



La Humanización como Propuesta de Práctica Metodológica para el Trabajo Social en la
Atención en Salud

Ruth Sirledi Jiménez Jaramillo

Asesor:

Claudia Gómez

Trabajo Social

Facultad De Ciencias Humanas Y Sociales

Corporación Universitaria Minuto De Dios

Seccional Bello

2016

Agradecimientos

Agradecerle a Dios por esta gran oportunidad de formación profesional y por ser una guía en todas las dificultades presentadas durante esta etapa, por abrir esta puerta y darme vida para emprender este camino al conocimiento.

A mi familia por su apoyo incondicional, no solo un apoyo económico sino también emocional, pues me fortalecieron cuando pensé en desistir de este sueño que se hace realidad.

Mi asesora que me direcciono y con su apoyo se puede ver este reflejo de mi esfuerzo, aunque fue durante un corto lapso de tiempo, profe sin su ayuda no hubiese podido lograrlo.

A la Universidad que desde bienestar y con las instituciones cooperantes me brindaron su apoyo económico para ver realizado este sueño que muy pronto se materializara.

A nuestros amigos y compañeros. A quienes trabajaron con nosotros hombro a hombro durante nuestro proceso educativo, poniendo lo mejor de su energía y empeño por el bien de nuestra formación profesional, a quienes compartieron su confianza, tiempo y los mejores momentos que vivimos durante esta etapa como estudiantes de Trabajo Social.

Tabla de Contenido

Introducción	1
Objetivos	6
Objetivos Específicos.....	6
Marco Teórico.....	7
Historia de los Hospitales.....	8
Cuidado de sí de Foucault	13
Prácticas Metodológicas del Trabajo Social en Salud	17
La Humanización de la Salud.....	20
Marco Legal	25
Diseño Metodológico.....	28
Enfoque	28
Paradigma.....	29
Técnicas.....	31
Contextualización de la Institución Fundación Clínica del Norte.....	32
La Salud en Colombia.....	35
Descripción de la Práctica Profesional.....	37
Propuesta Humanización en Salud como Practica Metodológica para el Trabajo Social en Salud	40
Características de la Humanización en Salud	42
Aportes de la Humanización al Trabajo Social.....	43
Conclusiones.....	44
Referencias Bibliográficas	46

Introducción

El Trabajo Social es una profesión que se formó con la tecnificación de la caridad y la ayuda a los más necesitados, Natalio Kisnerman (1998) dice que:

“Debemos a Mary Ellen Richmond la teoría fundada del trabajo social y la primera propuesta científica centrada en la investigación, apuntando a obtener una amplia información acerca de la persona y su problemática social (diagnóstico), para luego intentar modificación de comportamientos (tratamientos)” (p 41).

Antes de la propuesta de Richmond el trabajo social se basaba en una actividad organizada que propendía ayudar a las personas que se hallaban en necesidades, pero no se realizaba un estudio integral de la dificultad del individuo que permitiera realizar una intervención eficaz; dice Kisnerman (1998) “los funcionalistas tenían una visión individualista de la persona, no tenían en cuenta su estrato social, ni los conflictos que se gestaban en ese contexto social, solo trataban de contrarrestar la dificultad del sujeto procurando que este se adaptara el sistema, y así de esta forma se mitigaría su necesidad” (p 41). Con el aporte que hace Richmond en su libro *Diagnóstico Social* se hacen nuevas contribuciones a la profesión, creándose nuevos enfoques no tan individualizados como el de los funcionalistas, uno de ellos lo hace Florence Hollis con el enfoque psicodinámico.

Dado que el aporte de Richmond ha sido muy valioso para la profesión del trabajo social, es relevante realizar un análisis sobre la estrecha relación que tiene la profesión con la medicina, Moix (2014) nos dice que “desde los orígenes del trabajo social, la ciencia médica se tomó como modelo, el lenguaje se adoptó como propio; es por ello que el profesional del trabajo social habla de un diagnóstico, tratamiento, intervención, recogida de datos, pronóstico, entre otros; incluso, las fases de los procedimientos médicos, se incorporaron como pasos reglamentados en toda práctica del trabajo social de casos, que fue el primer modelo que tuvo la profesión, siendo aportado por Richmond”(p 215).Ella fue asesorada por médicos prestigiosos de la época para

realizar su trabajo en las instituciones donde trabajaba y ello influyó en su aporte teórico para la profesión.

Con la contextualización que se hizo sobre la formación del trabajo social como profesión y como una de sus grandes contribuyentes teóricas, adoptó la ciencia médica como ejemplo para darle categoría a la profesión, y con sus investigaciones, logró posicionarla en el siglo pasado.

Por medio de este trabajo se pretende realizar una revisión documental sobre las prácticas que realiza la profesión en el ámbito de la salud y de igual manera que en el pasado se tomó de la medicina como ejemplo, realizar una propuesta de intervención que está ligada en la actualidad a la gestión de la calidad. Se trata de la humanización de la atención en salud, que, como se menciona, es una parte de la gestión de la calidad de las instituciones de salud. En el desarrollo de esta propuesta se realizará un análisis de la historicidad de la salud, de cómo se crea esa idea de humanización que nace en la enfermería, con contribuciones del humanismo renacentista, desde una perspectiva del cuidado de sí y de los otros planteado por Foucault; y teniendo presente la gran influencia que hace el contexto y las dimensiones de la persona para realizar una intervención.

Sea pues esta una oportunidad para mirar el campo de la salud desde otra perspectiva e incursionar en otras alternativas que permitan realizar actuaciones que den respuesta a los nuevos retos que se presentan en la profesión, con una visión holística e interdisciplinaria, trazando vínculos que contribuyan a dar respuestas a los desafíos actuales, es por ello que surge la inquietud de identificar las prácticas metodológicas del trabajador social con el anhelo de contribuir con una propuesta en la actuación profesional en el ámbito de la salud.

Justificación

Este trabajo da cuenta de una investigación de enfoque cualitativo con alcance descriptivo, que propende realizar un aporte a la profesión desde una perspectiva holística, con la intencionalidad de contribuir con la adopción de nuevas estrategias de intervención o de prácticas metodológicas en el ámbito de la salud, que contribuyan al crecimiento, fortalecimiento e investigación en el trabajo social.

El tema principal del trabajo es la humanización en la salud, con el fin de utilizar este método que en la actualidad tiene la finalidad de aportar en la satisfacción en la atención salud, pero en este trabajo se hace la propuesta de mirarlo como una estrategia para realizar prácticas metodológicas (intervención) en el ámbito de la salud; de esta forma retomar un campo del trabajo social que según Ander Egg (1994).

“fue uno de los primeros programas de servicio social establecidos en América Latina, y que a través del tiempo ha seguido teniendo una importancia preponderante, pero nos dice que al generarse nuevos campos de aplicación para la profesión, la proporción de profesionales ocupados en esta rama han disminuido, y dice el escritor que tiende a tener una continua disminución” (p 290).

Virginia Paraíso (citada por Aguilar 1995), coincide con la afirmación que hace Ander Egg en que los programas de salud fueron los primeros en establecerse como programas de servicio social en América Latina, con estas afirmaciones denotamos que en la actualidad el campo que le abrió las puertas al trabajo social en América Latina, según los autores se haya abandonado por la profesión, y realizando un análisis, en la salud como en otros campos de actuación incursiono con fuerza la tecnología, hecho que hace repensar las practicas metodológicas de la profesión, pero que a su vez permite mirar de forma holística e interdisciplinaria los trabajos que se hacen con las personas en las instituciones hospitalarias.

Como finalidad, este trabajo hace una propuesta de práctica metodológica para el trabajo social, tomando la humanización en salud como un medio para realizar intervenciones en este ámbito: pero a su vez, se reconocer este campo de actuación, como el inicio de la profesión en América Latina. Con una revisión bibliográfica se identifican los inicios de las instituciones hospitalarias, su influencia en el contexto social de las personas y la forma cómo esto cambió la realidad de la ciudad, permitiendo un acercamiento al concepto de humanización en salud actual.

Planteamiento del Problema

La finalidad del trabajo como se ha mencionado en párrafos anteriores es realizar una propuesta de práctica metodológica (intervención) en el ámbito de la salud, pero a su vez realizar un análisis sobre el campo de la salud, de la forma cómo se han presentado las prácticas metodológicas de la profesión en esta área, con el fin de tener referencias que puedan dar sustento a la propuesta. La idea de la investigación surge de las prácticas profesionales realizadas en una institución de salud, donde el objetivo de la práctica era realizar el programa de atención humanizada, de forma que fuera ejecutable en la institución, y a su vez se cumpliera con los criterios que exige el Ministerio de Salud.

El sitio donde se da lugar a esta investigación es la Fundación Clínica del Norte, La institución se define como una entidad sin ánimo de lucro, que nace como respuesta a la necesidad de ofrecer servicios de salud de alta complejidad a la creciente población del norte del Valle de Aburra y los municipios circundantes. La clínica está ubicada en la avenida 38 diagonal 59-50 del barrio Niquia, del municipio de Bello, Antioquia: la institución abre sus puertas al público en el año 2011, en el mes de mayo, es una clínica de tercer nivel de complejidad, especializada en trauma que en su cuarto aniversario le apostó a una unidad cardio-cerebro-vascular con el fin de ofertar un portafolio amplio que llene las expectativas de los usuarios; cuentan con empresas asociadas de reconocida trayectoria en el sector, al igual que con profesionales que les apoyan. La institución resalta la importancia de la responsabilidad social y la vocación de servicio de sus colaboradores, pretendiendo realizar obras que perduren en el futuro y con aptitud humanista.

La institución, en su plataforma estratégica y modelo de atención resalta la importancia del paciente y su familia, como entes que forjan la razón de ser de la clínica, con una visión humana que propende por brindar una atención digna en óptimas condiciones. En la actualidad cuenta con un amplio portafolio de servicios hospitalarios y ambulatorios, con servicio de urgencias 24 horas, siendo la cuarta institución de salud que tiene servicio de urgencias en la ciudad de Bello, pero la primera de tercer nivel en la región en ofrecer servicios de urgencias.

Dado que la misión de la institución se sustenta en ofrecer servicios de salud de alta complejidad con un modelo atención humano y seguro, en el que se comprometen con la formación del talento humano, para dar no solo una rentabilidad económica sino también social, y con los anhelos de ser una institución acreditada que en futuro tenga reconocimiento nacional (visión), es por ello que propende crear el programa de atención humanizada con el fin de contribuir a los objetivos estratégicos de la institución.

La humanización de la atención en salud es un tema relativamente nuevo en el contexto Colombiano en su práctica, pero en la ley 100 de 1993 se puede evidenciar que se abren las puertas para su futura aplicación, adoptando en el Artículo 2 los principios de atención que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Declaración de Alma-Ata (1978) estos garantizan y propician la humanización como lo es la equidad, accesibilidad y participación en los servicios de salud, y en el Artículo 153 donde se dan los fundamentos del servicio público, mencionando criterios como la equidad, protección integral y calidad, factores que se pueden apreciar en la humanización en salud. Se puede considerar según la bibliografía consultada que a nivel mundial este concepto inicia su auge con la modernidad, en la época del renacimiento y por ende de la corriente humanista.

La humanización se define como un compromiso ético y humano, que pretende subsanar una serie de dificultades que en la actualidad presenta el sistema de salud, direccionando a los establecimientos de salud para que brinden una atención centrada en las necesidades de los pacientes, con una visión holística del paciente se pretende realizar una atención integral, que no solo se preocupe por la enfermedad del individuo, sino que propenda por brindar una atención que satisfaga todas las dimensiones que integran al ser humano (físico, biológico, psicológico, social, ambiental, económico).

Por medio de la revisión bibliográfica se puede evidenciar que la humanización en la actualidad se utiliza como un factor que proporciona satisfacción en la atención de los pacientes, este lo podemos constatar en la tesis de grado de Hernández y Hernández (2007), donde el objetivo de su trabajo se centra en mirar los métodos de trato a los pacientes en el Hospital Simón Bolívar de Bogotá, ello con el fin de desarrollar un programa de humanización que ayude con las falencias encontradas con respecto al trato que se le brinda a los pacientes en la institución.

Con la misma tendencia, otra tesis de grado de Bermúdez, Suescún y Leonardi (2005) realiza su propuesta de grado como un modelo de gerencia basado en la humanización, con una finalidad similar de la de Hernández y Hernández, mejorar las relaciones de los pacientes con las instituciones de salud, con el personal asistencial y administrativo, pero lo principal es brindarle al paciente una atención integral que le ayude a mejorar su bienestar y por ende calidad de vida.

