

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD 2025–2035:

**“Un camino para alcanzar una
calidad en salud humanizada”**

11 de agosto de 2025



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SILDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA

Secretario general (E)

LUZ ADRIANA ZULUAGA SALAZAR

Jefe Oficina de Calidad

Autores de la política

John Edward Cruz Molina

Carlos Antonio Botero Botero

Iván Javier Angarita Gálvez

Claudia Silenia Niño Rey

Lesly Milena Guasmayán

Luz Adriana Zuluaga Salazar

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD 2025 – 2035: “Un camino para alcanzar una calidad en salud humanizada”

Oficina de Calidad

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32-76

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1 MARCO DE REFERENCIA	2
1.1 ANTECEDENTES	2
1.2 MARCO NORMATIVO	3
1.2.1 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	3
1.2.2 MARCO NORMATIVO NACIONAL	5
1.3 MARCO TEÓRICO	10
1.3.1 EL CONCEPTO DE LOS “MARCOS”	11
1.3.1.1 Ser humano	14
1.3.1.2 Humanización y humanización en salud	15
1.3.1.3 Humanización y calidad en salud	16
1.3.1.4 Gestionador ético de situaciones	17
1.3.1.5 Ética comunicativa / comunicación constructiva	18
1.3.1.6 Vida saludable	20
1.3.1.7 Hechos institucionales y política	20
1.3.1.8 Legitimidad y gobernanza	22
1.3.1.9 Instituciones virtuosas	23
1.3.1.10 Atención centrada en las personas	25
1.3.2 LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL	29
1.3.3 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	30
1.3.4 EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD	31
1.3.5 PRINCIPIOS	32
1.3.5.1 Equidad en las actividades en salud	32
1.3.5.2 Disposición / acción solidaria	33
1.3.5.3 Relacionamiento constructivo en salud	33
1.3.5.4 Responsabilidad compartida	33
1.3.5.5 Transversalidad	33
1.3.5.6 Calidad en salud	33
1.3.6 ENFOQUES	33
1.3.6.1 Derechos Humanos	34
1.3.6.2 Curso de vida	34

1.3.6.3	Persona, familia y comunidad	34
1.3.6.4	Diferencial desde el territorio, la población y las culturas	34
1.3.6.5	Valores	34
1.4	DISEÑO METODOLÓGICO PARA LOS ESPACIOS APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO	35
1.4.1	METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	35
1.4.2	METODOLOGÍA VALIDACIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO Y AVANCES EN PROPUESTA FORMULACIÓN	37
2	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – PROBLEMA PÚBLICO	39
2.1	LA CALIDAD Y LA HUMANIZACIÓN SON UNA NECESIDAD SENTIDA EN EL MUNDO	39
2.2	HAY QUE ENFRENTAR LA DESHUMANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	42
2.3	LA CALIDAD Y LA HUMANIZACIÓN EN SALUD SON UN IMPERATIVO LEGAL EN COLOMBIA	45
3	OBJETIVOS	46
3.1	GENERAL	46
3.2	ESPECÍFICOS	46
4	EJES ESTRATÉGICOS	46
4.1	EJE 1. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN SALUD CENTRADOS EN LAS PERSONAS, SUS FAMILIAS Y SU COMUNIDAD	47
4.1.1	LÍNEA OPERATIVA DE “GOBERNANZA DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN”	47
4.1.1.1	Acciones de la línea operativa	47
4.1.2	LÍNEA OPERATIVA DE “COMUNICACIÓN SOLIDARÍA CONSTRUCTIVA”	48
4.1.2.1	Acciones de la línea operativa	48
4.2	EJE 2. ÉTICA COMUNICATIVA	48
4.2.1	LÍNEA OPERATIVA DE “HOSPITALIDAD”	49
4.2.1.1	Acciones de la línea operativa	49
4.2.2	LÍNEA OPERATIVA DE “PROFESIONALISMO”	49
4.2.2.1	Acciones de la línea operativa	49
4.3	EJE 3. LEGITIMIDAD EN SALUD	50
4.3.1	LÍNEA OPERATIVA DE “CONCIENCIA DE COLECTIVIDAD EN SALUD”	50
4.3.1.1	Acciones de la línea operativa	50
4.3.2	LÍNEA OPERATIVA DE “PENSAMIENTO FILOSÓFICO-CIENTÍFICO”	50

4.3.2.1 Acciones de la línea operativa	50
4.4 EJE 4. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	51
4.4.1 LÍNEA OPERATIVA DE “MEJORAMIENTO CONTINUO EN SALUD”	51
4.4.1.1 Acciones de la línea operativa	51
5 MECANISMO DE SEGUIMIENTO	51
6 MECANISMO DE EVALUACIÓN	52
7 BIBLIOGRAFÍA	54

TABLAS

Tabla 1. Contexto normativo internacional para la PNHS	3
Tabla 2. Contexto normativo nacional para la PNHS	5
Tabla 3. Categorías y subcategorías para causas y soluciones	37

FIGURAS

Figura 1. Diagrama Sistema Conceptual Política Nacional de Humanización en Salud	13
Figura 2. Marco conceptual para servicios de salud integrados centrados en las personas	26
Figura 3. Interdependencia de las cinco directrices estratégicas para apoyar los servicios de salud integrados y centrados en las personas	27
Figura 4. Representación gráfica de la adaptación del método Bowtie para análisis de problemas	36

SIGLAS

ADRES	Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
APS	Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CONFEMEL	Confederación Médica Ibero-Latinoamericana
EPS	Entidades Promotoras de Salud
GES	Gestionador Ético de Situaciones
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNHS	Política Nacional de Humanización en Salud
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PNMCS	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SUA	Sistema Único de Acreditación
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

DEFINICIONES

Actores del sector salud: Hace referencia a aquellas personas que realizan actividades relacionadas con el sector salud, tales como personas afiliadas al régimen contributivo, régimen subsidiado, regímenes especiales y excepcionales, afiliados a medicina prepagada, así como, personas que no se encuentran afiliadas. También a los proveedores como instituciones que prestan servicios en salud de naturaleza privada, pública o mixta, a los proveedores de alimentos, de servicios tercerizados, de medicamentos e insumos hospitalarios, a las entidades que administran planes de beneficios y a las instituciones estatales como Ministerio de Salud y Protección Social, entidades territoriales de salud, y entes de inspección, vigilancia y control (Randall P. et al., 2014).

Atención centrada en las personas: Es un enfoque de la atención que integra conscientemente las perspectivas de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como participantes y beneficiarios de sistemas de salud confiables, organizados entorno a las necesidades integrales de las personas en lugar de a enfermedades individuales, y que respeta las preferencias sociales (World Health Organization, 2015).

Atención humanizada en salud: Es la realización en la práctica de una disposición acción solidaria que vincule, el talento humano habilidosamente ético y la virtuosidad institucional para abordar las necesidades en salud de las personas creando y aplicando directrices orientadas a garantizar los cuidados y beneficios necesarios para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener una vida saludable.

Calidad de la atención en salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a individuos y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichas personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

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

Integrantes del sistema general de seguridad social en salud: Hace referencia a las instituciones y entidades definidas en el artículo 155 de la Ley 100, modificado por el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019. Estos son:

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control
 - a) Los Ministerios de Salud y Trabajo
 - b) La Superintendencia Nacional en Salud
2. Los Organismos de administración y financiación
 - a) Las Entidades Promotoras de Salud
 - b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud
 - c) La Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)
3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.
4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.
5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.
7. Los Comités de Participación Comunitaria "COPACOS" creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.
8. Los operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos.

Talento humano en salud: se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud (Congreso de Colombia, 2007).

INTRODUCCIÓN

La OMS ha declarado que *“el goce del grado máximo de salud [vida saludable] que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*. La Política Nacional de Humanización en Salud busca reconocer en cada persona su integralidad con el entorno natural y social.

La Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217A (III) del 10 de diciembre de 1948, es uno de los pilares que soporta esta política.

Con la Política Nacional de Humanización en Salud se busca que más allá de un aprendizaje del saber qué y del saber cómo de la humanización en salud, debemos alcanzar un aprendizaje verdaderamente transformacional, que comprometa distintos sectores, sea en su rol de educar, brindar atención, de recibirla, de gestionarla o de colaborar con ella acorde a sus posibilidades, promoviendo alcanzar para todas las personas, unas vidas saludables. También pretende que, mediante la realización de acciones específicas, concretas y coordinables, se realice un proceso de optimización integral del sector salud, encaminado al bien común y al desarrollo humano.

Cabe mencionar que la Política Nacional de Humanización en Salud, pretende la consolidación de una cultura de humanización, que invite a directivos, gerentes, líderes y funcionarios de las entidades de salud, para ser actores de primera línea en la realización y puesta en práctica de dinámicas de transversalización de los contenidos de esta política a nivel institucional, teniendo en cuenta los elementos de la Responsabilidad Social Empresarial. Igualmente es importante el fomento de la creatividad, la innovación y la investigación, vinculados a los procesos del aprendizaje transformacional, que deriva de la experiencia acumulada que surge de la realización y puesta en práctica de las dinámicas de atención en salud humanizadas.

En resumen, la Política Nacional de Humanización en Salud está dirigida a los agentes del sector salud en el ámbito público, privado, mixto e invita a los diferentes sectores relacionados con la atención en salud, así como a la ciudadanía en general, a participar en la realización conjunta de actividades que favorezcan la satisfacción de las necesidades en salud de la población del país.

1 MARCO DE REFERENCIA

1.1 Antecedentes

La Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS), liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), tiene como objetivo instaurar la humanización en salud, entendida como actividades o dinámicas humanizadoras, como principio transversal en las políticas y acciones del sector salud.

Esta política centrará sus esfuerzos en la promoción del desarrollo humano para alcanzar una vida saludable para todos; en fortalecer la gestión ética de situaciones entre los agentes del sector salud y las personas que requieren una atención en salud integral y dignificante; en optimizar la experiencia de interacción solidaria entre las personas; y en plantear, promover e instaurar una cultura de humanización en salud, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, la protección de la vida y la dignidad humana.

La formulación de esta política ha sido el resultado de un trabajo colaborativo multidisciplinario e interinstitucional, liderado por la Oficina de Calidad del MSPS, con la participación de diferentes actores como entidades territoriales en salud, entidades promotoras de salud, la academia, gremios, distintas organizaciones, asociaciones de pacientes, proveedores de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, entre otros.

Igualmente tomamos en consideración la heterogeneidad de la nación colombiana, sus características culturales y territoriales, las múltiples experiencias con la atención en salud, los espacios de participación ciudadana y su corresponsabilidad en todos estos procesos.

Además, se resalta en el documento de la política el interés del MSPS por mejorar la experiencia participativa de las personas en el sector salud colombiano, generando escenarios de participación ciudadana y soluciones para disminuir las brechas existentes para una atención en salud humanizada y de calidad.

1.2 Marco Normativo

Podemos considerar, en nuestras dinámicas sociales, la incidencia de dos importantes ámbitos normativos: internacional y nacional. Desde esta perspectiva, merecen contemplarse los antecedentes normativos de estos dos escenarios para la Política Nacional de Humanización en Salud.

1.2.1 Marco normativo internacional

Dentro de los convenios y normas internacionales más importantes se encuentran los siguientes:

Tabla 1. Contexto normativo internacional para la PNHS

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD
Declaración Universal de Derechos Humanos	1948	ONU	Declara: "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros", además, "promete a todas las personas unos derechos jurídicos, económicos, sociales, políticos, religiosos, culturales y cívicos que sustenten una vida sin miseria y sin temor".
Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos	2005	UNESCO	Declara las cuestiones éticas de los profesionales de la salud, de las ciencias de la vida y de las tecnologías conexas de aplicación humana y que inciden en la dignidad, la protección de los derechos y la vida de los seres humanos.
Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural	2001	UNESCO	Asume la cultura como conjunto de rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social, la cual adquiere formas diversas, se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades.

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	2015	ONU	Se relaciona, especialmente, con el Objetivo 3. "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades: promulga el bienestar superando las brechas en la calidad y cobertura en salud, fortaleciendo el primer nivel de atención para el acceso efectivo y la articulación entre agentes"; y con el Objetivo 16. "Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas fortalece la democracia, reconciliación social y la confianza en las instituciones en la lucha contra la corrupción como núcleos en la reconstrucción del tejido social".
Carta de identidad y principios de la profesión Médica Latino-Iberoamericana y del Caribe	2016	CONFEMEL	En la carta incluyen el "Principio de humanización de la asistencia", implica un servicio incondicional por, para y con la persona, se traduce en atender integralmente el ser humano con motivación, altruismo compasivo, dedicación y respeto, así como a través de una relación empática y de calidez en el trato.
Declaración de Astaná: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible	2018	OMS y UNICEF	Los mandatarios de estado se comprometen a priorizar la salud y el bienestar de las personas, la atención primaria de salud y los servicios de salud seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, con una prestación basada en la compasión, respeto y dignidad por parte del talento humano en salud, el cual ha de contar con una adecuada formación, competencia, motivación y compromiso, quienes desempeñan su labor en entornos favorables para la salud.

Fuente: Elaboración propia. Oficina de Calidad. MSPS 2025

1.2.2 Marco normativo nacional

En el campo nacional las normas más relevantes para la política son las siguientes:

Tabla 2. Contexto normativo nacional para la PNHS

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD
Constitución Política de la República de Colombia	1991	Asamblea Nacional Constituyente	En el Artículo 48 dispone que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio, bajo la responsabilidad del Estado, el cual le ha de garantizar este derecho irrenunciable a todos sus habitantes. Además, el Artículo 49, determina " <u>La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado</u> " y que " <u>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</u> ".
Resolución 13437, por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes	1991	MSPS Colombia	Adopta, en el Artículo 1. Los postulados básicos para propender por la humanización de la atención en salud y se ha de garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas.
Resolución 229 de 2020, por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General	2020	MSPS Colombia	El objetivo es expedir los lineamientos que deben tener en cuenta las EPS para la elaboración y entrega de la carta de derechos y deberes a las personas afiliadas en el SGSSS y de la carta de desempeño, que les permita a las personas afiliadas contar con información adecuada y suficiente para el ejercicio de sus derechos en salud.

