



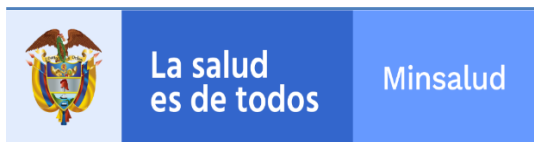
**La salud
es de todos**

Minsalud

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

**“Entretejemos Esfuerzo en la Construcción de la Cultura
de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la
Salud y la Dignidad Humana”
2021-2031**

**“Una Política Pública con Valor y Sentido Humano”
Ministerio de Salud y Protección Social
Oficina de Calidad
Bogotá D.C., 2020**



FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALEXANDER MOSCOSO
OSORIO
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

MARÍA ANDREA GODOY CASADIEGO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BUSTOS BERNAL
Secretario General

GERMAN ESCOBAR MORALES
Jefe Oficina de Calidad



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

“Una Política Pública con Valor y Sentido Humano”

Agradecimientos a los diferentes participantes del sector salud y otros sectores convocados, como : Empresas Sociales del Estado (ESE), Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas, Entidades Territoriales de Salud departamentales, municipales y distritales, veedurías ciudadanas, arquidiócesis, organizaciones representante de paciente, así mismo, Universidades públicas y privadas, el SENA, entre otros; A los agentes convocados a través de los Nodos de Humanización de Bogotá, Cundinamarca, Ibagué y Cauca en el periodo comprendido 2017-2018, los cuales, contaron con la participación de 674 personas de 187 organizaciones del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía, que gracias al trabajo participativo-colaborativo, al compromiso, voluntad y liderazgo aportaron a la sociedad en la construcción de la “Política Pública Con Valor y Sentido Humano”. A cada uno de ustedes: **GRACIAS.**

Participantes, 2.476 personas de organizaciones, en eventos de socialización, sensibilización y capacitación que se desarrollaron en las ciudades de:

- Bogotá D.C, Secretaría Distrital de Salud Programa de Capacitación y Sensibilización “Abordaje Integral a la Población Víctima de Violencias, en el Marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud y la Humanización de los Servicios de Salud”.
- Bogotá D.C, Gobernación de Cundinamarca Secretaria de Salud, Semana de la Calidad 2019.
- Valledupar Cesar, Gobernación del Cesar Primer Congreso de Humanización en Salud, “Un Reto para Vivirlo”.
- Bogotá D.C, ACEHR – Oficina de Calidad Minsalud, Foro Humanización 2019, “La Humanización en Todos y Todos por la Humanización en Salud”.
- Bogotá D.C, Secretaria de Salud de Cundinamarca Programa de Capacitación Calidad y Humanización.
- Chinchiná Caldas, Centro de Bienestar y Protección Social del Adulto Mayor de VERDUM – Minsalud, Asistencia Técnica Protección Social del Adulto Mayor “Principio Central en la Atención en los Departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda”.
- Bogotá, ICONTEC, VII Foro Nacional de Acreditación en Salud “Hacia un Enfoque Integral de la Humanización de los Servicios de Salud”.
- Bogotá D.C, ACEHR – Pacientes Colombia, Foro de Humanización 2020 ‘La Humanización Una Herramienta Indispensable en Tiempos de Pandemia”.
- Bogotá D.C, Oficina de Calidad Ministerio de Salud, IV Foro Nacional de Calidad en el Sector Salud Experiencias significativas de Humanización en UCI en tiempos de COVID-19.
- Bogotá D.C, Dependencia de Promoción y Prevención de la Enfermedad Minsalud – ASCON, Webinars Atención Integral del Recién Nacido - Humanización en la Atención Materno Neonatal



EQUIPO TÉCNICO COLABORATIVO MINSALUD

John Edward Cruz Molina
Oficina de Calidad
Ministerio de Salud y Protección
Social

Fabián Ricardo Villacis Recalde
Promoción Social
Ministerio de Salud y Protección
Social

Lesly Carolina Ruiz Parra
Promoción Social
Ministerio de Salud y Protección
Social

Edgar Fernando Munar
Talento Humano en Salud
Ministerio de Salud y Protección
Social

Silvia Lorena Mora Villa Roel
Talento Humano en Salud
Ministerio de Salud y Protección
Social

Laura Milena Múnera Restrepo
Grupo de Gestión Integrada -
Salud Mental
Ministerio de Salud y Protección
Social

EQUIPO TÉCNICO COLABORATIVO EXTERNO

Olga Janneth Gómez
Directora Extensión
Universitaria
Universidad Nacional de
Colombia.

Daniel Yamid Domínguez Valenzuela
Administrador Hospitalario
ESENCIAL IPS.

Dora Helena Fino Sandoval
Ginecobstetra
Independiente

Luis Ángel Parra Garcés
Psicólogo Asesor
Independiente

Nayibe Bueno Gómez
Profesional Universitario
Secretaría Distrital de Salud

Ángela Cristina Velásquez Carrascal
Planeación - Salud Pública
Secretaría de Salud
Departamental del Cesar

Jairo Antonio Pérez Cely
Coord. Departamento de
Cuidado Crítico - Líder de
Humanización - Docente
Hospital Universitario Nacional
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de
Colombia

Hermana María Inés Delgado
Directora Asociación
Colombiana de Enfermos
Hepáticos y Renales
Vocera Movimiento Social
Pacientes Colombia

Gloria Sofía Rodríguez Delgado
Asesora Proyectos de Salud
Asociación Colombiana de
Enfermos Hepáticos y
Renales

Diana Marcela Rincón Montoya
Referente de Humanización
Secretaría de Salud de
Cundinamarca

Oscar Fabián Ramírez Torres
Profesional de Calidad
Secretaría de Salud de
Cundinamarca

Guillermo Alberto León García
Gerente
ESE Nuestra Señora del
Carmen Tabio

Natalia Carolina Agudelo Correa
Medica Líder Programa
Maternidad Segura y Salud
ESE Nuestra Señora del
Carmen Tabio

Anunciación Cabrera Velandia
Líder Parto Humanizado
ESE Hospital San Francisco
de Gacheta Cundinamarca
ESE Hospital Pedro León
Álvarez Díaz de La Mesa
Cundinamarca

Ingrid Horta
Grupo de Humanización
Hospital Militar Central



EQUIPO COLABORATIVO REDACCIÓN Y CORRECCIONES GRAMATICALES

Luis Ángel Parra Garcés

Psicólogo Asesor
Independiente

John Edward Cruz Molina

Oficina de Calidad
Ministerio de Salud y
Protección Social

Daniel Yamid Domínguez

Valenzuela
Administrador Hospitalario
ESENCIAL IPS

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A los 925 participantes del Modelo de Asistencia Técnica en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, liderado por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud en su primera fase a diez Entidades Territoriales de Salud (ETS) priorizadas: Caldas, Cauca, Huila, Magdalena, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima, y Valle del Cauca; así como a las IPS y EPS convocadas; de igual manera, a todos los participantes de la Mesa de Trabajo de la Política Nacional de Humanización en Salud; a los equipos humanos de las diferentes dependencias del Minsalud como: Oficina de Promoción Social, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Prestación de Servicios y Atención Primaria, Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Grupo de la Cultura de la Seguridad Social del Viceministerio de la Protección Social, Grupo de Atención al Ciudadano; y al equipo humano de la Oficina de Calidad del mismo Ministerio.



Contenido Política Nacional de Humanización en Salud

Abreviaturas.....	8
1. GLOSARIO	10
2. PRESENTACIÓN	15
3. INTRODUCCIÓN.....	17
4. JUSTIFICACIÓN	20
5. MARCO REFERENCIAL	29
5.1 Un Acercamiento al Aseguramiento en Salud	29
5.2 Ser Humano	32
5.3 Humanismo y Modelos de Atención Centrada en la Persona	32
5.4 Humanización en Salud.....	41
6 ANALISIS SITUACIONAL CON ROSTRO HUMANO	50
6.1 El Derecho a la Salud	51
6.2 Calidad en el Sector Salud	54
6.3 Evaluación de las Personas a los servicios de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ..	56
6.4 Prueba Piloto Nodo de Humanización Materno y Perinatal Ministerio de Salud y Protección Social – Determinantes Humanización	58
6.5 La Voz de los Personas.....	62
6.6 Derecho a la Salud a los servicios de urgencias de IPS.	63
7. MARCO NORMATIVO.....	66
8. ENFOQUES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD.....	76
9. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD	83
10. PRINCIPIOS Y VALORES DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION.....	87
11. PROPOSITO DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION.....	90
12. ALCANCE DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION	91
13. OBJETIVOS GENERALES DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION.....	92
14. PILARES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD	93
15. EJES, ESTRATEGIAS, OBJETIVOS Y ACCIONES DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD.....	96
15.1 EJE 1. El fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud.....	97
15.1.1 Estrategia 1. Fortalecimiento de la atención humana, acogimiento y sentido de servicio de los agentes del sector salud.....	98
Objetivo	98
15.2 EJE 2. La consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía.....	99
15.2.1 Estrategia 1. Conformación y activación de Nodos Departamentales y Red Colaborativa de Humanización.....	100
Objetivo	100
15.2.2 Estrategia 2. Desarrollo de iniciativas que favorezcan la transferencia de conocimiento a través de los avances significativos en humanización entre las entidades de salud.....	100



Objetivo	100
15.3 EJE 3. El empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía	101
15.3.1 Estrategia 1. Impulsar en el buen gobierno, lineamientos organizacionales o relacionados que favorezca la Cultural Colaborativa de la Humanización en Salud	102
Objetivo	102
15.3.2 Estrategia 2. Formación de Forjadores de Humanización en la construcción de la cultura organizacional	103
Objetivo	103
15.4 EJE 4. La formación y organización de escenarios de opinión que contribuyan a fortalecer las capacidades y habilidades de humanización en salud	103
15.4.1 Estrategia 1. Promoción de la formación de humanización en salud.....	104
Objetivo	104
15.5 EJE 5. El fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de Humanización en salud	104
15.5.1 Estrategia 1. Practicas Inspiradoras, Creativas e Innovadoras de Humanización en Salud	105
Objetivo	105
15.6 EJE 6. La formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud	105
15.6.1 Estrategia 1. Transformación Laboral: Dignificando las condiciones del personal del sector salud.....	106
Objetivo	106
15.7 EJE 7. La reorientación hacia modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad	107
15.7.1 Estrategia 1. Gestión centrada en la persona, familia, comunidad y personal de salud ...	107
Objetivo	107
15.7.2 Estrategia 2. Organización de un sistema de registro de situaciones con identificación de causalidades y de agentes del sector salud relacionados	108
Objetivo	108
16. PLAN DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD	108
17. RESPONSABILIDADES DE LOS AGENTES DEL SECTOR SALUD INVOLUCRADOS EN LA GESTION DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN	125
18. DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD	128
19. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD	130
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	131



Abreviaturas

ACEHR	Asociación Colombiana de Enfermos Hepáticos y Renales
APS	Atención Primaria en Salud
CPC	Constitución Política de Colombia de 1991
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ETS	Entidades Territoriales de Salud
ICONTEC	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MAITE	Modelo de Atención Integral Territorial
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MINSALUD	Ministerio de Salud y Protección Social
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNMC	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad
POS	Plan Obligatorio de Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIC	Sistema de Información para la Calidad
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural



SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
SUA	Sistema Único de Acreditación
WBG	World Bank Group

Una Anécdota para reflexionar

Un campesino de mi tierra tenía la costumbre de sembrar semillas de naranjo en los linderos de su finca o al borde de los caminos que por ella pasaban e invitaba a sus hijos a ésta labor.

Un día ellos le preguntaron: Papá, ¿por qué haces eso, si cuando las naranjas maduren la gente se las va a llevar?

Y él les respondió: quienes pasen por aquí podrán cogerlas y calmar su sed como nosotros, además, no se sentirán tentados a saltar la cerca para coger las de adentro.

Siembra para los demás y cosecharás seguridad para ti. Construye con los otros y podrás edificar con dignidad tu ausencia¹.

¹ Luis Ángel Parra, Red Colaborativa de Humanización Minsalud 2019



1. GLOSARIO

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene la persona de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 780 de 2016).

Acción intersectorial: la inclusión de varios sectores, además de la salud, al diseñar e implementar Políticas públicas que buscan mejorar la atención médica y la calidad de vida (WHO, 2015b.).

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

Agentes del Sector Salud: Hace referencia a aquellas personas que tienen una función diferencial en el mismo sector salud, estos son: los ciudadanos afiliados al Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Regímenes Especiales y Excepcionales, afiliados a medicina prepagada, a las personas que no están afiliadas; los proveedores como son: los prestadores de salud, las instituciones que prestan los servicios en salud de naturaleza privada, pública o mixta, proveedores de alimentos, de servicios tercerizados, medicamentos e insumos hospitalarios; las aseguradoras como son: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; las agencias estatales como son: Minsalud, ETS, entes de inspección, vigilancia y control (Ellis R., Chen T., Luscombe C., 2014).

Atención en Salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan la persona en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (Decreto 780 de 2016).

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

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



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

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

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

Autoridades Sanitarias: Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública (Decreto 3518 de 2006).

Calidad de la Atención de 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 (Decreto 780 de 2016).

Complementariedad: Nos plantea que en el otro y lo otro existe algo que enriquece lo que hay en cada uno de nosotros, y que en mi se da algo que contribuye a nutrir, sostener y engrandecer lo que se da en el otro y lo otro nos complementamos.

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

Continuidad: Es el grado en el cual las personas reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (Decreto 780 de 2016).

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

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



Desarrollo de capacidades: Proceso de transformaciones, mediante el cual las personas, las organizaciones a través de sus miembros y la sociedad obtienen, fortalecen y mantienen aptitudes, actitudes, habilidades y condiciones necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo, a partir del reconocimiento de sus necesidades, capacidades, oportunidades y en respeto a la autonomía y función descentralizada local. El desarrollo de capacidades presenta los siguientes niveles de organización: 1. El nivel del entorno social y comunitario donde operan las personas y las organizaciones; 2. El nivel organizacional, referido a la estructura y funcionamiento de las instituciones; 3. El nivel individual donde las personas, el talento humano en salud o de otros sectores y los actores ciudadanos desarrollan conocimientos, habilidades y valores que aportan a la implementación de políticas de salud pública en el territorio (Resolución 518 de 2015).

Empoderamiento: el proceso de apoyar a las personas y las comunidades para que tomen el control de sus propias necesidades y resultados de salud, por ejemplo, en la adopción de comportamientos más saludables o la capacidad de autocontrol de enfermedades (WHO, 2015a.).

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB): EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, a las Entidades Administradoras de Regímenes Especiales y de Excepción, así como el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad. (Decreto 780 de 2016)

Entidades Sanitarias: Entidades del Estado que prestan servicios sanitarios o de sanidad con el propósito de preservar la salud humana y la salud pública (Decreto 3518 de 2006).

Entorno Saludables: Los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. Se caracterizan por tener sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base socio demográfica que pueden ser urbanas o rurales (Lineamiento Nacional de Entornos Saludables de 2016).

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

Interculturalidad: Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios



tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global (Ley 1751 de 2015).

Interdependencia: Nos convoca a tomar consciencia de que el otro y lo otro, son y tienen algo que cada uno de nosotros no es, ni tiene, ni produce y que requerimos para una existencia en estado de bienestar. Somos y tenemos algo que el otro y lo otro, no son ni tienen ni producen y requieren para su existencia y bienestar. Mutuamente dependemos de lo que somos, tenemos, producimos y soñamos para existir a plenitud, como especie y como planeta.

Intervenciones colectivas: Un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio. (Resolución 3280 de 2018).

Nodos Territoriales de Humanización: Hace referencia a la conformación de un grupo de personas con múltiples disciplinas e interinstitucional, que se configura de acuerdo a cada territorio, presenta características similares de la Red Colaborativo de Humanización, es decir, que se desarrolla estrategias en humanización, comparten conocimiento, reflexiones, experiencias, información, con un objetivo común al grupo, de igual manera, agrupa personas que habiten determinado territorio y que sus funciones se relacionen en los temas convocados..

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene la persona de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (Decreto 780 de 2016).

Pertinencia: Es el grado en el cual las personas obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales (Decreto 780 de 2016).

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

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

Promoción de la Salud: Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren



intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos (Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021).

Reciprocidad: Nos habla de ser conscientes de que lo que cada uno siente, piensa, hace y sueña, a mí, al otro y a lo otro, afectan, lo cual se traduce, al mismo tiempo, en ser conscientes de que lo que el otro y lo otro, sienten, piensan, hacen y sueñan, a cada uno de nosotros nos afecta.

Red Colaborativa de Humanización: Se puede entender como la conformación de un grupo de personas, multidisciplinario e interinstitucional que hacen parte de los Nodos Departamentales u otras entidades que han desarrollado estrategias en humanización, en el cual, comparten conocimiento, reflexiones, experiencias, información, con un objetivo común al grupo. Representan los diferentes agentes del sector salud, teniendo en cuenta las diferentes miradas y la responsabilidad de cada agente, que orientan los esfuerzos a conseguir una cultura colaborativa en humanización en salud.

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

Salud Mental: Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS).

Salud Pública: Conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Establece condiciones fundamentales para el ejercicio de la salud pública en Colombia: a) Políticas públicas dirigidas a la salud de la población; b) Acciones individuales y colectivas en salud; c) Función rectora estatal; d) Indicadores de salud, condiciones de vida, bienestar y desarrollo (Ley 1122 de enero de 2007).

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Decreto 780 de 2016).



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

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS): Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Decreto 780 de 2016).

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 (Ley 1164 de 2007).

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”.

2. PRESENTACIÓN

El presente documento de Política Nacional de Humanización en Salud “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana”, hace parte del esfuerzo que viene realizando el Ministerio de Salud y Protección Social orientado a constituir un camino de mediano y largo plazo para el Sector Salud, en pro de la formulación de políticas comprometidas con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de los ciudadanos, en sintonía con los determinantes sociales presentes en las distintas realidades poblacionales del país.

Esta política busca instaurar la Humanización como principio transversal en las diferentes políticas nacionales, territoriales e institucionales, tanto privadas, públicas como mixtas, constituyéndola así en un imperativo del Sector Salud. Ello implica, centrar los esfuerzos en el ser humano, fortalecer la relación empatía entre los agentes del sector, otros sectores relacionados y la ciudadanía, cualificar la experiencia de interacción entre las personas y el sector salud, de tal manera que se favorezca el surgimiento de una cultura de humanización, el goce efectivo del derecho a la salud, la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas.

Su formulación ha sido el resultado del trabajo colaborativo multidisciplinario e interinstitucional liderado por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección

² Sigmund Freud



Social³. Está basada en la experiencia, aportes y sugerencias de personas vinculadas a diferentes dependencias del Minsalud, a entidades territoriales y municipales priorizadas, a la academia, a gremios y organizaciones, a asociaciones representantes de sujetos de cuidado, en fin, a diversas actividades al servicio de la salud. Se hacen también presentes en este proceso de creación social proveedores, líderes de humanización y gerentes de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, mixtas y privadas, de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) mixtas y privadas, a través de diferentes estrategias y en distintos escenarios, lo que permitió el constituir una política “de todas las personas, para todas las personas” con participación constructiva y cocreadora de muchas y de muchos. La tarea de articularla, enriquecerla y ajustarla se asume por parte del equipo de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

Su esencia, parte de entender el por qué “si somos humanos, el llamado es a “Humanizarnos”, ¿Hacia qué sentido apunta? Surgen múltiples respuestas, entre las cuales cabe mencionar: un cambio radical en nuestra actitud, una reflexión continua acerca de la mejora en prácticas diarias en salud, una cuidadosa observación de la unicidad y resolución que diferencian a cada individuo y confieren un sentido a su existencia. Otros argumentos hacen referencia a su incidencia en la creatividad, la innovación y en el amor por el otro, e invitan a los agentes del Sector Salud a tomar consciencia de lo que somos como especie humana y como entorno, realzando, desde ahí, el sentido de vida de cada individuo. Otras miradas hablan de la vocación en lo que hacemos, de la visibilización que se le da del otro, del fortalecimiento de los vínculos humanos y de los lazos de confianza entre los agentes del sector salud que favorezcan el bien común. Emergen también las comprensiones que convocan a que las organizaciones y la ciudadanía reconozcan la importancia del talento humano⁴, partiendo de valorar el sentido y el propósito personal, que resaltan el hecho de que todas las personas somos parte de la solución frente al propósito de disminuir las brechas que se presentan en la actualidad en el Sector Salud y de fomentar la participación colectiva, el empoderamiento y transformación de la cultura de humanización en salud.

Con la política se reafirma el interés del Ministerio de Salud y Protección Social por **mejorar la experiencia de las personas en el sector salud colombiano**, mediante la generación de escenarios que propicien la participación ciudadana en la construcción de la Política Pública y la inclusión de las personas en las soluciones conducentes a la disminución de brechas en el cumplimiento de las normas vigentes, en la comprensión de la Política como un “**Arte**” y en el entendimiento que “**la política es una ética hecha en público**”.

Finalmente, les proponemos compartir una consigna que se formó en el derrotero de la presente política. Pretendemos que ella sea parte de la inspiración que cada uno tenga para la implementación de la Política Nacional de Humanización en Salud, “**si empezamos**

³ El documento se escribe en primera persona plural, ya que es representativo al trabajo colaborativo liderado entre la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, los diferentes funcionarios de las dependencias del Minsalud, los distintos agentes del sector salud, representantes de sectores relacionados como la academia, así como la ciudadanía, representantes de asociaciones de sujetos de cuidado, ciudadanía en general y grupos sociales organizados.

⁴ En el presente documento se usarán de manera indistinta las expresiones “talento humano”, “talento humano en salud”, “personal de la salud” en referencia 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.



a hacer pequeñas cosas con amor, mañana veremos grandes cambios, ¡Vale la pena Soñar!”.

“El dinero solo puede comprar cosas materiales, como alimentos, ropas y vivienda. Pero se necesita algo más. Hay males que no se pueden curar con dinero, sino solo con amor”⁵.

3. INTRODUCCIÓN

La OMS declara que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. La presente Política Nacional de Humanización en Salud “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana”, tiene como propósito, **mejorar la experiencia de las personas** en el sector salud colombiano, a través de la **generación de la cultura en la gestión centrada en el ser humano**. Desde esta perspectiva ha de reconocerse en cada persona su integralidad y su característica esencial de existir en estado de interacción permanente con su propio ser, con otros individuos de su especie, con la naturaleza, con otras especies. En este sentido mantiene una estrecha relación con el otro y con lo otro guiada por los principios de reciprocidad, interdependencia y complementariedad con todo lo que le ofrece su territorialidad y su contexto, con base en los cuales construye individual y socialmente un proceso permanente de aspiración a una vida con mejor calidad y a la creación de su singularidad que se reconoce y concretiza en una pluralidad de seres, cuyas diferencias le exigen una constante comunicación, dentro de la cual emisores y receptores del mensaje han de actuar de manera crítica frente a sus contenidos e intencionalidades, fundados en la transparencia de la relación, en la ética, en la calidez del trato, en el respeto del derecho a la dignidad humana.

Así mismo, para la comprensión de los principios de la humanización, es de vital importancia contemplar el marco general y universal de los postulados de la Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III) de 10 de diciembre de 1948, con vigencia en el que considera la libertad, la justicia y la paz en el mundo como base del reconocimiento de la dignidad y de los derechos iguales e inalienables como especie humana. Como punto de partida, la política **pretende recuperar el sentido del actuar humano**, reencaminar el propósito, la vocación, la dignificación laboral, las potencialidades y la misión del talento humano en salud, centradas todas ellas en ayudar al otro con respeto, en incentivar la reflexión para que el sector y cada una de las personas que lo conforman se relacionen desde sus necesidades, capacidades y visiones positivas de futuro; construyan, a partir de **diferentes referentes y múltiples enfoques**, nuevas propuestas capaces de **afianzar la cultura colaborativa en humanización**, las cuales sean tenidas en cuenta en las

⁵ Agnes Gonxha Bojaxhiu, Madre Teresa de Calcuta



actividades organizacionales y en la flexibilidad conceptual, tanto por los agentes del sector salud, como por diferentes sectores como la academia, así como de la ciudadanía.