Desde estas apreciaciones se puede evidenciar que la problemática del sector se basa en la relación del paciente con el personal que interactúa en la institución de salud, no es solo con el médico que le atiende, le hace un diagnóstico o un procedimiento quirúrgico, también lo es con el personal administrativo, aquel que le entrega las notas médicas, le asigna una cita médica o de un procedimiento más especializado. Como la humanización incide de cierta forma con los factores mencionados con anterioridad, es por ello que en este trabajo se realiza como una propuesta de práctica metodológica que el trabajador social puede utilizar con el fin de contrarrestar esa relación deteriorada o perdida entre el paciente y la institución de salud, no solo como un programa que ayuda a la situación, sino como una estrategia de intervención que ayude a mejorar las relaciones entre el personal y el paciente, y también capacitar al personal, generándole la conciencia que la enfermedad es un estado que puede afectar a todas las personas y una buena atención ayuda a mejorar al paciente.

Formulación del Problema

¿En qué consiste el concepto de humanización en salud en las actuales condiciones sociales específicas de globalización y concretamente dentro de la Clínica del Norte del municipio de Bello del departamento de Antioquia, como una propuesta de sistematización de una práctica de la profesión del Trabajo Social?

Objetivos

Objetivo General. Proponer la humanización en salud como una práctica metodológica para el trabajador social en las instituciones de salud.

Objetivos Específicos.

- Reconocer en el medio social del contexto de La Clínica del Norte, las características actuales del servicio de salud

- Conceptualizar la humanización en salud y sus características en las instituciones hospitalarias.
- Describir la experiencia de las prácticas profesionales en el sector salud como una propuesta de práctica metodológica para el trabajo social

Marco Teórico

La naturaleza misma nos enseña sobre el cuidado, es así como podemos observar que los animales hacen asociaciones con otra especie, con el fin de alcanzar un beneficio para su subsistencia, pero es de tener en cuenta que ambas especies reciben un beneficio, como en el caso de las flores y las abejas, mientras la abeja se alimenta del polen de la flor, le da la garantía a esta que polinizará en su trayecto alimentario a otras flores, para que luego se puedan reproducir; Aunque el tema que nos atañe es sobre el cuidado pero no desde la perspectiva del mutualismo, es muy oportuno para recordar que entre los animales se dan relaciones que les posibilita cuidarse mutuamente según el objetivo que tenga la especie.

Cuando hablamos de cuidado es de recordar que entre la población humana siempre habrá personas que requerirán de cuidado, La Biblia enseña en el libro de Deuteronomio 15:11 y Mateo 26: 11 que siempre habrán necesitados o personas con dificultades, que requerirán de un auxilio para lograr superar sus necesidades.

Con esta premisa se inicia la profesión del Trabajo Social: ayudar a aquellas personas necesitadas. El tema no es nuevo para la sociedad, ya que se pueden observar, a través de la historia, las necesidades de las personas, pero también, la evolución de estas ayudas. Desde los antiguos griegos, romanos, egipcios, entre otros, hasta la modernidad, esta ayuda que inició de las limosnas y continuó de una forma filantrópica, se transformó en una disciplina con fundamentos teóricos, que procura ayudar a los necesitados (Ander Egg, 1994). Como lo define Moix (2011), el trabajo social es “una ciencia que estudia, investiga y hace progresar la actividad de ayuda técnica y organizada, ejercida sobre las personas, los grupos y las comunidades, tratando de ayudarles a que se ayuden a sí mismos, con el fin de procurar su más plena

realización y mejor funcionamiento social, y su mayor bienestar, mediante la activación de recursos internos y externos” (p 277). Es así como el Trabajo Social surge y no solo para ayudar al necesitado, sino que investiga para dar otras alternativas de ayuda a los individuos.

La necesidad no sólo está ligada a la carencia de un bien material, la enfermedad es una necesidad o dificultad a la que toda persona, sin importar su condición social, económica, raza o creencia, está propensa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006) define “la salud no solo como la ausencia de enfermedades sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y lo consagra como un derecho fundamental de la persona sin excepción de personas”. En este contexto es como vemos surgir la medicina con el fin de ayudar a los enfermos, de aliviar al enfermo de sus afecciones fisiológicas, y brindarles bienestar y mejor calidad de vida, pero en sus inicios, la medicina solo se preocupaba por aliviar la enfermedad de la persona: la definición que la OMS nos proporciona sobre la salud, nos indica que es un estado de bienestar que implica varias dimensiones del ser, y es en la modernidad donde podemos observar un cambio de concepción sobre el hospital, el enfermo y el trato en el transcurso de la atención de la enfermedad.

Historia de los Hospitales

En párrafos anteriores hablamos que las personas necesitadas (en este trabajo la necesidad es la enfermedad) están desde los inicios de la humanidad y la historia nos lo enseña, pero ¿cómo fue la ayuda a estas personas necesitadas y cómo se dio origen a los lugares donde eran atendidos? Con el fin de analizar en la historia cómo fue la evolución de los hospitales, la atención a los enfermos y cómo va surgiendo la idea de humanizar la atención sanitaria, concepto moderno, pero que tiene inicios en la ética Socrática y en el cuidado de sí que planteó Foucault.

El lugar donde se gesta la relación paciente-médico o médico-paciente es el hospital, este sitio durante la historia no tuvo el mismo significado ni funcionalidad; el tiempo, la ciencia y el inicio de la modernidad hicieron que los hospitales tomaran otro curso y fueran asociados a la salud como se conocen hoy en día. Realizando una breve revisión bibliográfica del surgimiento de los hospitales, podemos encontrar a Foucault haciendo un análisis en el siglo XX sobre el nacimiento de la clínica, y a su vez una crítica sobre lo que hacían los hospitales hasta esa época,

fue en su segundo libro; publicado por primera vez en Francia en 1963, donde el análisis que realiza este gran pensador dio un vuelco a la medicina e hizo que esta tomara otra concepción de este espacio y de la relación médico-paciente.

En primer lugar, encontramos una definición de hospital que se asocia con camas, desde el inicio más antiguo hasta finales del Siglo XIX, el hospital se asemejaba a un centro de hospedaje que le daba sustento y alojamiento a los que en él ingresaban (González, Rubio y Solórzano, 2012). La etimología de la palabra hospital se deriva del latín hospes, es decir, huésped y extranjero, ofrece una explicación sobre la ausencia de estos establecimientos en el mundo de la antigüedad occidental, ya que en ese momento de la historia el sentimiento de beneficencia se ejercía en la esfera privada y ningún código civil o religioso exigía el deber de socorrer a los extraños y a los enfermos. La historia del hospital, en cierto modo, es la historia de la hospitalidad, lo que la conecta con la concepción cristiana de las relaciones humanas (Foronda, 2014). Es por ello que el inicio de los hospitales en occidente es muy reciente, en el Siglo XIX. Por medio de la revisión bibliográfica observamos que en la antigüedad greco-romana, al no existir grandes masas humanas errantes ni eventualidades epidemiológicas de gravedad, no se hizo necesaria la edificación de hospitales, por lo que las personas que presentaban enfermedades, si se podían desplazar iban a las plazas y allí eran atendidos, o en pequeños dispensarios denominados “iatreia”; las personas que no se podían movilizar se remitían al médico para que este fuera hasta su hogar para la atención, así lo refiere Plutarco: “las personas que necesitan cuidado médico, las que sufren de los dientes o de un dedo van caminando hasta donde los que los puedan curar; los que tienen fiebre los llaman a su casa y les piden que les ayuden” (González, Rubio y Solórzano, 2012, p 2). Teniendo presente que en esta época no había teorías médicas sobre enfermedades contagiosas, ni aislamiento de los enfermos, no habían leyes que sancionaran el mantenimiento de los hospitales; es por los factores mencionados que no se vio la necesidad de crear estos lugares para la atención de los enfermos, en esta época los enfermos eran valorados negativamente, ya que los griegos tenían un ideal de cultura basado en la belleza y la virtud, y la enfermedad representaba una incapacidad que hacía perder la virtud; en otro contexto existía la esclavitud, los esclavos carecían de valor, y como se mencionó anteriormente, la beneficencia se ejercía en lo privado y era para las personas y familias que podían pagarlas (*Íbid*).

El hospital en la antigüedad era un espacio donde se le proporcionaba al enfermo un acompañamiento en su tránsito a la muerte (Foronda, 2014), y el hospital representaba un lugar de refugio para los pobres, huérfanos y menesterosos (*Íbid*); asociar el hospital con salud es un concepto nuevo, aproximadamente del siglo XVII, pero los orígenes de los edificios que se fabricaron para ayudar a los necesitados si datan del Siglo V, el tema de la ayuda a los enfermos está ligado al cristianismo, los antiguos occidentales desconocieron esto, es por tal motivo que no hay información de hospitales en esta época, la historia de los hospitales es la historia de la hospitalidad como lo enseña la etimología de la palabra (Foronda, 2014). Nos dicen González, Rubio y Solórzano (2012) que cuando el Imperio Romano admite el cristianismo como religión oficial (Constantino, s. IV), esto hace que el cuidado de los enfermos se haga general y pase a ser regulado por los obispos; desde allí inicia otra concepción del enfermo y se empieza el cuidado de los enfermos, pero como se citaba a Foronda (2014) el hospital no era concebido como un lugar donde se curaba a las personas de sus enfermedades, sino que se hacía un acompañamiento al enfermo para su muerte. Es así como se da inicio a la construcción de diferentes edificios; en principio en forma de iglesias por la influencia cristiana para la atención y cuidado de los enfermos, pero luego se van construyendo otras edificaciones que se van amoldando a las necesidades que iban presentado el cuidado de los enfermos; “se construye en el año 542 d. C. el Hotel de Dieu de Lyon, era como una casa de caridad, no pertenecía a una orden cristiana y ayudaba a los enfermos, huérfanos, pobres y débiles. También se construye el Hotel de Dieu de París, el denominado hotel era más organizado y tenía mujeres que hacían labor de enfermería, incluso los enfermos que morían eran enterrados” (*Íbid*).

Foronda (2014) cita a Nathalie Montoya con el fin de mencionar el cambio que hace la modernidad en los hospitales:

“La modernidad cambia de manera radical la concepción del hospital, convirtiendo función- higiene- naturaleza, en un motor ordenador de la forma espacial del edificio. Frente al hospital antiguo oscuro, cerrado, aislado, concebido como un espacio para el enfermo y la enfermedad” (p 10).

Es durante el renacimiento, en la época que el hombre deja a un lado la religión y se da en la búsqueda del conocimiento, de la razón, cuando cambia la concepción del hospital y de sus prácticas, afirma Foronda (2014) “que para el siglo XVIII sustituyeron a los curanderos y a los

religiosos, un buen número de licenciados en medicina, para que estos fueran los que atendieran a los pacientes”.

Es en la modernidad que podemos retomar a Foucault (1963) y su trabajo del nacimiento de la clínica, el escritor nos dice que su libro trata “del espacio, del lenguaje y de la muerte; trata de la mirada”. Foucault habla del desarrollo de la medicina, y cómo se institucionaliza la práctica de la medicina clínica, la observación o mirada de forma atenta es uno de los temas principales, ya que la observación constituye la relación inicial médico-paciente, relación que se expresa mediante el lenguaje; a su vez el escritor estudia las transformaciones culturales y económicas alrededor de los hospitales, también hace un estudio sobre el examen médico, en su libro se ve el planteamiento del escritor de la medicina como un lenguaje, con una mirada científica y como una relación que involucra todas las dimensiones del ser humano.