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD
de Seguridad Social en Salud - SGSSS- y de la carta de desempeño en las Entidades Promotoras de Salud -EPS- de los regímenes contributivo y subsidiado			
Ley 100, por la cual se crea el Sistema de seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones	1993	Congreso de la República de Colombia	Establece la garantía de los derechos para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, para lo cual, se han de constituir mecanismos facilitadores de una atención oportuna, personalizada, humanizada, integra, continua, dignificadora del ser humano, confidencial e íntima como se observa en el Artículo 153. En cuanto al Artículo 186 el Gobierno propicia la conformación de un sistema de acreditación de las IPS, para promover el mejoramiento de la calidad y sus estándares incluyendo el de humanización de la atención en salud.
Decreto 780, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Compila el Decreto 1011 de 2006, el sector regula el Sistema Obligatorio Garantía de la	2016	MSPS Colombia	En el Artículo 3. define: "todas las acciones que se desarrollen estén orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en la persona, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados". El SOGC promueve entre sus cuatro componentes: el Sistema Único de Acreditación -SUA-, en el Artículo 4. a través del eje de humanización, propone desarrollar estándares que favorezca la dignidad humana, el fortalecimiento de las

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD
Calidad -SOGC- del SGSSS			buenas prácticas y al suministro de información a las personas y sus familias.
Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud	2007	Congreso de la República de Colombia	<p>La relevancia del componente de humanización en el talento humano en salud se regirá, en el Artículo 2º, por los principios éticos de equidad, solidaridad, calidad, integralidad, concertación, unidad, efectividad. A ello se suma lo estipulado en los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 34. referido al contexto ético de la prestación de los servicios, que se guía por el cuidado respetuoso de la vida y de la dignidad de cada ser humano. • Artículo 35. el cual consagra los principios de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, tales como la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto. • Artículo 36. en el cual contempla como valor, la humanidad, dignidad, responsabilidad. • Artículo 37. en el cual contempla los derechos de la objeción de conciencia, la protección laboral, el compromiso ético. • Artículo 38 a través del cual define deberes tales como la protección de los lazos afectivos de la persona, la promoción de una cultura ética, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud.
Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad	2011	Congreso de la República de Colombia	En el Artículo 3. relaciona la Calidad como principio en el Numeral 3.8, el cual, hace mención que "los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD
Social en Salud y se dictan otras disposiciones			integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.” Adicionalmente, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS), establecido por la Ley 1438 de 2011 en el Artículo 107, conlleva a una reflexión sobre el enfoque actual del Sistema de Salud, cuyo enfoque está centrado en los agentes y en sus transacciones financieras, dejando de lado a las personas que son su finalidad. El Plan en mención incorpora a la humanización como principio orientador, entendido como mandato que direcciona el comportamiento de las personas y de las organizaciones, centrando su accionar en el sujeto; recuperando principios éticos que encausan la gestión de los agentes y del sistema.
Ley 1751. Ley estatutaria en Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	2015	Congreso de la República de Colombia	En el Artículo 2. establece: el derecho fundamental a la salud de maneras autónomas e irrenunciables tanto en lo individual como en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Así mismo, el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en una atención integral. En el Artículo 5. el Estado es responsable de: respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema.

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD
Resolución 755 de 2022, por la cual se adoptan la "Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031" para el fortalecimiento del talento humano en salud.	2022	MSPS Colombia	En el Artículo 4. Establece, como uno de los enfoques de la Política, de humanización de la atención de enfermería. La formación avanzada en enfermería promueve mayor visibilidad en los profesionales especializados que promueven una integración del cuidado humanizado y de calidad a los procesos asistenciales.
Resolución 1035 de 2022, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y la Resolución 2367 de 2023 que modifica el anexo técnico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	2022 2023	MSPS Colombia	El Plan prioriza la atención integral de las problemáticas de salud con un enfoque de derechos y de determinantes sociales, este último reconoce que los determinantes sociales varían según las características específicas de cada país, como sus sistemas sociales, culturas y político. Así mismo, el Plan reconoce las condiciones de salud y enfermedad tienen una relación con la interculturalidad y el territorio, promoviendo un abordaje de salud colectiva con la participación de los diferentes actores en salud. Cada uno de los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 contribuye a fortalecer el acceso, la seguridad, la calidad, la equidad y la salud humanizada con la a través de la implementación en los territorios y los actores en salud de dicho Plan.
Ley 2294 de 2023, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 "Colombia,	2023	Congreso de la República de Colombia	En el numeral 2º la "Seguridad humana y justicia social", se encuentra el catalizador B. relacionado con la "Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar". Así como también, alcanzar una mayor gobernanza en salud bajo un esquema de participación nacional y territorial, con la implementación de

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD
potencia mundial de la vida"			políticas para asegurar la disponibilidad, acceso, continuidad, calidad, y uso seguro y adecuado de tecnologías en salud, e incentivar el desarrollo tecnológico e investigación en salud. El Plan de Desarrollo señala que el modelo de salud preventivo y predictivo incluye un componente de promoción orientado a generar condiciones para el goce efectivo de la salud y el desarrollo integral de la población. Esta apuesta fortalece la articulación interinstitucional situando a las personas en el centro del sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia. Oficina de Calidad. MSPS 2025

1.3 Marco teórico

La humanización va más allá del buen uso del lenguaje de las normas, ella nace en la heurística de una intuición natural para la noción del daño, del cual surge el deseo de que no nos dañen y de no dañar a los demás, la noción del dolor, de la necesidad de que nos cuiden y de cuidar de los demás, del malestar, del bienestar, del goce de dar, recibir y compartir. En este sentido, podemos afirmar que estamos hablando de la espiritualidad humana, de una habilidad que nos invita, además, para establecer con claridad y precisión una cuidadosa conciencia de los límites para todos nuestros actos, o, si se quiere, la habilidad para gestionarnos de maneras éticas, amorosas, inteligentes y armónicas.

Ya en el siglo XIII, los cabalistas hablaban acerca de un Dios Creador que quería encarnar y que para poder hacerlo había creado a "un animal especial al que le puso un alma que habla para que pudiera materializar pensamientos". Mitología o no, lo que no podemos negar, es que somos los únicos animales en el mundo conocido por nosotros, que miramos volar a las aves, pensamos en ellas y hacemos aviones, miramos nadar a los patos, pensamos en ellos y hacemos barcos, olemos las flores, pensamos en ellas y hacemos perfumes, nos encontramos, nos miramos, pensamos en nosotros, y hacemos instituciones. Fue a través de la vida institucional que dimos el gran salto de la vida en manadas a la vida en sociedades, y es en esta poderosa herramienta que hoy le

damos legitimidad a la naturaleza humana para institucionalizar dinámicas de humanización.

Partimos del hecho de que las instituciones están constituidas con hechos institucionales, y que todo hecho institucional es un conjunto de reglas constitutivas y regulativas que le asignan funciones a los estados de cosas del mundo y que son de aceptación colectiva. Apoyados en las reflexiones anteriores, podemos abordar con legitimidad la difícil tarea de utilizar la habilidad ética para configurar una **racionalidad de la moral**, orientada a la atención en salud y que nos permita permear, para humanizar, a todas las demás racionalidades comprometidas en la atención en salud. A esto llamamos, **racionalidad instrumental**, que abarca aspectos administrativos, financieras, tecnológicos o filosófico-científicos, que se requieren para la realización y puesta en práctica de una política de humanización en salud.

La importancia de considerar una cierta imagen del fenómeno humano haciendo políticas, se debe a que vamos a abordar, en este documento, la elaboración de una Política Nacional de Humanización en Salud.

Toda política, para su realización en la práctica, requiere soportarse con un sistema conceptual coherente y susceptible de ser traducido en acciones específicas, concretas y coordinables. Uno de los primeros pasos, para la elaboración de la política de humanización en salud será establecer nuestro punto de partida y nuestro punto de llegada. Para ello se abordará a continuación el punto de partida, que es el concepto de los marcos.

1.3.1 El concepto de los “marcos”

Enfrentados a dos racionalidades aparentemente disímiles como son, una racionalidad de la moral y una racionalidad instrumental, y no pudiendo renunciar a ninguna de las dos, elaboramos un concepto vinculante, al que **llamamos la disposición-acción solidaria**, el cual nos permitió proponer un uso discrecional, que con criterios morales y de pertinencia, conveniencia y suficiencia instrumental, abriera el camino para poder alcanzar nuestro punto de llegada, y que este sería el de alcanzar, para todas las personas, una vida saludable.

Para conectar nuestro punto de partida con el de llegada, se hizo necesario conformar y esclarecer un camino, que, con unos conceptos intermedios, delineara el trayecto que habríamos de recorrer para alcanzar nuestro punto de llegada. En primer lugar, una **disposición acción solidaria** tendría que abordar

el conocimiento de las **necesidades de las personas**, como un presupuesto básico, para poder **determinar cuáles son los cuidados necesarios** que habría que realizar, para los **beneficios** que nos conducen a que todas las personas puedan **alcanzar una vida saludable**.

A estas alturas de nuestro sistema conceptual de soporte para la política de humanización en salud y con el incremento progresivo de elementos de juicio, que, además, necesitan aumentar, vemos la necesidad de comenzar a articular todos estos elementos a través de una estructura que nos permita ordenarlos de manera comprensible y funcional.

La política de humanización se soporta en nuestros Marcos —inspirados en la obra del investigador y lingüista George Lakoff—, que son una aplicación práctica de la ciencia cognitiva. Los Marcos son estructuras mentales profundamente arraigadas, que facilitan nuestras interacciones más básicas con el mundo: estructuran nuestras ideas y nuestros conceptos, forman nuestras maneras de razonar e incluso inciden en nuestra percepción y en nuestras maneras de actuar (Lakoff, 2008, p. 56).

Los hechos se interpretan a través del sentido que las personas les asignamos. Los Marcos son las metáforas con las que enmarcamos nuestras ideas y son fundamentales para que estas se entiendan adecuadamente. Los Marcos también podemos clasificarlos para poder ordenarlos. En este sentido vamos a considerar a lo largo de esta política, tres tipos de Marcos: los Marcos profundos, los Marcos Subordinados a los Marcos Profundos y los Marcos de Superficie, estos últimos, vinculados directamente con nuestras actividades o, si se quiere, con las acciones concretas.

Para comprender el diagrama que hemos elaborado como mapa de la política de humanización, hemos establecido cuatro Marcos Profundos: 1. las políticas de humanización y calidad, 2. la humanización 3. la calidad y 4. la vida saludable (ver diagrama).

Para el marco de la humanización en salud y apoyados en la formación del talento humano con una racionalidad de la moral, consideramos cuatro marcos subordinados: 1. habilidades intrapersonales, 2. habilidades interpersonales, 3. habilidades espirituales y 4. habilidades profesionales.

Como Marcos Subordinados para el marco de la calidad en salud y apoyados en una racionalidad instrumental, consideramos tres marcos subordinados: 1. la cantidad y calidad de los recursos disponibles y necesarios; 2. la naturaleza,

grado y cumplimiento de los compromisos; y 3. la inteligencia del diseño institucional.

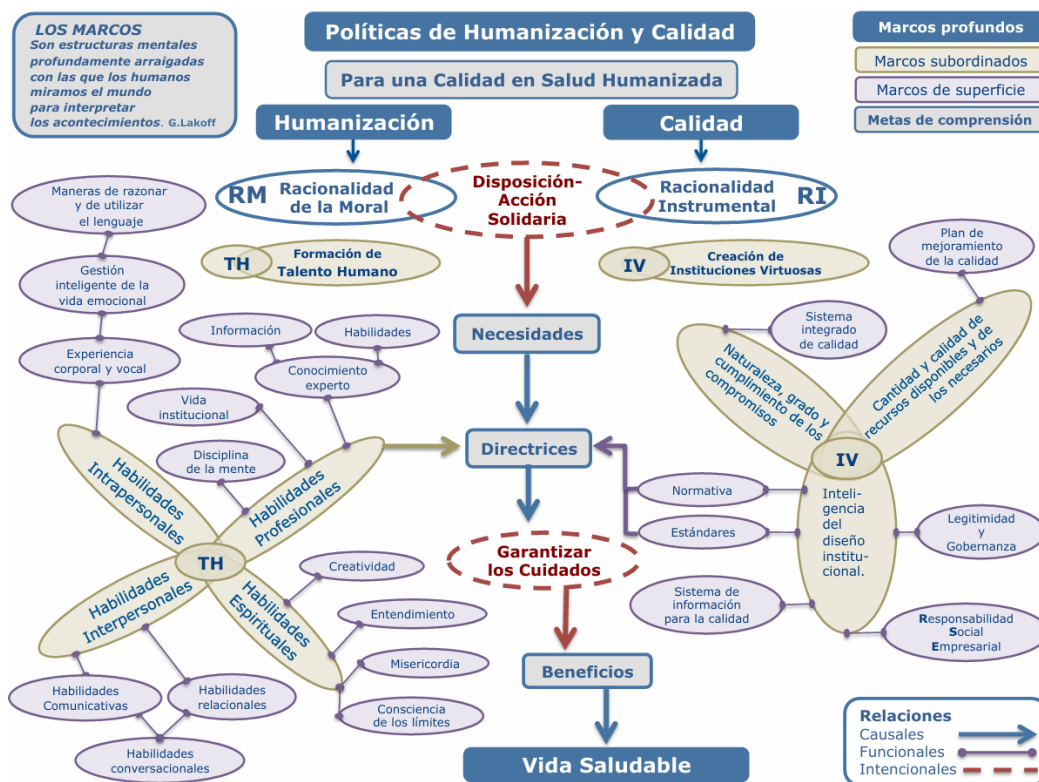


Figura 1. Diagrama Sistema Conceptual Política Nacional de Humanización en Salud

Fuente: Elaboración Botero C., con colaboración de Cruz J. Oficina de Calidad, 2025

Para poder avanzar con este propósito, comenzaremos por precisar y conectar algunos eslabones conceptuales o Marcos subordinados que nos permitan constituir un entorno que le dé un sentido al concepto de humanización, ya que una noción de "humanización del humano" podría ser interpretada por algunas personas como algo redundante y carente de sentido. Estos eslabones conceptuales son:

1. Ser humano
2. Humanización y humanización en salud
3. Humanización y calidad en salud
4. Gestionador ético de situaciones

5. Ética comunicativa / Comunicación constructiva
6. Vida saludable
7. Hechos institucionales y política
8. Legitimidad y gobernanza
9. Atención centrada en la persona

A continuación, revisaremos cada uno de estos eslabones conceptuales:

1.3.1.1 Ser humano

Una antigua aproximación a la descripción del “ser humano” extraída de uno de los textos conocidos como “Los rollos del Mar Muerto”, y con más de 2.000 años de antigüedad, decía así: *“Cuando Dios vio lo que había hecho [la creación] sintió ganas de encarnar, y para poder hacerlo creó un animal especial al que le puso un alma que habla, para que pudiera materializar pensamientos.”*

Parece ser, pues, que los autores de aquellos textos, en aquellos días, reconocieron en el ser humano una especialidad única entre los demás animales que conocían y que hoy todos nosotros podemos constatar; miramos a las aves, pensamos en ellas y hacemos aviones, miramos a los patos, pensamos en ellos y hacemos barcos, olemos las flores, pensamos en ellas y hacemos perfumes, nos encontramos, nos miramos, nos comunicamos, pensamos en “nosotros” y hacemos instituciones, y de esta manera, dimos el gran salto de la vida en manadas a la vida en sociedades.