De igual manera, la política orienta nuestra capacidad de entender y comprender integralmente los cambios económicos, tecnológicos, culturales, sociopolíticos y socio ambientales que involucran al sector. Con ella nos proponemos fortalecer las miradas críticas relacionadas con la humanización de la salud por parte de las personas que transitan en el sector, sea en su rol de brindar atención, de recibirla, de gestionarla o de colaborar con ella desde diferentes posiciones, agencias, responsabilidades y compromisos individuales y colectivos que abogan por su calidad.

Estos cuestionamientos referidos, entre otros, a las prácticas, procesos, directrices, servicios, modelos de atención, modelos de aseguramiento, modelos de contratación, lineamientos, terminan siendo señalados, frecuentemente como deshumanizantes, y como factores que inciden en la despersonalización en la atención, en la dificultad de actuar de forma transectorial, en la desconfianza entre el ciudadano y el talento humano en salud; entre el talento humano en salud y la institución; entre los agentes del sector, lo cual se traduce en una notoria fragmentación de los mismos, situación ésta que se vive no solo en Colombia, sino en la mayor parte de los países de la región.

La misma establece la **continua construcción de estrategias** de acuerdo a la necesidad de cierre de brechas frente al derecho fundamental de la salud refrendado en la Ley 1751 de 2015 Ley Estatutaria en Salud, a la cual se suma la universalización del aseguramiento en salud y el hecho de que las personas están más informadas. Tal situación genera más exigencias por parte de la ciudadanía en cuanto cantidad, calidad, oportunidad, humanización de la atención y de los servicios de salud, que se traducen en retos relacionados con la disponibilidad de talento humano idóneo en salud, con la dignificación de sus condiciones laborales, que sea suficiente, adecuadamente gestionado, humanizado y distribuido para atender la creciente demanda de servicios de salud. Además, se requiere la generación de capacidades técnicas, científicas, emocionales, administrativas y operacionales en las organizaciones del sector, para organizar los modelos gerenciales de gestión, aseguramiento, contratación, atención y prestación de servicios.

Por otro lado, la política promueve los **cambios en la forma y el sentido que subyace a toda relación humana** que se sucede con motivo de actuar al servicio del derecho fundamental de la salud. Pretende que, mediante la realización de decisiones individuales y colectivas concretas, se inicie un proceso de comprensión integral del Sector Salud, con base en el cual se propicie la toma de conciencia sobre el fortalecimiento de compromisos y responsabilidades frente a la finalidad del Sector Salud Colombiano, encaminada al bien común y al desarrollo integral humano.

Aporta, de igual manera, **nuevos sentidos, promesa de valor, significados, visiones que nutren los imaginarios** que existen dentro de la sociedad en torno a lo que representa el Sector Salud, como un servicio público esencial basado en la **defensa de los derechos**



y de la dignidad humana, de toda persona que intervenga en el mismo ya sea como beneficiario, servidor, agente o miembro de la comunidad.

Para su formulación fue esencial fundamentar los principios que orientan la política, partiendo de la complejidad polisémica de la humanización, que a través de la experiencia en el abordaje de la misma en los distintos territorios, se reconoce la heterogeneidad de la nación, la diversidad cultural, las diferentes realidades territoriales y poblacionales, la adopción de lineamientos en salud, la descentralización, los diferentes modelos de gestión, el aseguramiento y prestación de los servicios, las múltiples experiencias significativas, la participación de la ciudadanía y la corresponsabilidad del cuidado de la salud.

Conforme a lo anterior, la Política Nacional de Humanización en Salud se desarrolla **a partir de cinco pilares**: Ser, Humano – Ser Humano; Bien Común; Servicio Público Esencial; Responsabilidad Social; y Construcción Individual y Social Continua, las cuales, entre sí, en calidad de recíprocas e interdependientes se complementan, se relacionan, inspirando, a su vez, la definición de los ejes y estrategias, con sus acciones a ejecutar en los próximos años.

Consideramos pertinente enfatizar que la política **pretende paulatinamente**, a través de sus ejes, avances significativos en la consolidación de una cultura de humanización, en un sector salud centrado en la persona, a partir del fortalecimiento del relacionamiento interpersonal entre individuos y familia, en su condición de: talento humano, organizaciones del sector salud y la relación entre las mismas, sectores relacionados y de comunidad. Promueve ella, tener en cuenta, así mismo, el ambiente y el uso de la tecnología; la consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector y de sectores relacionados convocados como la academia, así como de la ciudadanía, los cuales orienta y dinamiza a través de: la Red Colaborativa y de los Nodos Departamentales de humanización; el empoderamiento colectivo de los agentes del sector y de sectores asociados como la academia y diferentes gremios. Ello exige y representa una responsabilidad de directivos, gerentes, líderes y personal de las entidades en su papel de activos constructores de la cultura de humanización en salud y de su transversalización en el desarrollo de lineamientos nacionales, territoriales y organizacionales. Es indispensable la formación y fomento de escenarios de opinión que contribuyan con el fortalecimiento de las capacidades y habilidades, a través de la educación formal, informal y de la educación para el trabajo y desarrollo humano. De vital importancia es el fomento de la creatividad, la innovación e investigación en el desarrollo sistémico-colaborativo a partir de: la realidad territorial-poblacional y de la diversidad cultural y ambiental; la formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud; y la reorientación hacia modelos de gestión centrados en las personas, las familias y la comunidad.

En resumen, la Política Nacional de Humanización en Salud está dirigida a los **agentes del sector salud** en el ámbito público y privado e invita a los diferentes **sectores relacionados como la academia, así como a la ciudadanía**, en ser partícipes activos y comprometidos



en la **construcción conjunta y permanente de procesos** y acciones que favorezcan la satisfacción de las necesidades de salud de la población del país, así como la potenciación de sus logros y características positivas.

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, para el logro de los objetivos y el desarrollo de las líneas estratégicas y acciones, hacemos un **llamado respetuoso al compromiso** por parte de las autoridades sanitarias nacionales y locales a fin de que cumplan con el papel de rectoría y vigilancia, y con el **fomento de un trabajo articulado** entre los agentes del sector salud, los diferentes sectores como la academia, así como con la ciudadanía, orientado a **contribuir reestructuración de un sentido** del Sector Salud comprometido con el bien común y de mejorar la experiencia de las personas basado en el goce del derecho fundamental de la salud y de la dignidad humana.

Bienvenidos y muchas gracias.

“No siempre podemos hacer grandes cosas, pero si podemos hacer cosas pequeñas con gran amor”.

4. JUSTIFICACIÓN

Hablar de humanización en nuestro país implica ser conscientes de que este proceso en nuestro continente se ve abruptamente marcado por el arribo en 1492 a los territorios de AbyaYala, denominados posteriormente América, de grupos humanos procedentes de Europa, los cuales se atribuyen a sí mismos el carácter de conquistadores y colonizadores. A raíz de la cosmovisión de nuestros pueblos originarios, que traía a cuestas una historia de miles y miles de años, se ve inmersa en un proceso de demonización, de dominación aculturador y genocida.

A lo anterior, se suma el desarraigo forzado, violento, esclavizador y genocida de miles de individuos y grupos de nuestra especie, procedentes de África, a quienes, negándoles su condición de humanos, se les trata de anular la totalidad de su ser; desconociendo así que aquellos creadores y constructores individuales y sociales, habían configurado su existencia cultural y territorial en su continente, la cual todavía, en buena medida subsiste a pesar de las acciones destructoras y de discriminación a las cuales ha sido sometida hasta el presente.

Conquista y colonia constituyeron períodos que unidos sumaron más de trescientos años durante los cuales colonizadores y colonizados, en aras de evitar el dolor, de negar el sufrimiento y de afrontar los miedos y los odios que se derivaron de toda conducta, constituyeron factores de deshumanización, signaron sus interacciones y relaciones de poder, se vieron impelidos a normalizar o a ver como naturales sus conductas gestoras de violencias, discriminaciones, exclusiones, sometimientos e injusticias.

⁶ Agnes Gonxha Bojaxhiu, Madre Teresa de Calcuta



Con las acciones de dicho proceso se propicia el desconocimiento y destrucción de lo que habían sido sus creaciones científicas, tecnológicas y formativas, así como la minusvaloración y exclusión de sus constructos comunitarios, afectivos, conceptuales, filosóficos, políticos, éticos, estéticos, espirituales, en síntesis, culturales, que subyacen a lo que son sus sentidos de vida y a la comprensión integral de lo que para ellos venía siendo su realidad humana, planetaria y cósmica.

En ese período, se incuba en nuestra cultura la naturalización y la normalización de la discriminación, la exclusión, la esclavitud, la injusticia, la inequidad, el sometimiento y la dictadura, a las cuales, también, se les da continuidad, desde la independencia, hasta el día de hoy, configurándose como la semilla que se va repitiendo de generación en generación, produciendo el mismo efecto; el intento por restarle dignidad al ser humano.

Podemos encontrar muchas fuentes de criterio y de realidad que nos hablan, desde diferentes otros de comprensión, que nos podemos catalogar, al mismo tiempo, de una parte como personas, grupos, comunidades y pueblos amantes de la humanización, respetuosos de la dignidad humana y promotores del cuidado de la naturaleza; y, de otra, como individuos y colectividades portadoras y ejecutoras de múltiples alternativas de violencias, destrucciones y de formas de actuar deshumanizantes hacia nosotros mismos y hacia las demás personas.

En el año 1991, marcamos un hito en nuestro compromiso con nuestra transformación hacia la construcción de una sociedad signada por un profundo respeto a los derechos humanos y a la naturaleza, cuando todos los colombianos, mediante un proceso constituyente, hicimos un proceso de creación colectiva de nuestra Carta Magna, a partir de la cual decidimos entendernos y actuar con la convicción de que “Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”, nos trazamos un nuevo derrotero frente a la comprensión integral como nación que hace parte de la especie humana y como territorio que es tan solo una parte del planeta.

Con base en lo estipulado en ella, tanto desde la cosmovisión que nos ofrece, desde la perspectiva filosófica, política, ética, ambiental y de derechos humanos que nos plantea, hemos venido nutriendo las fuentes de criterio que nos orientan hacia la creación y construcción social y/o participativa de estados superiores de bienestar integral y de calidad de vida, que algunos denominamos “un buen vivir” o “un vivir bien”, con el fin de alcanzar la dignidad de la persona. En este mismo orden de ideas, la OMS declara que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

En el año de 1993, Colombia realiza la reforma en salud a través de la Ley 100 de 1993, mediante la cual crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de la mano del modelo económico. Adopta un modelo de competencia controlada o regulada



orientado a ser un pluralismo estructurado y con un enfoque de mercado. Su logro central, se encamina a extender a todos los ciudadanos la seguridad social buscando corregir las fallas estructurales de cobertura y a mejorar la equidad, bajo el principio de solidaridad que se representa con la contribución de las personas con capacidad de pago, las cuales han de amparar a las personas que no dispongan de recursos o presenten un estado de salud individual en riesgo. Se enfoca en la eficiencia y la calidad, facilitando el acceso a la atención en salud y desarrollando mecanismos y estrategias para atender a la población de escasos recursos. De igual manera, se inserta la salud a la macroeconomía, la cual se transforma en objeto de consumo, dependiente de la reforma económica del país, dilucidando que la salud es un servicio completamente humanitario (Gómez R, 2005), (Botero C., Rendón L., Herrera A., 2012).

De igual manera, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuenta con normas que favorecen su implementación y orientan su objeto a garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana. A este respecto, se pueden relacionar las siguientes normas:

- La Ley 10 de 1990, define el modelo de descentralización, la Ley 715 de 2001 determina las competencias y la estructura financiera descentralizada.
- La Ley 1164 de 2007 regula las condiciones del talento humano en salud.
- El Decreto 780 de 2016 el cual compila el Decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.
- Además, reformas a través de las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud.

Estudios, como los mencionados a continuación (García J., García C., Benítez C., 2012), (Agudelo C., Cardona J., Ortega Jesús., Martínez R., 2011), muestran resultados positivos en cobertura, acceso de la población a servicios, protección financiera y salarios, aun con la persistencia en problemas de equidad en la atención, en provisión de servicios, mejoras en el acceso a los servicios de atención (consultas ambulatorias, atención de urgencias y hospitalizaciones), modelo de atención primaria centrado en el primer nivel con enfoque a la prevención primaria y promoción de la salud, así mismo, se considera que existen logros significativos como los que se presentan a continuación⁷:

- Avances importantes en el crecimiento de la expectativa de vida y la reducción de la mortalidad en general, con énfasis a los objetivos del milenio y reducción en los tres tipos de desnutrición (aguda, crónica y global).
- La Medición de carga de enfermedad permite 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.

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Política Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. 2016. pág.15-17



- La mayor protección financiera también ha posibilitado un efecto de mayor acceso, derivado de la eficiencia en la respuesta de los servicios de salud.
- Obtiene los mejores resultados del continente en la combinación de reducción de riesgo financiero y acceso a servicios hospitalarios de alta complejidad (Wagstaff y Cols., 2015).
- Obsolescencia tecnológica en el primer nivel, reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad con ampliación de la participación de la oferta privada sobre la oferta pública.

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

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

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 puede reflejar 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 las EPS a maximizar sus ingresos en el corto plazo (Molina M., Chicaíza L., 2011).

Las fallas del mercado a nivel organizacional exponen a las personas a **excesivos trámites** administrativos, al personal de salud a **atender una gran cantidad** de personas en tiempo limitado, lo cual puede llegar a **ocasionar atención inadecuada** desde lo ético y desde la calidad. La **fragmentación del ser humano** y del trabajo multidisciplinario, por órganos, por enfermedad o por trámites o requerimientos administrativos conduce a que se disemine o **se pierda de vista la integralidad de la persona**, de las relaciones interpersonales y del trabajo en equipo. Así mismo se afecta negativamente la sensibilidad humana, el cuidado, la solidaridad, el trato, la gestión, el respeto, la autonomía de la persona y su familia en su proceso de salud. De otra parte, se observa: **escasa participación de la ciudadanía** en la adopción de lineamientos, falta de información, condiciones inadecuadas en la infraestructura y en el aseo, carencia de dotación por sobreocupación que afecta la dignidad e integridad de las personas en servicios de salud en instituciones públicas, privadas y mixtas. Se evidencian deficiencias en la **estabilidad, en la vinculación laboral**, en la



inadecuada remuneración, en el número insuficiente de personal en los equipos de salud asistenciales y administrativos, en las jornadas extenuantes de trabajo, en el acoso y en la sobrecarga laboral del personal de salud que generan desgaste en los profesionales (burnout), lo cual incide en su desempeño profesional, en su calidad del trabajo y en un posible maltrato hacia las personas y sus familias (Hoyos P., Cardona M., Correa D., 2008) (Defensoría del Pueblo, 2020).

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 sí tienen una implicación directa sobre la calidad del mismo y sus servicios. La académica 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 P., Dains J., Paterniti D., Hechtel L., Chang T., Tseng E., 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 de atención que orientan hacia la atención integral y humanizante de la persona.

Para responder al desafío que emana de lo anteriormente expuesto, en el año 2015 se genera la reforma del SGSSS, mediante la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria, que consagra a la salud como derecho fundamental e incluye elementos y principios esenciales e interrelacionados que favorecen su goce y el cierre de sus brechas. Establece, de manera diáfana, que el centro del Sector Salud son las personas y su dignidad y nos orienta a reconocer nuestra **integridad e integralidad**, en tanto somos seres humanos holísticos. Invita a comprender la importancia de la participación de las personas en las decisiones adoptadas por los agentes⁸; de la articulación e intersectorialidad para abordar los determinantes; del pro homine, entendido como el favorecimiento entre las normas vigentes que conlleve a la protección del derecho fundamental a la salud; de la sostenibilidad financiera y la disminución de barreras administrativas; de la integración a través de mecanismos que contribuyan a reconocer las diferencias culturales existentes en el país; de las condiciones laborales justas y dignas para el personal de salud con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos de acuerdo con las necesidades institucionales; de la calidad, con los múltiples y valiosos aportes el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) con el cumplimiento de atributos y estándares de calidad por los prestadores de salud y el Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad (PNMCS) 2016-2021.

El plan contempla estrategias para constituir la humanización como principio orientador, propone tres directrices de calidad que dirijan las acciones y procesos de gestión de los agentes del sector salud a través de la **Seguridad, Coordinación y Transparencia**. Parte de un enfoque sistémico, con ocho dinamizadores liderazgo y trabajo en equipo, aprendizaje para la innovación, planeación-estrategia, articulación, gestión por los

⁸ Por agente se entiende como: los ciudadanos afiliados al Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Regímenes Especiales y Excepcionales, afiliados a medicina prepagada, a las personas que no están afiliadas; los proveedores como son: los prestadores de salud, las instituciones que prestan los servicios en salud de naturaleza privada, pública o mixta, proveedores de alimentos, de servicios tercerizados, medicamentos e insumos hospitalarios; los aseguradores como son: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; las agencias estatales como son: Minsalud, ETS, entes de inspección, vigilancia y control.



procesos-cadena de valor, gestión del talento humano, gestión de recursos y alianzas, enfoque en resultados al servicio del bien común.

En alineación con la Ley estatutaria previamente descrita y respondiendo a las necesidades previamente enunciadas, es necesario realizar a través de la Política Nacional de Humanización un aporte que favorezca el reconocimiento del ser humano y su integralidad en cumplimiento del objetivo del sector salud, por encima de la oferta, la demanda y el mercado de servicios, que distorsiona el deber ser de un servicio público esencial equitativo para todos, da poca atención a la prestación del servicio y a su función humana, por el excesivo interés por la producción de servicios y la contención del costo.

La política pretende interpelar sobre lo que actualmente se le está dando prioridad en los sistemas de salud y volver la mirada a las personas, en reconocer la humanización como el imperativo esencial del Sistema y Sector Salud y en abordarla desde diversos ámbitos como lo socio-ambiental con participación protagónica y construcción colectiva del bien común. Esto ha de hacerse desde lo político en la transversalización en el desarrollo de lineamientos nacionales, territoriales, organizacionales; desde lo cultural, con el reconocimiento de la interculturalidad e integración de la misma para la mejora de prácticas y estrategias que generen un impacto con pertinencia a cada realidad humana en salud; desde lo económico en el sostenimiento financiero de una salud con calidad, desde lo educativo en el fortalecimiento de la ética colectiva, de los valores, del manejo de las actitudes e la comunicación, del trabajo en equipo y de las relaciones interpersonales.

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

“... Cuanto más pongamos a la persona en el centro real de nuestra gestión, más podremos responder a un aspecto clave para su propia percepción...”. En coherencia con lo anterior,



se valida el respaldo y el compromiso del Ministerio de Salud y Protección Social para que la salud de toda la población se dé de forma equitativa, con aseguramiento a toda la población y se brinde con calidad. De igual manera, reconoce la importancia, el significado y el valor de la humanización en el contexto de la Política Pública en Salud del país. Se formula la Política Nacional de Humanización, concibiendo la Humanización como un imperativo del Sector Salud y en la generación y fortalecimiento de una cultura de humanización que centre los esfuerzos en las personas. Ella ha de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, la protección de la vida y la dignidad humana, a través de la corresponsabilidad colectiva, la participación colaborativa, la autonomía, la cocreación y coordinación armónica de acciones de todos los agentes del Sector. Es de suma importancia el fomento de la participación de los ciudadanos, de tal manera que se favorezcan sus relaciones interpersonales, el cierre de brechas desde las realidades territoriales, el establecimiento de lazos de confianza sobre la base de reconocer y valorar sus diferencias y semejanzas, y con la disposición de ampliar sus conocimientos y aprendizajes en pro de la construcción del bien común.

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

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

La política aportará nuevas perspectivas en la comprensión de la salud a partir de una promesa de valor; incentivará la motivación, liderazgo, actitud y formas de intervención a los procedimientos administrativos – asistenciales. Junto con la calidad, se complementa y realimenta en la práctica de los agentes. A su esfuerzo sostenido en individualizar la atención y centrarse en las personas, se suma la cooperación en los procesos de acoplamiento a los cambios ocurridos holísticamente en el ser humano en función de una sociedad más justa, participativa e integrada.



La política extenderá una invitación a los estamentos sociales, científicos, económicos, políticos y culturales al fortalecimiento de su compromiso por el respeto del ser humano individualmente considerado dentro de una colectividad de la cual forma parte. Ello demanda, a su vez, el que a ninguna persona se la instrumentalice o se la masifique, como tampoco se la someta a restricciones en el ejercicio de sus derechos y de su libertad. Su proceso de formación y desarrollo humano integral, le ha de permitir abordar individual y colectivamente, la comprensión, el fortalecimiento y/o transformación de una realidad que busca llevar a que reconozca la importancia del ser humano. En esta perspectiva es necesario articular la humanización con la formación del talento humano en salud con énfasis tanto en lo conductual como instruccional, lo cual, nos situará en una relación de poder que tiende a propiciar reflexión-acción sobre la calidez del trato y el relacionamiento; sobre el empoderamiento, la independencia, la autonomía, la creatividad, el emprendimiento y, por ende, sobre el ejercicio de la libertad y del poder al servicio del bien común. A este respecto, es pertinente recordar que cualquier persona cuenta con potencialidades y posibilidades que le permiten fortalecer y transformar las condiciones de su entorno natural y humano relacionadas con estados individuales y colectivos de bienestar y desarrollo humano a través de comportamientos y actitudes corresponsables. Tengamos siempre presente que dimensión individual incorporada en la dimensión comunitaria potencia efectos constructores de la persona, de la familia, de la comunidad, de la sociedad y del territorio.

Aunque se han realizado múltiples esfuerzos en dinamizar programas que se dirijan a formar un contexto más humano en las instituciones, la implementación y los resultados han sido limitados en el tiempo (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012), dado que no se ha logrado que los agentes se apropien verdaderamente del proceso de cultura de humanización y de transversalización en los lineamientos institucionales, municipales, territoriales y nacionales. Tal situación se debe, en buena medida, a que queda supeditada a la voluntad política, a las prioridades financieras institucionales, al iniciar procesos de acreditación para fomentar la humanización, a la convicción e interés de generar o no una cultura de humanización en las organizaciones, a la dignificación de las condiciones laborales del personal de salud, en razón a la carencia de líderes, a las débiles estructuras administrativas, a los modelos de atención que centran los esfuerzos en el sostenimiento financiero, al incipiente compromiso de los administradores que no han comprendido que la dimensión individual incorporada en la dimensión comunitaria potencia efectos positivos constructores de la persona, de la familia, de la comunidad, de la sociedad en general y del territorio (Hoyos P., Cardona M., Correa D., 2008) (Díaz E., 2017).

Cada ser humano en el transcurso de su vida se encuentra en estado permanente de indagación, de reciprocidad, interdependencia y complementariedad con los demás y con su entorno. Toda persona está dotada de capacidades y de un poder transformador al servicio de la posibilidad de crear alternativas frente a su realidad personal, familiar, laboral, social y ambiental, con base en las cuales pretende cultivar y socializar nuevos patrones de pensamiento, nuevas actitudes y sentimientos, nuevas maneras de producir, nuevas aspiraciones que den lugar al fomento y desarrollo de emprendimientos de los cuales hace parte consustancial una continua valoración de logros y de resultados que le



lleven a fortalecer o a replantear nuevas acciones, sueños, aspiraciones y visiones positivas de futuro de cara al cierre de brechas en la calidad de la atención.

La política tiene como base el mandato constitucional⁹ y normativo vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹⁰ que establece la forma como debemos comportarnos frente al respeto a los derechos humanos. Proyecta humanizarnos con el fin de facilitarnos cumplir sus planteamientos, principios y valores como el respeto a la dignidad humana, la equidad, la autonomía, la beneficencia, la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, la cooperación y la confianza. Además, nos plantea la obligación de promover y proteger los derechos fundamentales con base en los tratados internacionales de derechos humanos universales¹¹ como normas que han pasado a ser consideradas jurídicamente vinculantes, resaltando la no discriminación en el disfrute de los derechos humanos, el derecho a la seguridad social, del goce efectivo del derecho a la salud y el profundo respeto a la dignidad del ser humano.