Foucault (1963) hace una crítica de los hospitales, que Foronda (2014) retoma haciendo alusión a la influencia del Estado en las instituciones hospitalarias que para ahorrar gastos preferían que los enfermos estuvieran en sus casas, existiendo la creencia que en su hogar el proceso de curación era más rápido por los cuidados de su familia. Foronda (2014), retomando a Foucault señala que los hospitales en la época antigua no eran tan populares por la asistencia a los pobres, y allí se creaban enfermedades por el dominio cerrado y pestilente del diseño arquitectónico de los hospitales. En su libro Foucault (1963) plantea que la práctica de la clínica hace un cambio en los hospitales, ya que se avanza en el estudio de las enfermedades y, por ende, en sus tratamientos, aumenta la investigación y las escuelas de medicina. Esta es la medicina clínica en la que hace énfasis el autor, el avance de la ciencia, el modo de examinar a los enfermos cambia y se hace más cercana la relación entre médico y paciente. Foronda hace referencia al cambio del que Foucault escribe en su libro sobre la medicina, se tomará el párrafo en el cual hace esta afirmación con el fin de complementar los argumentos ya realizados:

“Los grandes desarrollan la ciencia médica basada en la observación porque se empieza a impartir clase dentro de estos recintos, abriéndole paso a lo que posteriormente sería la medicina experimental. La observación como parte de una nueva pedagogía en los hospitales y la práctica se convierten en el nuevo método, que lleva a un rápido desarrollo de la cirugía y a su vez de la especialización de los espacios en los cuales se ejercían las diferentes prácticas. El enfermo tendrá un cambio semántico más que profundo. La palabra enfermo da paso a la palabra paciente, diametralmente opuestas en

su significado. Para llegar a este momento el hospital sale del ámbito religioso y se apropia del método científico. Como ya lo describiera Foucault, la clasificación se convierte en la herramienta que permitiría el desarrollo de la medicina desde una mirada clínica que se convierte en el depositario y en la fuente de la claridad; tiene el poder de traer a la luz una verdad que no recibe sino en la medida en que ella ha dado a luz; al abrirse, abre lo verdadero de una primera apertura: flexión que marca, a partir del mundo de la claridad clásica, el paso de las Luces al siglo XIX” (Foronda, 2014, p 29)

Dado que el avance de la medicina y la transformación de los hospitales se da en un siglo reciente, ello trae consigo otras cuestiones en el ámbito hospitalario, y en este trabajo nos enfocaremos en la atención humanizada en salud, término que tiene estrecha relación con las ciencias humano sociales, y que como vemos en Foucault (1963) es importante abordar a los enfermos en todas sus dimensiones y con una relación médico-paciente que pueda ayudar al mejoramiento del enfermo, el término de humanización aplicado a la medicina es relativamente nuevo, y como se pudo constatar en la historicidad de los hospitales, en sus inicios no abordaban al enfermo para ayudarlo a sanar, sino que le ayudaban en su tránsito a la muerte; la modernidad, el avance de la ciencia permitieron que está paradigma cambiará, y ahora el hospital se convierte en una institución que ayuda a los enfermos a sanar. En párrafos anteriores se dijo que hospital era igual a camas, pero un segundo concepto nos dice que el hospital es igual a tecnología, ello con la incursión a la modernidad:

“se incorporan avances quirúrgicos, la anestesia con éter y el cloroformo, el conocimiento y aplicación de la asepsia y antisepsia, la aparición de la enfermera como profesional sanitario, y diversos avances tecnológicos en medios de diagnóstico. Con todo ello durante unos pocos lustros los hospitales cambian de diseño, contenido y funcionalidad. Parte de las camas dejan sitio a quirófanos, laboratorios y salas de diagnóstico” (González, Rubio y Solórzano, 2012, p 2).

Hay una cuestión que esclarecer, ¿dónde nace la humanización de la salud? Realizando un análisis podemos observar que el renacimiento trajo consigo el movimiento humanista, este movimiento planteó una nueva concepción del hombre y del mundo;

León (2003) nos dice que “los humanistas de todas las corrientes filosóficas proclaman la dignidad del hombre, su libertad y la igualdad de derechos incluido el de gozar de bienestar, la

paz, el progreso y el respeto mutuo para la convivencia siendo este marco donde se nutre la enfermería para mantener la humanización en las actuaciones” (León 2003, p 5).

La humanización nace en la modernidad, con el renacimiento y el movimiento humanista, la enfermería es la profesión que la incorpora a la medicina; una de sus pioneras es Florence Nightingale la fundadora de la enfermería moderna, ella con estudios contribuye a la profesionalización de la enfermería, con la asistencia a los heridos en la guerra de Crimea, es inspiración para adoptar ideas humanistas en la convención de Ginebra.

Cuidado de sí de Foucault

Es evidente que la humanización de la salud no es una invención de la medicina, por el contrario es una adaptación de las ciencias sociales a las ciencias de la salud, y es una cuestión que implica la dignidad del hombre, la igualdad y el respeto; con esta premisa podemos citar nuevamente a Foucault pero esta vez con su aporte que hace a la ética desde la propuesta del cuidado de sí, hay varias interpretaciones sobre esta propuesta ética que hace Foucault, pero todas concluyen en que es una construcción de la ética de la persona, desde sí misma y su relación con el otro; Foucault afirma que la vida es un arte, influenciado por la cultura greco-romana, constata la afirmación con la idea que “la vida artística se concibe acorde con los valores estéticos y criterios de estilo” (Castro 2004, p 306). Por ende el cuidado sí, comienza por considerar la existencia como un arte, en palabras más sencillas dice Sossa (2010) citando a Álvarez y Varela: “se trata de hacer de la propia vida una obra de arte, de liberarse del pegajoso contagio que secretan unas estructuras sociales en las que rige la ley del sálvese quien pueda” (Sossa 2010, p 36), por lo tanto se debe legitimar una experiencia caracterizada por la práctica de sí, cuyo objetivo es que la persona se convierta en el artista de la belleza de su propia vida (Castro 2004), ¿Cómo construye la persona su vida en una obra de arte? La respuesta se halla en el cuidado de sí.

El cuidado de sí es un tema que puede parecer complejo, es por ello que lo definiremos desde varios autores con el fin de comprenderlo mejor y a su vez analizaremos su relación con la humanización de la salud. Padilla, Arcos y Trujillo (2013) realizan una investigación sobre el cuidado de sí, y las dos concepciones clásicas de poder, en esta investigación analizan la perspectiva entre el pensamiento del cuidado de sí de Seneca y el de Foucault, ambos con gran influencia greco-romana.

“Para Seneca el cuidado de si puede entenderse como control sobre sí mismo, soberanía sobre si, ocuparse de sí, ser maestro de nosotros mismos a la manera de Nietzsche. Es cultivo de si, ocuparse de uno mismo, ser administrador de uno mismo” (Padilla, Arcos y Trujillo 2013, p 143).

Esta definición es muy asertiva sobre el cuidado de sí, pero como Seneca estaba estrechamente relacionado con el pensamiento greco-romano, para tener una mejor concepción de su definición se hace necesario comprender lo que era la virtud para los griegos, ya que influye directamente con el cuidado de sí.

“El termino virtud equivale a capacidad y aptitud, y significa la habilidad, facilidad, disposición para llevar a cabo determinadas acciones adecuadas al hombre. No es innata, sólo hay disposiciones para ella y se adquiere únicamente con el ejercicio serio y duradero” (*Íbid*).

Tanto el cuidado de si como la virtud llegan a constituirse en fundamento de la moral, de la ética y estética, como una posibilidad de embellecer el ser, pero en el pensamiento de Seneca no es una belleza exterior, como la planteada por los griegos, sino una belleza interior, de su ser, su esencia (*ibíd.*); entendiendo el pensamiento de Seneca expuesto por los autores, el cuidado de si se forma con el cuidado interior y exterior del hombre y de los otros, esto hace un hecho ético en la forma de ser y actuar de la persona, haciendo lo que es correcto y justo; para los griegos como Sócrates y Platón la virtud es un ejemplo ético, y solo el hombre virtuoso obra con justicia, es bueno y sabio, logrando la felicidad. (*ibíd.*), vemos enmarcados en el pensamiento de Seneca la relación o similitud entre el cuidado de si y la virtud, asociación que nos lleva a formar el hombre ético que alcanza su felicidad.

Analizado el pensamiento de Seneca se toma la perspectiva de Foucault, muy similar a la de Seneca ya con otros componentes que complementan el planteamiento del autor; el cuidado de si es ya una cuestión de conocimiento, de actitud y aptitud de la persona frente al arte de la existencia y como esta se construye.

“Foucault dice que el cuidado de si es cultivo de si, preocupación y acción por el entorno, ocuparse uno mismo en lo que también es de todos. Esto es la ética, el auténtico “ethos”. Aquí nace el compromiso de un mundo, de un país, de una institución” (Padilla, Arcos y Trujillo 2013, p 150).

Para los griegos la “ética (ethos) era la forma de ser y la manera de comportarse. Era un modo de ser del sujeto y una manera de proceder que resultaba visible a los otros” (*ibíd.*), podemos deducir que el ethos implica una relación con los otros, y como el cuidado de si comprende una preocupación y acción por el entorno, entonces hace que el individuo se preocupe por el otro, por la comunidad o en relaciones interindividuales (*Íbid*).

En esta perspectiva el cuidado de si entra en dos planos de interpretación y de entendimiento, por una parte se refiere a una actitud individual, al cuidado de sí mismo, un yo individual, que no es egoísmo, pero que requiere un cuidado personal con lo que ello significa, y la otra interpretación es el cuidado de los otros, desde una perspectiva ética, mediada por la relación con el otro y con el entorno, el ambiente, la naturaleza, relaciones que son complejas, ya que no es fácil vivir con los otros, convivir con los demás, y esto a profundidad es la ética (*ibíd*).

“El cuidado de si es más rico en su contenido desde la mirada de la relación con el otro y desde la mirada educativa y pedagógica. El ser humano no nace ético, se hace ético en su proceso de formación y de existencia como humano que es; de ahí que se aprende a ser ético, hacerse ético y ser ético es un acto educable. La ética entra en el plano de la formación humana, como acto de humanidad y así es como el cuidado de si es un acto de pura humanidad” (Padilla, Arcos y Trujillo 2013, p 153).

La apreciación que hacen los autores desde el pensamiento foucaultiano sobre el cuidado de sí, es muy asertivo para el tema que trata este trabajo, ya que argumentan que es una construcción que hace la persona, y es un acto de humanidad el adoptar el cuidado sí que se refleja en los otros, y esta conducta esta mediada por la educación y la pedagogía, es decir, se aprende, se adopta, se integra a la persona y de allí nacen relaciones, y es así como se construye, ciudad, comunidad e instituciones. El cuidado de si abre la puerta a la ética, la idea no es anteponer el cuidado propio antes que el del otro, pero este es de suma importancia para la persona porque es su relación con su ser, su esencia (*ibíd.*)

¿Cómo se cuida a sí mismo? ¿Cuáles son los aspectos que Foucault dice son necesarios para el cuidado de sí mismos que a su vez cuida de los otros? Como vimos en el pensamiento de Seneca y Foucault el cuidado de sí mismo implica un cuidado interno y externo, que involucra

una relación con el otro y con el entorno, estas prácticas para el cuidado de sí, fueron practicadas por los griegos, ellas consistían en:

“El conocimiento de sí mismo: para estas uno debía poner atención en la orina, en los sueños; se aconsejaba poner atención, registrar y meditar respecto de lo que en las noches uno fantaseaba. “Hay que recordar en efecto que la interpretación de los sueños no se considera como asunto de pura y simple curiosidad personal; es un trabajo útil para gobernar la propia existencia y prepararse a los acontecimientos que van a producirse”. Asimismo, se debía estar al tanto de la comida; en sus ingredientes, su temperatura. Debían igualmente ejercerse una serie de hábitos; se aconsejaba el cantar, pues ayuda a la salud, los paseos, hablar en público, saber escuchar, la concentración anímica, los ejercicios físicos y espirituales, la filosofía, la introspección, los baños, las relaciones sexuales, o la abstinencia; dependiendo las circunstancias, la relación con la pareja o el matrimonio, escribir era importante dentro del cuidado de sí, mandar cartas, purificarse antes de dormir, con baños o meditación, recordar a los muertos, la gimnasia, el ayuno o las dietas, el retiro, etc. En este mismo sentido, existían prácticas ligadas al cultivo de sí, a la preocupación por el entorno: estas prácticas pasaban por meditar respecto de las condiciones climáticas, del año en que vivían, de su relación con el medioambiente, de sus amistades, del orden social, etc. En síntesis, la persona debía preocuparse por poner atención en sí misma, y en su contexto durante toda la vida, buscando siempre transformarse a sí mismo y conseguir una mejor convivencia con sus pares y con su yo” (Sossa 2010, p 39-40).

En el párrafo anterior se hace referencia a una serie de prácticas que en la actualidad es difícil de realizar, y en la época del autor al igual que en el los griegos era para aquellos con condiciones privilegiadas, pero el cuidado de sí planteado por el autor es un principio para el tema que nos concierne, y bajo estos lineamientos sobre la buena administración del cuerpo, se puede realizar un autoexamen y adquirir la autonomía para escoger entre lo que es bueno y malo para el individuo, esto es hacer las primeras pinceladas de la obra de su existencia (Sossa 2010)

Para terminar con este interesante tema del cuidado de sí, y su relación con la ética y el cuidado del otro y según autores como Garcés y Giraldo (2013) dan inicio a la bioética, Foucault nos dice:

“Con la preocupación por el cuerpo, sumado con el interés del alma y de la propia verdad, ya sea con las notas y/o el conocimiento de sí, uno elige qué cosas son mejores para cada uno, y con ello se debe actuar en consecuencia” (Sossa 2010, p 41).