“El ser humano crece en el seno de una comunidad de la cual hereda o en la que adquiere sus imágenes del mundo, adopta sus formas de vida y aprende su lenguaje” (Botero Cadavid et al., 2020, p. 237). El camino que nos condujo desde el aprendizaje del lenguaje hasta llegar a la vida institucional tuvo que hacer un largo recorrido. Para las personas, en la etapa de su infancia, el lenguaje es una actividad que se asemeja mucho al adiestramiento, pues nace con la confianza hacia aquellos que se lo enseñan sin tener que ponerlo en tela de juicio; el lenguaje nace de la confianza. Nos extendemos en esta característica propia del fenómeno humano, por el hecho de que, sin unos fundamentos morales, como la confiabilidad, la credibilidad y el compromiso, indispensables para esa confianza primigenia, el lenguaje no sería posible, y la vida institucional tampoco.

Podemos entonces concluir que el lenguaje es una habilidad ética, y, por lo tanto, sus ingredientes constitutivos de confiabilidad/confianza, credibilidad y

compromiso, son el presupuesto básico para constituir y desarrollar la realidad institucional.

1.3.1.2 Humanización y humanización en salud

En la actualidad el término *humanización* ha ocupado un espacio relevante de estudio y de debate, así como de tema central en muchos escenarios, a nivel nacional e internacional y como producto del surgimiento de una gran demanda ética por parte de muchos sectores privados y públicos.

Para poder avanzar hacia la implementación de nuestra política de Humanización, comenzaremos por asignarle a expresiones como humanización y humanización en salud “un sentido” que nos permita utilizarlas en las dinámicas de formulación de políticas. En nuestro caso: Política de Humanización en Salud.

En el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, tomamos el término humanización como la sustantivación del verbo humanizar y que hace referencia a toda actividad orientada a promover y contribuir al desarrollo humano.

De igual manera, para este Ministerio, la Humanización en Salud es entendida como la aplicación, en la práctica del Talento Humano en Salud, de todo un conjunto de actitudes, aptitudes y habilidades morales que promueven y guían el relacionamiento solidario y constructivo entre los diferentes actores en salud, aplicando las mejores maneras de articular las acciones y los recursos disponibles, con el fin de garantizar los cuidados necesarios, para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener unas vidas saludables.

Pero, además, la humanización en salud se extiende hacia un vasto horizonte en el que se comprometen aspectos biológicos e intencionales: metabólicos, psicológicos y espirituales, con sus entornos medioambientales, culturales, educativos, políticos y sociales, para realizar sus actividades de maneras profesionales, armónicas y habilidosamente éticas.

En concordancia con el párrafo anterior, y para dinamizar experiencias de relaciones solidarias y constructivas entre los diferentes actores en salud, se hace necesario plantear, promover e instaurar una renovación cultural encaminada a conseguir los beneficios que nos permitan alcanzar, para todas las personas, una vida saludable.

1.3.1.3 Humanización y calidad en salud

El concepto de Humanización, por tratarse de una actividad, además de sus componentes humanísticos y su propósito de alcanzar para todas las personas una vida saludable, reclama de un escenario que lo provea de toda la instrumentación y la racionalidad instrumental necesarias para su aplicación en la práctica. Se trata entonces de conciliar dos formas de racionalidad bastante diferentes como son: la racionalidad de la moral y la racionalidad instrumental.

Para poder elevar el nivel de comprensión de la racionalidad de la moral y la racionalidad instrumental, dada la necesidad de garantizar su aplicabilidad, se hace necesario elevarlos a la categoría de Marcos subordinados a la Política de Humanización en Salud, pues ellos expresan nuestros valores, define los temas de los que habremos de tener que hablar y las acciones que llevaremos a la práctica. Según Lakoff (2008) *“Los Marcos son estructuras mentales profundamente arraigadas, que configuran la comprensión del mundo para entender los hechos”* (p.57).

Una vez definido los conceptos del ser humano y de la humanización en salud, nuestro propósito, el de alcanzar para todas las personas una vida saludable, se constituye como otro Marco subordinado, indisoluble del concepto de calidad en salud, así como también lo son: los temas de la racionalidad de la moral para la humanización en salud y la racionalidad instrumental para la calidad en salud. La dificultad de conciliar estos dos marcos subordinados, la racionalidad de la moral y la racionalidad instrumental, a la hora de someter sus propuestas a mecanismos de validación de razones, cada uno de estos marcos utiliza mecanismos de validación muy diferentes.

La racionalidad de la moral para la humanización en salud es normativa, pero se realiza, llevándola a la práctica, mediante una habilidad ética enactiva, o, si se quiere, encarnada. Esto vale la pena resaltarlo, ya que, para muchos observadores desapercibidos, la ética, por lo general, se considera como algo mental y entonces surge el problema de cómo vincularla a la vida corpórea. La ética enactuada es una habilidad propia de la naturaleza humana, es parte de ella y al igual que cualquier otra habilidad, puede ser educada y entrenada como si se tratara de un deporte.

La racionalidad instrumental para la calidad en salud se valida con explicaciones funcionales y explicaciones causales. Es decir, requiere de un pensamiento con un lenguaje filosófico-científico aplicado a desarrollos tecnológicos y diseños institucionales, lo que nos permite obtener y administrar con eficiencia recursos

económicos, locativos, técnicos y administrativos. No obstante, la racionalidad instrumental para la calidad en salud no nos indica cuáles son las metas que debemos alcanzar, es aquí, donde la racionalidad de la moral para la humanización en salud adquiere su sentido más valioso, pues ella guía las cualidades que las actividades en salud deben tener a la hora de llevarlas a la práctica. Esto, porque sus mecanismos de validación de razones son intencionales y más allá del pensamiento científico y tecnológico puro, aparecen razones que consideran otros elementos como: la información que poseemos, los deseos de las personas, sus creencias y valores culturales, las intenciones de lograr nuestro propósito mediante cierta actividad y las intenciones de persistir o de desistir en cualquier momento.

Es aquí en donde la calidad de los comportamientos morales marca la diferencia pudiendo direccionar nuestra atención hacia las necesidades y los cuidados que habremos de tener en cuenta para que las personas puedan alcanzar una vida saludable.

1.3.1.4 Gestorador ético de situaciones

“Mi planteamiento inicial es que la ética se aproxima más a la sabiduría que a la razón, más al conocimiento de lo que es ser bueno que a un juicio correcto en una situación dada” (Varela, 1996, p. 9). Podemos afirmar, también, que la habilidad ética es consustancial al entendimiento, una conciencia de mucho más alto nivel que el simple intelecto y, que, de maneras espontáneas, sin que medie reflexión alguna, nos dice con claridad: cuándo intelecto sí y cuándo es mejor que no, cuándo decir que sí y cuándo decir que no, o hasta donde avanzar y cuando parar. En ese sentido, un Gestorador Ético de Situaciones (GES) es una persona con la habilidad suficiente para incorporar en la práctica de todas sus actividades, el tipo de sabiduría que sostiene a este renovado concepto de la ética.

El GES realiza la potencialidad para monitorear, comprender y responder de maneras solidarias a las necesidades de los demás, todo en un instante y en situaciones comunes y corrientes, está incorporada a la vida cotidiana, no opera con base en reglamentos estrictos ni razonamientos complicados, sino como una refinada intuición.

Para poner a existir el camino de ese darse cuenta, necesitamos de una mirada que nos permita sentir, para vivir, en las necesidades de los demás, es el único camino para poder existir con el otro y en el otro y poder comprender lo que necesitamos hacer durante toda actividad en salud. El camino de la

humanización en salud se nutre de la mirada. Ver y mirar no son lo mismo, los ojos solamente sirven para ver, el entendimiento es el que mira, y lo hace, apoyado, también, en todo lo que seamos capaces de pensar y de sentir.

Dado que la ética es la habilidad por excelencia para reconstruir los valores perdidos que llevaron a muchas personas e instituciones, por el camino cruel de la deshumanización en las prácticas de atención en salud y para desarrollar habilidades éticas en una comunidad, hasta constituir en ella a personas gestadoras éticas de situaciones, se requiere de arduos e inteligentes esfuerzos institucionales capaces de remover, en una cultura del desamor, lo que carcome sus cimientos, desde las más sencillas relaciones antipáticas hasta el egoísmo, la corrupción y la violencia en la loca carrera del oportunismo.

La forma más visible y cruel de oportunismo es la corrupción, [ante tal afirmación, creemos que] la variación en corrupción a través de los países se explica en gran medida por el grado de compromiso público de sus funcionarios y no por la inteligencia del diseño institucional; dos países pueden tener el mismo diseño institucional y la misma mezcla de motivaciones individuales y sin embargo uno de ellos estar plagado por la corrupción y el otro no (Elster, 1996, pp. 155–156).

De acuerdo con el párrafo anterior, podemos concluir que dos empresas diseñadas de la misma manera y con recursos equiparables, pueden marchar en formas muy diferentes. Mientras que una de ellas avanza con eficiencia hacia la consecución de sus metas, la otra podría estar hundiéndose en la autodestrucción por una falla en la calidad de las personas. Es aquí en donde el Gestador Ético de Situaciones se requiere para traducir en acciones específicas, concretas y coordinadas nuestra Política de Humanización en Salud.

1.3.1.5 Ética comunicativa / comunicación constructiva

Comunicación es coordinación conductual y sus orígenes son prelingüísticos, posturales y gestuales, con una amplia variedad de componentes emocionales. No obstante, y mediante el buen uso del lenguaje, podemos también, comunicar para informar, comunicar para sensibilizar y comunicar para movilizar; de ahí que una comunicación efectiva sea el presupuesto básico para el activismo cívico en el accionar social y la coherencia y solidez de la realidad institucional en la que se elaboran las políticas; en nuestro caso, la Política de Humanización en Salud.

Todo tipo de comunicación constructiva reclama a cada uno de los actores o participantes en los diálogos, una habilidosa disposición-acción para constituir

en cada uno de los otros, a un legítimo “otro” en convivencia, parafraseando la definición de acción amorosa del profesor Humberto Maturana. *“Quien apuesta a la comunicación se compromete, razonablemente, a clarificar cooperativamente el significado de lo expresado verbalmente y lo que se pretende con expresiones significativas”* (Hoyos Vásquez, 1996, p. 67).

Podemos afirmar que la humanización en salud es consustancial con el concepto de comunicación constructiva; mejor aún, de ética comunicativa. Pero, además, si comunicación es coordinación conductual, entonces se trata de una habilidad, y, por lo tanto, al igual que todas las demás habilidades humanas, podemos educarla y entrenarla como si se tratara de un deporte, para lo cual es necesario un nuevo modelo pedagógico en acción. Sin una renovada pedagogía de sólidos significados y valores en la práctica diaria, una precaria educación comunicativa equivale a una precaria educación existencial. En efecto, para Ángela Uribe, la comunicación abre las posibilidades, la necesidad misma de llegar a entendimiento mutuo, a consensos no coactivos, fruto de la persuasión, con respecto a un mundo de objetos, a un mundo de relaciones sociales y a un mundo de deseos, sentimientos e intenciones personales.

La acción comunicativa nos ha abierto el verdadero punto de apalancamiento confiable para fundamentar una racionalidad de la moral, por lo tanto, es necesario acudir a un lenguaje formal, solidario, claro, creíble y enriquecedor para toda actividad en salud.

Para asumir la Política de Humanización en Salud, se hace necesario aceptar que la comunicación solidaria es consustancial en la Humanización en Salud como un asunto de responsabilidad humana moral: individual, institucional, política y social. En consecuencia, es imprescindible acceder a la institucionalización de habilidades propias de las personas y que erróneamente creemos que pertenecen solamente a las esferas de su intimidad o de su vida privada, pues ellas comprometen la vida en colectividad.

Como plantea José Carlos Bermejo¹ *“cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización”*.

¹ José Carlos Bermejo Higuera, director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética

1.3.1.6 Vida saludable

La Organización Mundial de la Salud (1998) definió el estilo de vida *“una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”*, en ese sentido, un estilo de vida saludable se relaciona al cuidado y autocuidado, a través de conductas, prácticas y hábitos que se asumen en la vida cotidiana, que contribuyen a la plenitud físico, mental, espiritual y social, como son la práctica regular de ejercicio, la alimentación nutritiva, el disfrute del tiempo libre, las actividades de socialización constructivas, el cuidado de la salud mental, entre otras.

La Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que una vida humana saludable se configura a partir de acontecimientos naturales que derivan en un organismo, con un genoma y un fenotipo humanos, un metabolismo homeostático en un cuerpo autopoyético, capaz de materializar pensamientos con lenguaje y en un estado de plenitud y armonía con sus entornos personales, familiares y sociales, dotado de creatividad, entendimiento, y una misericordiosa conciencia de los límites, con unas emociones constructivas, un lenguaje solidario, y un sólido compromiso con el “desarrollo humano sustentable”².