La política llama a generar una cultura de humanidad en el sector de salud tanto en los agentes como en las personas que participan directa e indirectamente, mediante una construcción conjunta y autogestión que conlleve a cambios estructurales que vayan de la atención en sí misma hasta los procesos organizacionales y humanos, traducidos acciones concretas que dignifiquen a las personas, que construya confianza entre los agentes, y se refuerce la legitimidad, el liderazgo y la transparencia de las instituciones. De ese modo, desafía la normalización y naturalización de prácticas que generan incomodidad en la experiencia de las personas, crisis en las relaciones humanas y desarticulación y fragmentación del sector salud.

En últimas, es una política que se pretende interiorizar afectivamente, promoviendo en la convocatoria a personas, organizaciones, instituciones y comunidad como elementos fundamentales el amor a la vida, la libertad defendida con responsabilidad y el respeto que descubre y comprende las bondades del ser, que reconoce al sujeto de derechos y deberes, y que valora la dignidad de la persona. Ella nos invita a que cada uno de nosotros realice, la reflexión acerca de la importancia de los sentimientos de acogimiento, calidez, bondad, amor, respeto, servicio, cuidado, gratitud entre otros, frente a sí mismo, a los demás, a la naturaleza, orientados al fortalecimiento de la cultura en humanización en el sector salud.

“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”¹²”.

⁹ Constitución Política de Colombia de 1991, Artículo 48 la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio en control del Estado. Artículo 49 establece entre otras, la atención de la salud está a cargo del Estado.

¹⁰ Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula el derecho fundamental y garantiza el derecho fundamental a la salud, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, garantizado por el Estado y responsabilidad de toda la sociedad.

¹¹ La Declaración Universal de Derechos Humanos, Organización de Naciones Unidas (ONU) 1948

¹² José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética.



5. MARCO REFERENCIAL

5.1 Un Acercamiento al Aseguramiento en Salud

Cabe destacar, a finales del siglo XIX se crea un modelo de aseguramiento en salud, propuesto por Bismarck en Alemania, con el cual se busca el mejoramiento de condiciones sociales de los trabajadores y sus familias, formando así el seguro social (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, UNASUR. 2012). Para el año 1942, Beveridge en Inglaterra, bajo la influencia Bismarkiana, crea un sistema de aseguramiento en concordancia con los principios de integralidad y de universalidad, el cual extiende sus beneficios a toda la población, iniciando de esta forma lo que se ha denominado la primera revolución del sector salud, en la cual los estados asumen políticas a partir de la búsqueda de obtener mayor cobertura en salud para la población.

Con la segunda revolución en el sector salud en los años 70s, los países a nivel mundial ven la necesidad de realizar reformas en salud, específicamente los países de América del Sur, de la mano en medidas frente al tamaño del Estado, mayor injerencia del sector privado que antes correspondía al estado, concomitante a la implementación del Neoliberalismo como modelo económico (Ministerio de Salud, 2004), Colombia en el año 1975 contó con el Sistema Nacional de Salud el cual presentó una cobertura baja y el aseguramiento correspondía al cotizante, cónyuge o pareja permanente por maternidad y a los hijos menores de un año o con discapacidad; los afiliados y beneficiarios en su momento no contaban con herramientas para exigir una adecuada prestación de los servicios de salud (García J., García C., Benítez C., 2012).

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS, 2000) el Sistema de Salud se define como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población, con cuatro funciones esenciales: la forma de hacer provisión de servicios, lo relacionado con el financiamiento, lo referente a la rectoría-administración y lo relacionado con la inspección, vigilancia y control (García J., García C., Benítez C., 2012), así mismo, se confronta en la actualidad, dos concepciones de Sistemas de Salud: 1) La salud como derecho humano y social a cargo del estado; 2) La salud como servicio o bien de mercado regido por las leyes de oferta y demanda, concepción predominante por el Consenso de Washington y la banca mundial para las reformas en salud en 1990 en Suramérica (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, UNASUR. 2012).

Recordemos que Colombia realiza la reforma en salud a través de la Ley 100 de 1993, mediante la cual crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), acompañado con el cambio de modelo económico en el país. Adopta un modelo de competencia controlada o regulada orientado a ser un pluralismo estructurado y con un enfoque de mercado (Londoño J. Frenk J., 1997 citado Ministerio de Salud, 2004).

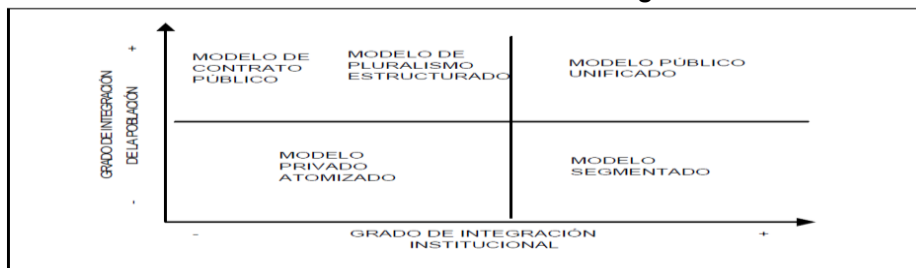
Con el concepto de **pluralismo estructurado**, hacemos referencia al punto medio entre el sector público y la atomización en el sector privado y con el concepto de estructurado estamos evitando los extremos de los procedimientos del gobierno y la ausencia de reglas



del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado, incitando, además, a una distribución más equilibrada de poder. El pluralismo estructurado parte de diferentes grados de integración de la dimensión población y de la dimensión institucional.

La integración de la dimensión población corresponde al grado en que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones de salud, de cara a los extremos de menor o mayor segregación. La dimensión institucional se refiere a los arreglos para llevar a cabo las funciones básicas, presenta dos extremos: la misma institución desempeña diferentes funciones y las funciones se dividen entre diferentes instituciones.

Ilustración 1. Modelos de Sistemas de Salud Según Londoño - Frenk

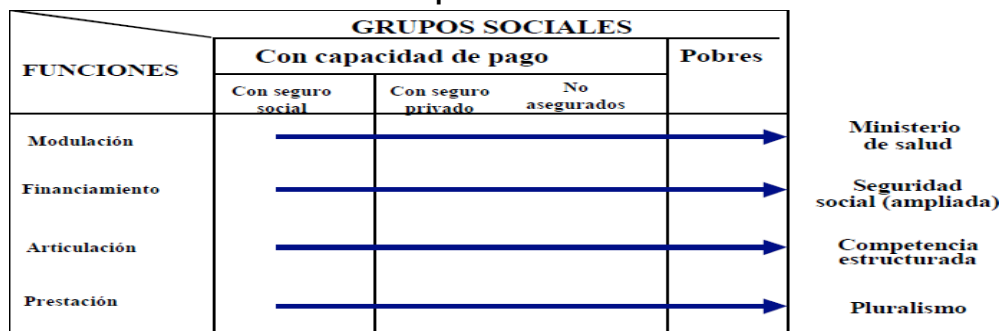


Fuente: Ministerio de Salud, 2004. Marco Conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud, pág. 486.

El **pluralismo estructurado**, considera importante la relación entre articulación, financiación, modulación y prestación de servicios, la población estaría integrada de manera horizontal, dicho modelo, destaca las siguientes funciones:

- 1) La modulación estatal de las reglas de juego entre la gente y las instituciones.
- 2) La articulación de las transacciones entre los miembros de la población, las instituciones, las agencias financieras y los prestadores de servicios, con el fin de facilitar el flujo de los recursos hacia la producción y consumo de los servicios.
- 3) La búsqueda de fuentes alternativas de financiación.
- 4) La organización de la oferta con criterios de mercado.

Ilustración 2. Diseño Propuesto de Pluralismo Estructurado.



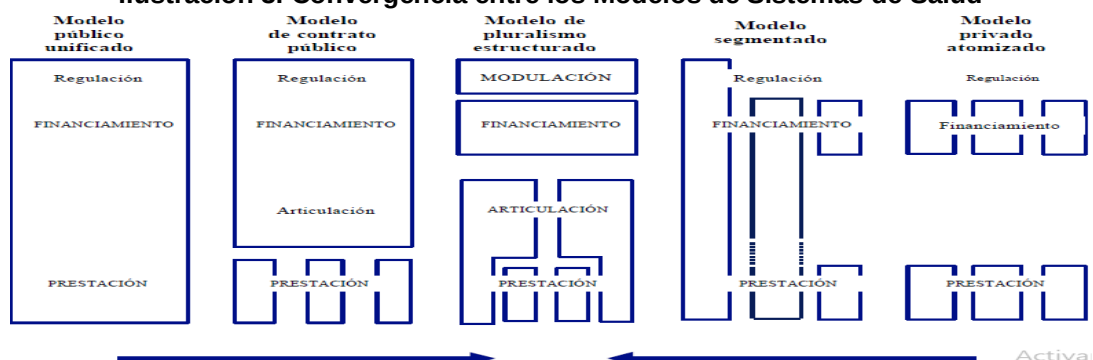
Fuente: Juan-Luis Londoño y Julio Frenk, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, pág. 12

En relación con otros modelos, se puede destacar que el **pluralismo estructurado** soluciona la vinculación entre modulación, financiamiento, articulación y prestación, dado que no ofrece un camino único para la reforma. Logra ser, ante todo, una opción que evita



los extremos y, al mismo tiempo, facilita una convergencia dinámica desde todos los puntos de partida y establece un equilibrio de fuerzas entre los diversos agentes del sistema.

Ilustración 3. Convergencia entre los Modelos de Sistemas de Salud



Fuente: Juan-Luis Londoño y Julio Frenk, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. pág. 23

Con respecto a este enfoque, Schansberg señala la importancia de los siguientes puntos (Schansberg D., 2014):

- 1) Muchos proveedores de servicios de salud.
- 2) Las barreras de entrada son significativas y limitadas.
- 3) Las compañías de aseguramiento en salud.

Van de Ven, por su parte, hace mención de diez condiciones para producir los resultados esperados en los mercados de servicios de salud competitivos (Van de Ven W, 2013):

- 1) Libre elección del asegurador por parte del consumidor;
- 2) Información para el consumidor y transparencia en el mercado;
- 3) Riesgo compartido entre compradores y vendedores;
- 4) Mercados competitivos;
- 5) Libertad para contratar e integrarse;
- 6) Regulación efectiva de la competencia;
- 7) Subsidios cruzados sin incentivos para la selección de riesgo;
- 8) Subsidios cruzados sin oportunidades para beneficiarse del sistema sin la correspondiente contribución;
- 9) Supervisión efectiva de la calidad;
- 10) Acceso garantizado a los servicios básicos.

Así mismo, el modelo de la salud como mercado presenta tres características distintivas (Breyer F., 2014):

- 1) Afiliación obligatoria;
- 2) Definición de la prima de aseguramiento a nivel comunitario sin tener en cuenta el riesgo individual; y
- 3) Afiliación abierta, es decir, ningún asegurador puede negar la afiliación a quien lo solicite.



5.2 Ser Humano

Para cumplir con los desafíos fundamentales que enfrenta el Sector Salud actual en Colombia, la presente Política Nacional de Humanización resalta la importancia del ser humano en el contexto de la salud, reconociendo y comprendiendo, de manera integral (biológica, psicológica, social, espiritual, cultural trascendente), nuestra condición humana, en tanto lo que somos, a la vez, como especie y como expresión planetaria. Desde esas dos dimensiones, los seres humanos nos desenvolvemos e interactuamos, consciente e inconscientemente, hacia el interior y exterior de nosotros mismos, supeditados y guiados por los principios de reciprocidad, de interdependencia y de complementariedad, basado en las potencialidades, limitaciones y en el poder creador y transformador, que en cada uno de nosotros habita y actúa.

El poder creador y transformador de realidades al que se hace mención, va más allá de ser un sujeto pasivo receptor de acciones e intervenciones en salud y mejoramiento de bienestar, lo que niega su potencial para contribuir de manera eficaz en el mejoramiento continuo del sistema de salud y de su humanización, con la participación activa para la modificación de los determinantes sociales de la salud.

El ser humano, desde su gestación hasta la muerte, vive en estado permanente de creación y construcción individual y social de conocimientos, de saberes; de sentimientos, y emociones, del amar; de propósitos y realizaciones, del hacer; de visiones y escenarios de futuro, de utopías, del soñar; y de espiritualidad y creencias, del trascender.

Somos cocreadores y actores de una inacabada concepción de humano y de planeta, ya sea en calidad de sujeto individual, social, de especie o planetario, ligados en nuestra totalidad con la naturaleza, con cada ser vivo e inerte que la conforme. En este sentido, podemos decir que cada ser vivo es hermano(a) del ser humano y que cada elemento o componente de la madre tierra es cocreador con él de su bienestar y su existencia, en estado constante de cambio individual y social¹³.

5.3 Humanismo y Modelos de Atención Centrada en la Persona

A continuación, se presenta una breve reseña, enfatizando los aportes en el siglo XX. A través de la historia de la humanidad, se han realizado varios esfuerzos por entender al ser humano como especie y como parte de la naturaleza, creando como corriente filosófica el humanismo. Desde la antigua Grecia, pensadores como Protágoras (siglo V a. C.) y Sócrates (siglo V a. C.) realizan aportes al centralizar su interés en el tema de la naturaleza o condición humana, colocando al hombre y sus valores por encima de todas las demás cosas. Esta corriente fue un componente importante del movimiento renacentista. Reaparece en Italia, siglo XIV, y repudia el orden y la jerarquía cósmica que defendían la Iglesia Católica, el régimen feudal y los gobernantes.

¹³ Ministerio de Salud y Protección Social, Red Colaborativa de Humanización, Construcción Conceptual 2018, Luis Ángel Parra asesor independiente.



Para el siglo XX, la atención se centra en dos corrientes: el humanismo o el personalismo cristiano y el humanismo existencialista. En ambos, el debate de las ideas principales se da en torno al determinismo y la libertad, superando la concepción de que "la esencia del ser humano es su capacidad de autodeterminación". Esta corriente ha inspirado la creación de teorías y modelos que superan el entender del ser humano biológico estructura física y orgánica que lo compone y antropocéntrico todo gira alrededor del ser humano, lo cual limita la interdependencia con otros seres vivos y con el planeta (Monteiro Mello I., 2008).

Atención Centrada en la Persona

De acuerdo con los siguientes referentes y aportes, queremos resaltar la importancia en la generación de modelos de atención centrados en la persona, la cual, a su vez, redefine los enfoques actuales de la atención integral en salud facilitando así que este tipo de modelo de atención sea la expresión de la humanización en salud, aplicable al sector salud.

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

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

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



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

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

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

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

- Obtienen una nueva perspectiva sobre la libertad y el determinismo.
- Usan la creatividad como elemento de la vida plena.
- Pueden vivir en cualquier momento y cultura.
- Comienzan a vivir de manera constructiva, es decir, siempre continúan progresando para ser ellos mismos.
- Comportarse lo más completamente posible para satisfacer sus necesidades.

Como aporte a la filosofía contemporánea, **Martin Heidegger (1889-1976)** fundamenta el cuidado y lo constituye como parte esencial de la existencia humana y determina la estructura de su práctica. Heidegger argumenta el cuidado como inherente a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y ejecuta. Apunta positivamente el hecho de que el ser humano está en el mundo, en una reconstrucción constante de sí mismo y de ese mundo, enmarcada por la idea de cuidado (Monteiro Mello I., 2008).

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

Atendiendo a **Georges L. Engel (1913-1999)**, podemos darnos cuenta que él propone un modelo biopsicosocial, en el cual analiza la esfera psicológica como parte integral del ser humano, en el contexto de la enfermedad. El conocimiento del contexto emocional y social



en el que vive cada sujeto, o de los factores psicológicos que se dan en él, influyen en los procesos biológicos, los cuales a su vez pueden influir en el sistema social de la persona. El modelo biopsicosocial enfatiza en la visión integral de los factores relacionados con la salud, la enfermedad y la atención, con el propósito de mostrar la interrelación que presentan las creencias familiares con la forma en que las familias se adaptan a las enfermedades. El modelo biopsicosocial se afianza en la teoría de la terapia familiar que está orientada a entender los aspectos biopsicosociales que presenta el individuo, así mismo, con la atención médica centrada en la familia y termina con la creación de la terapia médica familiar (Graca M., Smith T., 2000), (Borrell F., 2002).

El modelo se caracteriza por destacar el papel de:

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

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

Ilustración 4. Marco conceptual para servicios de salud integrados centrados en las personas



Fuente: WHO global strategy on people centered and integrated health services. Interim report. WHO, 2015.



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

- **Empoderar y comprometer a las personas:** Con esta idea de involucrar y empoderar a las personas, se trata de proporcionarles la oportunidad, las habilidades y los recursos que ellas requieren para articularse y para capacitar, de manera adecuada, a las personas de los servicios de salud. Con su planteamiento, también se trata de llegar a los grupos de población vulnerables para garantizar el acceso universal a los servicios. Su objetivo convoca a empoderar a las personas para que tomen decisiones efectivas sobre su propia salud; a permitir que las comunidades participen activamente en la coproducción de entornos saludables; a proporcionar servicios de atención en asociación con el sector salud y otros sectores, y a contribuir con la construcción social de la política pública.
- **Fortalecer de la gobernanza y la rendición de cuentas:** Este propósito implica mejorar el diálogo sobre políticas, así como la formulación y evaluación de las mismas, de común acuerdo con ciudadanos, comunidades y otras partes interesadas. Se trata de promover la transparencia en la toma de decisiones y de generar sistemas sólidos para la rendición colectiva de cuentas, por parte de los responsables políticos, gerentes, proveedores y la comunidad.
- **Reorientar el modelo de atención:** Hace mención al aseguramiento frente a la oferta y la demanda de prestación de servicios de atención en salud eficientes, efectivos, oportunos y de calidad, a través de modelos de cuidado que prioricen la atención primaria y comunitaria y la coproducción de la salud. Abarca el cambio de atención hospitalaria a la ambulatoria y la domiciliaria. Así mismo, requiere inversión en atención holística e integral, incluida la promoción de la salud y con sus estrategias de prevención de enfermedades que apoyen la salud y el bienestar de las personas. La reorientación de los modelos de atención, también plantea la creación de nuevas oportunidades para la acción intersectorial a nivel comunitario, a fin de abordar los determinantes sociales de la salud y de hacer el mejor uso de los recursos.
- **Coordinar servicios:** Hace referencia a la necesidad de articular la atención en torno a las necesidades y preferencias de las personas en todos los niveles de atención, así como de promover actividades para integrar a diferentes proveedores de atención, mediante la creación de redes efectivas entre la salud y otros sectores. La coordinación se centra en mejorar la prestación de atención a través de la alineación y la armonización de los procesos de los diferentes servicios.
- **Crear un entorno propicio:** Para que las cuatro estrategias anteriores se conviertan en una realidad operativa, es necesario crear un entorno propicio que reúna a las diferentes partes interesadas y comprometidas en emprender un cambio transformador. Esta es una tarea compleja que involucra un conjunto diverso de procesos encaminados a lograr los cambios necesarios en los marcos legislativos, los acuerdos e incentivos financieros, la reorientación de la fuerza laboral y la formulación de políticas públicas. La OMS nos esquematiza así sus planteamientos:



Ilustración 5. Interdependencia de las cinco direcciones estratégicas para apoyar los servicios de salud integrados y centrados en las personas



Fuente: WHO global strategy on people-centred and integrated health services. WHO, 2015b.

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

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

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

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

- **Orientación del liderazgo:** Líderes que impulsen y hagan conexión con el personal para orientar la apropiación, ser parte del abordaje estratégico de las organizaciones.
- **Planetree para el personal:** Preocupación por los seres humanos que contribuyen a la labor del bienestar y salud. Reconoce los logros y las mejores prácticas y el impacto en mejorar la atención centrada en la persona.
- **Evaluación Cultural:** A través de encuestas de cultura organizacional, en las que se identifique cuáles son las creencias, prácticas, acciones que generan buen impacto, y que contribuyan a generar, entre otras acciones, planes de mejora incluyentes y colectivos, con la participación del personal de salud administrativo y asistencial, así como de las personas y sus familias.
- **Desarrollo de programas:** Identificación y estructuración de los programas prioritarios y de los programas de preferencia que a las personas les gustaría observar.



- **Implementación de prácticas adecuadas para las personas:** Se refiere al diseño de planes y procesos dirigidos a implementar y/o mejorar los programas asociados con el cuidado.
- **Entrenamiento gerencial:** Se refiere a identificar el tipo de formación que requieren los gerentes o directores, con respecto a nuevos fundamentos conceptuales y nuevos métodos que les faciliten motivar, involucrar y fortalecer la capacitación del personal, además de establecer roles en una nueva construcción operativa.
- **Habilidades y estructuras:** Se refiere a la identificación de habilidades y estructuras que se requieren para lograr la gobernanza y la toma de decisiones compartidas, la generación de interacciones empáticas, el desarrollo de equipos de salud, la creación y expansión de contenidos de educación e investigación.

A la luz de lo planteado anteriormente, la atención centrada en la persona crea ambientes saludables en el trabajo, mejora los resultados de salud y compromete a las comunidades en torno a la salud y el bienestar, así mismo, tiene efecto en el desempeño directo de las organizaciones de salud y mejora la experiencia de la persona, de igual manera contribuye a¹⁴:

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

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

- **Establecer sistemas para escuchar la voz de las personas:** Con ello se favorece a los líderes de las organizaciones en su proceso de analizar los momentos de la atención, de entender cómo ven las personas los servicios y la atención recibida y de su toma de decisiones. Como ejemplo de ellos están: los sistemas de quejas, las encuestas, las entrevistas y los grupos focales.
- **Fortalecer la capacidad de liderazgo en las instituciones:** Implica ello, cualificar la capacidad de liderazgo que toda persona de una organización posee en relación con la función o el rol que cumple, con el fin de que sean, desde su propio desempeño, promotores de la atención centrada en la persona, motivadores y en generadores de acciones que empoderen al equipo de trabajo.

¹⁴ Atención Centrada en la Persona, Ponente Susan Frampton, PhD, MS, Presidenta Planetree Internacional, 26° Foro Internacional OES – 1^{er} Encuentro Planetree Atención Centrada en la Persona, 2017



- **Rediseñar la forma en que se prestan los servicios de atención y centrarlos en la persona:** Permite a las direcciones repensar, rediseñar y reorganizar los procesos de salud, no pensando en áreas, servicios o departamentos fragmentados, si no en ver a la persona en el conjunto de su humanidad, con sus características, con sus capacidades, sus necesidades individuales, sus aspiraciones, entre otras, que merece cuidado, empatía, comunicación, información, respeto a su dignidad, etc.
- **Establecer sistemas para evaluar la calidad de la prestación de los servicios:** Hace mención a estrategias como la acreditación en salud, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, las cuales revisan a fondo el proceso de atención e identifican factores que desfavorecen la calidad. A este respecto nosotros consideramos de suma importancia el fortalecimiento de la capacidad sustentada de autoevaluar y de evaluar de toda persona que sea actor del Sistema de Salud desde cualquier nivel responsabilidad, por más pequeño que sea.
- **Búsqueda de articulación con otros actores del sistema de salud:** Es una estrategia que favorece la atención de las personas haciendo conocer a la persona sus derechos y deberes, ofreciendo permanente y oportuna información, facilitando y agilizando los trámites que conlleven a recibir un servicio o una atención, promoviendo la salud, gestionando acciones de prevención, estableciendo una adecuada relación de confianza con cada una de las organizaciones.

