fue “desligar” procesos y darles apertura a nuevas áreas, en este caso humanización, que hace parte de atención al usuario fue migrando hasta convertirse en un área independiente.

Pues humanización realmente era un pedacito de atención al usuario, que poco a poco fue ganándose un espacio (y en eso hago referencia yo al respaldo de la gerencia); en otras instituciones la humanización depende de la atención al usuario o de la oficina de talento humano, en este caso el gerente decide tomar unos recursos directamente para crear una política en humanización.

Si bien los ajustes administrativos son necesarios, muchas veces también es primordial llevar a cabo modificaciones locativas que faciliten el desarrollo de las actividades, lo cual se presenta en la siguiente subcategoría.

Físicos o locativos. La principal modificación que se hizo a nivel de infraestructura, fue la asignación de una oficina propia para el programa de humanización, lo cual no sólo ofrece comodidad al personal que allí labora, sino que le otorga la importancia y credibilidad necesaria para que los procesos se puedan llevar a cabo.

Bueno nosotros contamos con una oficina y no es compartida, es propia, en la cual, pues tenemos el espacio, tenemos la oficina y un salón adicional en el cual hacemos toda la intervención para las personas.

En las anteriores líneas se hizo una descripción de los retos y oportunidades que surgieron durante la puesta en marcha del programa de humanización. La siguiente dimensión se denominó *barreras* e hizo una indagación acerca de las dificultades presentadas no solo a nivel personal o profesional del líder, sino administrativas, físicas o locativas y del equipo de trabajo.

Barreras personales

Cognitivas y emocionales. Dentro de las barreras que mencionaba la líder del programa, se encontró el desconocimiento en algunas áreas que la psicología tradicionalmente no aborda, por ejemplo, aquellas relacionadas con la normatividad o reglamentación en salud.

Me costaba un poco todo el abordaje en salud y la normatividad, uno porque la normatividad sobre todo en el tema de salud está cambiando y hay que tener una rigurosidad en ese tema, para no caer en cuestiones legales, entonces digamos que el asesoramiento normativo ha sido indispensable y es algo con lo que el psicólogo en formación difícilmente trabaja.

Asimismo, se hizo necesario un acercamiento a temas médicos y asistenciales que permitieran que al momento de ejecutar una actividad no se pusiera en riesgo la salud o la vida de los pacientes.

Por ejemplo, voy a hacer un acompañamiento espiritual y me pareció pertinente llevar una vela, pero cuando llegó a la unidad de cuidado intensivo y voy a encender la vela, la médica encargada me dice: “no puedes encender cosas porque aquí hay gases de las máquinas y puede ocurrir un accidente”, entonces cosas del área de salud netamente o de un diagnóstico pues obviamente si es necesario apoyarse en un equipo multidisciplinar.

Por otro lado, es indiscutible que el ser humano sienta temor y preocupación cuando emprende un nuevo proyecto, y la líder de humanización no fue la excepción, por lo que dentro de los relatos se evidencia que una vez el programa empezó a funcionar, uno de los principales miedos se relacionó con las visitas de auditoría en las que se solicitan documentos y protocolos.

Cuando viene la visita preguntan muchas cosas de humanización, entonces hay que mirar que todo esté bien, que los soportes, que haya una secuencia. Ellos (la visita) hablan de enfoque, implementación y resultados y que ese ciclo se dé completamente con cada una de nuestras acciones, creo que lo pone a uno siempre tenso.

Si bien se presentaron barreras personales y profesionales, el trabajo se ha podido llevar a cabo con resultados óptimos.

Barreras institucionales

Administrativas. Al momento de iniciar un nuevo proyecto, las instituciones y sobre todo la gerencia o alta dirección, tienden a mostrarse escépticas por los resultados que se pueden llegar a

obtener; sin embargo, en el caso del Hospital lo más importante fue contar con la confianza y apertura de los directivos para poder lograr los objetivos propuestos.