Prácticas Metodológicas del Trabajo Social en Salud

Cuando hablamos de las prácticas metodológicas del trabajo social en este trabajo se refiere a las acciones que hace el profesional para poder realizar sus intervenciones en determinada área, pero en este caso específicamente en el campo de la salud; en la introducción se citó a Ander Egg (1994) quien afirmó que el trabajo social en América Latina se inició en las instituciones hospitalarias o en los programas de servicio social de salud, pero también nos decía que el campo de la salud tenía una tendencia al abandono del trabajador social, por los nuevos campos de aplicación que se abrieron a la profesión, en la historicidad de los hospitales vimos que en sus inicios estos lugares fueron centros de acogida a pobres, enfermos, huérfanos, entre otros, pero no era un lugar para sanar una enfermedad, allí no se curaba a nadie de su enfermedad. En América Latina los centros hospitalarios llegan ya con la nueva concepción que la modernidad les adopto; en Medellín el primer hospital que se construyó fue el San Vicente de Paul a principios del siglo XX, en el año 1910 se inicia su construcción, el hospital cumplía con las premisas fundadas para una mejor recuperación del paciente, en 1949 se construye el Pablo Tobón Uribe con una infraestructura más moderna, con el fin de descongestionar al San Vicente de Paul, posteriormente se construye el Hospital Mental en 1951, y en 1963 el Luz Castro (Foronda 2014).

Luego de esta reseña de cuando llegan los hospitales a la ciudad, y sabiendo que el trabajo social inicia su práctica prácticamente que con su llegada, para hacer una mejor contextualización de esta investigación, se definirá que son prácticas y posteriormente metodología; Juliao (2011) proporciona una definición de práctica desde su etimología, diciendo que es la praxis, el hacer, tratándose por lo tanto de actividades, entonces podemos definir la práctica como una acción o actividades concretas; más en materia con lo que es el trabajo social

Viscarret (2014) nos dice que la profesión es una práctica teórica, donde se adquiere el conocimiento y luego este orienta los principios, métodos y técnicas que utilizara el profesional para poder realizar la intervención, según sea el caso, aunque el autor no hace una definición explícita de lo que es la práctica, se puede aducir que la práctica son las actividades o acciones que hace el profesional para lograr su intervención, como lo definía Julia; para complementar se citara a Moix (2006) en el cual no hace una definición precisa de la palabra práctica, pero si se analiza su propuesta, se evidencia que la práctica del trabajo social son las acciones o actividades que realiza el profesional en las organizaciones en las que se desempeña, y en el libro el autor hace alusión a todos los campos de practica que tiene el profesional.

Para el trabajo social y en palabras coloquiales la metodología es el orden para realizar una actividad, es decir los pasos a seguir para alcanzar el objetivo:

Viscarret (2014) “dice que la metodología es el utillaje de que dispone el investigador para indagar el mundo social. La metodología se convierte en el marco de referencia, en la justificación lógica para examinar los principios y procedimientos por los que se formulan los problemas de investigación (...)” (p 55).

Olga Lucia Vélez (2003) nos dice que “la metodología regula y ordena la actividad científica proponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de las acciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matrices teóricas que la rigen” (p 57-58). Ambos autores coinciden en sus definiciones, diciendo que la metodología es una guía, o un camino para que se pueda realizar la práctica y como lo dice Vélez según lo establecido en la teoría que le reglamentan

Con ambos conceptos definidos podemos hacer un análisis del significado, que aunque es simple es bueno realizarlo, las prácticas metodológicas son las acciones o actividades del profesional del trabajo social que guiadas y reguladas por procedimientos, métodos, técnicas fundamentados en la teoría le permiten realizar su intervención.

En el caso de las prácticas metodológicas realizadas por el trabajador social en la salud, evidencia que la principal es el método de casos, Ander Egg (1994) dice que en el servicio social de salud pública y hospitales ha predominado en forma neta el método de casos, y los casos se tratan por lo general en forma individual, aunque los profesionales trabajan en un nuevo enfoque,

pero su mayor reto es que los pacientes de sectores populares sean tratados como personas en los hospitales; Paraíso (citada por Aguilar 1995) manifiesta que el trabajo social de casos fue el primero implementado en América Latina, orientado a la atención de personas en los hospitales, orientándose así sus servicios hacia el individuo, la autora dice que la función principal del servicio social en la salud es de apoyo, asegurando la eficacia y el mejor provecho de los procedimientos médicos y de salud, y de ayudar al enfermos y a su familia que comprendan la naturaleza de la enfermedad y cómo afrontar la situación.

Analizando otros aportes bibliográficos sobre la prácticas metodológicas del trabajo social en el área de la salud, Carballeda (2008) realiza una recopilación de varias experiencias de trabajadores sociales en el área de la salud, dice el autor que con el fin de generar material bibliográfico para la profesión, el libro está constituido por experiencias de trabajadores sociales de varios países de América Latina, de Argentina, México, Venezuela, entre otros; en la lectura de las experiencias se evidencia una intervención individual para con los pacientes, según los temas que trata el libro, en el caso de la malnutrición en los niños, la intervención se realiza a las familias; en otros casos como el de salud reproductiva y sexualidad con las mujeres, se hace un trabajo de grupo de un barrio, realizando un proyecto y el profesional actúa como asesor, pero se puede apreciar en el libro que se hace un trabajo individual que conlleva al método de casos.

Garmendia *et al.* (2012) también hacen una compilación de varios casos de intervenciones en el área de la salud, en el Hospital Piñero y su área Pragmática de la zona sur de la CABA en Argentina, en todas las narraciones de las intervenciones realizadas se puede observar el trabajo realizado de forma individual, con el paciente y atendiendo su necesidad más inmediata, aunque no se dice explícitamente que el método utilizado es de casos, desde la lectura se puede inferir que ese es el método, ya con técnicas más actuales y con apoyo interdisciplinario en la realización de su labor.

Dado que el trabajo social inicia en el as instituciones de salud en este contexto, de igual forma queda claro que el método más utilizado por los profesionales en este campo es el de trabajo social de casos, realizando una intervención individual del individuo, y según el contexto un trabajo de grupo.

La Humanización de la Salud

La Humanización es un compromiso ético y humano que postula que los establecimientos de salud brinden una atención centrada en las necesidades de los pacientes, propendiendo una atención que satisfaga todas las dimensiones que integran al ser humano (físico, biológico, psicológico, social, ambiental).

Para contextualizar mejor la humanización, es relevante mencionar varios elementos que hacen que la atención en el área de la salud incurra en la deshumanización (Bermejo, 2014), se mencionarán algunos de estos factores con el fin de hacer una contextualización más amplia del tema:

1. Una causa fundamental de la deshumanización es la injusticia, dice José Carlos Bermejo (2014) “que la deshumanización tiene raíces profundas relacionadas con las mismas antropologías y con la política, con la economía, con la distribución de los recursos del planeta... que no permiten el acceso igualitario a los recursos para luchar contra la enfermedad y para prevenirla.” De este factor tan representativo como lo es la justicia se derivan otras situaciones que hacen que la atención en salud se deshumanice, el sistema económico-político y social que predomina actualmente en la sociedad, el neoliberalismo ha hecho que los derechos se conviertan en servicios y que el Estado considere la inversión social como un gasto público que se debe menguar, por ende está propiciando la privatización de las empresas públicas, considerando que de esta forma se mengua el gasto público, en consecuencia se puede ver una injusticia en la prestación de los servicios de salud reflejada en la falta de equidad y accesibilidad (Francais, 2000).
2. Otro elemento que se suma a la problemática es el desarrollo científico o tecnificación que, aunque aporta importantes avances para tratamientos novedosos y posibilita la sobrevivencia ante condiciones consideradas mortales, ha pasado a un segundo plano al paciente, considerándolo como una parte de la investigación y despersonalizándolo al volverlo un objeto.
3. También se debe tener presente que al considerar una institución hospitalaria como una empresa, buscando generar altas rentabilidades económicas y centrando sus objetivos en el área financiera, se tiende a olvidar que el centro de la atención es el paciente y su

bienestar, y no las cifras de utilidades, la implementación de la ley 100 en el contexto colombiano, fue la que propicio esta situación, al crear las EPS (Entidad Prestadora de Salud) como reguladoras de los servicios y la cobertura de la población, desde entonces las instituciones de salud se asemejan a empresas con gran rentabilidad económica, y por tal motivo se ha olvidado al paciente y sus necesidades, y se vive un alto endeudamiento con las Instituciones Prestadoras de Salud.

4. No se debe olvidar que las largas jornadas laborales del personal de la salud son causantes de fatiga y agotamiento (Burnout), y esto da pie para que se generen situaciones donde el paciente o usuario no tenga un buen trato por parte de la institución.
5. Y por último, no pueden dejar de mencionarse la cultura indolora e insensible que naturaliza el sufrimiento y es indiferente hacia quien lo padece, la falta de una infraestructura que brinde comodidad a los usuarios que muchas instituciones no poseen o las largas listas de espera, entre otros.

Humanizar se define como “hacer que una cosa o persona sea más humana, más buena o respetuosa con el ser humano”; también: “hacer más humano, ablandarse, desenojarse, hacerse benigno” (Bermejo 2014, p 69), por las condiciones que presenta el sistema de salud y su tendencia a cosificar la persona, este término y todo lo que implica su implementación ha venido tomando fuerza en el sector.

La humanización en salud se presenta como un criterio de acreditación que le permite a la institución que brinda un servicio de salud cumplir con los estándares necesarios para ofrecer un servicio oportuno, con accesibilidad y que le garantice al usuario que su dignidad será respetada y que él como persona será el centro de la atención, no su enfermedad; lo contrario a humanizar es deshumanizar, José Carlos Bermejo (2014) en su libro Humanizar la asistencia sanitaria retoma al catedrático de bioética Javier Gafo quien “relaciona la deshumanización con despersonalización, pérdida de atributos humanos, con la pérdida de la dignidad, con la frialdad en la interacción humana”, por lo tanto se pierden los valores en la atención y el paciente es cosificado y tratado como un objeto; “Lévinas y la ética de la responsabilidad nos dice que la ciencia no es neutral y se compromete con los valores, retoma a Kant para decir que el hombre es persona y como tal tiene dignidad y no precio, por ende todas las personas son hombres iguales y merecen consideración y respeto” (Callabed, 2010), postura muy congruente y acorde con la

humanización, pues al humanizar se adquiere una actitud ética que resalta la importancia del otro y como éste me importa.

Los Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 25 dice textualmente “Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”, desde el ámbito internacional se le garantiza a la persona una atención en salud que le proporcione bienestar; la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su Declaración de Alma-Ata (1978) establece principios que garantizan y propician la humanización en la salud como lo es la equidad y accesibilidad a los servicios de salud, la participación de los individuos y la comunidad en las acciones a favor de su salud, el uso de la tecnología apropiada basada en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para los individuos y la comunidad, garantizando el uso de recursos que permitan mayor eficiencia en el servicio, viéndose implicada que la atención en salud lleva implícito el sello de la calidad.

Dada las circunstancias de la salud en el contexto mundial no se ha podido garantizar que estos principios se apliquen; es por eso que surge la necesidad de humanizar la salud, como un asunto donde se le brinde a la persona una atención sin barreras, fomentando el respeto y la dignidad del individuo. El concepto de humanización data de mucho tiempo atrás y su práctica es atribuida principalmente a los religiosos, por la labor que realizaban con los enfermos. En la actualidad el concepto toma fuerza y se emplea como una estrategia para brindar una atención en salud que promueve la dignidad y el respeto por la persona, por lo cual la humanización ya no es solo una cuestión religiosa si no un criterio que garantiza la buena atención en salud.

En el contexto colombiano la humanización se da en el sistema de salud como una estrategia que garantiza la calidad del servicio, en la Ley 100 en el numeral 9 en su artículo 59 “dice que se debe garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales.” Desprendiéndose de esta Ley otra serie normas/reglamentos que implican la humanización, pero direccionados a la calidad de la atención o la acreditación de las instituciones en salud.

El Icontec (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación) establece unas pautas a seguir para implementar la humanización en las instituciones de salud, definiendo la

humanización como “políticas, programas basados en los valores de la institución para cuidar y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano”. Dicha entidad enuncia que las instituciones de salud deben contar con una política de atención humanizada que incluya criterios tanto para el paciente como para el personal de la institución, fomentando una cultura de humanización de los servicios, desarrollando estrategias que generen el trabajo en equipo, con el apoyo desde el direccionamiento estratégico y administrativo; creando redes entre el comités de ética, talento humano, salud ocupacional, atención al usuarios y las demás áreas que impliquen intervención en la en el desarrollo del programa.

En el contexto actual del país y con la crisis que presenta el sector de la salud, es obvio que cuando una persona busca atención médica es porque presenta un déficit en su salud (se encuentra enfermo); la tramitología a la cual se expone el usuario para obtener la atención que desea, puede llegar a generarle un alto grado de malestar que en muchas situaciones termina por postergar su atención y agravar su enfermedad; esta situación sumada a la atención e información, muchas veces precaria, que el personal que trabaja en salud le brinda a la persona hace que tenga una predisposición negativa hacia las instituciones de salud perdiendo éstas la credibilidad y confianza por parte del paciente. La humanización entonces viene para rescatar esa credibilidad perdida con acciones que hacen sentir al paciente importante para la institución, demostrándole que es el eje principal en el servicio que se brinda.