Por su parte, el énfasis de la atención centrada en la persona y su familia, es el logro de la personalización considerando su independencia y la autonomía, a través de los esfuerzos que brindan las organizaciones de salud en involucrar a la persona, su red de apoyo en la atención (Villamil H., 2013), el cual, se puede describir tres aspectos relevantes para la definición del modelo:

- **Enfoque Estratégico:** El cual constituye en un poderoso direccionamiento que le permitirá a la organización alinear y concentrar los recursos y esfuerzos, teniendo en cuenta componentes tales como: 1) El rediseño de los procesos de atención de cara a la persona y su familia; 2) La gestión de la salud de la población, 3) La implementación de plataformas de control del costo; y 4) La implementación de sistemas integrados. Es fundamental la alineación entre el direccionamiento estratégico y los esfuerzos del talento humano en salud, de cara a la persona y su red de apoyo, como ejes fundamentales para la transformación cultural. Implica ello, además, que la Dirección fortalezca el Talento Humano como factor primordial para el éxito del modelo.
- **Transformación Cultural:** Hace referencia a aspectos a tener en cuenta en la transformación cultural, lo cual exige el conocer la cultura organizacional a través de la realización del diagnóstico que identifique las brechas en relación con el cómo se está atendiendo a la persona y cómo debe efectuarse de acuerdo con el modelo, con los patrones de comportamiento del personal de salud y con las necesidades de las personas. Otros aspectos a tener en cuenta son los espacios de creatividad e innovación, así como la caracterización del cómo influye en la cultura el rol del personal de salud en la relación con la persona y su red de apoyo.



- **Rediseño de procesos:** Para el rediseño de proceso, es imprescindible la construcción de herramientas que faciliten la implementación y evaluación del modelo de atención centrada en la persona.

Presentamos como ejemplo el siguiente instrumento de evaluación de implementación de aspectos relevantes de la atención centrada en la persona del instituto Picker:

Tabla 1. Instrumento de Atención Centrada en la Persona, Aspectos de Evaluación

Dimensiones	Principales aspectos
Aspectos organizacionales	Se identifica y evalúa el compromiso de la organización con la atención centrada en el paciente, los mecanismos de comunicación y de participación. Se evalúa el liderazgo con el ejemplo.
Comunicación efectiva con pacientes y familias	Se evalúa los procesos de comunicación efectiva entre el paciente, la familia y los proveedores de servicios que permitan identificar sugerencias, fallas y dar una respuesta efectiva.
Personalización de la atención	Se evalúa la forma como el paciente puede realizar solicitudes de alimentos, procedimientos para acomodar su horario personal y la rutina. La disposición del personal para educar al paciente sobre diferentes creencias/tradiciones relacionadas con la salud y la curación de acuerdo con sus patrones culturales.
Continuidad de la atención	Se evalúa si los planes de atención están escritos en un lenguaje que los pacientes y sus familias puedan entender. El nivel de involucramiento del paciente en ayudarlo a gestionar sus medicamentos, citas médicas y otras necesidades de atención médica.
Acceso a la información	Se evalúa si existen procesos para que los pacientes y familiares puedan solicitar información adicional sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, etc.
Involucramiento de la familia	Se evalúa si existe material educativo disponible y apropiado para los pacientes con diferentes niveles de alfabetización y de acuerdo con las diversas lenguas maternas.
	Se evalúa si existen espacios confortables, equipados con una variedad de alternativas de diversión y están disponibles en toda la instalación para el uso familiar.
	Se evalúa si se presta apoyo a los cuidadores informales de pacientes, si los horarios de visitas son flexibles, abiertos las 24 horas, si hay procesos de capacitación o educación formalizada para los pacientes después de la salida del hospital.
Ambiente de atención	Se evalúa si se presta apoyo a los pacientes y las familias que participan en un evento adverso.
Espiritualidad	Se evalúa si los espacios físicos crean una primera impresión de bienvenida, confort y sanación. De igual manera la privacidad, las condiciones de confort, iluminación, temperatura en las zonas de alojamiento (habitaciones) y de reuniones con los pacientes.
Medicina integrativa	Se evalúa si existen espacios para la contemplación tranquila y comunitaria. Si se respetan las creencias religiosas.
Atención a la comunidad	Se evalúa si las terapias complementarias y de integración están disponibles de acuerdo con los patrones de utilización de los pacientes.
Atención al cuidador	Se evalúa si existen espacios disponibles para desarrollar conferencias, ferias de la salud, etc., que se ofrecen de forma rutinaria para el público.
	Se evalúa si se abordan las necesidades de reducción del estrés y el bienestar de los funcionarios, espacios de descanso, alimentación. Si el personal es reconocido rutinariamente por su buen trabajo, por su liderazgo, por sus compañeros y por los pacientes y sus familias. Si se brinda apoyo al personal de colaboradores interno implicado en un evento adverso.

Fuente: Frampton S et al. Patient- Centered Care Improvement Guide, Picker Institute- Planetree Organization; 2008, tomado de (Villamil H., 2013).

Otros aspectos transcendentales son:

- La implementación del modelo organizacional en la atención centrada en la persona;
- La implementación de la gestión de la cultura de humanización entre las personas y red de apoyo y el personal de salud;
- La implementación del talento humano en el fortalecimiento de las competencias para el manejo de la relación personal de la salud-persona y red de apoyo-organización;
- La implementación de un modelo arquitectónico relacionado a las necesidades que favorezca la accesibilidad, el confort, la disponibilidad de espacios de interacción para la persona, la familia y el personal de salud;
- La implementación de un plan de comunicación para identificar la cultura institucional y el refuerzo de los patrones de comportamiento deseables.



5.4 Humanización en Salud

Para abordar la humanización, debemos reconocer que hay múltiples autores con trabajos detallados que coinciden y que, entre sí, complementan la importancia de la humanización. En este sentido, podemos confirmar que la humanización ha sido objeto de discusiones importantes por las múltiples interpretaciones, frente a las cuales no existe ningún interés de unificar o de determinar cuál es el concepto correcto. Se trata de comprender que es un concepto polisémico, amplio, sencillo y complejo a la vez, que se privilegia con la intención de abordar temas como el ser humano, su bienestar integral y su entorno, las relaciones humanas, el buen trato, entre muchos otros. Estamos evitando que la humanización se enfrente a ser reducida a buen trato o a tomarse como una cortina de humo que pudiera estar escondiendo los problemas del sector salud.

Con lo anterior, queremos orientar a los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como a la comunidad, a que pueda definir con cuál desarrollo conceptual desean abordar la humanización en sus organizaciones, en sus territorios y cuáles han de ser las convergencias posibles que se puedan construir de acuerdo al diálogo de saberes, al intercambio cultural, al empoderamiento y la participación colaborativa de los mismos.

Desde la perspectiva en mención, destacamos lo siguiente para comprender lo que es la humanización: Retomamos, en principio, el significado del Diccionario de la Lengua Española, el cual nos habla que humanizar corresponde a “hacer humano, familiar, afable a alguien o algo”. “Es ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. Así mismo el diccionario del uso del español de María Moliner, dice que humanizar ha sustituido a humanar “Hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres”.

De igual manera, la humanización distingue las condiciones y el sentido de ser humano y ser humano en forma integral en estado de reciprocidad, complementariedad e interdependencia con el otro y con el entorno, que lo impregna de valores y actitudes naturalmente humanos. En este orden de ideas, se hacen distinciones entre el ser humano individual y colectivo, haciéndose presente la relación interpersonal que conlleva a pensar en la personalización, la comunicación, el respeto, el amor, el altruismo compasivo, la empatía, la calidez, el reconocimiento del ser humano integral, el entorno con el que interactúa y en establecer un compromiso ético para el goce efectivo del derecho, en proteger la vida y a reconocer la dignidad de todo ser humano.

Con lo anterior, la humanización va más allá de atributos como la aceptabilidad, la calidez el trato o el acogimiento en los servicios administrativos y asistenciales que ofrezcan los agentes del sector. Bermejo J., en el 2014, plantea que la humanización es un proceso mucho más comprometedor: “reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan”. Ello hace necesario que la humanización en salud se interiorice, extraiga lo genuino y lo natural de cada persona.

A ello se suman exigencias tales como:



- Que se transversalice en el desarrollo de proyectos, programas, planes, en los lineamientos nacionales, territoriales, municipales e institucionales.
- Que se fomente una cultura organizacional de humanización, basada en el planteamiento de modelos que orienten la gestión centrada en la persona y la familia, como un imperativo del sector salud.

Como plantea José Carlos Bermejo¹⁵ “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”.

Enunciamos a continuación los aspectos más relevantes y que contribuyen a entender y aplicar la humanización en salud:

- (Rodrigo G., 2011) Plantea que Humanizar es una cuestión ética, busca el bien común, se fundamenta de las relaciones y de capacidades naturalmente humanas.
- (Monteiro M., 2008) Hace referencia a las condiciones y del sentido de ser humano, destaca la corresponsabilidad y el cambio continuo en las personas y organizaciones, se relaciona con la forma de trabajar, la reorientación de modelos de atención, con la gestión administrativa y asistencial y con la cultura de atención.
- (Bello S., 2000) Orienta a que las acciones, medidas y comportamientos garanticen y amparen la vida, la dignidad del ser humano, es decir, de las personas que interactúan en el sector salud - en doble vía, y de interacción en los espacios físicos de las organizaciones.
- (Martins J., Stein B., Cardoso R., Alacoque L., Albuquerque G., 2008) Refieren, como principio de la Humanización, el conjunto de iniciativas para la realización del cuidado personalizado siguiendo la tecnología con acogimiento, ética y cultura.
- (Hoyos H, Cardona R, Correa S., 2008) Estos autores describen la humanización a través de la triada entre el sujeto de cuidado y su red de apoyo - personal de salud - estructura organizacional.

Elementos de la Humanización

De la literatura citada se pueden destacar los siguientes elementos o componentes que constituyen la humanización en salud y contribuyen a abordar la Política Nacional de Humanización en Salud:

- (Redrado JL., 1988) Argumenta el autor que se aborda la integralidad del ser humano, se asocia con las relaciones interpersonales entre la persona y red de apoyo, el personal de la salud, administrativo y directivo de las organizaciones, entre las organizaciones del sector y con otras organizaciones de diferentes sectores.
- (Herranz G. 1998) El autor plantea que la promoción y la motivación a los otros, hacen parte del contexto de la humanización, junto con la práctica y las relaciones.
- (Bermejo J., 2007) Otro elemento que nos menciona el autor que en las instituciones predominan: el respeto a la dignidad humana, el buen trato, el acogimiento y

¹⁵ José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética



hospitalidad, la formación del personal de salud, la organización de los servicios para la atención, la información brindada sobre su enfermedad y tratamiento.

- (Ariza O., 2012) Describe el autor todas las acciones que hacen al ser humano más humano, orientadas a la dignidad, al respeto a la vida y a los derechos sin distinción en edad, género, creencias, cultura, etnia, condición socioeconómica e ideología política. Hace referencia a la habilidad de la comunicación y cómo influye en la relación interpersonal de las personas, en la red de apoyo con el personal de salud o en doble vía, y en las organizaciones, asociaciones entre otros.
- (Bermejo J., Durbán M., 2013) Indican los autores que hablar de humanización constituye un compromiso ético, promueve su dignidad y se reconoce como un ser integral; se relaciona con favorecer el ambiente, los espacios que favorecen el confort, la accesibilidad y la calidez; hace referencia a las componentes de la calidad, en las intervenciones, en las prácticas y en la seguridad de las personas; se relaciona con la integración en la comunidad y la participación de la misma; se relaciona con aspectos de calidad y en la misma orientación de lineamiento.
- (Magliozzi P., en el 2016), menciona que otro elemento es reconocer el ser humano integral, pasar de sujeto de cuidado - enfermo a persona - salud.

Características de la Humanización

Se puede destacar en la literatura citada, las siguientes características o cualidades que distingue la humanización y favorecen la Política Nacional de Humanización en Salud:

- (Redrado J.L., 1988) Argumenta el autor que contribuye al bienestar propio y de los demás, de igual manera, busca constantemente el bien común.
- (Bermejo J., 2007), el autor rescata del Dr. Francesc Raventós¹⁶, las características de un sistema de salud humanizado, el cual “está al servicio de la persona, pensado y concebido en función del hombre; un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud; corrige desigualdades y elimine discriminaciones; con participación ciudadana y garantice la salud de todos los ciudadanos”. Otras características que nos menciona el autor son la gestión, el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en la misma, con la competencia profesional y con elementos no fácilmente comunicables (el dolor, el sufrimiento, las capacidades recuperadas, la alegría). Se asevera “no es tanto un proceso o un cambio de estructuras, sino de actitudes”, el avance de la humanización no solamente se condiciona a través de la transversalización en los lineamientos institucionales o nacionales, sino a través de un proceso de cambio de actitudes y de voluntad de todos”.
- (Hoyos H, Cardona R, Correa S., 2008) El autor menciona, la necesidad de humanizarse antes de humanizar a otros, lo cual permite generar cambios personales de acuerdo con los ámbitos de gestión, además, promover una cultura donde predominen los valores humanos y el crecimiento personal. Señala el autor que la humanización es responsabilidad social, se presenta en la integridad del

¹⁶ Dr. Francesc Raventós, Director General del Instituto Nacional de Salud (INSALUD), España 1984



trabajo y se desarrolla de forma multidisciplinario, además con la mejora del entorno e infraestructura de las instituciones de salud.

- (Bermejo J., Durbán M., 2013) Indican los autores que la humanización tiene un componente individual y colectivo, extrae lo más genuino y natural de cada persona, se fundamenta en la relación interpersonal; se relaciona con la multidisciplinariedad, la integralidad del conocimiento, con los valores y con las capacidades y competencias del personal de salud; hace referencia a proteger el derecho fundamental de la salud, a actuar con libertad, a provocar la autonomía y la libre elección.
- (Bermejo J., Durbán M., 2013) Como mencionan los autores, incide en la autonomía de las relaciones fundadas en los valores, en que se generen prácticas de atención centradas en la persona. Involucra a todas las personas, desde la dirección administrativa hasta el guardia de seguridad. Se instituye en cada uno de los agentes del sector, con la adaptación de servicios y lineamientos que mejoren su misión al servicio de las personas y que favorezca al personal de salud.
- (Magliozzi P., en el 2016), menciona que otra característica es la relación con la promoción en salud, generada por el equilibrio entre los agentes y sus funciones a favor del bien común, salir del reduccionismo biológico en el que ha caído la medicina.

Escenarios de Aplicación

En principio, el ser humano es quien toma la decisión de humanizar y deshumanizar, con esta apreciación, la humanización en salud es un proceso complejo que involucra la integralidad de la persona; tiene en cuenta los lineamientos sanitarios, el conocimiento y apropiación del sector salud por las personas que interactúan de acuerdo a su competencia y responsabilidad en el mismo; la formación del personal de salud, de la corresponsabilidad de la comunidad frente al autocuidado y respeto al personal de salud, en la atención, en los diferentes servicios, entre otros; así mismo, los escenarios de abordaje son diversos, la humanización está presente en cada aspecto de la vida, se relaciona con los valores de las personas, del personal de salud, de los colaboradores, de los administradores, de los directores, de los políticos; de igual manera, los efectos en la gestión para la garantía del goce del derecho fundamental de la salud se relaciona con los escenarios de investigación en salud, de creación e innovación, del entorno institucional, de la educación en el personal de salud.

(Bermejo J., Durbán M., 2013) Con base en sus planteamientos, se destacan, al menos, los siguientes escenarios, donde la humanización se hace presente de forma transversal e incide positivamente en el cumplimiento de su finalidad:

1. **Político-económico.** El sector salud y sus organizaciones, dependen de los objetivos estratégicos y financieros, cuya prioridad es la de salvaguardar la salud de las personas, de fomentar la autonomía, participativa, colaborativa y empoderado del personal de salud y la comunidad.



2. **Legislativo.** Garantiza normativamente la igualdad en el reconocimiento a toda la población de los derechos, de la protección de la vida, de los recursos y la equidad en el acceso de las personas más vulnerables.
3. **Arquitectura en salud.** Asumida como el conjunto de las estructuras, los edificios, los ambientes, las interconexiones, las comunicaciones, entre otros, que favorezca a las personas y al personal de salud en el mejoramiento de los entornos, ambientes, las estructuras, edificios, interconexiones, comunicaciones, entre otros.
4. **Asistencial-Administrativo.** Está comprometido con el desarrollo de programas que promuevan los servicios salud y los modelos de atención que estén centrados en la persona y su red de apoyo.
5. **Ética.** Desde este escenario se asumen las decisiones y abordajes de conflictos, los cuales se han visto fortalecidos con la conformación de Comités de Ética que favorecen la toma de decisiones en la aplicación de los derechos y deberes.
6. **Cultural.** Favorece la promoción de constructos culturales que consolidan, las concepciones y las prácticas orientadas a promover acciones que valoran y reconocen la dignidad de todo ser humano, los estilos de vida saludables, la autonomía de las personas, entre otros, a transformar las realidades de las personas, en pro del mejoramiento de sus estados de salud.
7. **Académico.** Desde este otero se ha de promover el fortalecimiento de las competencias y capacidades del personal de salud técnico-científicas en relación con la ética profesional, los valores, el manejo de emociones, con el ser humano espiritual, con la integración cultural y con las demás dimensiones del ser humano, como ejes principales de la formación y estrategia de capacitación.
8. **Talento Humano en Salud.** Desde él se orientan las metas encaminadas a seleccionar, elegir, cuidar y garantizar las condiciones laborales del personal de salud.
9. **Relaciones interpersonales.** Constituyen el escenario privilegiado de la humanización. Se fortalecen con la comunicación y la empatía, las cuales nutren la confianza, el acogimiento y el respeto al otro.

Humanización como imperativo ético

Podemos entender por un imperativo ético, el mandato que orienta o rige el comportamiento de las personas y de las organizaciones. Al considerar la humanización como un imperativo ético en el sector salud, queremos ir más allá, en pensar que la humanización es un atributo de la atención y servicio que ofrece una entidad de salud en cualquiera de los roles, responsabilidades o competencias que desarrolle en el sector salud. En este sentido, consideramos lo siguiente:

- Un imperativo ético debe, idealmente, provenir de la reflexión y conciencia autónoma de cada uno de los agentes o autoridad externa.
- Un lineamiento de esta categoría da forma y caracteriza la cultura que comparte una comunidad humana.



- Un imperativo ético no es prescriptivo, es decir que no indica qué hacer explícitamente, sino que impulsa a tener algunas obligaciones de acción que las personas deducen.
- La humanización puede transformar la manera de pensar, dirigir, gestionar y actuar en el Sector Salud.

De igual manera, deseamos que este imperativo sea apropiado por todos los agentes del sector salud y en todos los aspectos que configuran sus propias culturas organizacionales. Por ende, la humanización debe estar presente en todos los procesos del sector salud, por tanto, va más allá del ámbito hospitalario, de aseguramiento o de prestación de servicios.

Buscamos generar un impacto en el sector, frente a las personas durante el curso de todo su vivir como seres humanos, así mismo, pretendemos impulsar un proceso de transformación de la cultura del sector salud a partir del cambio de comportamiento de las personas en las instituciones, en todos los niveles del sector salud, reconociendo la importancia de la atención integral y centrado en la persona, familia y comunidad. Los procesos deberán surgir de dinámicas participativas de reflexión, análisis y construcción social, que permitan identificar las alternativas de mejora en la gestión de la humanización, a partir del abordaje desde los diferentes enfoques conceptuales.

Experiencias Significativas de Humanización

Hay múltiples experiencias o buenas prácticas en humanización y para el contexto se expondrán a continuación experiencias significativas, no pretendemos desconocer experiencias realizadas diferentes a las citadas, dado que son múltiples y diversas las que existen en nuestro país y en otras naciones que habitan nuestro planeta. Tan solo queremos destacar algunos países con avances significativos en humanización en salud, como es el caso de España, el cual cuenta con la incursión de la humanización en el sistema salud, desde los años 60. En el Consejo de Europa se sustenta que para que los hospitales fueran más humanos debería existir un mayor respeto a la dignidad humana. En 1985 se realizan las denominadas "Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD", durante las cuales el Director General del INSALUD Torras Raventós señala que la humanización tiene que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras, con la mentalidad de las personas involucradas y con la competencia profesional. En la década de los años 80 nace el centro de humanización en salud de los Religiosos Camilos con el objetivo de promover cultura de humanización del cuidado y asumen su calidad de Director, Councelling y experto en humanización y referente mundial en Humanización.

En la actualidad Madrid, España cuenta con un Plan Nacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 (Consejería de Sanidad, 2016), cuyo objetivo es promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria y contribuir en el respeto a la dignidad humana que se traduce en atención centrada en la persona, personalización de la atención; calidad de trato; información y comunicación; seguridad y confianza; continuidad e integración de la atención; accesibilidad externa e interna; confort de los entornos;



cuidado en las situaciones especiales; participación y corresponsabilidad de los ciudadanos; fomento de la autonomía de las personas; atención integral y holística; formación de los profesionales, agentes de humanización; dignidad y respeto de los derechos de las personas; y comprensión de las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Para su implementación ha desarrollado 10 líneas estratégicas como son:

1. Cultura de humanización.
2. Información personalizada y acompañamiento.
3. Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia.
4. Humanización en la atención de urgencias.
5. Humanización en la hospitalización.
6. Humanización en unidades de cuidados intensivos.
7. Humanización en la atención de la salud mental.
8. Humanización y oncología.
9. Humanización ante el final de la vida.
10. Escuela Madrileña de Salud.

México en el año 2000, en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente el objetivo número 5, adquiere el compromiso de mejorar la salud materna y en reducir la tasa de mortalidad materna, en el año 2010, en los servicio de salud de Oaxaca que presenta la mayor diversidad étnica y lingüística de México, desarrolla el proyecto piloto de atención humanizada del parto con enfoque de interculturalidad involucra el reconocimiento y respeto de las diferencias, la mujer es protagonista del trabajo de parto, de acuerdo a el respeto a sus tradiciones, lenguaje y otras prácticas propias de su cultura.

El Salvador cuenta desde el 2011, con un Programa de Humanización de los Servicios de Salud, el cual promueve la humanización como eje transversal de todos los procesos, administrativos y de salud, además, en fortalecer la cultura institucional que promueva la práctica de principios y valores.

En Brasil, para el año 2000 el Ministerio de Salud desarrolla el Programa Nacional para la Humanización de la Asistencia Hospitalaria, con el objetivo de promover una nueva cultura de atención en salud que favoreciera la mejora de la calidad y efectividad de los servicios prestados. En el año 2003, el Ministerio de Salud transforma el Programa Nacional para la Humanización de la Asistencia Hospitalaria en la Política Nacional de Humanización, el cual está presente en todas las acciones de salud de forma transversal, alimenta el intercambio y la construcción de conocimiento, el diálogo entre profesionales, el trabajo en equipo y la consideración de las necesidades, deseos e intereses de diferentes actores en el campo de la salud, incrementa el grado de corresponsabilidad entre los actores frente al cambio en la cultura del cuidado de las personas y en la gestión de los procesos de trabajo.

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social expide el Decreto 780 de 2016 el cual compila el Decreto 1011 de 2006, por el cual, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), el cual en su artículo 3 hace referencia a sus características referidas a que “todas las acciones que se desarrollen están orientadas a la



mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en la persona”. El SOGC está conformado por:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación (SUA).
4. El Sistema de Información para la Calidad (SIC).

El componente Sistema Único de Acreditación es un proceso voluntario, de autoevaluación interna periódica y con una revisión externa de procesos que garanticen la mejora de la calidad de la atención, realizada por la entidad acreditadora, acorde a las disposiciones del Decreto 903 de 2014, *por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud*, que incluye como uno de los ejes, la humanización de la atención, que favorecen su transversalización y busca entre otros que las instituciones prestadoras definan e implementen su Política de Humanización.

De acuerdo con el Sistema Único de Acreditación: las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, deben tener una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución. Debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los pacientes de acuerdo con su vulnerabilidad y preferencias, el manejo de la información entregada, la administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo de los pacientes, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas, las condiciones biométricas (peso, talla) para el cuidado, la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, estrategias de cuidado con orientación lúdica especialmente en niños, el respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares, así como el desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo.