Ellos se permitieron darse la oportunidad ¿no?, a veces ellos decían será que eso sí funciona, ¿si cree que invirtiendo en unos aceites o en unos paquetes térmicos eso sí va a beneficiar a las personas? Yo recuerdo que el subdirector de ese entonces me decía “Usted cree que la gente si se le va a medir a parar cinco minutos de su trabajo y sentarse a que lo toquen o que le hagan un masaje o eso que usted dice”, entonces yo le decía, pues déjeme intentarlo y creo que ese voto de confianza fue lo que ayudó.

Otra de las barreras que se ha presentado es el factor económico, el cual en ocasiones limita o retrasa la ejecución de algunas actividades; no obstante, no ha habido actitud negativa para la aprobación de recursos por parte de la administración del hospital, más bien ha sido cuestión de esperar a que el dinero llegue y pueda ser invertido.

Digamos un poco a veces el tema económico ¿no?, entonces uno quisiera decir yo necesito esto y que llegue en el momento que uno lo necesita, entonces también puede ser una impaciencia interna que aprendí a manejar, de que los tiempos a veces no son como uno quisiera.

Físicas o locativas

Encuanto a las barreras físicas o locativas, el personal de humanización ha encontrado más bien oportunidades a través de la innovación y la creatividad; por ejemplo, si no se cuenta con el recurso para llevar a cabo una actividad determinada se ha buscado la forma de optimizar o reutilizar lo que ya se tiene.

Por ejemplo para el tema del spa que necesitábamos un carrito con X o Y características, entonces lo que hicimos fue buscar implementos que se fueran a dar de baja en el Hospital y entonces uno empieza a ser recursivo y dice “estas cosas que en vez de darle de baja las podemos arreglar, las podemos ajustar y viene el resultado final” que es un equipo de laparoscopia que ya le habían dado de baja nosotros lo reutilizamos y con eso es que hacemos nuestro spa; entonces esas cosas funcionan, son efectivas y los directivos dicen “bueno realmente le apostamos a una muy baja inversión por un alto impacto”

Del personal del Hospital

Como en todo proyecto nuevo, muchos colaboradores se mostraron renuentes a participar o su actitud no era la esperada, pero nuevamente la creatividad y la calidad de las actividades del programa de humanización permitieron la apertura y aceptación del mismo.

Normalmente a uno le dicen reunión de capacitación y la gente como que se toca la cabeza a dos manos, entonces empezamos por ahí, por hacer capacitaciones enfocadas en la metodología de aprendizaje significativo donde la gente fuera a jugar, fuera a hablar, que no fuera una, una capacitación magistral, sino que permitiera siempre interactuar, entonces la gente empezó a darse cuenta que se podían hacer las cosas distinto y por ahí pues fuimos ganando aceptación.

Las barreras mostradas por el personal del Hospital, fueron convirtiéndose en actitudes de credibilidad y apertura por parte del talento humano, sobre todo porque muchas de las actividades del programa han beneficiado a los colaboradores y no solo a los pacientes y sus familias.

Ellos (los trabajadores) se sienten muy bien identificados porque pues es de las políticas que busca apoyar al trabajador, mitigar de alguna manera el estrés psicosocial que pueda generar la carga laboral y contar con ellos para hacer la implementación de las estrategias, entonces eso ha permitido que la gente tenga adherencia y sean receptivos a lo que nosotros planteamos.

También es importante resaltar que las barreras presentadas por el personal de humanización han logrado mitigarse al contar con un equipo interdisciplinar que aporta en la planeación y ejecución de las actividades.

Hemos creado algo que se llama la red humanizadora, la cual invita a todos los líderes de procesos del Hospital a hacer parte de la atención y que entre todos generemos estrategias de acuerdo a las necesidades específicas para manejar el tema de humanización en los diferentes procesos del Hospital.

Como se puede observar el éxito del programa ha dependido de la receptividad, tanto de usuarios como directivos y colaboradores, demostrando que es posible brindar una atención humanizada aun cuando las condiciones iniciales no sean las más favorables o se tenga que arrancar de cero.