Es importante señalar, que asuntos como la ansiedad, el estrés, la insatisfacción permanente, el desequilibrio emocional, la desmotivación, la autocompasión, las fallas en la comunicación, la incapacidad para realizar trabajo en equipo o para gestionar adecuadamente las discrepancias, la corrupción, el sectarismo, la indisciplina entre muchos otros, incrementan en las personas, la disposición para enfermar física, mental y espiritual, de maneras individuales o colectivas.

1.3.1.7 Hechos institucionales y política

El compromiso institucional de alcanzar, para cada una de las personas, una vida saludable, reclama un renovado modelo pedagógico para activar dinámicas de reformulación cultural. Un cambio cultural no se consigue con decretos, en contraste, una institución debe confiar en individuos con intereses propios, ya

² El desarrollo sustentable es un término acuñado desde el informe de Brundtland de 1987 (por la Doctora Gro Harlem Brundtland quien lo llamó originalmente “Nuestro Futuro Común”). La frase que resume Desarrollo Sustentable en el informe es el siguiente: “Satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las del futuro para atender sus propias necesidades”. Los tres pilares que se relacionan en el Desarrollo Sustentable son la economía, el medio ambiente y la sociedad

que las decisiones institucionales pueden ser fácilmente desviadas y distorsionadas por las conductas interesadas de algunos de los actores.

Un hecho institucional es un conjunto de reglas constitutivas y regulativas, que le asignan funciones a los estados de cosas del mundo y que son de aceptación colectiva. Una política es un hecho institucional.

Una política se entiende como: [...] *proyectos y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración pública, con fines de satisfacer las necesidades de una sociedad*" (Graglia, 2012, p. 19)

En nuestro caso, MSPS, cuando se trata de un documento de Política de Humanización en Salud para su aplicación en la práctica, su contenido requiere ser filtrado por rigurosos mecanismos de validación de razones. En consecuencia, la validación racional de una "moral humanizadora", en los términos planteados en párrafos anteriores, habrá de tener que adaptarse a las necesidades humanas y ser muy clara acerca de sus propios límites.

De acuerdo con lo mencionado por Ángela Uribe (1995) "La principal y más básica fuente de legitimación política está en la defensa y el cuidado de los derechos humanos, la cultura moderna no cuenta con la fuente de la divinidad como legitimación, de ahí que el problema de la legitimación política sea esencialmente moral y está ligado al tipo de razonamiento moral de la modernidad".

La Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia reconoce a la humanización en salud como un enfoque transversal e imperativo ético que regula los sistemas de cooperación entre los actores en salud, guiando, además, los comportamientos solidarios de las personas dentro del sistema de salud, y cuyo propósito fundamental es el de alcanzar para todas las personas, una vida saludable. A lo anterior se suman exigencias tales como:

- Una política de humanización en salud que se transversalice en el desarrollo de proyectos, programas, planes, en los lineamientos nacionales, territoriales, municipales e institucionales.
- Que una Política de Humanización en Salud, para su realización en la práctica, sea consustancial con una Política de Calidad en Salud.
- Que se fomente, en los diferentes actores en salud, una cultura que incorpore la humanización en salud a todas las actividades orientadas a que las personas, puedan alcanzar, una vida saludable.

Pretendemos que los actores del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como las organizaciones comunitarias y cívicas, definan cómo van a implementar la Política de Humanización en Salud en sus entornos naturales e institucionales con enfoque poblacional e intercultural, realizando acuerdos verdaderamente equitativos y democráticos. “Las decisiones importantes a menudo implican opciones inconmensurables. En realidad, lo que explica la acción son los deseos de las personas junto con sus creencias acerca de las oportunidades” (Elster, 1996, pp. 30, 41).

1.3.1.8 Legitimidad y gobernanza

El segundo direccionamiento estratégico recomendado por la Organización Mundial de la Salud en el marco del enfoque centrado en las personas para la prestación de servicios de salud (World Health Organization, 2015) es el fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas. Para esta política, una institución se define como socialmente responsable en la medida en que persiga en todo momento un acople armonioso con el entorno que la define y que, al mismo tiempo, es definido por ella. El acople armonioso constituye la esencia de lo que llamamos “ética”. Comprender esta co-definición mutua entre institución y entorno social/natural será esencial para abordar el diseño y gestión de acciones de Responsabilidad Social Institucional como la gobernanza y la rendición de cuentas con enfoque situado en una Política de Humanización en Salud.

“Los seres humanos somos los campeones mundiales de la cooperación no relacionada con el parentesco, y lo somos en gran parte porque hemos creado sistemas de responsabilidad formal e informal. Somos realmente buenos responsabilizando a otros por sus actos, y muy hábiles para movernos en un mundo en el que otros nos hacen responsables de los nuestros” (Haidt, 2019, p. 119).

Actuamos pues como políticos intuitivos que se esfuerzan por mantener identidades morales atractivas frente a múltiples comunidades y tenemos también la capacidad de institucionalizarlas para difundirlas y hacerlas perdurar. Como vimos anteriormente, “los hechos institucionales son conjuntos de reglas constitutivas y regulativas que le asignan funciones a los estados de cosas del mundo y que son de aceptación colectiva”, además, ellos han sido el instrumento mediante el cual la especie humana pudo pasar de la “vida en manadas a la vida en sociedades”.

Para Ángela Uribe (2002), la legitimidad en el uso público de una razón se funda en el hecho de que la persona que la promulga esté creyendo firmemente en ella. Entonces es cuando los humanos, reunidos en diversas colectividades, pueden exponer sus necesidades y deseos, sus acuerdos y sus diferencias, con base en lo que cada una de ellas considera lo que es justo para ella y concertar de manera democrática, las normas, los estándares y las directrices que regularán sus comportamientos.

El proceso de construcción de un diálogo de la racionalidad de la moral y la racionalidad instrumental con un consenso racional y argumentado mediante concepciones de justicia como fundamento de la construcción cooperativa de un espacio de lo público, en el cual, la persona como miembro de una comunidad, con una tradición concreta vincula de manera constructiva su irreductible e irrenunciable esfera privada individual (Botero et al., 2005, p. 49).

1.3.1.9 Instituciones virtuosas

“Las instituciones impiden que la sociedad se desmorone, siempre que haya algo que impida que se desmoronen las instituciones” (Elster, 1996, p. 149)

Para nuestra política, ese “algo que impide que se desmoronen las instituciones” es el Talento Humano, en los términos en que lo estamos planteando en este documento. Es decir, como todo un conjunto de habilidades cognitivas básicas para gestionar de maneras inteligentes, armónicas y habilidosamente éticas, a la racionalidad instrumental de todo un paquete de recursos disponibles, normativas y compromisos, *“porque el éxito de un plan, que sustituya o complemente a otro plan, para mejorarlo, depende, en última instancia, de la clase de ser humano implicado en la tarea de ejecutarlo”* (Alexander, 2008, p. 189).

El sistema conceptual de nuestras políticas de humanización y de calidad en salud es consustancial con el concepto de una justicia social, y, por lo tanto, deberá comprometer la creación de instituciones justas. John Rawls propone que “el papel de la justicia es el de regular los sistemas de cooperación social forjando instituciones virtuosas que le permitan a la ciudadanía la realización imparcial de sus planes racionales de vida”. Y agrega que *“los principios de justicia no se concibieron para hacer virtuosas a las personas, sino para las instituciones, pues estas deben regular los conflictos e identidades de intereses de la sociedad, garantizando con su imparcialidad el sistema de cooperación social que la rige y la estructura general ordenada que debe caracterizarla”* (Botero et al., 2005, p. 58).

Parafraseando a Elster (1996) vemos que no podemos predecir cómo se comporta la gente racional en condiciones de incertidumbre o si su conducta estará influenciada por la racionalidad de la moral o por las normas. En consecuencia, consideramos necesaria la implementación de una nueva pedagogía que incorpore la práctica de los valores como soporte para la formación de un talento humano en salud, y que, a su vez, fortalezca una relación armónica entre los actores en salud mediante un sistema de cooperación social orientado a que todas las personas puedan alcanzar y mantener unas vidas saludables.

Los Marcos Profundos, Subordinados y de Superficie, que conforman el sistema conceptual de nuestra PNHS, tienen como uno de sus propósitos llevar a la racionalidad instrumental por el camino de la creación de unas instituciones virtuosas encargadas de brindar atención humanizada en salud, y esto reclama de la afluencia de todo un conjunto de talentos humanos con altos niveles de destreza, en términos de habilidades intrapersonales, interpersonales, espirituales y profesionales, orientadas a la institucionalización de una racionalidad instrumental en sus tres marcos subordinados:

1. La inteligencia del diseño institucional
2. La cantidad y calidad de los recursos disponibles y los necesarios
3. La naturaleza, grado y cumplimiento de los compromisos

En concordancia con esta confluencia de estados de cosas aplicadas a la identificación de las dificultades en salud que tienen las personas, familias y comunidades, se determinarán los cuidados necesarios para que todas ellas puedan alcanzar unas vidas saludables.

Las acciones específicas para una atención humanizada en salud se manifiestan a través de unas directrices orientadas a brindar los cuidados necesarios para las personas, las familias y las comunidades. Dichas directrices se determinan mediante el equilibrio reflexivo, entre unas normas, unos estándares y unos juicios morales, que, además de cumplir con elementos filosófico-científico-humanísticos, sean debidamente legitimados por fundamentos racionales y consensuados, puesto que la reflexión moral no es una empresa solitaria sino un empeño público que necesita como mínimo de la participación de un legítimo “otro” en convivencia.

La convalidación consensuada se funda en el hecho de que los juegos del lenguaje con los que se realiza un diseño institucional, al igual que cualquier otro juego del lenguaje posible, nacen en las formas de vida que derivan de las

imágenes del mundo que son propias y características en cada una de las personas, familias y comunidades. *“La respuesta llana y simple sería porque se trata de un cambio de cultura y ningún aspecto cultural se cambia por decreto, ni como consecuencia inmediata de un análisis teórico, ni por decisiones individuales, el cambio cultural implica nuevos juegos de lenguaje, nuevas metáforas, transformaciones valorativas, comportamientos no habituales y cambios políticos”* (Sierra Mejía, 2008). Cuando la gente hace juicios y afirmaciones no está solamente transmitiendo información de una mente a otra, sino que está haciendo compromisos acerca de cómo coordinar sus acciones.

Para nuestro caso, el de la humanización en salud, por estar fundada en la racionalidad de una moral cuyos orígenes están en la intuición del daño que no queremos para nosotros ni deseamos para los demás, una mera normatividad no tiene cabida. No podemos reglamentarles a las personas cómo tienen que ser sus sentimientos, sus emociones, sus deseos, sus creencias, o sus preferencias, pero sí podemos ponernos de acuerdo entre todos alrededor de un sistema de cooperación social que regule lo que podemos y no podemos hacerle a los demás, con nuestros comportamientos.

Las instituciones virtuosas se encargan de realizar en la práctica una transformación cultural, que le permita a las personas, familias y comunidades, acceder con criterios de pertinencia, conveniencia y suficiencia, a los cuidados necesarios para sortear las dificultades existentes que les impiden alcanzar unas vidas saludables. La intuición de las personas no se puede reglamentar, pero lo que sí podemos reglamentar son sus comportamientos, forjando instituciones virtuosas. *“Realizar modificaciones menores y económicas en el entorno puede aumentar considerablemente el comportamiento ético”* (Haidt, 2019, p. 140).

1.3.1.10 Atención centrada en las personas

La Organización Mundial de la Salud en la estrategia de atención centrada en la persona hace referencia en poner las necesidades integrales de las personas y las comunidades, en el centro de los sistemas de salud, no solamente desde la mirada de la enfermedad, si no del compromiso con capacitar a las personas para que tengan un papel más activo en su propia salud (World Health Organization, 2015).



Figura 2. Marco conceptual para servicios de salud integrados centrados en las personas

Fuente: Tomado de (World Health Organization, 2015)

Así mismo, la OMS recomienda cinco directrices estratégicas interdependientes, en el marco de los servicios de salud integrados centrados en las personas, para que tanto la gestión administrativa como el aseguramiento, la financiación y la tecnología de la salud, así como la prestación de servicios y la atención en salud a las personas se realicen de manera integral. Estas directrices son esenciales para el desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud (ver figura 3).

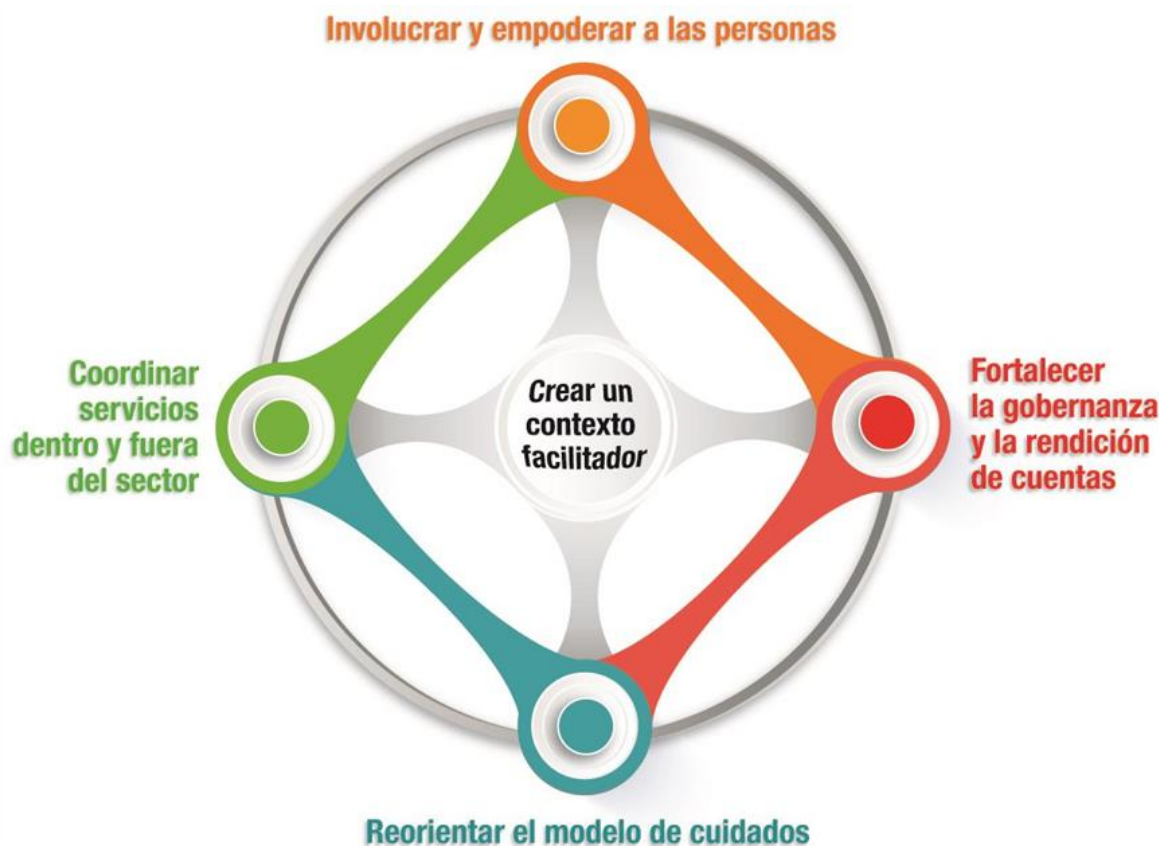


Figura 3. Interdependencia de las cinco directrices estratégicas para apoyar los servicios de salud integrados y centrados en las personas

Fuente: Tomado de (World Health Organization, 2015)

Sobre el primer objetivo estratégico, **Empoderar e involucrar a las personas**, podemos afirmar que la manera de ser y de comportarnos es algo natural en la medida en que se constituye como parte de nuestra evolución como miembros de una especie y de una sociedad.