En general el eje y enfoque de la humanización de los servicios, además de ser una política para la planeación de la atención, debe contemplar las estrategias a desarrollar, el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, la existencia de instancias de apoyo como los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional y atención al usuario, entre otros.

En la actualidad, Colombia cuenta con 51 instituciones prestadoras de salud acreditadas, de las cuales mencionamos unas instituciones con experiencias en humanización¹⁷ y que han generado cambios significativos de su cultura organizacional y en la atención a las personas y su red de apoyo, estos son:

¹⁷ Las experiencias citadas fueron presentadas en el VII Foro Nacional de Acreditación en Salud “Hacia un Enfoque Integral de la Humanización de los Servicios de Salud” 2019, ICONTEC.



- El Hospital con Alma Pablo Tobón Uribe con enfoque de Humanización en la Institución para el Trabajador de la Salud y su Familia;
- El Hospital Universitario San Ignacio con el arte de humanizar Superhéroes de Radioterapia;
- La Secretaria Distrital de Salud, Subred Sur Occidente ESE con humanización pilar fundamental de la cultura institucional;
- El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E con Lactoterapia Humanizando en la Atención Materno-Perinatal;
- El Hospital Universitario la Samaritana con enfoque integral de Humanización SAMI “Calidad soy Yo”;
- El Hospital Susana López de Valencia E.S.E, fortaleciendo del talento humano “SUSANITA” cultura organizacional “Pensando en ti, doy lo mejor de mí”;
- El Instituto Roosevelt con “Terapia del Amor”;
- El Hospital Infantil los Ángeles “Dignidad y Compasión” experiencia de transformación cultural en el proceso integral de Humanización;
- La Clínica Foscal “Humanizando los cuidados en la H-UCI”;
- La Fundación Valle de Lili “Comprometidos con la Ciencia y el Arte del Cuidado Humanizado”;
- La Fundación Santa Fe de Bogotá Cultura de Servicio Humanizado “Atención Centrada en la Persona”.

Así mismo, queremos destacar en el aseguramiento como Salud Total, Sanitas o Coosalud que han incursionado en el desarrollo de programas orientados en humanización por su responsabilidad social; así mismo, otras entidades han desarrollado experiencias relevantes con base en su responsabilidad social con la comunidad, con otros agentes del sector salud y su talento humano en salud, no se encuentran acreditadas, pero han generado acciones significativas en el goce del derecho fundamental de la salud y dignidad humana, como son:

- La Fundación Participar de Armenia Quindío con el modelo en gestión del riesgo centrado en la persona;
- La E.S.E Hospital de Gacheta de Cundinamarca con el programa de Parto Humanizado;
- La Unidad de Salud de Ibagué (USI-ESE) Tolima con el programa de Parto Humanizado;
- El Instituto Nacional de Cancerología con el Plan de Humanización 2016 desde el enfoque biopsicosocial el cual considera al ser humano en sentido holístico en sus dimensiones física, emocional, intelectual, espiritual y social;
- La Alcaldía Mayor de Bogotá “Bogotá Humana” con el “Programa de Humanización de los Servicios en Entidades Públicas de Salud Humanizar 2012” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012) desde el enfoque ético orientado en la mejora de las competencias del talento humano, del bienestar de la comunidad y la mejora del grado de satisfacción de las personas con la participación activa y trabajo intersectorial;



- La Secretaría de Salud de Cundinamarca con su Plan de Humanización promovido en la mayoría de sus municipios.

De igual manera, en el año 2014 el Minsalud formula el anexo Técnico Calidad y Humanización de la Atención a Gestantes, Niñas, Niños y Adolescentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), reconoce la humanización de la atención como el goce efectivo de los derechos, respeto de la condición y dignidad humana, se relaciona con el atributo de aceptabilidad, reconoce el entorno socio cultural, la diversidad poblacional y territorial, armoniza la calidad con la calidez.

“El mundo que hemos creado es un proceso de nuestro pensamiento. No se puede cambiar sin cambiar nuestra forma de pensar.”¹⁸

6 ANALISIS SITUACIONAL CON ROSTRO HUMANO

Es necesario destacar los elementos normativos y sus aspectos de política que ha venido desarrollando el estado colombiano¹⁹, desde su Constitución Política de 1991 como Estado Social de Derecho y Democracia Participativa, garantista de los derechos humanos, con base en lo cual instaura un conjunto articulado de elementos que han elevado y direccionan las expectativas de la población, incluyendo, por supuesto, a los actores y beneficiarios del Sector Salud. A este respecto, es de suma importancia recordar que los colombianos asumimos la salud como un derecho fundamental tal como lo manifiesta la Sentencia T-760 de 2008 y lo hemos regulado a través de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud.

Con su propósito y objetivos de garantizar el goce del derecho fundamental de la salud, podemos afirmar que el sector está obligado al cumplimiento frente a la población, que ha de estar basada en una clara consciencia de una concepción del ser humano como individuo y colectivo, cuyo fin último está signado por el logro de su bienestar integral, ya sea en calidad de oferente o de receptor de sus múltiples acciones.

A la luz de lo antedicho, el talento humano en salud ha de verse beneficiado en la mejora de sus condiciones laborales y contractuales, en el fortalecimiento ético-bioético, en la calidad de las relaciones interpersonales, en el servir con esmero, en el buen trato, todo ello en la doble vía del interactuar, que exige el servicio. Es indispensable considerar que detrás de una afiliación, de un aporte, de una autorización, de una decisión directiva, de un lineamiento nacional, territorial, municipal e institucional, de un servicio, de una tutela, de un número, de un nombre, de un dato, de un informe, de una cama, de una apariencia, de una identidad de género, de una orientación sexual, de una enfermedad, de una profesión, entre otros, hay un ser humano que recibe u ofrece la atención. Fortalecer la consciencia sobre ello, incide positivamente, entre otras, en la formación, distribución y gestión del talento humano en salud dentro del territorio nacional; en la calidad y sus atributos para la atención y en los servicios de salud brindados, en la reorientación de modelos de atención

¹⁸ Albert Einstein

¹⁹ Se amplía la descripción y su relación con la humanización en salud en el marco normativo del presente documento.



centrados en la personas y en su red de apoyo, en la responsabilidad social de las organizaciones con respecto a la transversalización de la humanización en las políticas públicas e institucionales con la participación de la población.

En este orden de ideas, otros elementos estratégicos a destacar son, la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que se operacionaliza con el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) y la elaboración de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad (PNMCS).

Cabe mencionar, que no hay que desconocer los cambios económicos, sociodemográficos y epidemiológicos, las limitaciones financieras, el desequilibrio de las capacidades institucionales del sector salud en el que se evidencian desafíos significativos, pese al gran esfuerzo que se realiza para garantizar el derecho fundamental de la salud y la dignidad en el contexto de salud a la población colombiana, persisten brechas de acuerdo a los factores que pueden llegar a afectar la humanización en salud, tales como: lo social, político, educativo, ambiental y económico (Rodríguez C., 1999).

6.1 El Derecho a la Salud

Los derechos humanos, ganan cada día más preponderancia e importancia para la construcción de sociedades más justas y equitativas, en el reconocimiento y respeto de los mismos, siendo tema de primer orden en la agenda internacional, así mismo, el goce efectivo del derecho a la salud, entendido como un conjunto de factores que contribuyen a una vida sana, denominados "determinantes básicos de la salud": agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres. (ONU, 2012)

Aspectos de gran importancia que la humanización aporta en lograr que el goce efectivo del derecho a la salud se realice de manera integral y humana son: la ética y los valores personales, la vocación, el cambio de actitudes y las actitudes que favorezca las relaciones interpersonales, la formación integral en el desarrollo de capacidades y cualidades propias del ser, la preparación y dignificación de las condiciones laborales, el espíritu de servicio, el sentido profesional y el respeto al talento humano en salud por parte de la población, el logro de una ciudadanía participativa que está sometida a cambios. (Redrado J., Gurina J., Marchesi P., Bolech P., Brusco A., 2003)

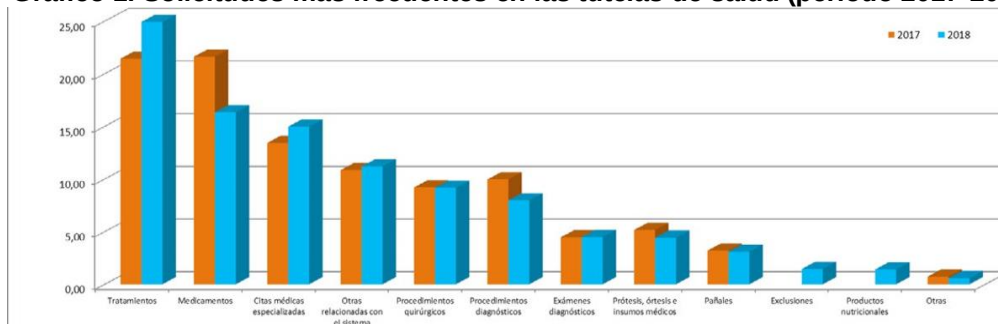
La Defensoría del Pueblo en su estudio de “**La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018**”, realiza unas reflexiones acerca de cómo las afectaciones frente a la radiografía financiera actual de las EAPB e IPS, la brecha de acceso y el conocimiento en la solicitud de la tutela en relación con el derecho vulnerado, es un tema de completa humanidad, un horizonte para la generación de políticas públicas intersectoriales donde se escuche a las personas en los distintos territorios, a profundidad, que den pie a realizar intervenciones precisas, orientadas a reducir las problemáticas bajo mandato judicial, con la convicción que detrás de un dato, una fuente, un caso o una situación está un rostro humano.



La Defensoría, en su estudio, indica que Colombia sigue presentando problemas en la materialización del derecho fundamental a la salud. Habla de: a) que se realizaron 485.703 solicitudes en las 207.734 tutelas que invocaron el derecho a la salud con un incremento del 8,19% con relación a 2017; b) que persisten amenazas y vulneraciones a los derechos de los ciudadanos que acceden a los servicios de salud; c) la falta de capacidad resolutoria de los diferentes actores, d) la no garantía de los beneficios contemplados en el Plan de Beneficios de Salud (PBS).

Esto se refleja en 121.062 solicitudes de tutelas referidas a: a) tratamientos con un incremento del 25,85% frente al 2017; b) medicamentos 79.322 con un -18.24% de variación en relación con el 2017; c) la falta de oportunidad en la atención como sucede con las 72.717 citas médicas especializadas con el 20.65% en variación de cara al 2017; 44.500 procedimientos quirúrgicos, con el 7.79% de variación frente al 2017; al procedimiento diagnóstico con un -13.39% variación con respecto al 2017; y la realización de 21.749 exámenes diagnóstico con el 8.71% de variación frente al 2017. Otras como transporte, viáticos, servicio de ambulancias, problemas de afiliación y traslados de EPS 54383 presentan una variación del 11.70% en referencia al 2017. Existen también las tutelas relacionadas con las prótesis, órtesis y 21. 478 insumos médicos con un -7.15% en variación frente al 2017, 15.041 pañales con el 4.76% de variación con respecto al 2017, exclusiones 7.066, productos nutricionales 6.848 y otras 2824 con el -13,48 de variación ante el 2017. Las tutelas por tratamiento buscan la prestación del servicio de manera integral y oportuna.

Gráfico 1. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud (periodo 2017-2018)



Fuente: Informe La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018 Defensoría del Pueblo.

Antioquia, con el 23,57%, es el departamento con el mayor número de tutelas que invocaron el derecho a la salud, seguido de Valle del Cauca 11,32%, Bogotá 7,15%, Norte de Santander 6,33% y Santander 6,06%. Sin embargo, el número de tutelas en salud por cada 10.000 afiliados se ubican en Caldas 102,29, Risaralda 100,48, Norte de Santander 54,56, Antioquia 73,16 y Arauca 72,44. En 1.019 municipios de Colombia se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la salud, 21 más que en 2017.

El Informe Cumplimiento 30 de la Sentencia T-760 de 2008. Tutelas Año 2018 del Minsalud, relata que la oportunidad en la asignación de citas médicas especializadas puede verse afectada por: 1) Escasez de especialistas para el servicio requerido; 2) Concentración de especialistas en las grandes urbes del territorio nacional; y 3) Saturación



de solicitudes de atención por especialista, debido a dificultades en la capacidad resolutive de los primeros niveles de atención.

Por otra parte, arroja causas principales que manifiestan las EPS, como generadoras de acciones de tutela, y que afectan las prácticas humanizantes:

- Falta de resolutive en el primer nivel de atención.
- Multiplicidad de remisiones a subespecialidades y equipos interdisciplinarios.
- Disponibilidad de personal de salud.
- Agendamiento de personas con tratamientos ya instaurados.
- No existe oferta de servicios de salud en el lugar donde reside la persona.
- Dificultades para articular en transporte, hotelería, cuidador de la persona y el servicio de salud en traslados.
- Prestadores de servicios de salud que en algunas regiones incrementan el costo del servicio, exigiendo pago anticipado, negándose a asignar y agendar.
- Prestadores de servicios de salud que se niegan a prestar los servicios no incluidos en el PBS, por no pago de la EPS.
- Las personas que exigen la atención en salud por fuera de la red prestadora.
- la libre elección de la persona, en ocasiones satura la disponibilidad de un prestador específico.
- Incumplimiento de citas por parte de las personas.
- Exigencias de las personas de insumos que no están incluidos en el PBS.
- La persona acude directamente a la acción de tutela.
- Trámites y demoras en autorizaciones de algunos servicios.
- Dificultades para la radicación ante los entes territoriales de los recobros.
- Tercerización del suministro de medicamentos e insumos.
- Solicitud de medicamentos que no están incluidos en el PBS y/o no se encuentran con registro INVIMA.
- Inducción del uso de la tutela por prestadores de servicios de salud.
- Limitaciones del conocimiento médico por parte de los jueces de tutela.
- Discrepancias interpretativas con respecto al concepto de “integralidad” por parte de los diferentes agentes.
- Traslados masivos por liquidación de EPS.

En el **Informe de PQRD año 2018 a 1er trimestre 2019 del Grupo de Seguimiento a Poblaciones Especiales de la Superintendencia de Salud** para el año 2018 se presentaron 588.244 y en el primer trimestre del 2019 146.273 para un total de 734.517 PQRD. Dentro de ellos se destaca los siguientes 10 motivos específicos:

- Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada con 149.525;
- Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No Pos con 45.461;
- Restricción de la libre escogencia con 42.400;
- Falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel con 38.141;



- Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos POS con 32.538;
- Demora en la referencia o contrareferencia con 28.403;
- Falta de oportunidad en la programación de cirugía 23.542;
- Demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos con 23.409;
- Demora de la autorización de consultas médicas especializadas 19.848;
- Demora de la autorización de cirugía POS con 15.458.

En resumen, las quejas se presentan por falta de oportunidad en los servicios de salud, restricción de la libre escogencia, demora en la referencia o contrareferencia y demora en autorización de servicios de salud.

La humanización se complementa con los atributos de calidad, afectados cuando la persona recurre a servicios de salud muchas veces desesperanzadores en cuanto a la no asignación de cita y/o programación de cirugía a tiempo o a la no entrega del medicamento o la no autorización de servicios, cuando estos dependen contar con un diagnóstico, que posibilita el inicio del tratamiento, control, rehabilitación para su mejoramiento del estado de salud.

Así mismo, no acceder a un beneficio de prioridad por tener condiciones especiales como personas con discapacidad, tercera edad, personas en condición de vulnerabilidad o tratarse de personas que no pertenecen a grupos de valor definidos como los habitantes de calle y los migrantes.

De estas situaciones es de donde emana el que la persona perciba el servicio como deshumanizante ya que vulnera su valor como persona, condición humana y sus derechos fundamentales.

6.2 Calidad en el Sector Salud

La humanización recoge aspectos de calidad, pero no solo eso y ni a todos. En Colombia, a través del Decreto 780 de 2016 el cual, compila el Decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual define la calidad como “la provisión de servicios de salud a las personas individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichas personas”, haciendo uso de atributos como los de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Así mismo, contar con la percepción de los agentes del sector salud en la dinámica de calidad y humanización frente a factores que vulneran la condición de ser humano, identificados en la construcción y trabajo de campo para la formulación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS), los cuales señalan aspectos como la desconfianza, la fragmentación, el desorden, la corrupción, la poca transparencia, las prácticas que deshumanizan la atención en salud, entre otros, presentadas por dificultades en la accesibilidad en los servicios requeridos de acuerdo a sus condiciones y la oportunidad en la atención.

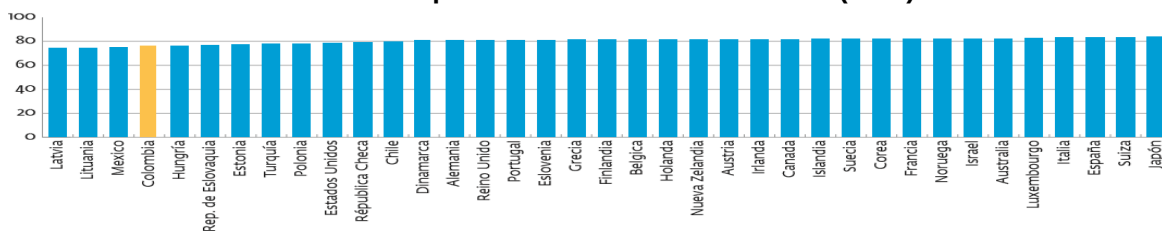


Las brechas identificadas como problemas de calidad, en el proceso de construcción del PNMCS en relación con la humanización, son:

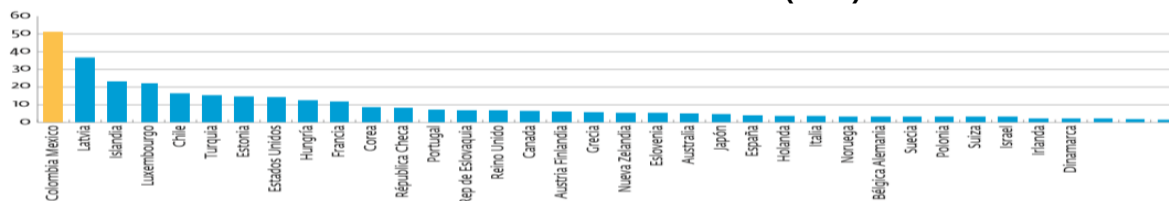
- Enfoque del mejoramiento continuo centrado en los agentes del sistema y no en las personas.
- Desarticulación del SOGC, con los demás sistemas de gestión.
- Debilidad y falta de articulación en la gestión de los agentes.
- Limitación en los incentivos a los agentes y los trabajadores de la salud.
- Deficiencias en la formación del talento humano en salud.
- Dificultad en el acceso de la información a las personas del sector.
- Crisis de legitimidad y confianza. Entra a observar cómo las personas consideran el sistema y las brechas como deshumanizados.

De igual manera, la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia del World Bank Group de 2019 (World Bank Group, 2019), resalta el logro en el incremento de la cobertura de la atención en salud desde 1993 hasta el 2010 al pasar de un 94% a un 96%. Incluso la Encuesta de Calidad de Vida 2018 del DANE muestra que el 93,4% de las personas se encuentran afiliadas, superando la reducción de la cobertura que se da en los años 2016 y 2017. Presenta, sin embargo; dificultades relacionadas con la calidad de la atención en el sector salud en Colombia, las cuales constituyen un reto clave para la sostenibilidad del sector. Un estudio reciente de la Comisión de Salud Global de Lancet sobre Sistemas de Salud de Alta Calidad (2018) estima que más de 22.000 colombianos mueren cada año debido a la mala calidad de la atención en salud, y cerca de 12.000 más mueren debido a la falta de acceso al beneficio de los servicios. Estos resultados negativos en salud y en su calidad afectan la humanización, de cara a la dignidad humana y al goce efectivo del derecho fundamental en salud, los cuales siguen siendo peores que en la mayoría de los demás países OCDE. En este orden de ideas, es conveniente mencionar también que la tasa de mortalidad materna en Colombia es más alta que en todos los demás países de la OCDE y que los años de vida perdidos debido a la neumonía también superan a casi todos los demás países de la OCDE como se evidencia en los siguientes gráficos, con una marcada diferencia en las áreas rurales, hospitales públicos y regiones con ingresos más bajos.

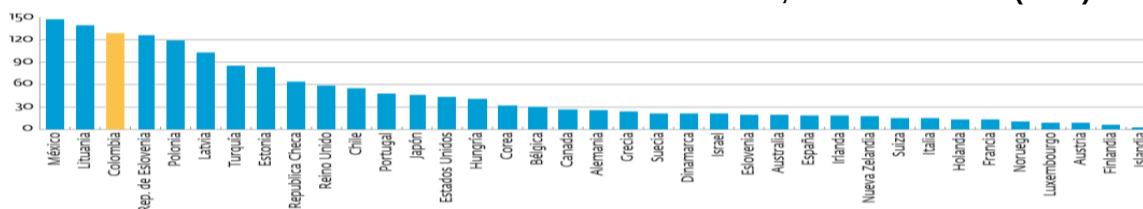
Gráfico 2. Esperanza de Vida al Nacer OCDE (2016)



Fuente: Tomado Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia del WBG de 2019.

**Gráfico 3. Mortalidad Materna OCDE (2016)**

Fuente: Tomado de la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. (WBG, 2019)

Gráfico 4. Neumonía: Años Perdidos/100.000 Población, Edad 0-69 OCDE (2015)

Fuente: Tomado de la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. (WBG, 2019)

El informe recomienda cambios a nivel del sistema para garantizar una atención médica efectiva, segura y humanizada centrada en la persona:

- Fortalecer la capacidad para la mejora continua de la calidad en el sector salud.
- Fortalecer el ecosistema para la calidad en el sector.
- Mejorar el rigor y el uso de la información sobre calidad para estimular la elección de la persona y el aprendizaje entre pares para los prestadores de atención en salud.
- Desarrollar e implementar un modelo de atención integrado para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención en salud complejas y crónicas.
- Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad (pie de página Evaluación externa).

Por ende, apoya la necesidad de generar cambios significativos en los agentes con respecto a capacidades y habilidades que se relacionan con la humanización, como es el caso del trabajo coordinado liderado por el gobierno a través del Ministerio de Salud y Protección Social y orientado a la construcción con autoridades departamentales de salud, Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), ciudadanos y grupos organizados, de espacios de participación y empoderamiento, en los que se invite a resultados de calidad centrados en el bien común.

6.3 Evaluación de las Personas a los servicios de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

De igual manera, otra fuente importante para destacar elementos de humanización está en la *Encuesta de Evaluación de los Servicios de la EPS por Parte de los Usuarios 2018*, es la dimensión de satisfacción.

Entre el 2017 y 2018 se evidencia que, para las personas usuarias, en los primeros cinco puestos, se encuentra el trato amable del personal de salud, los tiempos de espera, el trato



amable del personal administrativo, simplicidad y agilidad en trámites y la cercanía de las instituciones de salud.

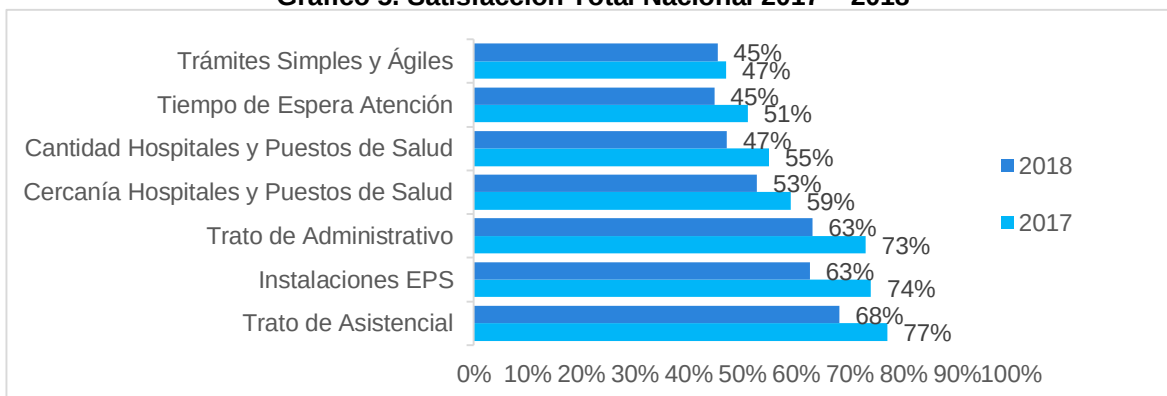
Ilustración 6. Importancia atribuida por las personas a los factores de servicio 2017-2018.