Discusión

Como se pudo evidenciar en los relatos, los cambios dentro de las organizaciones son necesarios para obtener nuevos resultados, no obstante, no siempre resultan sencillos; es por esta razón que en múltiples ocasiones se convierten en un reto no solo para los directivos y colaboradores, quienes deben poner su empeño y buscar alternativas para superar los obstáculos que puedan presentarse en el proceso. A continuación, se analizan los hallazgos de la primera dimensión denominada retos.

La primera categoría de esta dimensión, abordó elementos personales, por lo que al dialogar con la persona que lideró el programa de humanización se hizo evidente que dentro de esta esfera, el principal reto se gestó debido a la necesidad de explorar nuevos campos disciplinares y laborales; lo anterior teniendo en cuenta que según los planteamientos de Echeverri-Gallo (2018) la psicología es una profesión con una amplia gama de escenarios de acción, al tiempo que es un programa con una demanda que se ha incrementado en los últimos años, lo cual se refleja en el número creciente de facultades de psicología que ofertan formación no solo a nivel de pregrado sino de especialización, maestría y doctorado.

Del mismo modo, los cambios que se proyectan desde áreas como la humanización pueden resultar retadores y exigentes, esto porque las personas dan prioridad a otros procesos que sean más visibles, tales como la tecnificación o modernización de procesos asistenciales; en ese sentido la psicóloga encargada del proceso de humanización pensó que dicha política resultaba una oportunidad para mostrar mejoras en la atención de los pacientes. Al respecto Osorio y Rivera (2016) afirman que la humanización es un tema complejo que busca no solo cumplir con la normatividad sino mostrar resultados reales y duraderos que respondan a la diversidad de necesidades de los pacientes y sus familias.

Afortunadamente la humanización se ha vuelto una prioridad para algunas instituciones de salud, porque muchos de los colaboradores que trabajan en este gremio “se han enfocado en todo un sistema tecnológico y de cuidado al paciente crítico, pero se han olvidado del cuidado y el trato amable a sus pacientes y familiares” (Caballero, et al., 2017. p.3). Lo expuesto por estos autores coincide con otro de los planteamientos expuestos por la líder, quien hizo énfasis en la visión empática que como institución se debe tener para implementar procesos de humanización, ya que es muy difícil pensar en proponer una estrategia sin primero partir de las emociones por las que están atravesando las personas y familias cuando se enfrentan a una enfermedad. La institución comprendió que “ponerse en los zapatos de los demás” es el primer paso para el éxito de la política.

Referente a la segunda categoría que se planteó sobre los retos institucionales, se encontraron dos vertientes, la primera referente a los retos que los directivos se plantearon para llevar a cabo la política de humanización y la segunda relativa a las adecuaciones o cambios en las instalaciones físicas del hospital.

En cuanto a los retos administrativos, los relatos estuvieron orientados hacia la visión institucional de ir “más allá” de lo que reglamentariamente se solicita; en ese sentido la humanización se considera uno de los pilares fundamentales de la atención al paciente dentro del marco de un trato digno y respetuoso, es por esta razón que los prestadores de servicios de salud no solo deben considerarla una necesidad, sino que deben “verla como un tema de carácter ético dentro de la acreditación, para evitar violaciones de los derechos humanos y de la dignidad de la persona humana” (Andino, 2018, p. 70). No obstante, el sistema de Acreditación en salud es de carácter voluntario para las IPS y depende de las voluntades e intereses de la alta gerencia, ya que se trata de un proceso con requerimientos específicos para cumplir y que sugiere trabajo adicional que no siempre se está dispuesto a realizar.