La salud en el contexto Colombiano es una problemática que en la actualidad se agudiza, ya que por la falta de pagos oportunos de las EPS (Entidades Prestadoras de Salud) a las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) la atención a los usuarios (población) se ve afectada, por esta causa muchos hospitales cierran servicios e inclusive se cierran los hospitales en su totalidad, José Fernando Sierra (2015) columnista del Colombiano escribe sobre la grave situación informando que el Hospital San Vicente de Paul no tiene con qué pagar la factura de servicios públicos a causa de la deuda que en la actualidad las EPS y el Estado no le han cancelado y es un aproximado de 250.000 millones de pesos. Según el periódico El Espectador (2015) “el Sistema de Salud tiene un hueco de \$ 3 billones, cifra que tiene al sector en crisis y pone en riesgo el ejercicio del derecho fundamental a la salud que tienen todos los colombianos”, “modificar el sistema de aportes para evitar evasiones y omisiones, aumentar los porcentajes de cotización de las personas que ganen más de cuatro salarios mínimos y crear nuevos impuestos

para las bebidas azucaradas (gaseosas, jugos, té, entre otras)” (El Espectador, 2015), el tema de las bebidas causo todo tipo de comentarios en el sector y se pronunciaron sobre el tema entre ellos el Gerente del Hospital San Vicente Fundación el Dr. Julio Ernesto Toro (2015) diciendo “ que la crisis de la salud viene desde la creación de la ley 100 de 1993, donde se evidencia que la tercerización le obstaculizo más la atención al público, aun que les dio más derechos, ocasionando más demanda de servicio y por ende más costos, y en el sector hay mucha escases de flujo de efectivo”.

Esto por mencionar un poco sobre la crisis del sector, también se puede mencionar la liquidación de la EPS Saludcoop, que causó un gran caos entre sus afiliados, y es de tener presente que la institución fue intervenida por el Estado aproximadamente 4 años con el fin de postergar su liquidación, pero al final por sus deudas y la presión de sus acreedores la decisión fue liquidar la institución (El Tiempo, 2015), lo mismo ocurrió con la EPS subsidiada Caprecom y ahora se vive una situación similar con la EPS Savia Salud, “que debe a sus acreedores aproximadamente 350 mil millones de pesos y ante su crisis financiera puede ser liquidada afectando al millón 700 mil de afiliados en el departamento de Antioquia” (RCN Radio, 2016), ante la crisis ni el Alcalde de Medellín Federico Gutiérrez, ni el Gobernador Luis Pérez ven una solución, solicitando una intervención del Estado, pero en este momento el Gobierno está más interesado en el proceso de paz, para dar por terminada la guerra que aqueja al país hace más de 5 décadas.

En este orden de ideas se evidencia la difícil situación del sector salud en el país, situación que se agrava cuando un paciente en condición de una grave enfermedad no recibe la atención oportuna y fallece en una sala de espera de urgencias, “como ocurrió en la Clínica de Colsubsidio de Bogotá en el año 2015 al paciente Sedy Vera, donde denunció su hija que espero 5 horas para ser atendido por un fuerte dolor en el abdomen” (El Espectador, 2015), el tan famoso paseo de la muerte y repetitivo en las instituciones de salud del país.

La Constitución Política del país en su Artículo 49 nos dice “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los

habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. (...)” al ser la salud indispensable para la conservación de la vida de la persona (Artículo 11 de la Constitución) cuando se niega la atención en salud o cuando un paciente fallece esperando una atención, se viola un derecho fundamental del individuo.

La concepción de bienestar desde el Trabajo Social según Ochoa, Urrego & Rivera (2013) “concepto de bienestar social como una aspiración profesional que aporta a la búsqueda de soluciones a problemas que dificultan el desarrollo de los individuos y grupos, pretendiendo el reconocimiento del derecho de los ciudadanos, procurando que cada individuo asuma sus responsabilidades para orientar sus existencias individuales y de esta forma contribuir al bienestar de la comunidad en que viven”

Desde la perspectiva que nos dan estos estudiantes se puede evidenciar la necesidad de crear programas que ayuden a las personas, aunque la humanización en salud nace en el país como un criterio de acreditación para las instituciones de salud, para el trabajo social es una oportunidad de trabajar en pro del bienestar de los pacientes, y brindarles la opción de una atención integral en salud, que no solo se preocupe por su dimensión biológica y física, incluyendo sus emociones, espiritualidad y entorno social.

Marco Legal

Son muchas las normas establecidas en torno a la atención en salud, tanto a nivel nacional como internacional, nuestro país adopta la normatividad internacional y la adapta al sistema de forma que sea aplicable al contexto del país; existen varias instituciones internacionales que regulan la atención en salud, entre ellos tenemos la Declaración de los Derechos Humanos (DDHH) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los preceptos de estas organizaciones se basa la normatividad de muchas naciones, incluyendo la normatividad colombiana.

La OMS en su Declaración de Alma-Ata (1978) establece principios que garantizan la atención en la salud como lo es la equidad y accesibilidad a los servicios, la participación de los individuos y la comunidad en las acciones a favor de su salud, la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 25 dice textualmente “Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”, estas organizaciones realizan una labor no solo de normalizar, también poseen organismos que realizan veeduría para los países ejerzan estos postulados en sus normas, preceptos fundamentales para la atención en salud, sin barreras y cumpliendo con los principios de universalidad.

Dado que Colombia es un Estado Social de Derecho, hace referencia a un sistema socio-político-económico que se preocupa por fortalecer servicios y garantizar derechos, que se consideran esenciales para que las personas posean niveles de vida necesarios para garantizarles bienestar, preceptos que las organizaciones internacionales estipulan y el país toma para crear su normatividad.

Las normas en torno al tema son amplias, ya que hay mucha normatividad que rigen la atención en salud, desde la prestación del servicio, hasta la habilitación de las instituciones que brindan el servicio, esto con el fin de cumplir con los principios de la atención en salud, y a la vez con el derecho a la salud; por ello se inicia con la Constitución Política de Colombia y el derecho a la vida en su Artículo 11, la enfermedad compromete el desarrollo y bienestar de la personas, el acceso y la equidad al servicio de salud hace posible que este derecho en esta situación se conserve. Con la nueva Constitución de 1991 se garantizan derechos entre ellos la atención en salud en su Artículo 49 dice textualmente:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en

forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

Desde esta premisa se estipulan otra cantidad de normas con el fin de regular como se ha dicho con anterioridad el acceso al servicio y las entidades que ofertan la atención en salud; antes de la ley 100 el servicio de salud era centralizado, “a causa de lo poco equitativo y accesible para la población se crea la ley 10 de 1990, quien con recursos del Banco Mundial propenden brindar una atención integral y oportuna a toda la población Colombiana, descentralizando la atención en salud” (Hernández, 2000).

En el año 1993 se formula la ley 100 y sobre la cual hasta la actualidad se basan las normas principales de la atención en salud, además los procedimientos a los que tienen acceso las personas con el fin de garantizar la calidad de vida acorde con la dignidad humana, también reúne a las instituciones prestadoras del servicio con el fin de organizarlas y monitorearlas; adicional se fundamentan los principios de la atención en salud en el país los cuales son: la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Otras normas que se hace necesario mencionar ya que aportan a la intencionalidad de esta investigación, es del Decreto 2003 de 2014, en este se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud, donde se dan a conocer todos los requisitos para que una institución de salud tenga una correcta función, por ello se especifica la capacidad administrativa, locativa, tecnológica, científica y financiera; dado que los servicios que se brinden estén acordes a los principios de la atención que promueve la ley 100.

La Resolución 123 de 2012, va más allá de solo ofrecer un servicio de salud de primer nivel, en esta se establece el manual de acreditación para las instituciones que se desean acreditar, propendiendo brindar una atención de salud con calidad, incluyendo dentro de la norma la humanización de los servicios de salud. En el estándar 96 del manual de acreditación dice de forma textual:

“La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:

Criterios:

Dignidad personal, privacidad, seguridad, respeto, comunicación”.

Con estos criterios se plantean programas en las instituciones de salud con el fin de brindarles una atención integral, constituida sobre estos criterios con el fin de que no solo sea atendida su enfermedad, sino que se encuentre en un ambiente confortable que ayude al restablecimiento de su salud.

Diseño Metodológico

Enfoque

La investigación que se hace se fundamenta desde el enfoque cualitativo, ya que pretende, a través de un contexto determinado, la construcción de experiencias y la recolección de datos para realizar un análisis con el fin de encontrar una respuesta a la duda que se generó con la investigación.

“Rodríguez, Flórez y García (1996) definen el enfoque cualitativo como el estudio de la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicada. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos, que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas”. (p 10).

Sampieri (2014) manifiesta que en el enfoque cualitativo hay una variedad de concepciones o marcos de interpretación, que guardan un común denominador: los individuos, grupos o sistema social. Estos tienen una forma única de ver y comprender su entorno, dice el autor que se construye por el inconsciente, las experiencias y lo que otros les han enseñado, lo que se hace con el enfoque cualitativo es tratar de comprender el contexto; el método es muy utilizado en disciplinas humanísticas, ya que proporcionan profundidad en los datos, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente, da puntos de vista holísticos y flexibles.

Weber (citado por Viscarret, 2014) nos “dice que la metodología cualitativa parte de la premisa de que los métodos de las ciencias naturales, aunque útiles, no son métodos ideales para el entendimiento y la interpretación de los hechos sociales. Se trata de entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor para comprender en un nivel personal los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente” (p 57).

Este método permite hacer el estudio de forma inductiva, centrándose en comprender la subjetividad del fenómeno, la idea es construir nuevas perspectivas, de una forma holística, las técnicas que se utilizan son flexibles con los actores que están en la investigación, como la entrevista, grupos focales, historias de vida, entre otras (Viscarret, 2014).

Este enfoque permitirá a la investigación tener una visión holística de lo que es la humanización en salud, y lo que en la actualidad las instituciones de salud consideran pueden aplicar como humanización, a través del método se podrá realizar la narración de la experiencia de la práctica profesional y de los hallazgos, que generaron la propuesta de la investigación; Olga Lucia Vélez (2003) manifiesta del método cualitativo una definición muy acorde con lo que la investigación pretende, “dice que hace de lo cotidiano un espacio de comprensión de la realidad y desde ella busca desentrañar relaciones, visiones, rutinas, temporalidades, sentidos y significados ocultos en la trama social” (p 143).

Paradigma

El concepto de paradigma representa para los investigadores una teoría sobre la cual fundamentar su investigación, y que a su vez este en concordancia con el enfoque con el enfoque elegido, antes de que Kuhn escribiera su libro y la palabra paradigma se posicionara, hay una versión platónica, que dice que un paradigma no es un simple modelo, o copia, patrón o muestra, sino que es mucho más eso: es un ejemplo perfecto, digno de ser imitado (Ferrater, citado por González, 2005); posteriormente Kuhn con sus estudios propone la palabra paradigma diciendo que “son realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (Kuhn, citado por González, 2005), Kuhn al ver los debates de sus “mentores” y como ponían a discusión sus teorías concreta esta definición de paradigma. Briceño (2009) hace un desglose de la definición que realiza Kuhn con el fin de brindar una mejor comprensión del término:

“Si nos detenemos en la definición en ella encontramos que cuando habla de logro científicos universalmente aceptados, está implícita la idea de la ciencia normal. En la frase:... que durante algún tiempo, se deja ver la concepción de cambio, que luego presentara en los términos de anomalía y crisis, como situaciones imprescindibles para la adopción de nuevos paradigmas. Y al referirse a los modelos de problemas y soluciones, estaba adelantando lo que luego será tratado como creencias” (Briceño, 2009, p 292)

Desde estas definiciones comprendemos que el paradigma ayuda en la investigación con una base teórica que le permite tener un modelo ya aceptado por la ciencia para que comprenda los fenómenos o problemas a los que pretende dar respuesta; con esta perspectiva esta investigación se fundamenta en el paradigma fenomenológico, pues pretende comprender la problemática desde el punto de vista institucional, y desde la experiencia de la práctica profesional.

Según Husserl (1990; citado por: Bolio, 2012) “la fenomenología designa un nuevo método descriptivo, que hizo su aparición en la filosofía a principios del siglo (siglo xx) y una ciencia apriorística que se desprende de él y que está destinada a suministrar el órgano fundamental para una filosofía rigurosamente científica, y posibilitar, en un desarrollo consecuente, una reforma metódica de todas las ciencias” (p 24-25).

Dice Sampieri (2014) que “la fenomenología es una filosofía, un enfoque y un diseño de investigación (...) Donde se obtiene perspectivas de los participantes. No genera un modelo a partir de ellas, se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno” (p 493).

En este paradigma se intenta comprender de forma individual la concepción de la problemática, con el aporte que realizan los individuos se realiza las conjeturas sobre el tema de investigación.