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de la EPS por Parte de los Usuarios 2017-2018

Por otro lado, indica que entre 2017 a 2018 se presenta una disminución en la satisfacción de los factores que inciden en la humanización de los servicios. Estuvieron por debajo del 70% el trato de talento humano e instalaciones y por debajo del 53% la cercanía de centros de salud, la cantidad de hospitales, tiempo de espera y trámite.

Grafico 5. Satisfacción Total Nacional 2017 – 2018



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de la EPS por Parte de los Usuarios 2017-2018.

Se puede identificar una relación estrecha entre importancia y satisfacción, donde la alta importancia y alta satisfacción está relacionado al trato del talento humano en salud, una alta importancia con baja satisfacción los tiempos de espera y trámites administrativos, una baja satisfacción y baja importancia la cercanía de hospitales y una baja importancia y alta satisfacción las instalaciones y cantidad de hospitales.

Ilustración 7. Mapa Bidimensional Satisfacción vs. Importancia 2018



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de la EPS por Parte de los Usuarios 2018.



Así mismo un elemento que contempla la humanización se evidencia con el 40% de insatisfacción de las personas ante la demora para recibir servicios, del 14% ante los trámites para acceder, del 10% por disminución de la red de atención, del 6% la cercanía, del 5% mejor servicio en otra EPS, del 4% eficacia en el manejo de la oportunidad y trato amable del personal.

Tabla 2. Motivos para Cambiar de EPS

MOTIVO PARA CAMBIAR DE EPS	%	MOTIVO PARA CAMBIAR DE EPS	%
Hay demasiadas demoras para recibir los servicios	40%	No recibe un trato amable y cordial por parte del personal de la EPS	4%
Son muy difíciles / engorrosos los trámites para acceder a los servicios de salud de la EPS	14%	Deficiencias en las instalaciones	3%
Disminución en la red de prestadores (centros médicos, puntos de atención, etc.)	10%	No hay suficiente oferta de especialistas	2%
Porque me queda lejos/ tengo viajar a otro municipio para que me atiendan	6%	Para unificar el grupo familiar	1%
Otra EPS le ofrece mejores servicios	5%	Sitios de atención muy distantes	0,2%
Motivos personales (cambio de domicilio, cambio de ciudad, recomendación de un familiar)	5%	Otros	7%
No ha tenido respuestas efectivas ante sus problemas de salud	4%		

Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de la EPS por Parte de los Usuarios 2018.

Por lo anterior, se relaciona con la experiencia global, en la siguiente gráfica, se evidencia una disminución del 3%, entre el año 2015 al 2018.

Gráfica 6. Calificación de la Experiencia Global de los Servicios de Salud Recibidos por EPS 2015-2018



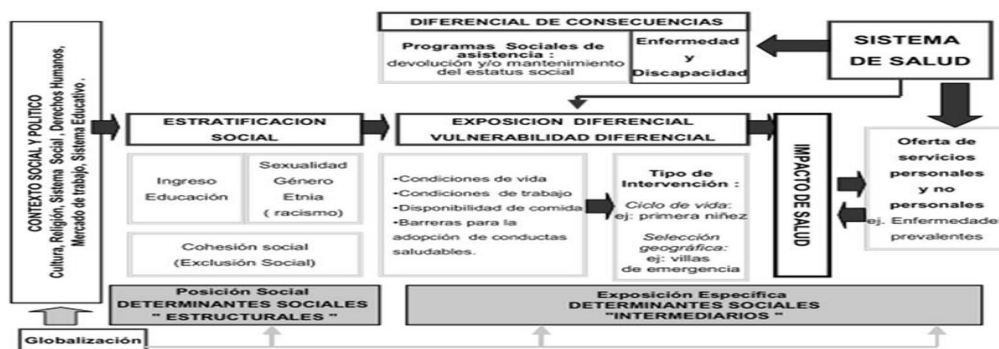
Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de la EPS por Parte de los Usuarios 2018.

6.4 Prueba Piloto Nodo de Humanización Materno y Perinatal Ministerio de Salud y Protección Social – Determinantes Humanización

En el actual paradigma de la salud influyen factores determinantes a nivel general en la población los cuales traen como consecuencia inequidades, ellos hacen referencia a que las estructuras sociales y económicas son cada vez más estratificadas, lo cual exige, a su vez, que las políticas públicas deben basarse principalmente en intervenir factores susceptibles de modificación y que favorezcan a la población con la identificación de prioridades de acuerdo a sus realidades. (Carmona Z., Parra D., 2015).



Ilustración 8. Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de OMS



Fuente: Solar e Irwin. Marco conceptual de los DSS según la OMS

Entre el año 2017-2018 se constituye una Red Colaborativa, con la participación de representantes de los agentes del Sector Salud y la academia de forma colaborativa, el tema central “La Humanización en el Sector Salud”. A partir de la Red Colaborativa de Humanización se constituyen Nodos en los territorios de Cundinamarca, Cauca, Ibagué y Bogotá D.C, y para tal fin se genera una prueba piloto como experiencia demostrativa de Humanización en la Ruta de Atención Materna y Perinatal, a través de una metodología de trabajo colaborativo, participativo, creativo, cocreador, basándose para ello en un proceso de comprensión integral de realidad, de creación colectiva, mediante el cual se identifican, a la vez, las positivities, las negatividades y las visiones positivas de futuro que se dan con respecto a la humanización en cada realidad de atención en salud en particular, de tal manera que sus planes de mejoramiento sean realmente pertinentes y no impuestos desde afuera de su respectivo contexto.

Dicha experiencia demostrativa contó con la participación de más de 674 personas, entre personal asistencial, administrativo y formativo, los cuales, representaron a 187 entidades entre IPS privadas y de ESEs públicas, EAPB, así como referentes de calidad, auditores de calidad, gerentes de salud, referentes de programas, coordinadores de servicios, líderes en humanización de Secretarías de Salud departamental, municipal y distrital, academia, ciudadanía, entre otros.

Tanto la percepción de la comunidad, del talento humano, de las organizaciones y de la academia, identifican que el Sector de la Salud ha venido “deshumanizándose”, al no centrar los esfuerzos en las personas, sino en los agentes y en sus transacciones financieras, lo cual diluye la finalidad del Sector Salud.

Ilustración 9. Mapeo de Puntos Críticos de Construcción Colectiva

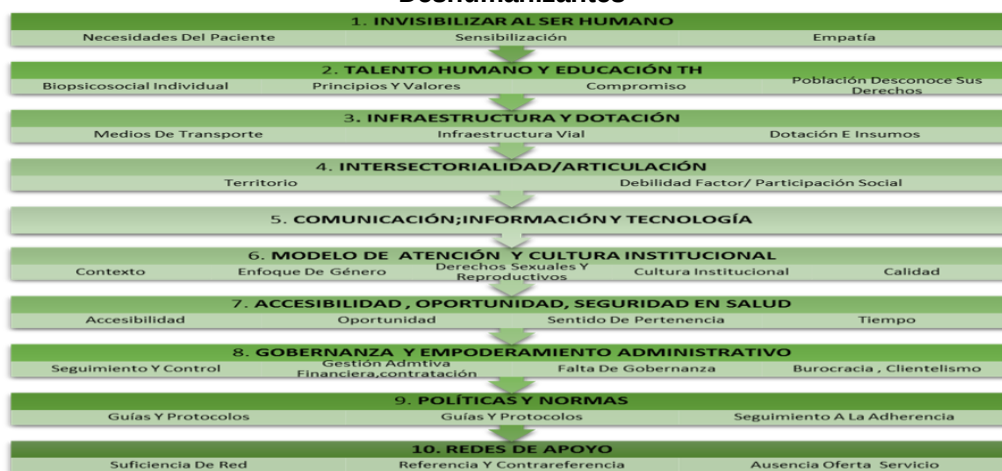


Fuente: Construcción Colectiva Red Colaborativa de Humanización Minsalud, 2019.



Por otra parte, se concluye que en el transito del Sector Salud, los agentes y las organizaciones llevan a cabo prácticas que afectan el derecho de la salud y la dignidad de las personas y el talento humano, elementos esenciales de la humanización. Reúnen 44 determinantes generales trabajados en los nodos colaborativos como causas profundas de las prácticas que afectan la humanización, los cuales se agrupan en las siguiente diez categorías:

Ilustración 10. Consolidado y Priorización Determinantes de Prácticas Humanizantes y Deshumanizantes



Fuente: Construido en los Nodos de Humanización Prueba Piloto Ruta Materno – Perinatal, Minsalud 2017-2018.

Como causas estructurales, se enunció en todos los nodos, lo relacionado con el **Talento Humano en Salud y de Apoyo** como uno de los principales determinantes. No es posible llevar a cabo procesos de humanización sin tener en cuenta la doble vía de las acciones que se dan, entre quienes brindan la atención y quienes la reciben. Las personas pueden llegar a desconocer el trasfondo de cualquier actitud percibida como deshumanizada en el personal de salud que lo puede atender, como pueden ser el encontrarse laborando en condiciones inadecuadas, como la modalidad de contratación, la falta de dotación, los turnos extensos, la sobrecarga laboral, la falta de reconocimiento y capacitación, los riesgos que pueden terminar en el síndrome de Burnout se desarrolla por agotamiento emocional, ansiedad y depresión, la desmotivación por el trabajo con la sensación de ineficacia, todo lo cual puede derivar en pérdida de idealismo y deshumanización, que con el tiempo puede generar malestar y agresividad con las personas y el trabajo (Díaz F., Carolina I., 2016).

La Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo realizó un estudio Delphi entre expertos europeos y detectaron los riesgos psicosociales de carácter emergente. (European Agency for Safety and Health at Work, 2007):

Tabla 3. Riesgos psicosociales emergentes

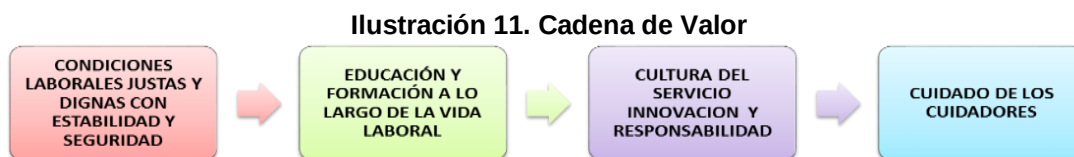
1. Contrataciones precarias en el contexto de un mercado de trabajo inestable.
2. Aumento de la vulnerabilidad de los trabajadores en el contexto de la globalización.
3. Nuevas formas de contratación.
4. Sentimiento de inseguridad en el empleo.
5. Envejecimiento de la población trabajadora.
6. Jornadas de trabajo largas.
7. Intensificación del trabajo.
8. Subcontratación, externalización y producción ajustada (<i>lean production</i>).



Fuente: European Agency for Safety and Health at Work, 2007.

Los riesgos psicosociales emergentes, se relaciona en un estudio reciente del Programa de Psiquiatría del Harlem Hospital Center, Nueva York presentado en el último Congreso Anual de la American Psychiatric Association (APA) de 2018, da cuenta que el riesgo de morir por suicidio entre los médicos hombres es el doble que en la población general y en médicas mujeres es el triple o el cuádruple. El presidente electo de la Asociación Médica Mundial (AMM), quien afirmó: “casi la mitad de los 10 millones de médicos en el mundo tienen síntomas de agotamiento, incluida fatiga emocional, desvinculación interpersonal y una baja sensación de logros personales”.

Es necesario avanzar hacia condiciones laborales justas y dignas con estabilidad y seguridad, educación y formación a lo largo de la vida laboral, cultura del servicio, innovación y responsabilidad y cuidado del cuidador.



Fuente: Construcción propia Minsalud.

Si bien la prueba piloto identificó prácticas humanizantes en la Ruta Materno Perinatal, estas determinantes se asocian a las brechas identificadas en atención en salud en general.

Por su parte, el Nodo Bogotá a través de la Secretaría de Distrital de Salud determina la incidencia de la deshumanización en la prestación de servicios de salud en las quejas presentadas por las personas del Distrito Capital, comprendido en los años 2017, 2018 y primer semestre de 2019, a través del aplicativo SIGEME de la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud.

Se puede observar que durante el periodo evaluado se presentaron en total 5.683 quejas, distribuidas por año de la siguiente manera:

Tabla 4. Relación de Quejas 2017-1er Semestre 2019

AÑO	TOTAL DE QUEJAS	QUEJAS POR DESHUMANIZACION	PORCENTAJE
2017	1990	245	12.3 %
2018	2090	186	8.8 %
2019/ 1 semestre	1603	125	7.7 %
TOTAL	5683	556	9.7 %

Fuente: SIGEME SDS 2019.

Las quejas están ligadas específicamente con acciones deshumanizantes. La mayoría de las quejas que refieren las personas y sus familiares, son por trato inadecuado por parte del personal de salud y/o administrativo, entendiendo como trato inadecuado, situaciones en las que las personas sienten vulnerada su dignidad, tales como actitudes despotas, groseras e impersonales en la atención. De la misma forma el maltrato físico y verbal hacen parte de los motivos por los cuales se quejan las personas.

6.5 La Voz de los Personas

La siguiente fuente con un alcance más limitado, pero no menos importante, corresponde al movimiento social Pacientes Colombia conformada con más de 186 organizaciones en el país, presta asesoría a nivel nacional y velan por el cumplimiento de los derechos de las personas más vulnerables, detectan brechas de calidad en la atención en salud teniendo en cuenta la voz de las personas en el periodo 2019.

La metodología de recolección de información es a través del análisis río arriba, río abajo, el cual se representa a través de un caudal de río, todo está en él y a su alrededor es afectado de múltiples formas. La información da cuenta frente a la Ley Estatutaria desde la mirada centrada en la persona, poniendo el rostro humano, haciendo una comprensión de la realidad.

Ilustración 12. Metodología de Análisis Rio Arriba-Rio Abajo, 2019.



Fuente: Pacientes Colombia, Brechas de Calidad en la Atención en Salud, voz de las personas en el periodo 2019.

Aborda más elementos de la causalidad, las cuales, tiene un efecto directo en el componente estructural que vulnera la integralidad del ser humano como ser holístico y no fragmentado, que conduce a la despersonalización entendido como la fragmentación del ser humano:

- Brechas en la oportunidad para consulta de especialista con mayor proporción de personas con enfermedades de alto costo.
- Brechas en la oportunidad y accesibilidad en la demora o no autorización de las tecnologías, lo cual convierte en un viacrucis para la persona.
- Brechas en la prestación de servicios complementarios como transporte, entre otras.
- Brechas en la inspección, vigilancia y control por la superintendencia de salud para solucionar barreras que contrarían los atributos de calidad.
- Brechas en el goce efectivo fundamental de la salud, evidenciado en derechos de petición para su acceso, tutelas u otros medios jurídicos.
- El tipo de contratación entre las EAPB e IPS terminan afectando la continuidad, oportunidad y accesibilidad de los tratamientos de las personas.
- La Red de prestadores de las EPS no son suficientes y más para personas con enfermedades de alto costo o huérfanas.
- La falta de escucha y comunicación entre los mismos agentes del sector salud, dificultades en el trato y la vocación de profesionales o del talento humano en salud



con las personas y su familia y de las personas y familia con el talento humano en salud.

- Brechas en el cumplimiento de la Ley 1751 de 2015 Ley Estatutaria de Salud por parte de los agentes del sector.
- Brechas en la administración de los recursos por las EAPB en proteger el derecho fundamental a la salud de los colombianos.
- Brechas en la fuente de financiación de los servicios complementarios que requieren las personas más vulnerables del país.

6.6 Derecho a la Salud a los servicios de urgencias de IPS.

De las fuentes consultadas, el informe de la Defensoría del Pueblo (Defensoría del Pueblo, 2020) permite identificar aspectos sensibles en los servicios de urgencias relacionados con la humanización en Instituciones Prestadoras de Salud de naturaleza pública, privada y mixta. La investigación se centra en realizar un seguimiento a los servicios de urgencias, mediante el cual da cuenta de la realidad en la atención y la relación con la gestión de las EPS y/o proveedores. Del informe, se considera pertinente resaltar lo siguiente: La disponibilidad en los servicios de urgencias es inequitativa en el territorio nacional, el acceso es difícil en regiones con mayor dispersión y presenta mayores barreras de acceso; La sobreocupación es del 142%, se encontraron personas de pie, en el piso, en las sillas y en otros sitios inadecuados; El talento humano mínimo.

EL 80% de las instituciones visitadas, contaban con dotación mínima o con las siguientes falencias:

- Deficiencias por falta de medicamentos e insumos.
- No hay sillas suficientes en sala de espera, debido a la sobreocupación.
- En observación hay personas en sillas.
- En urgencias no hay triage después de las 5:00 de la tarde.
- Existe limitación de espacio.
- No existe sala de espera.
- No hay sala de observación.
- Las personas, al no conocer y no tener información, no exigen sus derechos.

En el 42% de las IPS se identificaron barreras de acceso a las personas de forma física, económica, de información y de discriminación, tales como:

- Infraestructura, edificaciones inadecuadas, rampas ausentes o inadecuadas, sin vías de acceso apropiadas para el ingreso de vehículos de emergencia.
- Falta de claridad en la información suministrada a las personas y familiares.
- Migrantes sin documentos.
- Trámites administrativos ante las EPS engorrosos y no claros.
- Negación del servicio por no ser calificado como de vital urgencia.
- Exigencia de pago para la atención, en especial a la población pobre no afiliada.



- Falta de convenio con las aseguradoras a la que se encuentran afiliadas las personas.
- Por especialidad, ejemplo, cuando la IPS solo atiende un tipo de patología.
- Por sobreocupación se rechaza a la persona y se le sugiere ir a otra institución sin mediar un proceso de coordinación.

Se resalta que la oportunidad en sala de espera y triage, en las entidades públicas, presenta tiempos más prolongados (79 minutos). En las IPS privadas su promedio es de 48 minutos. La oportunidad de consulta médica corresponde a 81 minutos en promedio; Oportunidad en sala de observación en espera de atención no solo en camas y camillas; La oportunidad en referencia y contrareferencia de 1.796 personas identificadas como personas en espera de referencia, el 11,6% presentan un promedio de espera de remisión de más de 10 días, el 16,2% entre 3 y 10 días, el 30,7% entre 1 y 3 días, y el 41,5 por ciento menos de 24 horas.

Los prestadores públicos presentan mayores tiempos de espera de más de 3 días (36,3%) y entre 1 y 3 días (31,3%), por las siguientes causas:

- Demora en la autorización por parte de las EAPB para el servicio de ambulancia.
- Demora en las autorizaciones de la EPS para remisión a IV nivel.
- Documentación incompleta.
- No pago de la ADRES cuando no existe póliza o cuando se agota la cobertura lo que dificulta los procesos.
- Especialidades de mayor complejidad sin contratos.
- Falta de autorización de estudios.
- Falta de disponibilidad de camas y manejo integral en alta complejidad.
- Falta de disponibilidad de hospitalización de personas con diagnósticos de salud mental y oncología.
- Falta de red de prestadores por parte de las EPS.
- Falta de servicios de mayor complejidad, estudios especializados y falta de contratación.
- Giro de cama demorado.
- La central de referencia no conoce la red contratada por la EPS.
- La orden de traslado está dada, pero no son recibidos por ninguna clínica, en su mayoría por ser venezolanos.
- No disponibilidad de camas para hospitalización.
- No disponibilidad de especialistas.
- No se aceptan al argumentar la inexistencia de camas en el proceso de referencia cuando se trata de víctimas de accidente de tránsito.
- Por dispersión geográfica.
- Sobredemanda de los servicios.

Así mismo, la aceptabilidad en los servicios de urgencias, en referencia a la ética profesional, el 3,2% del talento humano, manifestó haber sido obligado a ejercer impropios



de la profesión, sea por causa del sistema o en razón a las personas y familiares. A este respecto se observa lo siguiente:

- Algunos familiares buscan que las personas sean trasladadas a otras IPS, argumentando entre otras razones, la posibilidad de conseguir mayor comodidad (cama).
- El acceso a la información por parte de las personas usuarias, en algunas ocasiones presiona la conducta del profesional, ya que es cada vez más exigente, requiriendo prioridad para la y su familia.
- Personas y sus Familiares pretenden atención que no corresponde, según el diagnóstico y el servicio.
- Las personas usuarias buscan una atención rápida, agilizar turnos, exigir medicamentos o procedimientos.
- Se solicitan copias de historias clínicas, sin la debida autorización.

Así mismo, en relación con el trato digno al talento humano por parte de las personas usuarias, se encuentra que el 66,4% del equipo médico y administrativo ha sufrido alguna agresión en el desarrollo de su profesión. El 100% del talento humano encuestado manifiesta haber sido agredido, en mayor cantidad con agresión verbal, física, psicológica y otras.

De igual manera, un aspecto importante, es la percepción de acoso laboral del talento humano en salud encuestado, el cual manifiesta haber sido ser víctima, relacionando las siguientes causas: Sobrecarga laboral, largas jornadas que resultan agotadoras, recarga de funciones administrativas, trabajo bajo presión con auditorías constantes, amenazas en el trabajo, obstáculos para cambios de turnos y amenazas con cambios, imposición de funciones que no se corresponden con el perfil, maltrato verbal y personal insuficiente, todo lo cual afecta la relación y el entorno laboral.

Otro aspecto relacionar, es la vinculación laboral, el mayor porcentaje del talento humano en salud, labora por contrato de prestación de servicios, seguido de contrato laboral y en menor porcentaje la vinculación por tercerización.

De la privacidad y confidencialidad, el 89,1% de las personas, manifiesta haber respetado la privacidad, un 10,9% manifiestan no haber respetado la privacidad, por los motivos:

- Área de Triage sin puerta.
- Área ubicada al ingreso de la IPS.
- Camillas muy pegadas unas a otros.
- Espacios muy reducidos.
- Sala de espera con sobreocupación.
- Sala de espera con hacinamiento.
- Personas en pasillos.

Se puede considerar que las IPS carecen en un alto porcentaje de garantías para la custodia de la intimidad de las personas usuarias, afectando el concepto de dignidad humana e integridad de la persona.



Por otra parte, el 85% de las personas usuarias encuestados fueron llamados por su nombre, así mismo, la autorización de ingreso de un acompañante se permite a menores de 18 años, mayores de 60 y para personas con discapacidad. Por último, la calificación otorgada por las personas usuarias, fue en promedio de 3,4 de 5, los factores más influyentes son: el tiempo de atención, la ocupación y las condiciones de higiene que presentaba el centro.

En resumen, el informe de la Defensoría del Pueblo pone de manifiesto que existen condiciones que vulneran el derecho fundamental a la salud de las personas, aspecto este que está asociado a la deshumanización en salud.

“La gente es capaz, en cualquier momento de su vida, de hacer lo que sueña²⁰”.

7. MARCO NORMATIVO

En tanto como habitantes del planeta tierra y especie humana somos portadores de una dimensión internacional que nos engloba en ser partícipes activos de una cultura universal que se irradia en el total devenir de nuestra aldea global. Al mismo tiempo y, en igual grado de importancia, somos parte integral de territorios específicos cuyos contextos humanos y ambientales nos sitúan como en multiplicidad de diversidades culturales que nos particularizan como etnias, grupos humanos, pueblos y naciones.