Como es evidente, es complejo iniciar nuevos procesos si no se cuenta con el respaldo de la administración, planteamiento que coincide con lo expuesto por Flechas y Suarez (2017) quienes refieren que en una organización es la gerencia la que se encarga de dirigir y orientar la

estructura de la misma; sin embargo deben apoyarse de las habilidades y capacidades de sus colaboradores con el fin de construir una cultura participativa, tal como fue el caso del Hospital en mención en el que se le permitió a la líder del programa de humanización aportar con ideas y nuevos proyectos haciendo uso de su creatividad y buenas relaciones con los colaboradores. Al respecto Osorio y Rivera (2016) también proponen que la humanización:

(...) se trata de un trabajo progresivo en el cual se parte de la integración de las manifestaciones de cada uno de los actores involucrados en el proceso asistencial, administrativo y los usuarios en quienes se debe formar una cultura de humanización participativa por medio de la protocolización de acciones que apunten al mejoramiento continuo de la institución (p. 31).

Otro de los elementos que favorecieron la implementación del programa fue el de darle a la humanización una importancia alta, al punto de “descentralizarla” de la dependencia de atención al usuario y conferirle cierto grado de independencia. De esta manera la gerencia además de ejercer su liderazgo debe analizar y evaluar los aspectos que se quieren mejorar y modificarlos en el camino (Osorio y Rivera, 2016).

Dentro de ellos se encuentran aquellos relacionados con la infraestructura institucional; por ejemplo, en el Hospital se adecuaron espacios para que el personal de humanización pudiera planear y desarrollar sus estrategias, por lo que nuevamente se evidencia el apoyo de la alta dirección a las iniciativas de sus colaboradores. Referente a este tema se encuentran los hallazgos del estudio de Gómez-Tello y Ferrero (2016) quienes manifiestan que una infraestructura humanizada incluye espacios que brindan comodidad, calidez y amabilidad, además de ofrecer ergonomía, eficiencia y funcionalidad, favoreciendo la recuperación de los pacientes y la estadía de los familiares.

Por otra parte, la segunda dimensión denominada *barreras*, abordó, igual que la dimensión anterior, dos categorías, la primera orientada a las barreras personales y la segunda hacia las barreras institucionales. En ese sentido, la primera categoría hizo un acercamiento a las barreras personales, específicamente aquellas de tipo cognitivo y emocionales que de alguna manera interrumpían o lentificaban la implementación

de la política de humanización dentro del Hospital. Aquí se encontró la necesidad de actuar interdisciplinariamente debido a que no siempre se tiene el conocimiento en diversas áreas para materializar una propuesta; en este caso fue necesario que la líder se introdujera un poco en los temas jurídicos y administrativos que sugiere la política mencionada. Como lo afirman Orozco et al. (2019):

En Colombia, existe un marco normativo sustancioso en lo concerniente a la humanización del servicio, la Ley insta a (las) IPS para que, en su proceso de planeación de la atención, contemplen el diseño de una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución, tales como el Decreto 1011 de 2006, en su componente de habilitación con la Resolución 2003 de 2014 (p. 2).

En algunos casos puede significar una barrera el acercarse a temas jurídicos que tradicionalmente la psicología no maneja; sin embargo, el derecho también pertenece a las ciencias humanas y puede encontrar convergencias en el abordaje de las conductas del ser humano (Martínez, 2018). De igual manera, fue necesario que el equipo de humanización se acercara a un equipo interdisciplinar para actuar de forma coordinada, favorecer la eficacia de los programas y su respectiva planeación, indiscutiblemente la implementación de la política difícilmente se encuentra al alcance de un solo profesional (Ceballos, 2017; Vargas et al., 2018).