Respecto al segundo objetivo estratégico, **Fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas**, debemos resaltar que una institución socialmente responsable se define, en la medida en que persiga en todo momento, un acople armonioso con el entorno y que, al mismo tiempo, es definido por ella. El acople armonioso constituye la esencia de lo que llamamos “ética”. Comprender esta co-definición mutua entre institución y entorno social/natural, será esencial para abordar el diseño y gestión de acciones de responsabilidad social institucional,

como la gobernanza y la rendición de cuentas en la Política de Humanización en Salud.

Con relación al tercer objetivo estratégico, **Reorientar los modelos de atención en salud**, —que se ha esclarecido en párrafos anteriores de este documento—, tiene relación con la pertinencia, la conveniencia, la suficiencia y la necesidad de un Gestor Ético de Situaciones (GES) en la realización y puesta en práctica de la Política de Humanización en Salud, por ser éste un protagonista determinante para la humanización y la calidad en salud en sus marcos subordinados a los que se ha hecho mención: la cantidad y calidad de los recursos disponibles y necesarios, la inteligencia del diseño institucional, y la naturaleza, grado y el cumplimiento de los compromisos.

Y frente al cuarto y quinto objetivo estratégico, **la Coordinación de Servicios y la Creación de un entorno propicio**, se puede concluir que estos mismos en la práctica son indisociables o co-emergentes de la atención, entorno a las necesidades de las personas y la armonización de los procesos de los diferentes servicios. Crear un entorno propicio que reúna a las diferentes partes interesadas y comprometidas, favorece a una transformación cultural.

Para abordar el tema de una atención en salud centrada en la persona, es imprescindible abordar un claro concepto acerca de qué es ser persona. Sin embargo, existen muchas teorías acerca de esto. Apoyados en el filósofo contemporáneo Daniel Dennett, tomamos elementos de al menos seis de las teorías revisadas por él, para constituir un concepto adecuado al propósito de brindar atención en salud centrada en la persona (Dennett, 1989).

Dejamos de lado, sin subestimarla, la teoría que dice que la persona no es más que un nebuloso título honorífico que gustosamente nos aplicamos a nosotros mismos y a los demás y también, la que sostiene que ser persona depende de la actitud que los demás adoptan hacia ella. Es decir, que uno es persona porque los demás lo tratan como persona. Suponemos que persona es algo más que lo anterior y que ese algo más constituye lo que debemos tener en cuenta para poder brindar una atención en salud centrada en la persona.

Las dificultades que genera el que haya más de un concepto de persona, nos compromete a investigar y considerar algunas condiciones necesarias y suficientes para poder comprometernos con ellas. Podemos acumular cualidades necesarias para reconocer que un ser humano es una persona, el asunto es cómo determinar cuándo esas condiciones necesarias ya son suficientes, pues podría no bastarnos con acumular cualidades de persona tomadas al azar.

Comencemos por aceptar que ser personas es poder tratarnos como personas y que tratarnos como personas es tratarnos moralmente. Para actuar y tratarnos moralmente necesitamos hacer uso de una habilidad muy especial y propia del ser humano: la habilidad ética.

Otra cualidad de persona es poseer un cierto tipo de conciencia, conciencia de responsabilidad, de que es responsable de la manera como guía sus actos y de que es ella la que se está haciendo cargo de su vida. Estos refinamientos de la conciencia también alcanzan el nivel de ser conscientes de que estamos siendo conscientes.

Las personas también somos racionales, y, además, tenemos unas ciertas maneras de ser intencionales; con información y deseos somos capaces de elaborar creencias, sin las cuales no existiría el desarrollo cultural, ni tecnológico ni social.

Todo lo anterior, por supuesto, contando con aquello que ya mencionamos en la presentación de este documento y que los antiguos llamaron “el alma que habla para materializar pensamientos”.

Todas estas cualidades que hemos mencionado para acercarnos a un concepto de persona susceptible de ser incorporado al concepto de atención en salud centrada en la persona son elementos indispensables para el desarrollo humano y de su cuidado, su educación y buen uso, va a depender directamente de la realización y puesta en práctica de una vida saludable.

1.3.2 La cobertura sanitaria universal

La resolución aprobada por la ONU el 10 de octubre de 2019 se centra en la importancia de fortalecer la atención primaria en salud (APS) como base fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En esta resolución se hace un llamado a los países para que inviertan en sus sistemas de salud, priorizando la prevención, la promoción de la salud, la participación comunitaria y el acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Se destaca que la implementación efectiva de la APS requiere una acción coordinada entre gobiernos, organismos internacionales y actores locales (Naciones Unidas: Asamblea General, 2019).

La resolución también reafirma el compromiso con el sistema de salud sostenible y la integración de la APS como estrategia para enfrentar los desafíos globales de salud en el siglo XXI. La cobertura sanitaria universal y la calidad de la atención en salud son pilares fundamentales para garantizar el acceso equitativo

a servicios de salud efectivos, seguros y centrados en las personas. Una cobertura amplia no solo implica que todas las personas reciban los servicios que necesitan sin enfrentar barreras financieras, sino que también asegura que estos servicios sean brindados con estándares de calidad que mejoren los resultados de salud.

La calidad de la atención se refleja en la seguridad del paciente, la adherencia a guías basadas en evidencia, la capacidad de respuesta a las necesidades individuales y la eficiencia en el uso de los recursos. Avanzar hacia sistemas de salud que combinen cobertura universal con alta calidad requiere enfoques integrados que fortalezcan la infraestructura, capaciten al personal sanitario y promuevan la participación activa de las comunidades en su propio cuidado.

1.3.3 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son una iniciativa global para erradicar la pobreza, proteger el planeta y garantizar la prosperidad para todos, a partir de 17 metas que abordan los principales desafíos que enfrenta la humanidad.

Entre estos objetivos, el ODS 3 tiene un enfoque central en la salud: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Sin embargo, la salud también está directamente vinculada a otros objetivos, ya que el bienestar social y económico de las personas depende de condiciones saludables y un entorno adecuado para su desarrollo. La consecución de este propósito está directamente relacionada con la calidad en la prestación de servicios de salud, entendida como la provisión de servicios sanitarios que sean efectivos, seguros, centrados en el paciente, oportunos, equitativos y eficientes (Naciones Unidas, 2019).

El ODS 3 plantea metas específicas, como: i) asegurar la cobertura sanitaria universal, incluyendo acceso a servicios esenciales de salud y medicamentos seguros y asequibles, ii) reducir la mortalidad materna e infantil, iii) combatir enfermedades transmisibles y no transmisibles y iv) garantizar la equidad en el acceso a servicios de salud, especialmente para poblaciones vulnerables.

Para lograr estas metas, es necesario tener en cuenta los siguientes enfoques relacionados con la calidad en salud:

- **Acceso a atención sanitaria de calidad.** La calidad en la atención médica es un componente esencial para lograr el ODS 3 "Asegurar que las

personas tengan acceso a servicios de salud efectivos, oportunos, adecuados y seguros es fundamental para la prevención de enfermedades y el tratamiento de las mismas”. Esto implica la formación continua de los profesionales de la salud, la inversión en infraestructura sanitaria y la mejora en la tecnología médica.

- **Cobertura Universal de Salud.** Un principio clave en el ODS 3 es la cobertura sanitaria universal, que implica que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud necesarios sin enfrentar dificultades financieras. Esto aboga por un sistema de salud equitativo donde la calidad no dependa del nivel socioeconómico de las personas.
- **Prevención y promoción de la salud.** La promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades son aspectos clave para alcanzar una buena calidad en salud. Esto incluye programas para combatir el tabaquismo, la obesidad, la contaminación ambiental y la promoción de una alimentación equilibrada, entre otros. Además, la salud mental, que muchas veces ha sido desatendida, está ganando relevancia como un factor crucial para la calidad de vida y bienestar general.
- **Innovación tecnológica y gestión de datos.** Las innovaciones tecnológicas en la salud, como la telemedicina, los registros electrónicos de salud y las aplicaciones móviles de salud, pueden mejorar la calidad de los servicios al hacerlos más accesibles y eficientes. Estas herramientas pueden ayudar a monitorizar la salud, facilitar diagnósticos más rápidos y mejorar la gestión de los sistemas de salud.

1.3.4 Evaluación y monitoreo de la calidad en salud

La evaluación de las tendencias globales en la calidad de la atención en salud requiere consenso sobre la definición y medición de indicadores de calidad que sean comparables entre países. No obstante, actualmente no existe un conjunto uniforme de indicadores de calidad definidos y recopilados a nivel mundial, lo que dificulta el análisis sistemático y la comparación internacional (World Health Organization et al., 2018, p. 32).

Tampoco hay un acuerdo universal sobre un conjunto mínimo de indicadores estandarizados para monitorear el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud. Sin embargo, se han desarrollado iniciativas significativas para abordar esta necesidad, como el Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención de Salud de la OCDE, los Indicadores de

Prestación de Servicios del Banco Mundial, el Observatorio Mundial de Salud de la OMS y las Encuestas Demográficas y de Salud. Estas iniciativas buscan identificar indicadores que apoyen los esfuerzos de mejora de la calidad en los niveles nacional, regional e internacional.

En Colombia, el sistema de monitoreo de la calidad en salud se viene realizando a través de la Resolución 256 de 2016, la cual hace seguimiento a 4 dominios: i) Efectividad, ii) Experiencia de la atención, iii) Gestión del riesgo y iv) Seguridad. En cada uno de estos dominios, se establecieron indicadores para el monitoreo de la calidad en salud de acuerdo con cada actor del sistema. Estos indicadores permiten evaluar el desempeño y los resultados con el fin de fortalecer el Sistema de Información de Calidad en Salud, brindar información objetiva a los ciudadanos para que puedan elegir libremente a sus prestadores de salud y aseguradores y promover acciones de mejoramiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

1.3.5 Principios

Son conceptos que provienen de estructuras mentales profundamente arraigadas con los que interpretamos los acontecimientos para fundamentar con ellos la elaboración e implementación de una política pública.

Estos fundamentan y buscan dar equidad a los proyectos o las iniciativas que se lideran sin diferenciar el sector, el tipo de actor, el área de conocimiento o los impactos y resultados que se esperen. Los principios de esta política son:

- Equidad en las actividades en salud
- Disposición / acción solidaria
- Relacionamiento constructivo en salud
- Responsabilidad compartida
- Transversalidad
- Calidad en Salud

1.3.5.1 Equidad en las actividades en salud

Una atención equitativa en salud pretende subsanar las necesidades en salud, determinando y realizando con criterios de pertinencia, conveniencia y suficiencia, sin discriminación ni privilegios, los cuidados necesarios para que las personas puedan alcanzar una vida saludable.

1.3.5.2 Disposición / acción solidaria

Es una actitud cooperativa entre los actores en salud previa y durante la realización de los cuidados necesarios y la responsabilidad de las personas, con sus entornos naturales, familiares y sociales para alcanzar y mantener unas formas de vida saludable.

1.3.5.3 Relacionamiento constructivo en salud

Es el vínculo de todos los actores en salud orientando y sumando sus esfuerzos para contribuir al crecimiento y desarrollo de todas las actividades que promuevan alcanzar y mantener unas formas de vida saludable.

1.3.5.4 Responsabilidad compartida

Consiste en que cada uno de los actores en salud asuma y aporte su responsabilidad personal en cada una de las actividades que compromete su función en promover alcanzar y mantener unas formas de vida saludable.

1.3.5.5 Transversalidad

Consiste en incorporar la humanización en salud a todos los procesos de gestión en todas las áreas y niveles institucionales e interinstitucionales que realicen actividades en salud.

1.3.5.6 Calidad en salud

Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada (Congreso de Colombia, 2011). Los servicios y tecnologías de salud centrados en la persona, familia y la comunidad deben responder a las normativas, estándares y directrices establecidos por la institucionalidad con criterios de oportunidad, seguridad, integralidad y suficiencia para que las personas puedan alcanzar una vida saludable.

1.3.6 Enfoques

Son algunas de nuestras maneras de mirar el mundo, para analizar y orientar la formulación de acciones (Acosta Faneite, 2023), en este caso para una política u otros instrumentos de política pública. Los enfoques para la política de humanización son:

- Derechos Humanos
- Curso de vida

- Persona, familia y comunidad
- Diferencial desde el territorio, la población y las culturas
- Valores

1.3.6.1 Derechos Humanos

Asume el derecho universal inherente a la persona, de carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable y promueve los principios, derechos, deberes y garantías constitucionales de reconocimiento y protección de la salud.

1.3.6.2 Curso de vida

Es el abordaje de los momentos del continuo de la vida que reconoce que, el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de vida, de las experiencias acumulativas y las situaciones presentes en cada individuo, las cuales son influenciadas por el contexto familiar, social económico, ambiental y cultural.