A la luz de ello, podemos hablar de que en nuestras dinámicas sociales inciden dos importantes ámbitos, los cuales corresponden a lo que emana de un marco internacional y a lo que surge de un marco nacional. Desde esta perspectiva, merecen contemplarse como antecedentes normativos y estratégicos relevantes del sector salud y de la Política Nacional de Humanización, toda fuente de criterio de índole nacional e internacional que se relaciona, como ya lo hemos mencionado, con el goce de los derechos humanos, la protección de la vida, la dignidad humana, el reconocimiento de la multiculturalidad, la ética profesional, la calidad en salud, el buen trato en doble vía entre el personal de salud y la ciudadanía, la empatía, el servir, las relaciones entre agentes, la integralidad de la atención del ser humano, la formación continua del personal de salud, la conservación del ambiente, las alianzas y cooperación entre todo tipo de organizaciones, la academia y las comunidades.

Marco Internacional

Desde esta perspectiva global, es importante destacar como antecedente y como marco orientador, la estrecha relación de la humanización que impulsa la presente política, con los fundamentos y postulados la declaración sobre los derechos humanos de 1948, que brota de la bondad del ser humano ante la desolación y del sufrimiento causado por la crueldad y la sinrazón de sus guerras. En dicha declaración, vigente en la actualidad, la unión y el consenso de un conjunto de naciones declaran que “todos los seres humanos nacen libres

²⁰ Paulo Coelho de Souza



e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²¹. En la presentación de su edición ilustrada del 2015,²² Yacine Ait Kaci (YAK) plante que “la Declaración Universal de Derechos Humanos²³ sigue siendo igual de pertinente hoy día que en 1948”, 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”, conforme a la dignidad humana.

En este orden de ideas, otro antecedente que surge en octubre de 2005, es la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, emitida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la cual, en lo que respecta a la humanización, da un significativo lugar a las cuestiones éticas de los profesionales de la salud, de las ciencias de la vida y de las tecnologías conexas de aplicación humana, que inciden en el respeto de la dignidad, la protección de los derechos humanos y al respeto de la vida de los seres humanos.

Así mismo, la defensa de la diversidad cultural se constituye como un imperativo ético, inherente al respeto de la dignidad humana tal como la contempla la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural, de noviembre 2001. La UNESCO en este documento 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.

De igual manera, en el año 2000 se formulan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales en el 2015 se extienden, mediante los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a la calidad de retos para el 2030, los cuales hacen parte del compromiso del objetivo 3. Por su parte, el objetivo 13 nos convoca a: “garantizar la vida sana y a promover bienestar superando las brechas en la calidad, en la oportunidad, continuidad, acceso, cobertura en salud, fortalecimiento del primer nivel para el acceso efectivo y la articulación entre agentes”. De “Adoptar medidas para el cambio climático en sensibilización en los efectos, compromiso para la conservación del ambiente en el uso sostenible de la tierra, los recursos naturales y control de emisiones de gases nos habla 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; y del objetivo 17. En “revitalizar la asociación mundial para el desarrollo sostenible en impulsar las alianzas y cooperación entre todo tipo de organizaciones, países,

²¹ Declaración Universal de Derechos Humanos.

²² Edición ilustrada de la DUDH fue creada y diseñada en una colaboración entre el artista Yacine Ait Kaci (YAK) creador de Elyx, el Centro Regional de Información de las Naciones Unidas (UNRIC), y la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos –Oficina Regional Europa- (OACDH). Esta edición ilustrada de la DUDH puede ser reproducida y/o traducida en su totalidad o en parte sin permiso previo, siempre que sea distribuida sin coste (Distribución gratuita). Los editores deberán eliminar el emblema de Naciones Unidas e incluir sus propios créditos. Las traducciones deberán llevar el siguiente aviso legal: “El presente trabajo es una traducción no oficial de la cual los editores se hace totalmente responsables”.



organizaciones públicas y privadas, con la academia y comunidades locales como estrategia para superar los retos”.

Por último, como antecedente que se relaciona con la humanización está la Declaración de Astaná de octubre 2018 de la Alma-Ata, orientada hacia la Cobertura Universal en Salud y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en la cual 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, a través de los cuales promueven con las personas y las comunidades el empoderamiento y corresponsabilidad en el mantenimiento y mejora de su salud. A este respecto, las asociaciones y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo al cumplimiento de las políticas, estrategias y planes de salud nacionales dirigidas al fortalecimiento del compromiso en favor de tomar decisiones de políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores, de empoderar a las personas y a las comunidades, y de alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.

Marco Nacional

Humanizar una realidad exige impregnarla de valores genuinamente humanos, para ello, cabe destacar los códigos deontológicos en ética y bioética e identificar algunos que favorecen la formación del talento humano en salud en Colombia, sin desconocer aquellos que se destacan normas como:

- La Ley 35 de 1989 que nos habla sobre la ética del Odontólogo.
- La Ley 841 de 2003 que reglamenta el ejercicio y el código de bioética de la profesión de Bacteriología.
- La Ley 1090 de 2006 que regula el ejercicio y el código de bioética de la profesión de Psicología.
- La ley 911 de 2004 que consagra la responsabilidad deontológica de la profesión de Enfermería, haciendo énfasis en el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, a través del acto del cuidado, de la comunicación y de la relación interpersonal humanizada.
- La Ley 23 de 1981 mediante la cual se dictan normas en materia de ética Médica, y se expone que el ejercicio tiene implicaciones humanísticas, fundadas en el relacionamiento y en el compromiso responsable, leal y auténtico, basado en el Juramento Médico, el cual ha sido reglamentado con el Decreto 3380 de 1981.

En este orden de ideas, en la carta de identidad y principios de la profesión Médica Latino-Iberoamericana presentada en Roma el 9 de junio de 2016, se incluye el principio de humanización de la asistencia, el cual involucra un servicio incondicional por, para y con la persona, cuyas implicaciones se traducen en atender integralmente el ser humano con



motivación, altruismo compasivo, dedicación y respeto, así como con una relación empática y de calidez en el trato.

En cuanto al marco normativo y de Política Nacional, que, como fruto de un proceso de creación y construcción social, nos brinda la Constitución Política de Colombia de 1991 (CPC), nos es indispensable tener siempre presente que, desde su primer artículo, le hemos dado una preeminencia a la humanización, al definir que Colombia “constituye un Estado Social de Derecho, democrático, participativo y pluralista, fundado en el respeto de la dignidad humana y en la prevalencia del interés general”.

Así mismo, en su 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, en el artículo 49 establece, entre otras, que “la atención de la salud está a cargo del Estado y debe propender por:

- “Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad en Salud y su naturaleza de derecho social.
- Ampliar la cobertura, acceso a la educación, información y fomento de la salud.
- Establecer la atención básica en salud gratuita y obligatoria.
- Organizar los servicios de salud con participación de la comunidad”.

La Resolución 13437 de 1991, por su parte, nos convoca a la adopción del decálogo de los derechos de las personas, mediante los cuales se propende 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. De igual manera, la Resolución 229 de 2020, expide 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.

De igual manera, la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema de Seguridad Social Integral, plantea la necesidad de garantizar los derechos conforme a 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.

Con el Decreto 780 de 2016 el cual compila el Decreto 1011 de 2006, el sector regula el Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad (SOGC) del SGSSS, del cual hace parte un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, para proveer servicios de salud a individuos y colectivos de manera amigable y equitativa, cumpliendo con los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. En su artículo 3° define lo siguiente:

“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”.*

De igual manera, el SOGC contiene cuatro componentes, uno de ellos se refiere al Sistema Único de Acreditación, descritos en su artículo 4. el cual, promueve a través del eje de humanización, el desarrollo estándares que favorezca la dignidad humana, el fortalecimiento de las buenas prácticas y al suministro de información a las personas y sus familias. Dichos estándares de acreditación tienen criterios de humanización, siendo importante contar con estándares de humanización desde los procesos de habilitación en los servicios de salud. Cabe resaltar que la acreditación en salud es un proceso voluntario de: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); Entidades Promotoras de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen subsidiado (EPS); Entidades de Medicina Prepagada (EMP) o Entidades Adaptadas.

Con la Ley 1164 de 2007 se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. La relevancia del componente de humanización en el talento humano en salud se explicita en su artículo 2°, en el cual se consigna que se ha de regir por los principios de equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concertación, unidad, efectividad. A ello se suma lo estipulado en:

- Su 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.
- Su 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.
- Su artículo 36, en el cual contempla como valor, la humanidad, dignidad, responsabilidad.
- Su artículo 37, en el cual contempla los derechos de la objeción de conciencia, la protección laboral, el compromiso ético.
- Su 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.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, en uso de sus facultades, formula la Política Nacional de Talento Humano en Salud cuyo propósito es el de mejorar las condiciones en la formación, desempeño, gestión y desarrollo del talento humano. En ella, a la vez se plantean desafíos que se relacionan con los evidenciados en la Política Nacional de Humanización en Salud, entre los cuales están: el goce efectivo del derecho a la salud y acceso universal a la atención en salud, la necesidad de generar modelos de atención integral, la capacidad resolutoria de los servicios y equipos multidisciplinarios de salud, la gestión del talento humano en el territorio nacional, el trabajo decente y la dignificación del talento humano. Al logro de dichos desafíos se suman las estrategias de la Política de Talento Humano como la formación y gestión del talento humano en salud, la formalización y mejores condiciones laborales y el fortalecimiento institucional.



Todo ello se armoniza con la presente política, en la cual asumimos que la humanización es un proceso que se construye en doble vía, dentro del cual el talento humano en salud es la piedra angular del sector, con base en la cual se edifican los cimientos de una humanización estructural. A este respecto, es indispensable reconocer, durante el proceso de selección: la vocación; el sentido y filosofía de vida; y la amplitud de formación integral que porta cada persona en cuanto a capacidades, competencias, actitudes, aptitudes, dimensiones ética, estética y política, valores, principios. A ello han de coadyuvar los compromisos de mejoramiento de las condiciones laborales y contractuales del talento humano en salud y el fomento del empoderamiento y de la participación de los agentes, de la academia y de la comunidad. De esta manera, la humanización del talento humano repercute directamente en el relacionamiento con la persona y con su familia, entre el mismo personal, el personal de salud con la organización, entre organizaciones del sector y entre sectores y sus resultados en salud.

En esta perspectiva, el Decreto 4747 del 2007 regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de los servicios de salud y las entidades responsables de su pago referidos a la contratación de servicios, a la responsabilidad del diseño, a la organización de la red de prestación de servicios, a la difusión de información de red de servicios por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud, y a la integridad de la atención de los servicios contratados.

De igual manera, la Sentencia T-760 2008 El derecho a la Salud^[24], señala que “la salud es un derecho fundamental”, lo cual implica y argumenta que todo colombiano tiene el derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, con indicadores que deben incorporar la medición del goce efectivo del derecho a la salud.

De su parte, la Ley 1502 de 2011, promueve la Cultura en Seguridad Social en Colombia teniendo en cuenta que ésta se define como “un pacto social en torno al derecho humano de la seguridad social”, desde el interés general, la educación, el fomento y apropiación de dicho propósito mediante el conocimiento y divulgación de los principios, valores y estrategias en que se fundamenta la protección social, orientada a los agentes del sector salud, la ciudadanía y las comunidades educativas.

El Ministerio de Salud y Protección Social instruirá a que los distintos actores del sistema de protección social ejecutarán sus responsabilidades en temas de cultura de la seguridad social, mediante la adopción del Plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia que contempla en uno de sus ejes la humanización del trato.

El Ministerio de Salud y Protección Social, viene trabajando de manera participativa, lúdica y pedagógica a nivel nacional con instituciones privadas, públicas y mixtas de salud,

²⁴ En torno al Derecho a la Salud, la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760 de 2008, mediante la cual resolvió veintidós acciones de tutela, en las que se solicitaba proteger el derecho a la salud. Veinte de ellas fueron presentadas por personas que requerían acceder a un servicio de salud. Los dos restantes fueron presentados por una EPS (Sanitas) que pedía al Ministerio de la Protección Social, en un caso, y al Consejo Superior de la Judicatura, en otro, que se ajustara la regulación en materia de recobros al Fosyga.



colegios, universidades, instituciones del Estado y medios de comunicación, bajo la premisa de armar una gran acción colectiva para fortalecer la apropiación de los principios y valores de la seguridad social, la corresponsabilidad de agentes y personas en el uso adecuado de los servicios y bienes que la conforman, contribuyendo de esta manera el cuidado de los recursos de la salud. En este sentido, como parte de la reflexión y construcción colectiva, en el año 2018 se firmó el Pacto por la transparencia y por una Cultura de la Seguridad Social en Salud corresponsable. Esta iniciativa, señala que, la razón suprema del sistema de salud es la persona que "no debe ser instrumentalizado para favorecer intereses financieros, o de cualquier índole, de empresa alguna, pública o privada, institución o persona".

Con la Ley 1438 de 2011 se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual, en su artículo 3, relaciona la Calidad como principio, menciona que la atención que se le brinde a las personas ha de ser humanizada. Con su artículo 3.3.7 modifica el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, y cambia el concepto de fundamentos por el de principios.

Adicionalmente, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS), establecido por la Ley 1438 de 2011, 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; planteando la necesidad de que enfoquen su misión en el cumplimiento del derecho fundamental a la salud, en el respeto por la dignidad humana y en el fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general, todo lo cual se traduzca en una transformación de la manera de pensar, dirigir y actuar del Sistema.

Lo anterior deja en claro, que se reconoce que la humanización debe estar presente en todos los procesos del sistema de salud, por tanto, va más allá del ámbito hospitalario o de prestación de servicios, cuyos procesos deberán surgir a partir de dinámicas participativas y construcción social. El PNMCS con el mecanismo de acción propone el empoderamiento que propicie una cultura de autogestión, que impulse cambios en el mejoramiento de la calidad y la humanización del sistema.

La Resolución 1841 de 2013 que avala el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021 (PDSP) plantea objetivos relacionados con la humanización como son los de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos y el de mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud. A su vez, dentro de la Dimensión 9° Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, asocia dos metas relacionadas con la humanización. La meta 17, precisa una política de humanización en la atención a las mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes y la meta 30 orienta el cuidado de las personas adultas mayores. Adicionalmente, el PDSP estipula que al 2021 los servidores de



salud, competirán, basándose en los resultados de salud, por lo que la garantía de la calidad y humanización será parte inherente de la cultura institucional.

La Ley 1733 de 2014, *mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida*. Lo anterior, la Ley reivindica los derechos de las personas a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos clínicos que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no favorezca a una vida digna para la persona, aspectos de trascendencia a tener en cuenta en la humanización de la salud.

Con la Ley 1751 de 2015 mejor conocida como Ley Estatutaria en Salud, por fundamentos filosóficos, concepciones, metodologías y argumentos que dan nitidez y consolidan a la salud como derecho fundamental, afianzándonos así en las comprensiones, orientaciones y derroteros con base en los cuales propugnaremos, a partir de ella, por una atención en salud ajena a cualquier condición y acción que la sitúe exclusivamente en los agentes y en sus transacciones financieras.

Con el propósito de facilitarnos la comprensión del sentido de esta vital norma ante la Política Nacional de Humanización que aquí les compartimos, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) así nos habla, a través de la Revista Colombiana de Anestesiología en su artículo: “Lo que usted debe saber sobre la Ley Estatutaria de Salud”:

“La Ley Estatutaria que establece la salud de los colombianos como un derecho constitucional, fundamental, autónomo y humano, tiene que dimensionarse como la más social de las leyes de los últimos tiempos, que fue declarada ajustada a los principios y contenidos de la Constitución Política y, como tal, dicha ley debe generar los cambios necesarios que garanticen el goce efectivo del derecho a la salud”.

Ha de resaltar los puntos clave definidos por la Ley Estatutaria:

- Al ser declarada derecho fundamental autónomo, la salud se convierte en una responsabilidad suprema del Estado y goza del amparo de todas las instituciones que la conforman. La Corte, además, declara inadmisibile la expedición de normas que menoscaben los mecanismos de protección de este derecho, como la acción de tutela.
- El concepto de salud incluye promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Las personas del sistema deben recibir lo necesario de forma integral.
- La sostenibilidad financiera no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier persona.
- De los derechos de personas, el acceso a los recursos integrales, una información clara, un trato digno, la intimidad, el respeto de su voluntad y no asumir trabas administrativas son derechos de la persona.
- De los deberes de las personas, cuidar su salud, seguir las recomendaciones médicas y cumplir con las normas.



- El sistema de salud debe organizarse en redes integrales de servicios, eso quiere decir que los hospitales tienen que unirse funcionalmente, de acuerdo con sus capacidades, su objetivo es que las personas puedan fluir por esa red, con trámites expeditos.
- Se acaba la solicitud de autorizaciones para servicios de urgencias.
- Las personas accederán a lo que requieren para recuperarse. Solo se negarán el pago de los servicios expresamente excluidos.
- La autonomía médica ampara las decisiones propias del ejercicio, sin limitaciones de ninguna naturaleza, amparándose en la ética, autorregulación y la evidencia científica, de igual manera, la norma ampara la decisión de los profesionales sobre los tratamientos de las personas.
- El Estado debe generar políticas específicas para las zonas desprotegidas. Los hospitales públicos no se evaluarán por sus rendimientos, sino por su beneficio social.
- El sistema da prelación a población vulnerable y minorías, garantiza condiciones dignas de trabajo en el sector, aboga por regular los precios de tecnologías y prohíbe el embargo de recursos de la salud y su uso en actividades distintas a su objeto.
- El Estado debe regular los precios en toda la cadena que interviene en el mercado de los medicamentos, desde la fabricación hasta la dispensación. De este modo se busca que haya disponibilidad, calidad, oportunidad y precios razonables de este insumo que para la Corte es pilar fundamental de la atención en salud.
- Los recursos económicos de la salud son dineros públicos, de destinación específica, sólo para pagar las prestaciones en salud, y son declarados inembargables.”

Con la Resolución 429 de 2016, la cual adoptó la Política de Atención Integral de Salud (PAIS) y junto con la Resolución 489 de 2019, es derogada con la Resolución 2626 de 2019, esta misma, modifica la PAIS, adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y los compila en un solo acto administrativo.

En lo que concierne a la PAIS, el cual se operacionaliza con el MAITE, su intención es la de mejorar las condiciones de salud de la población mediante la intervención de los agentes dirigida a propiciar el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad”. Contempla la integralidad como igualdad de trato y oportunidad de acceso, con sus cuatro componentes, como lo son: La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria; el cuidado; la gestión integral del riesgo en salud; y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones; lo cual ha de permitir la armonización con la presente política, porque concibe la articulación entre agentes, la generación de políticas y programas en salud de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, ya que pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, explícitamente en los componentes de: caracterización de la población, fomento de redes integrales, mejoramiento del rol de los aseguradores en los territorios, fortalecimiento del talento humano en salud de acuerdo a la formación, cuidado integral y en la gestión, planificación y mejoramiento de las condiciones laborales, como último, los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento.



A lo que atañe la Resolución 2626 de 2019, el MAITE es entendido como un conjunto de acciones sectoriales e intersectoriales y herramientas, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orientado a garantizar, de manera participativa y coordinada entre los agentes del sistema de salud del territorio. La alineación de prioridades y acciones en salud, está bajo el liderazgo del departamento, distrito o municipio, con el fin de favorecer a las personas en el mejoramiento de servicios, la disminución de brechas, garantía en mejores resultados a corto plazo. El MAITE comprende ocho líneas que permite articular la gestión territorial en salud, con la política, estas son: Aseguramiento; Salud Pública; Prestación de Servicios de Salud; Talento Humano; Intersectorialidad; y la Gobernanza.

De igual manera, la Ley 1955 de 2019 que avala el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” especialmente en la línea “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenibles por todos” contiene los siguientes objetivos primordiales que apuntan a: 1. Fortalecer la rectoría y la gobernanza en el sistema; 2. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad; 3. Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud.

En la disposición del mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social fija lo que denomina como “la triple meta de legalidad, emprendimiento y equidad” que se traduce en tres objetivos: 1) Mejorar el Estado de Salud de la Comunidad, 2) Mejorar la experiencia de salud digna y respetuosa y 3) Garantizar la responsabilidad financiera, que está relacionada con temas como la calidad del servicio y el reconocimiento al trabajo del talento humano en el sector de la salud.

Adicionalmente, el Decreto 2106 de 2019 cuyo objeto es el de simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la Administración Pública, con el propósito de garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes de las personas. Se relaciona algunos trámites que disminuyen barreras de acceso como es el caso del artículo 99 que establece la prohibición en la exigencia de carné o certificado de afiliación al Sistema de Salud para la prestación de los servicios; del artículo 102 que establece que la solicitud de copia de historia clínica deberá ser entregada máximo en cinco días calendario o remitida por medios electrónicos; o del artículo 105 el cual plantea que la autorización de servicios electivos, ambulatorio u hospitalario, se realizará directamente por el prestador de servicios de salud con el responsable de pago, no superior a cinco (5) días calendario.

“Joda persona tiene una vocación o misión específica en la vida. Joda persona debe llevar a cabo un designio concreto que exige su cumplimiento. Por ello es irremplazables, y su vida, irrepetible. De este modo, la tarea de cada persona es única, así como la oportunidad específica de realizarla.”²⁵

²⁵ Viktor E. Frankl, El Hombre en Busca de Sentido.



8. ENFOQUES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

La Política Nacional de Humanización en Salud desarrolla su abordaje conceptual mínimo, en el cual, espera sea incorporado, promocionado y ejecutado frente a los componentes más relevantes de la humanización en salud en el territorio nacional. De ninguna manera, los enfoques propuestos tienen un carácter restrictivo, teniendo en cuenta experiencias significativas en humanización que nos ofrece nuestro sector salud, en este sentido, su abordaje puede desarrollarse con enfoques, como por ejemplo, el de dialogo de saberes que favorece la integración de conocimientos ancestrales, metafísicos y holísticos; el teológico o enfoques más dinámicos y artísticos como son: la musicoterapia, logoterapia, risa terapia..., así mismo, puede desarrollarse el enfoque de curso de vida que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de las personas en cada una de las etapas del desarrollo humano y de reconocer las experiencias acumuladas a lo largo de la vida; el enfoque de género que reconoce y valora la diversidad y heterogeneidad de las mujeres, de los hombres y de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas; el enfoque interseccional que valora la influencia de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder que de éstos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad asociadas a la etnia o racialización de grupos sociales, la clase social, el momento del curso de vida, la presencia de discapacidad, entre otras; o el enfoque multidisciplinario el cual busca proveer cuidados integrales y continuos desde la participación de múltiples disciplinas del conocimiento, entre otros.

En este sentido, se puede abordar la humanización desde uno o varios enfoques, lo cual, consideramos fundamental para orientar una política que sea pertinente a la diversidad cultural y territorial que nos ofrece nuestro contexto nacional. Ello nos ha de permitir contar con una flexibilidad conceptual y metodológica acorde con la realidad de salud que se presente en los departamentos, municipios, entidades acreditadas, entidades públicas y privadas, comunidades, entre otras, vengán o no desarrollando avances significativos en cultura de la humanización en salud.

Enfoque de Derechos Humanos

Después de la nefasta ejecución de los actos inhumanos que representan la primera y segunda guerra mundial, en las cuales, se dieron actos sin límites de desprecio, de exclusión, de discriminación y de destrucción entre los seres humanos, conocidos en los campos de concentración como centros de aniquilación de la dignidad humana, en el año de 1948 se proclaman los Derechos Humanos Universales. En reconocimiento a que todos los seres humanos nacen **libres e iguales en dignidad y derechos**; **reconocen**, a su vez, **los valores** supremos de la **libertad, la dignidad y el derecho** otorgado de razón, conciencia y comportamiento fraterno individual y colectivo.

La Organización Mundial de la Salud es explícita, en que el disfrute de los mayores niveles alcanzables en salud “es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano, sin



distinción de raza, religión, creencias políticas, condiciones sociales o económicas”. Es por ello que, cualquier orientación desde la humanización debe reconocer que, **el cuidado integral y humanizado** requiere tener, entre otros, **una consideración a los grupos de población** que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación, por ende es importante que como agentes del sector, reconozcamos que los derechos humanos son condiciones que le permiten a las personas su realización y contribuyen a la garantía de una vida digna; por tanto en la declaración de derechos humanos, y en Colombia gracias a Ley Estatutaria, hoy se reconoce la salud como un derecho fundamental, lo cual tiene implicaciones en la forma en la que asumimos la atención y prestación de los servicios en salud.