Otra de las barreras que se presentaron y que posiblemente es inevitable para el ser humano es el miedo y no solo asociado al fracaso, sino miedo a la supervisión y a no poder tener todo al alcance cuando se solicita. Lo encontrado en el discurso en cuanto a esta barrera se relacionó con la preocupación que trae consigo las visitas por parte de los entes reguladores (secretarías de Salud, Ministerio de Salud, entre otros). Dichos miedos son explicables porque se asocian con la oportunidad de obtener reconocimiento de las entidades supervisoras; para el caso de la política de humanización que hace parte del sistema único de acreditación, el Ministerio reconoce a las entidades que se preocupan por el bienestar de sus pacientes; tal como lo menciona Andino (2018), “entregar reconocimiento es muy importante para estas IPS debido a que realizan enormes esfuerzos de talento humano, financieros y hacen profundos cambios institu-

cionales durante más de cuatro años para alcanzar la Acreditación en Salud” (p. 71).

Como se mencionó, la presente dimensión contiene dos categorías, por lo que a continuación se analizarán los hallazgos de la segunda categoría relativa a las barreras de tipo administrativo o de la dirección del hospital durante la implementación del programa de humanización.

En primer lugar, se encontró que una de las barreras institucionales fue el escepticismo por parte de la gerencia, que sin querer desconfiar de la propuesta de sus colaboradores sentía temor de invertir recursos económicos y talento humano sin la certeza de obtener resultados favorables; no obstante, los directivos dieron el aval para implementar el programa y tal como se pudo evidenciar en los relatos muchas de las inversiones fueron pequeñas y lograron un gran impacto. Como lo plantean Gómez-Tello y Ferrero (2016) “La solución viene asociada frecuentemente a costes de inversión no planteables a corto plazo. Una alternativa es valorar medidas que armonicen un bajo coste con un alto impacto” (p. 2).

Los resultados positivos no son el resultado de las acciones individuales, por el contrario, son impulsadas en primer lugar por la alta gerencia en donde se aceptan, se dan las directrices y se hacen visibles las prácticas que transversalizan cada uno de los procesos; lo anterior a su vez impacta a los colaboradores generando satisfacción y finalmente dichos resultados se integran en la imagen institucional dando solución a las necesidades latentes (Osorio y Rivera, 2016).

Durante la implementación de la política de humanización las barreras locativas o de infraestructura no fueron un impedimento para el equipo del hospital, al contrario, han salido a flote habilidades creativas para darle buen uso a los recursos físicos y de esta forma crear una infraestructura humanizada. De acuerdo con Martínez (2019) y Yasutaro (2018), es prioritario adecuar la infraestructura y zonas del Hospital para aumentar la satisfacción de los pacientes y sus familias; esto se logra adaptando áreas pensando en el confort de usuarios y trabajadores. No solo se trata de pensar en consultorios y salas de procedimientos, sino que la estancia hospitalaria pueda

ser sinónimo de tranquilidad y por qué no pensarse espacios para la recreación y el goce de la naturaleza.

Finalmente, dentro de las barreras institucionales se encontraron aquellas del personal del hospital, es decir los colaboradores quienes debían llevar a cabo la nueva propuesta, lo cual no siempre resulta sencillo ya que el entorno hospitalario de por sí ya es un espacio cargado de tensión y en el que se debe responder por múltiples funciones y de cuyo resultado depende la salud y/o la vida de una persona; es por esta razón que al principio muchos de los funcionarios se mostraron renuentes o temerosos, pero con el transcurrir del tiempo y gracias al beneficio percibido de las actividades del programa se logró cambiar actitudes desmotivadoras en participación constante y activa. Autores como Galvez et. al. (2017) manifiestan que:

Incluso con una adecuada planificación y participación, es necesario contar con situaciones de rechazo y resistencia al cambio de paradigma. Estas resistencias (explícitas o implícitas), pueden proceder tanto de la organización, por factores relacionados con el organigrama, la cultura organizacional, criterios económicos, etc.; como de personas concretas, debido a actitudes de desacuerdo, incertidumbre, desconocimiento, falta de competencias, percepción de pérdida de identidad, miedo a incrementar la carga de trabajo o presión temporal, etc (p. 12).