1.3.6.3 Persona, familia y comunidad

Es el reconocimiento de la persona, la familia y la comunidad como sujetos de cuidado, y la importancia de las relaciones y vínculos en la construcción de realidades en sus entornos naturales y sociales. En consecuencia, las actividades en salud, individuales y colectivas, estarán determinadas por las necesidades — físicas, emocionales, sociales y espirituales—incorporando sus preferencias, modos de vida y la corresponsabilidad sobre su propio cuidado.

1.3.6.4 Diferencial desde el territorio, la población y las culturas

Es el reconocimiento y comprensión de las necesidades y relaciones entre los aspectos demográficos, ambientales y económicos de los diferentes grupos poblacionales y sociales en cada territorio, así como de personas con características propias acorde al curso de vida, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, cultura, discapacidad, creencias religiosas, habitanza de calle, migración, víctimas de la violencia y/o conflicto armado entre otras situaciones, que las ubiquen en condición de desventaja, con el fin de contribuir a la superación de las desigualdades e inequidades frente a las dinámicas de la atención de la salud, alcanzar y mantener en la población, una vida saludable.

1.3.6.5 Valores

Son el conjunto de razones a partir de las cuales se procede a fundamentar y validar los planteamientos de la política de humanización en salud y su

implementación por parte de los actores en salud. En cuanto a los valores, son las actitudes, aptitudes y habilidades en el talento humano en salud para satisfacer las necesidades y los cuidados necesarios para alcanzar y mantener en las personas una vida saludable.

1.4 Diseño metodológico para los espacios apropiación social del conocimiento.

1.4.1 Metodología del diagnóstico de necesidades y expectativas.

Con el propósito de recoger elementos para el diagnóstico de las necesidades, plantear alternativas de solución a las problemáticas identificadas y la validación del problema público se implementó la siguiente metodología en los espacios de apropiación del conocimiento con grupos de interés (Aseguradores, Prestadores públicos y privados, Academia, Asociación de usuarios o pacientes, entidades territoriales departamentales, distritales, municipales, gremios o asociaciones del sector y Entidad Nacional de Vigilancia y Control).

La metodología planteada considera dos escenarios de aplicación: a) encuentros en regiones a los que asisten representantes de los diferentes actores del sistema de salud y otros sectores presentes en los municipios, distritos y departamentos (visitas de asistencia técnica), y b) reuniones con colaboradores del Ministerio de Salud y Protección Social y de otras entidades del orden nacional.

Cada espacio de apropiación del conocimiento se inicia con la contextualización a los asistentes sobre el objetivo del encuentro y aspectos generales de la situación actual, y luego se explica la metodología, que consta de seis (6) pasos:

- **Paso 1.** Aplicación de encuesta de necesidades para la calidad en salud. Cuestionario online, en cada pregunta la persona debe escoger las 5 opciones que considere son las más relevantes.
- **Paso 2.** Conformación de los grupos de discusión. Organizados por departamento o distrito, por afinidad de actores.
- **Paso 3.** Socialización de resultados en gráficas. se muestran los gráficos generados por el cuestionario online con los resultados de la encuesta.
- **Paso 4.** Socialización de resultados de la encuesta. Se deben mostrar las 5 opciones más votadas en cada pregunta, y luego que cada grupo escoja 3, sobre estas se harán los siguientes pasos.

- **Paso 5.** Análisis de causas y propuesta de posibles soluciones. A cada una de las 3 repuestas se le realizará un análisis de causa y se formularán posibles alternativas de solución, usando una adaptación de la metodología Bowtiee (o del corbatín, en español) como se puede ver en la figura 3.

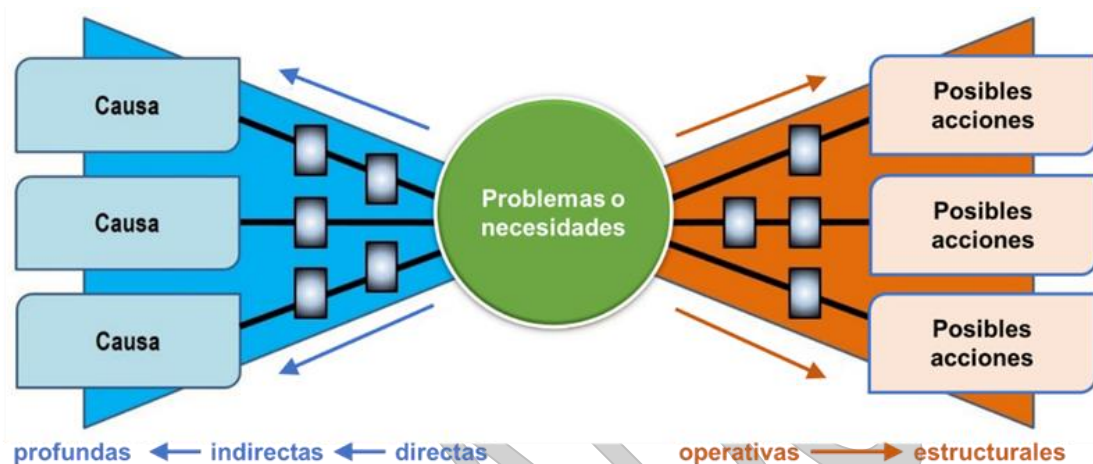


Figura 4. Representación gráfica de la adaptación del método Bowtie para análisis de problemas

Fuente: Elaboración Angarita I. Oficina de Calidad, 2025

- **Paso 6.** Presentación de resultados del Bowtie. Finalizado el ejercicio en los grupos, cada moderador presentará los resultados del ejercicio.

Para la tabulación y procesamiento de los datos recolectados se procedió de la siguiente manera:

- Conformación de bases de datos y repositorios.
- Depuración y limpieza de datos de las bases.

Para el análisis de los datos, tanto las causas como las soluciones se organizaron en las siguientes categorías principales: a) estructurales, b) operativas, c) transversales y d) externas. Cada categoría principal se clasifica en subcategorías:

Tabla 3. Categorías y subcategorías para causas y soluciones

CATEGORÍA PRINCIPAL	SUBCATEGORÍA
Estructurales:	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación • Financiero • Modelo de atención • Incentivos para la calidad • Sistemas de pago de servicios • Oferta de servicios de salud • Suficiencia y distribución del TH • Injerencia política en el sector • Otras
Operativas:	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de servicios • Medicamentos • Referencia y Contrarreferencia • Historia y registros clínicos • Gestión clínica • Inspección, vigilancia y control • Otras
Transversales:	<ul style="list-style-type: none"> • Formación del talento humano • Condiciones laborales • Contratación del talento humano • Calidad de la información • Infraestructura del sistema de información • Humanización de la salud • Otras
Externas:	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes estructurales • Cultura ciudadana • Corrupción • Otras

1.4.2 Metodología validación del problema público y avances en propuesta formulación

Metodológicamente, la validación consiste en un procedimiento en el que se pide a los grupos de valor que refrenden los resultados de la lectura de necesidades y expectativas, así como de la propuesta inicial de la política pública.

Para la validación se consideraron los siguientes escenarios y públicos:

- **Expertos nacionales.** Personas que, dada su experiencia, trayectoria en cargos directivos o de toma de decisiones, y conocimiento del sistema de

salud, podían aportar ideas a la construcción de los instrumentos de política pública en curso.

- **Expertos internacionales.** Personas que, dada su experiencia y conocimiento de sistemas de salud en el mundo y la región de las Américas podían aportar ideas a la construcción de los instrumentos de política pública en curso.
- **Representantes de los grupos de valor y partes interesadas del país.** Personas convocadas a los encuentros territoriales a realizarse en el segundo semestre del 2024, los cuales se realizarían en ciudades y departamentos diferentes a aquellos en los que se hizo la lectura de necesidades.

A cada persona (expertos nacionales y representantes de grupos de valor) diligencia una encuesta *online*, en la cual manifestaba su acuerdo o desacuerdo con las partes presentadas, a través de una escala Likert con las siguientes opciones:

- Totalmente en desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Neutro (Ni en desacuerdo, ni en acuerdo)
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Para la validación con expertos internacionales, la Oficina de Calidad, con el apoyo de la representación nacional del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), realizó una reunión con expertos del banco, a quienes previamente, se les envió un cuestionario con preguntas orientadoras, y el día de la reunión se les presentó el avance logrado en la construcción de los instrumentos de política pública en curso.

Luego se realizó un conversatorio con ellos para escuchar sus opiniones sobre los interrogantes y sus recomendaciones para continuar con el trabajo desarrollado.

Para la tabulación y procesamiento de los datos se procedió de la siguiente manera:

- Conformación de bases de datos y repositorios: a) base de validación expertos nacionales y b) base de validación en territorios.

- Carpeta con la transcripción de las recomendaciones realizadas en los encuentros territoriales, con expertos nacionales e internacionales y las grabaciones de estos.

El análisis de los datos recopilados se hizo de la siguiente manera:

- Análisis de los datos: frecuencia simple de respuesta por región, frecuencia simple de respuestas a la Escala Likert para el problema público, los principios, enfoques y ejes estratégicos de cada política.
- Si la sumatoria de las frecuencias de las respuestas "Parcialmente en desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo" superaba el 20%, el ítem no se consideraba validado y debía ajustarse teniendo en cuenta las recomendaciones y sugerencias de los expertos nacionales, internacionales y los asistentes a los encuentros regionales.

2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – PROBLEMA PÚBLICO

El problema central planteado para la PNHS es el acceso inequitativo de la población a los cuidados integrales en salud, un precario apoyo institucional a la solución de sus necesidades en salud y a la dotación de equipos multidisciplinarios comprometidos, así como la necesidad de promover en el sector un desempeño responsable, eficiente y habilidosamente ético, de las acciones propias de la humanización en salud, en concordancia con los fundamentos y propósitos del sistema de salud.

Este enunciado está sustentado en las siguientes problemáticas de la atención en salud en el país, especialmente en los aspectos que guardan relación con la humanización de esta atención.

2.1 La calidad y la humanización son una necesidad sentida en el mundo

La OMS declaró que *"el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"* (UN Economic and Social Council, 2000).

A pesar de ello, el 15% del gasto y la actividad hospitalaria en países de la OCDE se atribuye a fallas de seguridad. La evidencia sugiere que aproximadamente uno de cada tres eventos adversos en países con ingresos bajos y medios ocurren en situaciones no complejas, y hasta el 83% pueden ser prevenibles;

en cuanto a las necesidades y satisfacción de las personas en los servicios de salud, la mayoría de ellas en países de la OCDE reportan una experiencia positiva, recibir explicaciones fáciles de entender, tener la oportunidad de manifestar inquietudes y participar en su atención. En contraste, el cuidado respetuoso y compasivo no es tan extendido en países con ingresos bajos y medios, donde se presentan malas interacciones de las personas con los prestadores, y una sensación de ser excluidas en la toma de decisiones sobre su atención (Organización Mundial de la Salud et al., 2020).

En el año de 1993, Colombia realizó la reforma en salud a través de la Ley 100 de 1993, mediante la cual creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de la mano del modelo económico. Con esta ley se adoptó un modelo de competencia controlada o regulada, orientado un pluralismo estructurado y con un enfoque de mercado, con lo cual se insertó la salud a la macroeconomía, transformándola en objeto de consumo, dependiente de la reforma económica del país, en contraste con las posturas que consideran que la salud se debe entender como un derecho fundamental de la humanidad (Botero López et al., 2012).

Su logro central fue extender a todos los ciudadanos la seguridad social, buscando corregir las fallas estructurales de cobertura, y mejorar la equidad bajo el principio de solidaridad, que se representa en la contribución que las personas con capacidad de pago hacen para amparar a las personas que no disponen de recursos. Se enfoca en la eficiencia y la calidad, facilitando el acceso a la atención en salud y desarrollando mecanismos y estrategias para atender a la población de escasos recursos.

Algunos estudios muestran resultados positivos en cobertura, acceso de la población a servicios, protección financiera, salarios y otros logros significativos como los que se presentan a continuación:

- Avances importantes en el crecimiento de la expectativa de vida y la reducción de la mortalidad en general, con énfasis a los objetivos del milenio y reducción en los tres tipos de desnutrición (aguda, crónica y global).
- La medición de carga de la enfermedad permite inferir la situación de salud en el transcurso de la vida y hacer estimaciones comparativas.
- Avances en lo relacionado con cobertura, acceso y equidad.
- Expansión en la oferta nacional de los servicios de salud, con crecimiento predominante en el sector privado y en el segmento de mayor complejidad tecnológica.

- La mayor protección financiera ha posibilitado un efecto de mayor acceso, derivado de la eficiencia en la respuesta de los servicios de salud.
- El sistema obtiene los mejores resultados del continente en la combinación de reducción de riesgo financiero y acceso a servicios hospitalarios de alta complejidad (Wagstaf et al., 2015)
- Aunque hay obsolescencia tecnológica en el primer nivel y reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel, es innegable el crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad, con una amplia participación de la oferta privada sobre la oferta pública.

Sin embargo, la eficiencia en salud puede afectarse cuando hay fallas en la gobernanza y los actores desvían deliberadamente los recursos en salud para su interés particular. La corrupción en la salud no solo afecta los aspectos financieros, sino que puede afectar la calidad de los bienes y servicios, socaba la confianza en las instituciones, el acceso a la atención y la equidad en los cuidados, y termina afectando la posibilidad de una vida saludable para toda la población. En un estudio del año 2013 realizado por la Comisión Europea se evaluó la percepción de los usuarios frente a si creían que el sector de la salud es corrupto o muy corrupto, observándose lo siguiente: el promedio global para 103 países fue de 45%, el promedio de la OCDE para 28 países fue de 34%, y el promedio de Latinoamérica y el Caribe para 12 países sorpresivamente varió entre el 63% en Colombia —con el porcentaje mayor— y el 22% en Jamaica, con el menor porcentaje, para un promedio general para la región del 42% (OECD, 2017, p. 268).

Además, persisten problemas de equidad en la atención, en provisión de servicios, en el acceso a algunos servicios de atención (consultas ambulatorias, atención de urgencias y hospitalizaciones), así como del modelo de atención, que no se centra en los servicios esenciales, con enfoque a la prevención primaria y promoción de la salud (Agudelo Calderón et al., 2011; García-Ubaque et al., 2012).