Para Vélez (2006) el hecho de hablar de enfoque cualitativo remite a la fenomenología, “ya que este permite extraer la lógica y el sentido de la acción” (p 143), la autora coincide con Sampieri sobre la fenomenología al decir que es “un enfoque que asume las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos de conocimiento científico y buscan comprender desde las perspectivas de los actores, las lógicas de pensamiento que guían las acciones sociales” (p 143).

La definición que nos proporciona Vélez sobre la fenomenología es muy pertinente para el estudio que se realiza, pues el paradigma orientara para comprender las actuaciones que realizan las instituciones de salud con el fin de poder decir y demostrar que son instituciones humanizadas, de esta forma se puede realizar un análisis se sus intencionalidades.

Técnicas

En la investigación sobre la Humanización como propuesta de práctica metodológica para el trabajo social en la atención en salud, se planteó un objetivo general del cual se desplegaron 3 objetivos específicos, con el fin de obtener información y situar las técnicas de investigación que se realizaron.

Un objetivo es describir la experiencia de las prácticas profesionales en el sector salud y como la humanización en salud es una propuesta de práctica metodológica para el trabajo social; como se mencionó anteriormente en el trabajo de las prácticas profesionales es que nace la inquietud para realizar la propuesta de investigación.

Contextualización de la Institución Fundación Clínica del Norte

La Práctica profesional se realiza en la Fundación Clínica del Norte, durante el segundo semestre del 2015 y el primer semestre del 2016, en el planteamiento del problema se hace una contextualización de la institución que ampliaremos en estos párrafos:

La institución inicia cuando cuatro médicos del norte del área metropolitana de Medellín, empezaron a reunirse con la idea de construir una clínica que atendiera la población del Municipio de Bello y de los demás municipios del norte del departamento. Finalizando el año 2006 el municipio de Bello ofrece en subasta pública un lote de aproximadamente una cuadra, que mostraba todas las características para desarrollar un proyecto de clínica; es así como los visionarios del proyecto participan de la subasta y logran conseguir la propiedad de dicho terreno. Durante los años 2006 a 2008, se suma 4 médicos más al proyecto reforzando la visión del proyecto y aportan recursos necesarios en dicho momento.

Luego de superar las dificultades propias del sector, inician la construcción en el año 2009, y se van sumando al proyecto 4 empresas del sector salud que se constituyen en un pilar para el buen suceso del proyecto; además de traer su “know how”, llegan con la idea de no solo construir la clínica, sino en convertirla más adelante en una fundación a través de la cual se realice una labor de responsabilidad social y permita la permanencia de la identidad en el tiempo, facilitando la operación y gobernabilidad además de diferenciarla de las tradicionales clínicas de médicos socios que miran no sólo la labor social sino también la oportunidad de obtener utilidades económicas. En el año 2011, se da inicio al funcionamiento y la puesta en marcha de esta idea que pretendía no solo servir de apoyo a la comunidad sino ser una puerta de entrada para mejores servicios de salud en el sector. Además, con su apertura se generaron empleos que ayudan a la estabilidad económica de la población del área metropolitana.

La Fundación cuenta con un moderno edificio de 12.000 metros cuadrados distribuidos en 12 niveles, construidos bajo las más estrictas normas de sismo resistencia, habilitación y acreditación que están vigentes en la actualidad. Igualmente se ha asegurado de acceder a tecnología costo efectiva que permita garantizar la seguridad del paciente y el costo racional para

las administradoras de planes de beneficio; la ya mencionada tecnología será operada por un equipo multidisciplinario de amplias competencias y conformado bajo el cumplimiento estricto de estándares que garantizan la seguridad de los pacientes y usuarios. La Fundación inicia sus labores como una entidad de tercer nivel de complejidad con servicios ambulatorios y hospitalarios, un total de 70 camas de hospitalización, 17 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), 4 quirófanos, un servicio de urgencias totalmente dotado y piso 6 exclusivo de consulta externa. En el año 2013 la fundación amplía su oferta de servicios construyendo en el piso 6, 46 camas de hospitalización, ampliando su oferta a 116 camas de hospitalización, y reubica el servicio de consulta externa en el primer piso e inicia la planificación de la unidad de cuidados especiales que se construirá en el piso 5. En el año 2014 la unidad de cuidados especiales (UCE) se materializa y amplía el portafolio de camas de internación con 10 camas más. En el año 2015, la Fundación Clínica del Norte, comprometida con la calidad de sus procesos y la atención médica especializada, pone al servicio de la comunidad una nueva sala de atención exclusiva para pacientes con enfermedades cardio-cerebro-vasculares, que cuenta con acompañamiento permanente de personal médico y paramédico durante las 24 horas del día. Esta nueva sala de urgencias que es única en el Municipio de Bello cuenta con seis cubículos completamente dotados y con sistema de monitoreo clínico constante y es el punto donde se hará el manejo inicial de los pacientes urgentes con enfermedades cardíacas, neurológicas y vasculares en general. La Fundación Clínica del Norte espera posicionarse cada día más como el centro Cardiovascular del Norte. Actualmente la Fundación es una entidad de tercer nivel de complejidad que presta servicios ambulatorios y hospitalarios; cuenta con 116 camas en hospitalización, 17 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), 10 camas en Unidad de Cuidados Especiales (UCE), servicio de urgencias, sala de atención exclusiva para pacientes con enfermedades cardio-cerebro-vasculares. La institución cuenta con servicio de urgencias la 24 hora, como se mencionaba con anterioridad posee tecnología de punta que ayuda a confirmar diagnósticos con mayor asertividad.

“El slogan de la Fundación Clínica del Norte “Gente Para la Vida” tiene un profundo significado porque compromete a nuestros colaboradores con una indeclinable vocación de servicio y una férrea convicción de la imperiosa necesidad de emprender obras de beneficio social que mejoren las condiciones de vida de la población colombiana” (Fundación Clínica del Norte, 2016).

La institución en su plataforma estratégica y modelo de atención resalta la importancia del paciente y su familia, como entes que forjan la razón de ser de la Clínica, con una visión humana que propende brindar una atención digna en óptimas condiciones. En la actualidad cuenta con un amplio portafolio de servicios hospitalarios y ambulatorios, con servicio de urgencias 24 horas, siendo la cuarta institución de salud que tiene servicio de urgencias en la Ciudad de Bello, pero la primera de tercer nivel en la región.

“La Institución en su plataforma estratégica resalta la política de responsabilidad social donde se compromete a atender de forma segura y humana a sus pacientes y familiares (dando función al modelo de atención), fortalece el talento humano y promueve una relación dentro del marco ético y legal con sus proveedores y comunidad; en su política de calidad se comprometen con la excelencia en su gestión clínica y administrativa con el fin de garantizar la satisfacción de los usuarios y colaboradores, cumpliendo las normas vigentes y apoyándose en la mejora continua de los procesos.

La misión de la institución es ofrecer servicio de salud integral, beneficiándose de los recursos humanos, físicos y tecnológicos del más alto nivel, con dignidad y respeto; brindando atención con calidez, idoneidad y solidaridad, para generar rentabilidad social y económica, desde allí proyecta su visión para ser en el 2018 líder en la prestación de salud de alta complejidad a nivel nacional, con centros especializados en trauma y car dio-cerebro-vascular, para cumplir estos objetivos poseen valores definidos en los cuales basan sus actuaciones, los cuales son:

- Honestidad: como seres humanos nos enmarcamos dentro de un equilibrio moral y legal.
- Vida: valor supremo que recibimos para cuidar y en la medida de lo posible conservar
- Lealtad: nos comprometemos a armonizar nuestro pensar, sentir y actuar para generar confianza y seguridad en nuestro ambiente laboral, siendo íntegros con nosotros mismos y con la organización
- Compromiso: nos entregamos en cuerpo y alma con nuestra misión y visión empresarial.
- Respeto: reconocemos y aceptamos el otro; como ser humano y criatura de Dios.

- Responsabilidad: somos líderes comprometidos con cada uno de nuestros procesos y conscientes del aporte que realizamos al propósito común”. (Fundación Clínica del Norte, 2016).

La Clínica cuenta además con aliados estratégicos (Salesco, Prodiagnóstico, UNLAB, Fedsalud, Angiodinamia, Medfrid) que es el talento humano que le ha ayudado con la proyección y visión que se ha propuesto, cuenta con un personal aproximado de 574 personas, con 242 vinculados directamente a la institución y 332 aliados, (es relevante mencionar la generación de empleo que proporciona la institución, no solo a profesionales sino también a bachilleres, técnicos y tecnólogos, viéndose reflejada una cuota de responsabilidad de la Fundación en el sector social) personal que debe contar con el talento humano necesario para ofrecer una atención al usuario que cumpla con los estándares requeridos para lograr una satisfacción del mismo.

La Salud en Colombia

El sistema de salud colombiano ha sufrido variaciones en la historia, con el objetivo de tener una mejor cobertura y calidad para darle a la población una atención integral de la salud, que llene sus expectativas y principalmente que logre aliviar su enfermedad. En sus inicios el sector salud era centralizado, asistencialista y en el contexto de un Estado interventor con la idea de industrializar al país, a raíz de los gastos que generaba los costos de las enfermedades de los pobres, hacia la década del 60, existían cinco formas diferentes de atención, el servicio para los ricos ofrecidos por el sector privado, apoyados en consultorios y clínicas; el segundo el seguro obligatorio que atendía trabajadores asalariados tanto del sector público como del privado; el tercero la atención a los pobres bajo estrategias como la caridad, o la ayuda privada con el nombre de beneficencia; el cuarto el control de epidemias colectivo que se llamaba salud pública y estaba a cargo del Estado; en el quinto lugar estaban todas las practicas medicas populares no científicas, producto de la cultura del país; en el país se intentó adoptar el sistema de salud Europeo, en ese contexto tenía un buen resultado, en el cual el sistema de salud estaba articulado desde el Estado, con un aseguramiento universal y administrado por este; las condiciones del país no fueron las más actas para el modelo, las personas no se educaron para su

implementación, el país estaba en un alto índice de violencia, además se le añade la desmovilización del M-19 y que garantías se les brindarían en salud a los nuevos integrantes a la sociedad, con estas situaciones se llega a la Asamblea Nacional Constituyente que termino con la Constitución Política de 1991 y la reforma de la salud, que se materializo en la ley 100 (Hernández, 2002).

Aunque la ley 100 pretendía brindar un servicio más integral, con calidad y descentralizo la atención, creando instituciones (EPS) con el fin de dar más cobertura a la población, en la actualidad este objetivo no se ha logrado, en la actualidad el sector presenta altos déficit financieros, no hay atención integral a los pacientes, no se les paga a los trabajadores de las instituciones de salud y las IPS no logran pagar a sus deudores y por ende el servicio para los usuarios se vuelve deficiente.

Un informe de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) (2016) informa sobre la cartera que a las EPS le adeudan a los hospitales y clínicas del país, informando que sobrepasa los 7 billones de pesos, dicen que es necesario que la reforma tributaria contemple con urgencia medidas para la crisis que enfrenta el sector salud, esta información tiene un corte al 30 de junio del 2016; es una suma exorbitante para un sector que está contemplado en el PIB anual del país, que recibe contribuciones de los entes territoriales y de los usuarios de las EPS contributiva.

Un breve informe que hace las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD) sobre el servicio de salud en 6 ciudades diferentes, en el cual Cartagena de Indias presenta la insatisfacción más alta, ellos lo denominan como riesgos de corrupción en el sistema de salud colombiano, argumentan que:

“En el país las particularidades del sistema acentúan las prácticas de corrupción y las hacen más complejas entre otras razones por: el clientelismo, las asimetrías de información y las debilidades mismas de la información pública, grandes problemas de gobernabilidad, la falta de controles, la cultura de la ilegalidad y las debilidades en la rendición de cuentas de los actores del sistema, que crean un círculo perverso y se convierten en grandes barreras al control social en la salud, afectando a poblaciones con condiciones sociales más vulnerables”(PNUD).

A estas situaciones en mención la Organización dice que se le debe sumar el conflicto armado interno que vive el país, que lo mantiene en un contexto de corrupción y varias actividades ilícitas con el fin de financiar sus acciones. Con el fin de conocer un poco el resultado de la encuesta en la ciudad de Cartagena, los datos arrojados concluyen: que poseen un mal servicio de urgencias con un 62%, no tienen una buena imagen de la salud en la ciudad, los tratamientos no son los más buenos y la población no siente una atención integral a sus enfermedades (PNUD).

Al problema de la alta cartera, la corrupción y mala percepción de atención de los usuarios, se les suma el no pago de salarios a los empleados del sector, se publica en El Mundo.Com (2016) que los anestesiólogos no están recibiendo sus honorarios a causa del déficit financiero que tiene el sector y en este momento les está afectando; adicional se puede sumar el mal trato que reciben los trabajadores de la salud a causa de la crisis, que incurre en agresiones verbales y en más pocos casos físicas, pero que acrecienta la crisis del sector (ACHC, 2016), la agudiza y la vuelve una problemática en el país que al Estado se le ha salido de las manos prácticamente.