De igual manera, como componente importante se destaca la inclusión del personal del Hospital en las actividades del programa, lo cual les otorga protagonismo y resalta la labor tan ardua que desempeñan diariamente y que pocas veces es reconocido. Si bien es menester incluir al personal dentro de las actividades, se requiere compromiso constante y asignación de funciones acordes a los perfiles de los colaboradores; así se podrá expresar todo su potencial y se fortalecerá la identidad que se tiene dentro de la estructura organizacional.

Conclusiones

A través de los relatos del líder del programa y las visitas al Hospital, se hizo evidente que en el caso de esta institución han sido más las oportunidades que las barreras durante el proceso de implementación del programa de humanización. El apoyo constante de los directivos

y colaboradores del Hospital permitió que una pequeña idea que se encontraba articulada al cumplimiento de un requisito normativo, se transformara en uno de los programas más importantes de la institución y quizá uno de sus factores diferenciadores a nivel local. También fue evidente la necesidad de integrar a los diferentes actores involucrados en la humanización (pacientes, familias, personal asistencial, administrativos y alta dirección), escuchando sus necesidades y diseñando estrategias para el beneficio común.

Finalmente, a través de este estudio fue posible identificar que los retos personales e institucionales son imprescindibles para la innovación dentro de las organizaciones y que no siempre se debe invertir recursos económicos de gran magnitud para alcanzar metas de impacto si se cuenta con un capital humano de alta calidad.

Referencias

- Andino, C. (2018). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 13 (02), 68-86. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/1945>
- Caballero, M., Posso, M. y Montoya, J. (2017). La humanización de las organizaciones en crisis: ensayo sobre la búsqueda de alternativas para recuperar lo humano. *Documentos de Trabajo ECACEN*, (2). <https://doi.org/10.22490/ECACEN.1917>
- Ceballos Casas, M. (2017). Abandono de los estudios superiores en estudiantes de primer semestre del programa de psicología de la Fundación Universitaria de Popayán. *Congresos CLABES*. Recuperado a partir de <https://revistas.utp.ac.pa/index.php/clabes/article/view/1667>
- Echeverri-Gallo, C. (2018). Significados y contribuciones de las prácticas profesionales a la formación de pregrado en psicología. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 569-584. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5490>
- Flechas, C. y Suarez, L. (2017). *Hacia la humanización de las organizaciones*. (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá, Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/13754>

- Galvez, M., Gómez, J., Martín, M. y Ferrero, M. y miembros del proyecto HU-CI5. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 63 (247), 103-119. <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n247/0465-546X-mesetra-63-247-00103.pdf>
- Gómez- Tello, V. y Ferrero, M. (2016). Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enferm Intensiva*, 27 (4), 135-137. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.0021130-2399/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill
- Martínez, G. (2018). Acción psicosocial y contexto jurídico. *Documentos de Trabajo ECSAH*, (2). <https://doi.org/10.22490/ECSAH.2848>.
- Martínez, G. (2019). *Asistencia técnica y seguimiento al mantenimiento y adecuación general de la infraestructura del hospital departamental de Villavicencio*. (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio, Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/16072>
- Orozco, M. Medina, M. y Montoya, M. (2019). Humanización un desafío en instituciones públicas del departamento de Córdoba, Colombia. *Rev Avances en Salud*, 3 (1), 16-25 doi: 10.21897/25394622.1749
- Osorio, E. y Rivera, E. (2016). *Humanización de los servicios de salud en IPS*. (Tesis de especialización). Universidad Católica de Manizales, Manizales, Colombia. <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1515/Edna%20Fernanda%20Osorio%20Henao.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Calidad en la educación superior*, 3(1), 119-139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773>
- Vargas, M., Herrera, C. y Rocha, L. (2018). Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Colombiana*, 43 (1), 37-41. <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n1/0120-2448-amc-43-01-00037.pdf>

Yasutaro, Y. (2018). *Infraestructura alternativa basada en la humanización espacial para la rehabilitación de personas con discapacidad física de locomoción en la Provincia de San Martín*. (Tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo, San Martín, Perú. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/30717?locale-attribute=en>