Sobre este aspecto, la OMS ha llamado la atención a sus países miembros para que desarrollen políticas, estrategias y planes nacionales para garantizar cobertura universal en salud a su población, para mejorar los resultados en salud, apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y solucionar otros problemas de salud prioritarios, fortaleciendo la Atención Primaria de Salud, buscando que la atención esté centrada en las personas, que la misma haga énfasis en la salud pública, e incluya en la respuesta a otros sectores de la

sociedad con responsabilidades en el abordaje de los determinantes sociales de la salud (World Health Organization, 2021).

Para el organismo de referencia mundial del sector salud, los propósitos a perseguir para mejorar los sistemas de salud son los siguientes (World Health Organization et al., 2018):

1. Garantizar una fuerza laboral sanitaria de alta calidad.
2. Garantizar la excelencia en todos los centros de atención sanitaria.
3. Garantizar el uso seguro y eficaz de medicamentos, dispositivos y otras tecnologías.
4. Garantizar el uso eficaz de los sistemas de información sanitaria.
5. Desarrollar mecanismos de financiación que apoyen la mejora continua de la calidad.

En una posterior publicación la OMS señaló además los siguientes objetivos para fortalecer los sistemas de salud y lograr la cobertura universal en salud (Organización Mundial de la Salud et al., 2020):

1. Reducir el daño a los pacientes
2. Mejorar la eficacia clínica de los servicios de salud prestados.
3. Comprometer y empoderar a los pacientes, las familias y las comunidades.
4. Desarrollar la capacidad sistémica para actividades de mejora continua de la calidad.
5. Fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas.

2.2 Hay que enfrentar la deshumanización del sistema de salud

A pesar de los avances logrados hay múltiples discusiones frente a las brechas, que cada vez son más visibles, frente a la consolidación del objetivo del SGSSS, y se refieren a la equidad, el aumento del gasto y la calidad del servicio.

Se discute que el modelo planteado excluye a las personas para la atención e incluye a las enfermedades; que hay debilidad en buscar resultados en salud, o de lograr una prestación de servicios de salud en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución; y que la fórmula de un mercado de servicios de salud no aplica en salud, ya que el consumo de servicios no resulta de interés cuando la persona no está enferma (Franco Agudelo et al., 2007; García-Ubaque et al., 2012).

Se plantea también que las problemáticas parten de una mirada simplista de la economía y de su aplicación en el campo de la salud, convirtiendo los servicios

de salud en un negocio rentable, que ha imposibilitado una regulación extensiva, de acuerdo con el interés de las personas y con el goce efectivo del derecho fundamental de la salud de toda la población, bajo la responsabilidad social de todos los actores. Desde esta perspectiva se argumenta que el mercado funciona mejor que el Estado y que se debe evitar su intervención.

Si se entiende que la salud es un servicio esencial y un derecho fundamental, se considera que hay una falla en el mecanismo del mercado, pues las estrategias de contención de costos por las EPS muestran que los incentivos en el sistema actual llevan a estas a maximizar sus ingresos en el corto plazo (García-Molina & Chicaíza-Becerra, 2010).

Las fallas del mercado a nivel organizacional exponen a las personas a excesivos trámites administrativos, al personal de salud a atender una gran cantidad de personas en tiempo limitado, lo cual puede llegar a ocasionar atención inadecuada desde lo ético y desde la calidad.

La fragmentación del ser humano y del trabajo multidisciplinario, por órganos, por enfermedad o por trámites o requerimientos administrativos conduce a que se disemine o se pierda de vista la integralidad de la persona, de las relaciones interpersonales y del trabajo en equipo. Así mismo, se afecta negativamente la sensibilidad humana, el cuidado, la solidaridad, el trato, la gestión, el respeto, la autonomía de la persona y su familia, en su proceso de salud.

Según un estudio auspiciado por la OPS (Báscolo et al., 2020), con base en las encuestas de hogares con las que se miden las barreras de acceso a los servicios de salud en las Américas, determinó que, en promedio una tercera parte de las personas en los países (29,3%), reportó no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso. Además, entre las personas que reportaron no buscar atención, el 17,2% lo atribuyó a barreras organizativas (largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas, requisitos administrativos engorrosos); las barreras financieras fueron reportadas en el 15,1% de los casos, la disponibilidad inadecuada de recursos (falta personal de salud, medicamentos e insumos) en el 8,4% de los casos, y las barreras geográficas en el 5,4% de los casos. El 8,0% atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad (lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud o maltrato por parte del personal y preferencia por la medicina tradicional e indígena). Las personas en el quintil de riqueza más pobre fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y de falta de disponibilidad de recursos.

Esto se ve reflejado en el uso del mecanismo constitucional de la tutela, que se viene incrementando paulatinamente. En el informe del año anterior se observó una tasa 4,50 de tutelas por cada 1.000 habitantes y de 4,75 de tutelas por cada 1.000 afiliados con un incremento bruto del 0,94 en la tasa por 1.000 afiliados y de 0,71 por 1.000 habitantes con respecto al 2023. Del total de 237.210 tutelas, el 87,46% corresponde a tutelas interpuestas a EPS, el 11,59% a IPS y el 0,95% a entidades territoriales (Oficina de Calidad, 2024).

Los tres problemas jurídicos más representativos fueron la falta de oportunidad de los servicios (40,9%), no prestar los servicios implícitamente incluidos en el plan de beneficios (18,7%), y la no autorización de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios (13,6%). Casi un 80% de las tutelas estaban relacionadas con servicios ya financiados por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), mientras que el restante corresponde a prestaciones no incluidas dentro de dicha cobertura.

De otra parte, se observa escasa participación de la ciudadanía en la adopción de lineamientos, falta de información, condiciones inadecuadas en la infraestructura y en el aseo, carencia de dotación y sobreocupación, que afecta la dignidad e integridad de las personas en los servicios de salud en instituciones públicas, privadas y mixtas.

También hay inestabilidad en la vinculación laboral de los trabajadores del sector, inadecuada remuneración, personal insuficiente en los equipos de salud asistenciales y administrativos, jornadas extenuantes de trabajo, acoso y sobrecarga laboral que generan desgaste en los profesionales (Burnout), lo cual incide en su desempeño profesional, en su calidad del trabajo y en un posible maltrato hacia las personas y sus familias (Hoyos Hernández et al., 2008).

Si bien no son una brecha propia del sector salud, las falencias de los componentes formativos del personal de la salud y de la ciudadanía también tienen una implicación directa sobre la calidad de este y los servicios que presta.

La academia, al enfocar más su propuesta formativa en los aspectos técnico-científicos y tecnológicos, está contribuyendo a que el personal de salud se desentienda de la relación con la persona (Haidet et al., 2002).

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

2.3 La calidad y la humanización en salud son un imperativo legal en Colombia

La jurisprudencia actual y la ley consideran el derecho a la salud como un elemento estructural de la dignidad humana (Sepúlveda Sepúlveda, 2023).

Inicialmente, la Constitución Política de Colombia señaló que *"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado"*, y que corresponde a este *"(...) 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"* (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

De otro lado, la ley Estatutaria en Salud establece que el Derecho a la Salud implica *"(...) el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud"* y que, *"(...) su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado"* (Congreso de Colombia, 2015).

Por último, la ley 1438 de 2011, que reformó el SGSSS, tiene como objeto *"(...) el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país"* (Congreso de Colombia, 2011).

Dicha ley estableció como principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la **calidad**, definiendo que *"Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada"*. Así mismo, definió **la igualdad** como *"El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños"*, y la **corresponsabilidad** en el sentido en que *"Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y*

cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio” (subrayados fuera de texto). Esto significa, ni más ni menos, que rescatar esta dimensión de la atención en salud —la humanización— como un elemento central para mejorar los resultados en salud no solo es necesario sino urgente.

3 OBJETIVOS

3.1 General

Incorporar a los procesos de atención en salud en Colombia un enfoque integral que comprometa a los actores en salud con una ejecución inteligente, armónica y ética, de habilidades intrapersonales, interpersonales, espirituales y profesionales, que garanticen la realización y puesta en práctica de unas instituciones virtuosas, mediante un conjunto de reglas constitutivas y regulativas, estándares y directrices, para que el cuidado de las personas, sus familias y comunidades les permita mantener una vida saludable.

3.2 Específicos

1. Fortalecer las competencias intrapersonales, interpersonales, espirituales y profesionales del talento humano en salud, para que brinde una atención en salud centrada en las personas, sus familias y la comunidad.
2. Implementar normas, estándares y lineamientos que orienten el funcionamiento de instituciones de salud virtuosas, comprometidas con la humanización de la calidad de la atención en salud.
3. Fomentar la corresponsabilidad de los actores del sistema de salud en la construcción de entornos saludables para personas, familias, comunidades y el talento humano en salud, mediante prácticas colaborativas y sostenibles.

4 EJES ESTRATÉGICOS

Los ejes estratégicos son los pilares conceptuales que nacen de las necesidades, principios y enfoques los cuáles sustentan la política pública, y orientan las estrategias y acciones de esta.

Los ejes estratégicos para la Política Nacional de Humanización en Salud son:

- Cuidados de la atención en salud centrados en las personas, sus familias y su comunidad
- Ética comunicativa
- Legitimidad en salud
- Investigación e innovación

4.1 Eje 1. Atención y cuidados en salud centrados en las personas, sus familias y su comunidad

La realidad humana es una dinámica de relaciones, paterno-materno-infantiles, filiales y comunitarias. Al encontrarse con el mundo, en las primeras etapas de la infancia, los humanos desarrollan una intuición de los daños que pueden sufrir, y también, de los daños que pueden hacerle a los demás. Además, aprenden a beneficiarse accediendo a los cuidados que les brinden y a los que pueden brindar. De esta manera, la experiencia del daño es coemergente con la experiencia de los cuidados tanto para ellos, como para su familia y su comunidad.

4.1.1 Línea operativa de “Gobernanza de la calidad y humanización”

Esta línea abarca las acciones para promover la participación democrática de todos los actores, en el esclarecimiento de las necesidades en salud y la coordinación de acciones encaminadas a mejorar la calidad y la humanización de la atención, para alcanzar una vida saludable.

4.1.1.1 Acciones de la línea operativa

- Crear una instancia colegiada para la gobernanza de la calidad y la humanización en salud con participación de los integrantes del sistema de salud y los usuarios.
- Realizar periódicamente espacios de rendición de cuentas con los actores del territorio, a partir de los resultados de la analítica de datos cuantitativos y cualitativos basados en la evidencia.
- Hacer partícipe a organizaciones ciudadanas de los análisis de la calidad de la atención en salud y de los espacios de rendición de cuentas, para definir estrategias de mejoramiento.
- Entrenar a todos los actores en salud para que desarrollen habilidades éticas orientadas a la búsqueda de una vida saludable como bien común, y las apliquen en la toma de decisiones.

- Incorporar a las conductas coordinadas de todos los actores en salud, unos componentes morales que surjan de su habilidad ética, de forma que sus decisiones estén orientadas al bien común y al goce del derecho a la salud.

4.1.2 Línea operativa de “Comunicación solidaria constructiva”

Dado que la comunicación es coordinación conductual, toda actividad colectiva, necesariamente se realiza y se pone en práctica mediante acciones comunicativas. La persona, su familia y su comunidad, crecen y se desarrollan comunicándose.

De ahí que, una comunicación solidaria constructiva orienta como identificar las necesidades de las personas para brindarles los cuidados y el apoyo en los que se funda la supervivencia de la especie humana, en condiciones de vida saludable. Las acciones de esta línea buscan fortalecer esa habilidad.

4.1.2.1 Acciones de la línea operativa

- Promover que, dentro de las acciones de educación en salud dirigidas a las personas, sus familias y su comunidad, se incluya el entrenamiento para ejercer una comunicación solidaria constructiva entre ellos y con los integrantes del sistema de salud.
- Incorporar en los planes de capacitación del sistema de seguridad y salud en el trabajo, el entrenamiento en habilidades comunicativas, relacionales y conversacionales.
- Implementar prácticas educativas y de formación para el entrenamiento del talento humano en salud en habilidades comunicativas, relacionales y conversacionales.

4.2 Eje 2. Ética comunicativa

Es la aplicación de la habilidad para responsabilizarnos de nuestros compromisos morales frente a toda acción comunicativa, entendida como coordinadora de acciones en salud, con un lenguaje claro, confiable y enriquecedor. La acción comunicativa crea los espacios necesarios para el ejercicio racional de los aspectos morales que guían los comportamientos. Sujeto moral es el que constituye el mundo de la disposición-acción para constituir en el otro a un legítimo otro en convivencia, y puede derivarla hacia la observación cuidadosa de sus necesidades y a la elaboración de unas directrices que guíen la realización

de los cuidados necesarios para que esos “otros” puedan alcanzar unas vidas saludables.

4.2.1 Línea operativa de “Hospitalidad”

Esta línea busca acciones de acogimiento entre todos los actores en salud para brindarse cuidados y apoyo mutuo de maneras protectoras y amables, con el propósito de alcanzar para todas las personas una vida saludable.

4.2.1.1 Acciones de la línea operativa

- Desarrollar lineamientos para que los integrantes del sistema de salud adopten estrategias institucionales basadas en la evidencia, que mejoren la humanización durante la atención en salud.
- Promover la formación y desarrollo de habilidades para el cuidado, en el talento humano del sector.
- Fomentar en las instituciones del sector salud la existencia de equipos o líderes cuya función básica sea la promoción de una cultura institucional humanizada, y la creación de entornos humanizados³.
- Identificar, evaluar, reconocer, y divulgar las mejores prácticas humanizantes del país, desarrolladas por los integrantes del sistema de salud para la atención en salud.

4.2.2 Línea operativa de “Profesionalismo”

Las acciones de esta línea buscan el rigor y la pulcritud técnico-científica y moral en el uso de los conocimientos informados necesarios para el ejercicio de los roles en salud. Así mismo, el entrenamiento para el desarrollo de las habilidades humanísticas y técnico-científicas requeridas para la realización de las prácticas en la atención en salud.