Descripción de la Práctica Profesional

Desde el área Calidad se hizo la propuesta de la práctica profesional con la intención que se hiciera una práctica que le sirviera a la institución y le dejara un aporte que pudiera ser implementado, es por ello que en miras de obtener la acreditación de la institución se propuso realizar el programa de atención humanizada o de humanización; a raíz que no se conocía nada del tema, excepto por los ítems y las normas que proporciona el Ministerio de Salud, hubo que realizar con rigurosidad una revisión bibliográfica del tema, con el fin de conocerlo y saber que instituciones tenían implementado y por ende ya tenían un recorrido y experiencia al respecto.

Se hizo una encuesta a los colaboradores de la institución con el fin de mirar que conocimiento tenían del tema, dando como evidencia que el tema se desconocía, y que se conocía muy poco del modelo de atención de la institución.

La revisión bibliográfica permitió conocer el tema, algunos escritores destacados como José Carlos Bermejo que es un religioso de la comunidad Hermanos Camilo en España y master

en bioética, con gran influencia en el país ibérico en el tema de la humanización, también se encontraron tesis de grado en los que proponían implementar programas de humanización según la necesidad de la institución; las instituciones hospitalarias de la ciudad también fueron un gran referente ya que en sus páginas web publicaban información referente a lo que hacen respecto a los programas de humanización.

A raíz de la revisión bibliográfica se evidencio que las instituciones que tenían el programa en ejecución formaron un grupo de humanización, que se encargaba de realizar la vigilancia del programa, la implementación de sus actividades y todo lo relacionado con el diseño teórico del mismo; por lo tanto se conformó el grupo de humanización en la institución, un grupo interdisciplinario, conformado por personal de varias áreas de la clínica, para tener una visión holística del paciente, desde el ingreso a la institución hasta el momento del alta, fuese ambulatorio o hospitalario.

Con la conformación del grupo se decidió visitar las instituciones que ya tenían el programa de humanización en ejecución; la Institución Metrosalud del corregimiento de San Antonio de Prado de Medellín abrió sus puertas, y permitió que se visitara la institución para que se observaran los logros en el tema de humanización que tiene la institución. Haciendo un paréntesis del tema estas visitas en el sistema de salud se les denomina referenciación, y el objetivo radica en visitar las instituciones que ya cuentan con programas en ejecución, hacer un análisis de los que es aplicable para la institución y aplicarlo, teniendo evidencia que ya funcionó en otra institución que es del sector. Volviendo al tema, la institución ayudo a tener un mejor horizonte, pero al ser un hospital de primer nivel y contar solo con 120 trabajadores aproximadamente, se requería tener una perspectiva semejante a la clínica para avalar las actividades que se propusieron.

Se solicitó referenciación al Hospital del Sur de Itagüí, una institución más grande que Metrosalud de San Antonio de Prado, cuenta con tres sedes, y con mayor cantidad de personal, mediante la visita nos contaron que también habían visitado a la institución de Metrosalud y que les había servido como un modelo para realizar el programa de atención humanizada, esta institución contaba con 2 trabajadoras sociales que integraban el grupo de humanización del hospital, y trabajaban arduamente con los pacientes y en pro de que tuviesen una atención lo más humanizada posible. Ambas visitas fueron muy productivas y dieron una visión muy amplia de

lo que las instituciones de salud del área metropolitana planteaban como atención humanizada; pero como las instituciones visitadas eran de un primer nivel de atención, el grupo de humanización de la clínica consideraba que se requería visitar instituciones que atendieran pacientes críticos.

Se pidió visita a las dos instituciones hospitalarias de mayor reconocimiento de la ciudad, como es el Hospital Pablo Tobón Uribe y el Hospital Universitario San Vicente Fundación, las dos instituciones más antiguas de la ciudad, por ende las primeras en ofrecer servicios de salud a los medellinenses y antioqueños con un enfoque moderno, centrado en sanar al enfermo y con buenas condiciones de salubridad. Ambas instituciones tenían el programa de humanización muy semejante y también era acorde a las dos instituciones visitadas con anterioridad, la diferencia radicaba en la complejidad de la atención, pues estos hospitales tratan enfermedades crónicas como el cáncer, deficiencias renales, deficiencias del corazón, que por lo general son crónicas, adicional realizan trasplantes de órganos. Estos hospitales son universitarios, es decir promueven la enseñanza y la investigación; sus programas de humanización tienen un enfoque de rehabilitación, de promoción, prevención y educación a la comunidad, y con su talento humano trabajan arduamente capacitándolo en acciones que promueven la humanización, adicional que trabajan en su infraestructura para que sea cómoda y el usuario se sienta en instalaciones de confort.

Con estos referenciacias y el rastreo bibliográfico se hizo la propuesta de intervención a la institución Fundación Clínica del Norte, con el aval del asesor encargado se realizó la propuesta, que contiene una política que institucionaliza el programa y un manual para la implementación del programa. Se adjunta la propuesta en archivo adjunto y según protocolos de la institución.

[Propuesta de Intervención-Trabajo de Grado.docx](#) Clínica del Norte (control + click)

La propuesta se presentó al área de Calidad y de Contratación, a la fecha se estudia la posibilidad de implementación de algunas de las actividades propuestas, pero por el problema de cartera que afecta el sector no se ha dispuesto presupuesto para tal fin.

Como profesional en formación y con el deseo de aprender, con el aporte que hace esta investigación, se considera que para realizar estos programa se requiere del aporte del paciente, cosa que el grupo de humanización de la clínica considero no era necesario, ya que pensaron que eran muchas y variadas opiniones que quizá no darían mucho aporte al programa, por eso se realizó con el informe que proporcionaron las PQRS de la institución y de las necesidades que los usuarios más manifiestan.

En el Hospital Universitario San Vicente Fundación se hace una gran labor desde el trabajo social, y desde sus experiencias es que también se sustenta esta propuesta de investigación, el equipo de trabajo social está capacitado para atender la compleja población del área metropolitana y municipios, realizando una evaluación de necesidades ya protocolizada por el personal, dicha evaluación les permitió crear un modelo de atención biopsicosocial, para brindarle a los pacientes una atención y recuperación de su enfermedad integral.

La experiencia de la práctica está muy basada desde lo administrativo, desde lo que se desea hacer, lo que se quiere lograr, lo que otros hacen, y si a ellos les funcionan, porque a nosotros no nos puede funcionar.

Como una crítica desde mi aprendizaje, me parece importante realizar una contextualización de la problemática, y que es algo que nos ocurre como país, que anhelando estar a la altura de países industrializados adoptamos sus sistemas porque a ellos les funcionan a la perfección, pero olvidamos nuestro contexto, permeado de violencia, corrupción, del bien individual y esto hace que el sistema falle, y no porque sea malo, el contexto no puede sostenerlo porque sistema es mucha carga. Desde la experiencia de las prácticas se consideró que para realizar el programa se debe contar con las opiniones y experiencia de atención de los pacientes, con la subjetividad que ellos proporcionan, para no caer en excesos de atenciones en trato, y para obtener los puntos de vista de quienes reciben los servicios de la institución.

Propuesta Humanización en Salud como Practica Metodológica para el Trabajo Social en Salud

Con la contextualización planteada es oportuno realizar el análisis sustentando la propuesta de la investigación, y presentando los argumentos de por qué la humanización en salud se puede emplear como una estrategia del trabajador social en su desempeño en el área la salud, anteriormente se definió la humanización como “ablandarse, hacerse más humano o respetuoso con el ser humano”(Bermejo, 2014), en realidad esta definición es simple y no muestra la trascendencia del significado de la palabra, el hecho de ser humano me remite a humanizar, con las acciones que realizo a los demás en su bien, es por ello que la palabra en la actualidad a tomado auge, el sector de la salud tiene una crisis, que si se humaniza “el problema parecerá menguado”, lo cierto es que los sociales podemos aprovechar estas crisis y hacer de estos proyectos propósitos que en realidad sean una ayuda para la población.

Retomar la propuesta de Foucault sobre el cuidado de si es muy apropiado, ya que desde allí inicia la verdadera humanización, pues el planteamiento que hace el autor manifiesta que es la preocupación de si y por el entorno, con un enfoque ético que direcciona las acciones, preocupándose por el bienestar propio y de los demás (Padilla, Arcos & Trujillo 2013), de esta forma es la humanización en su “naturaleza simple”, ejemplifiquemos: si un trabajador practica el cuidado de si, en ejercicios tan básicos como realizar actividades físicas, leer, alimentarse de forma balanceada, entre otras actividades, ello le permitirá estar más receptivo para la atención a las personas, adicional que como se cuida adquirirá el conocimiento de saber que es indispensable cuidar el entorno, la naturaleza para garantizar la subsistencia del ser humano.

El pensamiento foucaultiano tiene una esencia ética que permite esa relación de cordialidad entre las personas, y en palabras coloquiales podríamos decir que el cuidado de si se abstiene de hacer daño a los demás, por el contrario ayuda a que las acciones sean acordes a los demás, es por ello que se decía que el cuidado de si es una cuestión de aptitud y actitud (*ibíd*), de la forma de pensar y del actuar, esto es humanización, el cuidado de sí mismo con la influencia ética que incide en la relación con los otros.

Teniendo presente que el sector salud desde sus inicios se forma en condiciones de “deshumanización”, basándonos en lo encontrado en esta investigación se realiza la afirmación, humanizarla en una época que la inequidad es tan visible es difícil, pero si se pueden utilizar estos elementos para ayuden a mejorar las condiciones del sector salud.

Características de la Humanización en Salud

La Dignidad Humana que permite una atención integral a la persona, desde su individualidad y reconociendo sus necesidades, teniendo presente que es único y merece un trato desde la ética y en las mejores condiciones, en la Declaración de los Derechos Humanos se contempla la expresión dignidad humana, y por ende se puede considerar la libertad, la justicia y la paz como bases del reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales; la dignidad humana también tiene una estrecha relación con la calidad de vida, Diego Gracia (citado por Bermejo, 2014) “dice que la calidad de vida consiste en el conjunto de propiedades que hacen esa vida apreciable y mejor que la otras personas” y uno de los mejores indicadores de la calidad de vida es la salud (Bermejo, 2014), estas características se pueden apreciar en la propuesta foucaultiana.

La Atención Integral del paciente que se puede evidenciar en atender todas las dimensiones del paciente (físico, espiritual, emocional, social, económico), la implementación del modelo biopsicosocial en el Hospital San Vicente de Paul, es un gran aporte para la humanización, ya que integra el entorno del paciente con su individualidad y así se puede tratar con eficacia la necesidad del paciente.

La Educación en salud, la humanización requiere de una educación preventiva y rehabilitadora, preventiva con el fin que ayude a las personas a cuidar de si, de forma que le ayude protegerse de futuras enfermedades que puede combatir con anterioridad, rehabilitadora ya cuando adquiere la enfermedad pero con el tratamiento que le receta el medico puede sanarse o mejorar su calidad de vida y contener la enfermedad.

Educación basada en la importancia de reconocer la dignidad de la persona, esta va más enfocada al talento humano de la institución prestadora de salud, al cuidado de si representado en la aptitud y la actitud.

Foronda (2014) en su estudio enseña la importancia de la infraestructura en las instituciones hospitalarias para ayudar en el proceso de sanación, el edificio aunque no esté en las manos del trabajador social reformarlo, es de suma importancia que esté en condiciones actas para la atención de los pacientes, que cuente con los requerimientos mínimos para la atención.

Aportes de la Humanización al Trabajo Social

La humanización en salud se desarrolla como un programa que abarca los siguientes elementos: atención centrada en la persona, seguridad y confianza en el medio, manejo del dolor, calidez en la atención, información y comunicación comprensible, accesibilidad externa e interna y confort en las condiciones hosteleras. Es un reto para las instituciones de salud en medio de la crisis que cruza en la actualidad realizar programas que lleven estas características, este es el reto para que el trabajador social retome este campo de acción y proponga programas que lleven estos elementos.

La humanización permite una visión holística del paciente, la atención se centra en el paciente pero también en sus necesidades y por ende en su familia, como se mencionaba con anterioridad pensando todas las dimensiones del paciente y su familia como un factor que ayuda a la comprensión de su contexto y por ende de sus dificultades.

Proporciona una visión integral del paciente, desde la perspectiva que todas las personas no configuran de la misma forma sus realidades, y han conformado su vida basados en las vivencias, costumbres y creencias que se han materializado en una cultura generalmente, la integralidad de la persona se reconoce en su dignidad, es por ello que el manejo del dolor tanto físico como emocional ayuda a reconocer esa integralidad y la dignidad del paciente.