4.2.2.1 Acciones de la línea operativa

- Establecer directrices y estándares para la atención humanizada en salud, que orienten a los integrantes del sistema de salud pero que permitan a los profesionales la discrecionalidad necesaria para actuar de manera flexible y creativa.

³ Los entornos humanizados se refieren a espacios diseñados y adaptados para promover el bienestar, la comodidad y la dignidad de las personas que los habitan o utilizan. Implican considerar aspectos físicos, emocionales, sociales y culturales, más allá de lo puramente funcional o estético (Ceballos Casas et al., 2020, p. 17).

- Desarrollar lineamientos para que los integrantes del sistema de salud incorporen en sus modelos de atención prácticas y herramientas probadas a nivel nacional o internacional, que mejoren la humanización durante la atención en salud y los resultados en salud.

4.3 Eje 3. Legitimidad en salud

Para Ángela Uribe, PhD, la legitimidad en el uso público de una razón se funda en el hecho de que aquel que la promulgue por lo menos él este creyendo firmemente en ella (Uribe Botero, 2002). La legitimidad en salud, entonces, es el proceso de validación por parte de los actores en salud, con sus distintas visiones del mundo, para participar, mediante una disposición-acción solidaria, para realizar un consenso constructivo en la elaboración y puesta en práctica de la política de humanización en salud.

4.3.1 Línea operativa de “Conciencia de colectividad en salud”

Consiste en tener una didáctica orientada, mediante la acción voluntaria individual y colectiva, a la reconciliación solidaria y reparadora de las relaciones constructivas entre los actores del sistema de salud.

4.3.1.1 Acciones de la línea operativa

- Promover la formación del talento humano en salud para efectuar actividades de colectividad en salud, es decir, de aquellas que tienen como fin que actúen como un conjunto de personas concertadas para un fin, que cooperan y se autorregulan de forma justa, y buscan una calidad en salud humanizada.
- Identificar y divulgar experiencias sobre colectividad en salud desarrolladas por los integrantes del sistema de salud, que hayan demostrado mejorar las relaciones constructivas entre las personas y entre las instituciones.

4.3.2 Línea operativa de “Pensamiento filosófico-científico”

Consiste en la utilización de mecanismos de validación de razones filosóficas y científicas, para legitimar prácticas en salud.

4.3.2.1 Acciones de la línea operativa

- Promover la formación del talento humano en salud sobre prácticas que articulen el pensamiento filosófico-científico y los procedimientos de la

atención en salud, como apoyo en la toma de decisiones, pero con una clara conciencia de sus límites frente a la dignidad humana.

- Promover el análisis de casos clínicos desde múltiples perspectivas (científica, ética, social, etc.), con la participación del paciente como co-constructor de su cuidado, de manera que se puedan reconocer barreras a la atención en salud y tomar decisiones frente a ellas.

4.4 Eje 4. Investigación e innovación

Corresponde a la necesidad del mejoramiento continuado en el conocimiento y creación de avances técnico-científicos y humanísticos orientados a sortear los obstáculos que nos dificulten alcanzar para todas las personas unas vidas saludables.

4.4.1 Línea operativa de “Mejoramiento continuo en salud”

Promueve impulsar la investigación y la innovación en las prácticas y los modelos de atención en salud incorporándoles los avances en el campo del conocimiento y el desarrollo humanístico y tecnológico en salud.

4.4.1.1 Acciones de la línea operativa

- Promover la adopción de programas o proyectos colaborativos o de tutoría entre instituciones acreditadas o con reconocimientos por la calidad de sus servicios, e instituciones que quieran mejorar la calidad y la humanización de la atención en salud.
- Actualizar el Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS) con un módulo sobre Humanización en Salud.
- Promover el desarrollo de investigaciones para conocer los efectos de los nuevos desarrollos humanísticos y tecnológicos en salud, sobre una atención humanizada en salud.

5 MECANISMO DE SEGUIMIENTO

El seguimiento es “(...) un instrumento de gestión y de política que permite revisar en forma periódica los aspectos sustantivos de las políticas, programas y proyectos para optimizar sus procesos, resultados e impactos. Por eso, constituye un insumo indispensable para la gestión administrativa y estratégica de una iniciativa pública” (Di Virgilio & Solano, 2012).

En muchas publicaciones el seguimiento se usa como sinónimo del monitoreo, que se entiende como “(...) *la recopilación o recogida sistemática de datos (sobre indicadores especificados u otros tipos de información). Proporciona a los administradores y otras partes interesadas de una intervención indicaciones sobre el avance de la ejecución, el logro de los resultados previstos, la concurrencia de resultados imprevistos, la utilización de los fondos asignados y otra información importante relacionada con la intervención y el contexto*” (OECD, 2023, p. 44)

Para el seguimiento de la PNHS, se implementará un proceso de monitoreo a las metas establecidas y al comportamiento de los indicadores seleccionados, con el propósito de analizar la evolución de la calidad de la atención humanizada en salud en el país. Para ello, se utilizarán preferiblemente indicadores del Sistema de Información para la Calidad, del Observatorio de Talento Humano en Salud o los que se puedan obtener o construir a partir de las fuentes existentes en la Oficina de Calidad, en el SISPRO o en otras fuentes disponibles en el MSPS, así como otras herramientas que permitan medir el nivel de ejecución de la política y el cumplimiento de las metas.

Este seguimiento o monitoreo se realizará acorde con la periodicidad establecida en el plan de acción, y con análisis desagregados en los niveles que sean necesarios acorde con el alcance de las acciones. La información del seguimiento del plan se usará para alimentar la evaluación de resultados de la política, identificar brechas frente a las metas planteadas y tomar decisiones para ajustar su ejecución. El liderazgo del seguimiento y análisis estará a cargo de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, pero sus diferentes dependencias concurrirán acorde con sus competencias y responsabilidades. Para el reporte de los indicadores se empleará el aplicativo MiGestión.

6 MECANISMO DE EVALUACIÓN

La evaluación es una “*valoración sistemática y objetiva de una intervención planificada, en curso o concluida, su diseño, su puesta en práctica y sus resultados. El objetivo es determinar la pertinencia, coherencia, eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad. Evaluación también se refiere al proceso de determinar el valor o la trascendencia de una intervención. Una evaluación deberá proporcionar información creíble y útil, que permita incorporar las enseñanzas aprendidas en el proceso de toma de decisiones*” (OECD, 2023, p. 31).

Para la PNHS se propone realizar una evaluación de medio término al completarse cuatro años a partir de la implementación, lo cual permitirá valorar los avances, dificultades, ajustes y contribuciones al logro de los objetivos, así como insumos para reorientar las estrategias y acciones. También se hará una evaluación final, al completarse los 10 años de implementación, que permitirá una valoración integral de la pertinencia, resultados e impacto de la política, así como del grado de articulación logrado con otras políticas sectoriales y nacionales.

Las evaluaciones antes mencionadas, estarán basadas en los indicadores seleccionados a partir de las fuentes descritas en el numeral anterior, pero pueden también nutrirse de estudios cualitativos, cuantitativos o con metodologías mixtas, de forma que se obtenga información útil que no esté disponible a través de los métodos rutinarios de recopilación de datos.

Esta evaluación se realizará siguiendo el procedimiento GPPP04 *"Elaboración de estudios sectoriales y evaluaciones de política pública en salud del Ministerio de Salud y Protección Social"*, y el documento GPPG01 *"Guía para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas en el Ministerio de Salud y Protección Social"*, vigentes a la fecha de ejecución del ejercicio.

7 BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Faneite, S. F. (2023). Los enfoques de investigación en las Ciencias Sociales. *Revista Latinoamericana Ogmios*, 3(8), 82–95. <https://doi.org/10.53595/rlo.v3.i8.084>
- Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817–2828. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110020>
- Alexander, F. M. (2008). *La constante universal de la vida*. La Liebre de Marzo.
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Imprenta Nacional.
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>
- Botero Cadavid, J. J., Díaz, J. A., Flórez, A., Holguín, M., Meléndez, R., Ramos Arenas, J., Cardona, C. A., & Castañeda, F. (2020). *El pensamiento de L. Wittgenstein —una presentación—* (J. J. Botero, Ed.; 2nd ed.). Editorial Aula de Humanidades, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas.
- Botero, J. J., Mejía Quintana, Ó., Cepeda, M., Uribe, Á., Arango, R., Cortés, F., & Hernández, A. (2005). *Con Rawls y contra Rawls: una aproximación a la filosofía política contemporánea*. Universidad Nacional de Colombia.
- Botero López, C. A., Rendón Torres, L. B., & Herrera Giraldo, A. C. (2012). La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad? *Revista Médica de Risaralda*, 18(2), 183–184. <http://www.proesa.org.co>.
- Ceballos Casas, M. A., Caicedo Bucheli, M. A., Cardozo Duarte, M., Flores Díaz, G. D., Mopán Chito, P. A., Orozco Guerrero, Y. Y., Castro, D., Ortiz, C., Palacios, D., Ballesteros, A., Barrera, S., Bazante, J., Becerra Martínez, M. A., Bolaños Quilindo, M. I., & Patiño Calambas, A. P. (2020). *Humanizar el contexto hospitalario: Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica* (M. A. Ceballos Casas & M. A. Caicedo Bucheli, Eds.; 1st ed.). Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán. <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/view/107/478/6886>

- Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1164, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. Diario Oficial.
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* (Issue 47.957).
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. (Issue 49.427). Diario Oficial.
- Dennett, D. C. (1989). Condiciones de la cualidad de persona. In *Cuadernos de crítica* (Issue 45). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Di Virgilio, M., & Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales* (F. Repetto & S. Waisgrais, Eds.). CIPPEC & UNICEF. <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1415.pdf>
- Elster, J. (1996). *Tuercas y tornillos: una introducción a los conceptos básicos de las ciencias sociales* (A. Bonanno, Trans.; 2nd ed.). Editorial Gedisa S.A.
- Franco Agudelo, S., Arrivillaga Quintero, M., Aristizábal Tobler, C., & Moreno Angarita, M. (2007). *Bioética y salud pública: encuentros y tensiones* (pp. 31–50). Universidad Nacional de Colombia. https://www.researchgate.net/publication/281320201_BIOETICA_Y_SALUD_PUBLICA_ENCUENTROS_Y_TENSIONES
- García-Molina, M., & Chicaíza-Becerra, L. A. (2010). Salud, Estado y mercado. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 38(4), 439–442. [https://doi.org/10.1016/S0120-3347\(10\)84002-X](https://doi.org/10.1016/S0120-3347(10)84002-X)
- García-Ubaque, J. C., García-Ubaque, C., & Benítez, L. F. (2012). Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación. *Revista de Salud Pública*, 14(5), 878–890. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33213>
- Graglia, J. E. (2012). *En la búsqueda del bien común: manual de políticas públicas* (1st ed.). Konrad Adenauer Stiftung. https://www.kas.de/documents/287460/287509/7_file_storage_file_17509_4.pdf
- Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J. C. (2002). Medical student attitudes toward the doctor-patient

- relationship. *Medical Education*, 36(6), 568–574.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x>
- Haidt, J. (2019). *La mente de los justos: porqué la política y la religión dividen a la gente sensata* (A. García Maldonado, Trans.; 1st ed.). Editorial Planeta S.A.
- Hoyos Hernández, P. A., Cardona Ramírez, M. A., & Correa Sánchez, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación En Enfermería*, 26(2), 218–225.
<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447004.pdf>
- Hoyos Vásquez, G. (1996). *Derechos humanos, ética y moral* (2nd ed.). Corporación S.O.S. Colombia.
- Lakoff, G. (2008). *Puntos de reflexión: manual del progresista* (J. Wells, Trans.; 1st ed.). Ediciones Península.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Decreto número 780 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"* (p. 985).
<https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/decreto-unico-minsalud-780-de-2016.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Resolución 256, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016c). *Resolución 0429, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Naciones Unidas. (2019). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*.
<https://repositorio.cepal.org/entities/publication/5bd13e17-8ccf-40b1-b1ff-805a48225b2b>
- Naciones Unidas: Asamblea General. (2019, October 10). *Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal*.
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/88/PDF/N1931188.pdf?OpenElement>

- OECD. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- OECD. (2023). *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-based Management in Sustainable Development (Second Edition)* (2nd ed.). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/632da462-en-fr-es>
- Oficina de Calidad. (2024). *Informe de Tutelas en Salud 2023: Orden trigésima de la sentencia T-760/08*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-salud-2023-orden-trigesima-sentencia-T-760-2008.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud: Glosario* (1st ed.). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OCDE, & Banco Mundial. (2020). *Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. <https://iris.who.int/handle/10665/340027>
- Randall P., E., Tianxu, C., & Calvin E., L. (2014). Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries. In *Working Papers Series* (Vols. wp2014-010). Boston University - Department of Economics. https://blogs.bu.edu/ellisrp/files/2013/04/2013_EllisChenLuscombe_Comparisons_EHE_20130425b.pdf
- Sepúlveda Sepúlveda, Y. (2023). *Revisión jurídica y apoyo a la oficina de calidad en el marco de las estrategias de mejoramiento continuo de la calidad en salud*.
- Sierra Mejía, R. (2008). *La crisis colombiana. Reflexiones filosóficas* (1st ed.). Universidad Nacional de Colombia.
- UN Economic and Social Council. (2000). *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>
- Uribe Botero, Á. (2002). Berito Cobaria: ¿El otro de la inclusión discursiva? . In R. Sierra Mejía & A. Gómez-Müller (Eds.), *La filosofía y la crisis colombiana* (1st ed.). Distribuidora y Editora Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A.
- Varela, F. (1996). *Ética y acción* (C. Santa Cruz, Trans.). Dolmen Ediciones S.A.

- Wagstaf, A., Cotlear, D., Hoang-Vu Eozenou, P., & Buisman, L. R. (2015). *Measuring progress towards Universal Health Coverage: With an application to 24 developing countries*. <https://documents1.worldbank.org/curated/pt/917441468180851481/pdf/WPS7470.pdf>
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*. <https://iris.who.int/handle/10665/155002>
- World Health Organization. (2021, July 6). *Supporting national health policies, strategies, plans*. <https://www.who.int/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=Supporting%20national%20health%20policies%2C%20strategies%2C%20plans&wordsMode=AnyWord>
- World Health Organization, OECD, & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>