La humanización posee un enfoque educativo lineal, en la idea que se educa el paciente y su familia, y se crea conciencia en el personal que la labora en las instituciones de salud sobre las condiciones de atención en el medio.

La humanización a través de sus estrategias crea acciones preventivas para el personal que labora en la institución de salud, la intención de la propuesta es retener el buen talento humano y ayudarlo con actividades que le ayuden a su dispersión.

Conclusiones

La conclusión inicial a la que se llegó con este trabajo es que la atención en salud desde sus inicios ha estado en la deshumanización, se puede apreciar con la historia de la formación de los hospitales que en sus inicios estas instituciones eran lugares donde se hacía caridad a los enfermos, viudas, huérfanos y pobres, por ende el lugar era poco reconocido en la sociedad; con el renacimiento, el auge la ciencia y la modernidad se cambia de concepción de este lugar, dando lugar a que se convierta en sitios para sanar a los enfermos; el aporte que hace Foucault sobre el nacimiento de la clínica revoluciona la investigación y la relación médico-paciente, ya que el autor hace una clara apreciación que la medicina clínica (la investigación científica) hizo que esta ciencia médica se desarrollara.

Una realidad actual es que el mercado predomina en todos los sectores, la salud ya no es un derecho, es un servicio, el sistema económico-político y social predominante, el neoliberalismo, así lo convirtió, es de recordar que la ley 100 de 1993, fue quien direcciono este cambio, y la apertura económica que hizo el presidente Gaviria en ese entonces, le abrió las puertas al neoliberalismo en el país, a causa de la adopción del nuevo modelo el Estado ha privatizado los servicios públicos, ya el Estado no es un garante de servicios como la educación y la salud, ya que con el fin de pagar la deuda interna del país adopto políticas de privatización y reducción de gasto público, se evidencia estas acciones en la venta de ISAGEN, sus deseos de privatizar el SENA, muestra como el Estado con el fin de entrar en un mercado globalizado y pertenecer a un grupo selecto de Naciones, implementa todas las acciones que los países industrializados le proponen y las grandes instituciones monetarias. Es evidente que el sistema económico se ha consolidado como un sistema político y social que ha entrado con fuerza a los países subdesarrollados, y ya se ven las influencias desde el Estado hacia la sociedad y viceversa; la fuerte crisis financiera que afecta el sector salud es muestra de la intervención del modelo, es difícil pensar en humanizar la salud con el contexto actual que vive el mundo, donde reina la individualidad y el interés propio, en el que los medios de comunicación manipulan la información, en el que el terrorismo y el narcotráfico se asocia con el mercado con el fin de obtener sus fines, la corrupción está presente en el Estado y hay una evidencia que hace que los ciudadanos ya no crean en sus gobernantes, hay una crisis de líderes, todos son manipulados por ese sistema predominante, pero en parte porque desean formar parte por ese grupo selecto que

cada vez acrecienta más ganancias, para que haya una humanización real es necesario que el Estado retome sus propósitos con los ciudadanos y estos se apoderen de sus derechos y participen en la formación de ciudad. (Francais, 2000)

El cuidado de si propuesto por Foucault es un principio para la humanización, pero es difícil que se de en un país que no educa para el cuidado de si, sino que la cultura desde los años 80 los direcciona al dinero fácil, al individualismo y a la lucha de sálvese quien pueda; además la llegada de las instituciones hospitalarias a la ciudad es relativamente nueva, situación que hace más controversial la idea de la humanización en el contexto de las instituciones hospitalarias.

El reconocimiento del ser humano y su valor, es un principio para adoptar una cultura que conlleve a la humanización, la educación es una de los factores que incidiría con más impacto en la generación de la humanización, ya que como se mencionaba en el país no se educa una persona para que implemente acciones del cuidado de si, no hay una construcción ética del sujeto, ya que se deja permear por los ideales de la riqueza fácil, esto hace que se distorsione la concepción del cuidado del otro.

La humanización es una propuesta que las instituciones deben adoptar como base fundamental para su funcionamiento, ya que permite un cuidado integral del personal que labora en la institución y de los que reciben el servicio, además que crea bases éticas que permiten reconocer la dignidad de la persona y ende sus derechos.

Referencias Bibliográficas

- ACHC (2016). *Boletín de prensa, Las deudas a los hospitales y clínicas superaron los 7 billones de pesos, reforma tributaria debe contemplar medidas para resolver crisis del sector salud*. Recuperado de <http://achc.org.co/documentos/prensa/Boletin%20ACHC%20-%20Deudas%20superan%207%20billones.pdf>
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Madrid, España: Desclee de Brouwer
- Bermudez, A., Suescun A, & Leonardi P. (2005). *Modelo de gerencia de servicio basado en la humanización para el Sector salud*. (Tesis de pregrado). Recuperado de: intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/7103/124590.pdf?sequence=1
- Briceño, T. (2009). El paradigma científico y su fundamento en la obra de Thomas Kuhn. *Tiempo y Espacio*, Vol 19, No 52, 285-297. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3579139>
- Bolio, A. (2012). Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Reencuentro*, Num. 65, 20-29. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/340/34024824004.pdf>
- Callabed, J. (2010). Levinas y la ética de la responsabilidad. *Andalan*. Recuperado de: <http://www.andalan.es/?p=2443>
- Carballeda, J. M. (Ed.). (2008). *Salud e intervención en lo social*. Buenos Aires, AR: Espacio Editorial. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Castro, O. R. (2008). *Ética para un rostro de arena: Michel Foucault y el cuidado de la libertad*. Madrid, ES: Universidad Complutense de Madrid. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Circulo-tec (2012). *El ciclo PHVA*. Recuperado de: ftp://sata.ruv.itesm.mx/portalesTE/Portales/Proyectos/2631_BienvenidaCyP/QP161.pdf
- Diario Oficial de Colombia, Ley 100 de 1993. Recuperado de: http://www.imprenta.gov.co/portal/page/portal/IMPRESA/Productos/Diario_Oficial
- Egg, E. A. (1994). *Historia del Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen.

- Foronda, C. (2014). *El Hospital Moderno en Medellín, La construcción de dispositivos a partir del ideal de salud*. (Tesis de maestría) Recuperado de:
http://www.bdigital.unal.edu.co/12775/1/71277416.2014_Part1.pdf
- Foucault, M. (1963). *El Nacimiento de la Clínica una arqueología de la mirada médica*.
Recuperado de: http://www.medicinayarte.com/img/foucault_el_nacimiento_clinica.pdf
- Francais, A. (2000). El crepúsculo del Estado-Nación. Una interpretación histórica en el contexto de la globalización. *UNESCO, documento de debate* No 47, 9-32. Recuperado de
<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001204/120486So.pdf>
- Garcés, L. F., & Giraldo, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *SciELO*, No (22). 187-201.
Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v14n22/v14n22a12.pdf>
- Garmendia, O., De Biasi, S., Castiglia, L., De Vincenzo, N., Mancini, M. S., Y Moreira, V. (2012). *Intervenciones de trabajo social en el área de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Espacio
- González, R., Rubio, J. & Sánchez, M. (2012). *Historia de la enfermería: Hospitales sus orígenes*. Recuperado de: http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_hosp_origenes.pdf
- Gonzalez, F. (2005). Que es un paradigma? Análisis teórico, conceptual y psicolingüístico del término. *Investigacion y postgrado*, Vol 20, Num. 1, 13-54. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65820102>
- Hernández, A., & Hernández, J. (2007). *Los factores que intervienen en el proceso de humanización a los usuarios, dentro de los servicios que prestan en el Hospital Simón Bolívar en el servicio de consulta externa*. (Tesis de pregrado). Recuperado de:
http://repository.uniminuto.edu:8080/jspui/bitstream/10656/293/1/TTS_HernandezCarrilloAdriana_07.pdf
- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saude pública*, Rio de Janeiro, 18(4), 991-1001. Recuperado de
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400007
- Hernandez, S. (2014). *Metodología de la investigación*. México, México: Mc Graw Hill

Hombre falleció en urgencias de hospital de Bogotá y horas después lo llamaron para atenderlo. (25 de septiembre 2015). *El Espectador*. Recuperado de:

<http://www.elespectador.com/noticias/bogota/hombre-fallecio-urgencias-de-hospital-de-bogota-y-horas-articulo-588599>

ICONTEC (2016). Ejes de la Acreditación. Recuperado de:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>

Idanez, M. J. (1995). *El Trabajo Social en America Latina*. Buenos Aires: Lumen.

Impuesto a las bebidas azucaradas (31 de julio 2015). *El Espectador*.

Recuperado de: <http://www.elespectador.com/opinion/editorial/impuesto-bebidas-azucaradas-articulo-576361>

Juliao, C. (2011). *El enfoque praxeologico*. Recuperado de

<http://repository.uniminuto.edu:8080/jspui/bitstream/10656/1446/3/El%20Enfoque%20Praxeologico.pdf>

Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social*. Argentina: Ediciones Lumen H Vmanitas.

León, J. (2003). Enfermería: profesión, Humanismo y ciencia. *EG Enfermería Global*. No 2, 1-8.

Moix, M. (2014). *Teoria del Trabajo Social*. Espana : Sintesis.

Moix, M. (2004). El Trabajo Social y los Servicios Sociales. Su concepto. *Cuadernos de trabajo social*, Vol 17, 131-141. Recuperado de: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800247-8.pdf>

Moix, M. (2006). *La práctica del trabajo social*. Madrid, España: Sintesis

Naciones Unidas (2016). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de:

<http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Ochoa, M., Urrego, L., & Rivera J. (2013). Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en el trabajo social. Recuperado de

aprendeenlinea.udea.edu.co/.../UNA_PERSPECTIVA_TEORICA_METODOLOGICA...

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud: principios*. Recuperado de: <http://www.who.int/about/mission/es/>

- Padilla, S., Arcos, J. & Trujillo, A. (2013). El cuidado de si: acontecimiento ético – estético en Seneca y Michel Foucault. *Criterios, Revista de Investigación-Universidad Mariana*, Vol 20 No 1, 139-159. Recuperado de <http://www.umariana.edu.co/RevistaCriterios/index.php/revista-criterios-vol20no1/171-el-cuidado-de-si-acontecimiento-etico-estetico-en-seneca-y-michel-foucault>
- PNUD. *Encuesta sobre riesgos de corrupción en el sector salud en Colombia*. Cifras y conceptos. Recuperado de [http://www.cittadinanzattiva.it/files/approfondimenti/attivismo_civico/attivi_nel_mondo/proyecto_DD/encuesta-sobre-riesgos-de-corrupcion-en-el-sector-salud-en-colombia--report.pdf](http://www.cittadinanzattiva.it/files/approfondimenti/attivismo_civico/attivi_nel_mondo/progetto_DD/encuesta-sobre-riesgos-de-corrupcion-en-el-sector-salud-en-colombia--report.pdf)
- Por crisis financiera, Savia Salud podría ser liquidada. (29 de marzo 2016). *RCN radio*. Recuperado de: <http://www.rcnradio.com/locales/crisis-financiera-savia-salud-podria-liquidada/>
- Posso, E. (21 de noviembre de 2016). Anestesiólogos doloridos por el no pago de servicios. *El Mundo.com*. Recuperado de http://www.elmundo.com/portal/vida/salud/anestesiologos_doloridos_por_el_no_pago_de_servicios.php#.WFNOy1V95dg
- Que viene tras la liquidación de la EPS Saludcoop? (25 de noviembre 2015). *El Tiempo*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/liquidacion-eps-saludcoop-que-viene-tras-ese-proceso/16440168>
- Rodríguez, G., Gil, J., & García E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Recuperado de http://www.catedranaranja.com.ar/taller5/notas_T5/metodologia_investig_cap.3.pdf

- Sierra, J. (10 de julio 2015). Hospital San Vicente no tiene para pagar factura de servicios públicos. *El Colombiano*. Recuperado de:
<http://www.elcolombiano.com/antioquia/hospital-san-vicente-no-tiene-ni-para-pagar-la-factura-de-servicios-publicos-KH2283297>
- Sossa, A., (2010). Michel Foucault y el cuidado de sí. *CONHISREMI, Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico*, Vol. 6, No. 2, 34-45. Recuperado de
<http://conhisremi.iuttol.edu.ve/pdf/ARTI000094.pdf>
- Toro, J. (14 de julio 2015). El impuesto a la naranja. Recuperado de: *El Colombiano*
<http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/index.php/comunidad-online/noticias/107-noticias-del-hospital-universitario/876-el-impuesto-a-la-naranjada-columna-de-opinion>
- Vélez, O. L. (2003). *Reconfigurando el trabajo social*. Recuperado de
<https://docs.google.com/file/d/0B7dEnvQI0GqrZVZRTIZBYldZT28/edit>
- Viscarret, G. J. J. (2014). *Modelos y métodos de intervención en trabajo social*. Madrid, ES: Larousse - Alianza Editorial. Retrieved from <http://www.ebrary.com>