Estas implicaciones, se relaciona estrechamente con la humanización, ya que nuestra especie humana al plantear y reconocer los Derechos Humanos y sus principios trasciende y llena de sentido, con ello, a la salud, la educación, la justicia, la economía, la política, la cultura, la sociedad y a todo tipo de interacción con el territorio y el medio ambiente, al asumir que el ser humano en su individualidad y colectividad se orienta hacia el desarrollo de su dignidad humana, de su poder transformador, de su valor intrínseco, de su autonomía, de su independencia y de su libertad que le impelen a sobreponerse a cualquier adversidad, y a crear las condiciones que le han de permitir generar propuestas que fortalezcan la humanidad de las personas y las comunidades en tanto seres holísticos e integrales y no como organismos enfermos.

Se garantiza oportunamente, en cualquier ámbito, los medios y unos mínimos de respeto, sin importar cuál sea el tipo de atención o de servicio prestado en salud. Es así como el goce efectivo del derecho a la salud se ejecuta con base en las garantías humanas de que no se deben transgredir los valores que fundamentan socialmente la dignidad y la protección de la vida de las personas beneficiarias de la atención y de quienes, como talento humano ofrecen sus servicios²⁶.

A la luz de lo expuesto anteriormente, es menester comprender que la humanización se puede observar cuando hay un reconocimiento universal de los derechos humanos, **sin llegar a sesgar o a condicionar** el derecho a una concepción absolutista de lo que es ser persona, **que categorice a los seres humanos o sectorice el derecho**, terminando, así, en una paradoja deshumanizante.

Enfoque Ética y Bioética

Es un enfoque que, junto con los enfoques de Derecho Humanos y Humanista, permite visualizar, en gran medida, el hecho de considerar al ser humano como un ser individual, social y como especie, orientado al logro del bienestar individual y colectivo, a través de su capacidad de razonar, conocer, nombrar, distinguir, jerarquizar, reconocer lo justo de lo injusto, de establecer leyes y la búsqueda del bien común humano y planetario. Por su parte, en su especificidad, este enfoque tiene que ver con las características o el tipo de comportamiento de las personas en sociedad. Si bien, el derecho cumple una función

²⁶ Aportes al dialogo en torno a los lineamientos, exploraciones y experiencias en humanización, Red Colaborativa de Humanización, Minsalud 2018.



reguladora, es necesario **establecer unas condiciones de convivencia, que surjan de la libre decisión de los humanos** que optan por ser más humanos, en pro de construir sociedades **que logren la consolidación del respeto por la dignidad** y, por ende, por la práctica de una ética que sea el fruto de la construcción entre las personas.

La bioética pone su interés en la vida humana, en la relación entre seres humanos y en sus espacios de convivencia. Ella convoca a reflexionar sobre el quehacer cotidiano de los equipos de salud e invita a reflexionar sobre la vida y sus complejas situaciones, con fundamento en la promoción de los valores humanos. A este respecto, Van Rensselaer Potter (citado Arellano M., Matos J., Oberto L., 2010) menciona que “la humanidad necesita urgentemente, una nueva sabiduría que le proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y la mejoría de la calidad de vida; sabiduría ... compuesta por el conocimiento biológico y los valores humanos”, dentro de la cual, se resalta el reconocimiento de la prioridad de lo humano.

Pedro Federico Hooft (Hooft P., 2002 citado Arellano M., Matos J., Oberto L., 2010) menciona que la bioética “ofrece un espacio de diálogo y una metodología de resolución de conflictos ‘no violenta’ en un clima de libertad y pluralismo, respetuoso de la dignidad inherente de la persona humana, que propenda a la superación de visiones unilaterales y reduccionistas”. A partir de criterios éticos, propone una integración de saberes acorde con la protección de los derechos humanos. Convergen, en ella, elementos básicos como la reflexión ética, el diálogo y la interacción como posibilidad de intercambio de saberes y del buen vivir con otros seres humanos.

Como parte de una sociedad, todas las personas estamos llamadas a la búsqueda de un bienestar que repercuta en cada uno de nosotros, de aportar, de empoderarnos, y de saber efectuar una inmersión en un mundo con múltiples variables, el cual nos propone vernos como semejantes desde la parte biológica, planetaria, espiritual, ambiental, política, económica, social, formativa, lúdica, estética, ética y cultural, entre otras.

El desarrollo del Enfoque Ético y Bioético presenta una significativa relación con la humanización, dado que promueve condiciones humanas en salud, actor principal que antecede a las responsabilidades de los diferentes agentes son las personas, en las cuales los seres humanos establecen relaciones con otros, sobre la base del respeto por los demás. En este sentido Fernando Guzmán refiere que “realiza un llamado al rescate del hombre...humano”, por su fundamento en principios y valores irrenunciables relacionados con moral, que trascienda la brecha de la mercantilización de la salud con la humanización en salud²⁷(Franco S., Arrivillaga M., Aristizábal C., Moreno M., 2007); que fomente la resolución de conflictos interpersonales; que promueva la solidaridad; que practique una ética pública basada en el respeto por la dignidad de las personas; que en cualquier escenario elimine la discriminación, la segregación y segmentación de las personas, y, en su lugar, convoque a que cada uno de los participantes entienda las particularidades y las

²⁷ Por el interés diferente al bienestar de la persona, deja de ser un todo y se convierte en un número de cama, un número de historia, una fuente de ingreso o un órgano inconexo con el resto de la realidad



semejanzas de cada persona situada en un entorno vital, justo, democrático y armónico donde confluyen, a la vez intereses personales y colectivos.

Se trata de humanizar la relación entre los agentes prestadores del servicio y las personas receptoras del mismo, lo cual, no depende solamente de la ética de las personas, en la medida que puede estar asociado, de una parte, a cómo operan las instituciones al brindar sus servicios de salud, y, de otra, a cómo se da el compromiso ético que impera en la sociedad, frente al hecho de asumir responsabilidades encaminadas a satisfacer la calidad, oportunidad, acceso y equidad, mediante una gestión fundada en valores éticos inherentes a lo humano.

Enfoque Ecosistémico

El presente enfoque, permite una lectura integral y holística, dado que **genera un conocimiento y una comprensión integral** acerca de aspectos tales **como el entorno, lo biológico, lo físico, lo cultural, lo económico, lo político, lo ético, lo estético, lo operativo, lo social y lo formativo**, así como su relación, tanto con las potencialidades como con las problemáticas identificadas. Para ello ha de abordar el pensamiento complejo y sistémico que emana del trabajo transdisciplinario e intersectorial; de la participación sistémica y comunitaria; del reconocimiento de las particularidades y las generalidades; de la sostenibilidad creada por la generación de alternativas propias de la sociedad afectada; de la equidad social que logre y del fomento de procesos de investigación.

Se convierte, de esta manera, en un ejercicio consciente de la reciprocidad, mediante un proceso complejo, abierto, cambiante, dinámico y transformador, donde todo repercute en todo, y por tanto, la mirada y comprensión integral de una determinada realidad sanitaria devela, al mismo tiempo, las potencialidades y los problemas, para con base en ellos y en su poder transformador ir más allá de ellos a través de la puesta en práctica de visiones positivas de futuro, que le impelen a estados superiores de bienestar y calidad de vida. En este sentido, va más allá del problema en sí mismo y de sus causas, lo cual le permite reconocer el esfuerzo deliberado en soluciones que integren semejanzas y diferencias en la salud, a través de redes colaborativas, diálogo de saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios, validación y legitimación de diferentes posturas, participación activa, propositiva y resolutive que posibiliten tanto el fortalecimiento de potencialidades como la transformación y el cambio (Betancourt O., Mertens F., Parra M., 2016).

La relación con humanización se da en razón a que contempla la interacción permanente del ser humano con su entorno territorial y de este con el ser humano. Va más allá de parámetros biofísicos, al entender al ser humano desde una perspectiva integral y holística que lo sitúa, a la vez, como integrante de una especie y como expresión planetaria, que vive en estado permanente de creación y de construcción de sentimientos y conocimientos; de elaboración de planteamientos, acciones y estrategias que conlleven a mejorar las condiciones en salud como bien común; de participación sistémica y empoderamiento colectivo frente a las problemáticas; de la generación de soluciones poblacionales; y de la investigación y comprensión integral propias de su entorno. Para lograr estos propósitos, contempla una constelación de variables constituidas, entre otras, por: la diversidad de



agentes, la multiplicidad de organizaciones en salud, los numerosos modelos de atención, las estructuras e infraestructuras institucionales y la generación de políticas públicas.

Sobre esta base, da paso a la participación, entendiendo diferentes y diversos puntos de abordaje, con la consigna de que la solución no parte de una sola causa, sino de múltiples causas, que permiten una arquitectura humana innovadora, inspiradora, empoderada y abierta a la construcción social continua.

Es importante resaltar que aspectos tan importantes de la humanización de la salud, como la atención personalizada, el buen trato o el respeto, deben estar asociados a mecanismos de auditoria y/o seguimiento como insumo para poder establecer indicadores o medidores de satisfacción de la persona, en aras de establecer acuerdos y oportunidades de mejora que definitivamente inciden en mejorar la experiencia de las personas.

Enfoque Humanista

Este enfoque visualiza una aproximación epistemológica y teológica que humaniza el concepto de persona, luego de que corrientes filosóficas y psicológicas radicales concibieran al ser humano como un dueño a medias de su libertad y de su autonomía. Se la considera como una importante escuela en el estudio de la conducta, la personalidad y en general del ser humano.

Aborda la comprensión del ser humano desde una visión multidimensional que promueve el acto de reconocimiento del sujeto como sujeto, más allá de sus propios condicionantes y/o estímulos externos, incluso más allá de lo que él mismo considera como sus propias posibilidades. Desde esta perspectiva, cada persona es capaz de orientarse hacia un propósito y, por tanto, contar con el derecho de asignarle un significado a la vida, situado, sin lugar a dudas, en una circunstancia, un entorno, un territorio existencial. Es, de igual manera, capaz de trascenderse a sí mismo y de orientar su vida al servicio de los demás, el mundo, el medio ambiente, la pura admiración del acto creador y de toda la creación, a través de momentos, experiencias y circunstancias que evocan lo más genuino y singular de cada persona.

La importancia de este enfoque, de cara a la humanización, radica en el reconocimiento que hace de una visión multidimensional del ser humano, restando así, la importancia a las transacciones y entidades del sector salud. Permite, por ende, comprender la articulación de diferentes esfuerzos, situar al ser humano en el centro, reconocer su libertad y su responsabilidad como ser social, como partes intrínsecas e inherentes a su propia existencia. Visualiza la humanización como proceso y actos de creación continua, cambiante, dinámica, abierta, transversal a muchas características, variables, situaciones, posibilidades y puntos de vista. Reconoce a las personas orientadas por metas compartidas, colectivas, comunitarias, que superan el interés individual y cuyos puntos de partida y de llegada giran, con pertinencia, en torno al relacionamiento, la vocación, el afecto, el amor, la coherencia, la responsabilidad social, la ética y la libertad.

Enfoque Diferencial



El enfoque diferencial es la estrategia que permite a las políticas de atención **reconocer** y organizarse en cuanto a **las diferencias de las personas y colectivos frente a los determinantes sociales**. Dicho Enfoque presenta una relación coherente con los enfoques descritos **por acoger, respetar, proteger y reconocer a las personas como seres individuales y colectivos, cuya inclusión y participación han de asumirse desde su integridad, vulnerabilidad, diversidad que se dan en la población**, así como desde las semejanzas que, en su calidad de especie, les son comunes a todas las personas. Es a partir de estos puntos de vista desde donde toma en consideración la promoción de los derechos universales y su contexto político, social, educativo, religioso, económico, cultural y ambiental. A la luz de lo mencionado, reconoce, por supuesto, la diversidad sexual, de género, la etnia, la cultura, las personas en situaciones diversas como de discapacidad y las situaciones especiales de vulneración de derechos (desplazamiento, condición legal, ubicación geográfica, violencia).

La humanización adapta el enfoque a que las condiciones diferenciales y semejantes de la población, conlleve a la personalización, la autonomía e interdependencia de la persona, así mismo, el fomento de las potencialidades y grupos específicos (grupos étnicos, personas con discapacidad, niños, niñas, mujeres en estado de gestación, personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, adultos mayores, víctimas, desmovilizados, entre otros).

Enfoque Poblacional e Intercultural

En cuanto al Enfoque Poblacional e Intercultural, precisa los intercambios entre las dinámicas que hay entre la población y las dinámicas socioeconómicas, educativas y ambientales propias de cada territorio. Del intercambio entre las dinámicas y las diferencias territoriales, ligadas a las características culturales como la identidad colectiva, las prácticas, costumbres, valores y principios de la población.

Se caracteriza por el respeto a las diferencias culturales existentes en cada territorio, las cuales cuentan con dinámicas propias derivadas de las relaciones sociales, que busca integrar y complementar las diversas características culturales y sociales de la población²⁸ que les facilitan abordar y dar solución a las problemáticas sobre la base de las condiciones de vida, la cosmovisión, la concepción de salud y de ser humano, de sus diversos saberes, prácticas y medios tradicionales y ancestrales, alternativos, los cuales son fruto de la creación de sus propias y pertinentes acciones que emergen de las comprensiones que hacen de su realidad.

La importancia de dicho enfoque, frente a la humanización, estriba en su capacidad y ductilidad para adaptarse a las condiciones, a las diferencias, a la diversidad, a las semejanzas y a las realidades que tiene cada población en el territorio, lo cual potencia la interculturalidad, el dialogo de saberes, la orientación de esfuerzos individuales y colectivos que se derivan de las relaciones sociales, la apropiación de las problemáticas

²⁸ Colombia a través de la ley 100 de 1993 crea el SGSSS, en compromiso del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Anexo IV.C-1.1 de la Ley 1450 de 2011) concerta con las autoridades y organizaciones indígenas, a través del Decreto 1953 de 2014, la estructuración, desarrollo e implementación de SISPI.



predominantes, el planteamiento, implementación y evaluación de estrategias y dinámicas, propias, creativas, inspiradoras e innovadoras en humanización en salud.

Enfoque Atención Integral y Centrado en la Persona

Este enfoque, materializa lo consignado en la Ley 1751 de 2015, mejor conocida como Ley Estatutaria en salud y la Política Atención Integral en Salud (PAIS), en cuanto a la denominada atención integral y centrado en la persona, su familia y comunidad, que busca responder a la necesidad sociosanitaria presente en el territorio nacional. De igual manera el enfoque, va más allá de la atención individual, el cual, se complementa con las intervenciones colectivas, poblacionales, culturales y se hace necesario integrar la promoción de la salud y la gestión de la salud pública.

En este orden de ideas, la OMS declara que la atención integral “reúne inversiones, prestación, gestión y organización de servicios de diagnóstico, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de salud. Es un modo de mejorar los servicios en relación al acceso, calidad, satisfacción y eficiencia” (Referenciado en Rodríguez R. Pilar, 2013); de igual manera, la OMS hace referencia frente a la atención centrada en la persona, “en poner las necesidades integrales de las mismas, sus familias y las comunidades, en el centro de los sistemas de salud, no solamente desde la mirada de la enfermedad, si no del compromiso con el capacitar a las personas para que tengan un papel más activo en su propia salud” (WHO, 2015b.).

De lo anterior, el presente enfoque, reconoce el papel activo de la persona, su familia y la comunidad, se sitúan como eje y centro del sector salud, teniendo en cuenta, sus deseos y preferencias, su participación en el proceso elaboración de programas de apoyo y su desarrollo en cada momento de la atención, favorece, la flexibilidad suficiente para adaptarse a los diferentes contextos en que se encuentre la persona, así mismo, el mejoramiento de la experiencia, el logro de una cultura colaborativa de humanización, como el mejoramiento en la calidad de vida de las personas y la optimización de los esfuerzos del sector salud centrados en las personas.

La importancia de dicho enfoque, frente a la humanización, estriba en centrarnos más en las personas de forma integral y resalta la importancia de todos los aspectos que nos constituye como seres humanos, como son: psicológico, espiritual, social, cultural y medioambiental. De igual manera, implica el logro del goce del derecho fundamental de la salud, lo cual, está íntimamente ligado con la dignidad y la protección de la vida, y al tiempo, en estimular la participación y el desarrollo al máximo de su autonomía e independencia personal. En este sentido, la relación es acorde a su carácter transversal e involucra la participación, articulación y coordinación entre los distintos agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como con la comunidad, de igual manera, implica su abordaje en el diseño de lineamientos, proyectos, programas, planes y políticas lo contemple, como corresponde en los cambios culturales de las entidades de salud, servicios o programas e incluyendo los roles del personal de la salud.



*“Nosotros, los mortales, logramos la inmortalidad en las cosas
que creamos en común y que quedan después de nosotros”²⁹”.*

9. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

De los aportes colaborativos, de la literatura y la documentación consultada, se puede concluir que la Política Nacional de Humanización, no se centra en conceptualizar la humanización, ya que tiene una vasta amplitud y puede ser entendida por cada persona de acuerdo con su formación, su preparación, su sentido de vida, su vocación, su compromiso y su voluntad unida a su espíritu de servicio. Pretende que cada actor involucrado directa o indirectamente con el Sector Salud, tome consciencia y sobre la base de una comprensión integral de su realidad dirija sus prácticas y realice sus contribuciones en pro de la humanización de la salud. De igual manera, dicha política busca incidir en aspectos relevantes que permitan generar una cultura de humanización en el sector salud de nuestro país. En razón a que estamos convencidos de que la política es estructural y no coyuntural y superficial, ella nos posibilita salir del reduccionismo de la humanización entendida como buen trato. En este sentido:

“Podemos decir que un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser, es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las desigualdades sanitarias, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud³⁰”.

La Política Nacional de Humanización reconoce la humanización en salud como un proceso complejo que comprende necesariamente la integralidad de ser humano, el respeto a su autonomía y el reconocimiento de su protagonismo en el cuidado de sí mismo y de su familia con respecto a las dinámicas y gestión del sector salud, que van desde la cultura hasta la política. Al tenor de lo planteado, la política hace un llamado a los diferentes agentes sociales a la construcción conjunta de una cultura de humanización como imperativo del Sector Salud. Desde esta perspectiva concebimos la humanización en salud como esencia del ser humano integral, en impulsar su actuar desde la expresión artística y genuina en el planteamiento de alternativas de acuerdo a cada rol, en el mejoramiento de las relaciones de confianza entre los agentes del sector, los sectores relacionados y la ciudadanía, en incentivar la reflexión en cada persona a partir de diferentes referentes y múltiples enfoques, que busque consolidar la cultura colaborativa de Humanización, en pro de mejorar la experiencia en el sector salud con la garantía del derecho fundamental a la salud, la protección de la vida y la dignidad humana, lo cual se traduce en:

- El valor y la dignidad del ser humano y de un entorno cultural que, de forma integral y holística, fomente la promoción de la salud y la protección de la vida, mediante el robustecimiento de las capacidades, el mejoramiento de los comportamientos, la

²⁹ Albert Einstein.

³⁰ Dr. Francesc Raventós, Director General del Instituto Nacional de Salud INSALUD, España 1984



cualificación de la gestión y la implementación de medidas estratégicas que favorezca el goce efectivo del derecho fundamental a la salud sin distinción alguna.

- En experiencias que dignifique a cada persona, y en las organizaciones, trascender la obligatoriedad de las normas, centrando sus esfuerzos en las personas, independientemente del rol o función en el que participen.
- La consolidación de las relaciones entre: el talento humano en salud y las personas beneficiarias y su familia; el personal de las diferentes organizaciones de salud; las numerosas áreas y servicios; los distintos agentes y entre los múltiples sectores.
- La inclusión paulatina de diferentes sectores de forma activa-participativa que favorezca el bien común, así mismo, la inclusión de la gerencia y/o las directivas institucionales en el apoyo de la cultura de humanización.
- En el respeto y buen trato que se da entre la persona, su familia y los servidores del sector, en doble vía, el cual ha de estar guiado por la confianza, la corresponsabilidad, el empoderamiento y la cocreación de acciones de mejora.
- La cultura organizacional y el logro de la transversalización de la humanización a través de herramientas, así, como el desarrollo de proyectos, programas, planes de desarrollo, políticas y lineamientos en salud a nivel nacional, territorial, municipal e institucional de salud.
- La creación o reorientación de acciones, estrategias, medidas, modelos de gestión y de atención en salud que se centren en la persona, su familia y el personal de salud.
- La integración de diferentes servicios institucionales, la articulación entre los diferentes agentes, con otros sectores y con la ciudadanía, de tal manera que se favorezca la dignidad y la condición humana, además, de la construcción de herramientas prácticas que mejoren la atención en salud.
- La formación integral y académica para el personal de salud en formación y en ejercicio, que incida en el mejoramiento de las capacidades y de conductas acordes con valores y principios, que fortalezcan el trato respetuoso y la comunicación, la ética, la empatía, el acogimiento y hospitalidad en las instituciones.
- El reconocimiento y mejoramiento de condiciones laborales que dignifiquen la labor y el relacionamiento del talento humano en salud con la persona y la familia.
- La asignación de presupuesto dirigido a estrategias de mejoramiento de las prácticas humanizadas que comprometan la integralidad de la atención y el mejoramiento de los servicios, la tecnología y el ambiente humanizado.
- La creatividad, innovación e investigación que dignifiquen la realidad de la práctica al servicio de la salud en los territorios, reconociendo la diversidad y el carácter intercultural de la población colombiana, a partir de la cual se estimule la autonomía, la integralidad y la complementación entre el SGSSS y el SISPI, así como la inclusión de poblaciones étnicas de nuestro territorio. De igual manera, se fomente el intercambio de conocimientos y el dialogo de saberes entre los agentes, la academia y la comunidad, se anime el protagonismo y visibilidad de líderes y se promueva el reconocimiento a las instituciones y/o territorios que trabajan por la humanización en el sector salud.



Prioridades y retos a considerar desde la Política Nacional de Humanización en Salud

Es importante mencionar su obligatoriedad normativa en cumplimiento y exigibilidad para los agentes del SGSSS y de vital importancia a otros regímenes y agentes diferentes al mismo, a ser adaptada, adoptada y/o cocreada, la Política debe trascender la obligatoriedad de las normas como agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como comunidad, busca que, en sí misma, sea, ante todo, un motivo y un pretexto argumentado que invita a centrar los esfuerzos en las personas que las comprenden, independientemente del rol en el que participen. En ese sentido, invita a generar transformación cultural que favorezca la mejora de la experiencia de las personas; en el reconocimiento del ser humano holístico; en la creación de condiciones justas al servicio del talento humano en salud; en mejorar el relacionamiento entre los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como con la comunidad; en la convivencia partiendo del reconocimiento de la diversidad de los seres humanos, de modo que se afecte el estigma y la discriminación.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe resaltar que la humanización es polisémica y ampliamente conceptual, la Política orienta su abordaje desde múltiples enfoques que se conciben y asumen como una plataforma conceptual y metodológica que ha de servir de base, para identificar las brechas relacionadas con la humanización en salud; al desarrollo armónico eco-sistémico; al desarrollo de valores y principios éticos y bioéticos; al mejorar los esfuerzos para centrar el ser humano y su entorno en el sector salud; y al logro de la equidad en salud de la población teniendo en cuenta las diferencias y semejanzas poblacionales.

De acuerdo a los aportes colaborativos, la literatura y documentación consultada sobre humanización de la salud y en consonancia con el análisis situacional identificado, se establece cinco pilares que demandan el ejercicio de un proceso permanente, individual y colectivo, de comprensión integral: Ser, Humano – Ser Humano; Bien Común; Servicio Público Esencial; Responsabilidad Social; y Construcción Continua, los cuales se complementan, se relacionan y cimienta la definición de los ejes y estrategias con sus respectivas acciones a ejecutar en los próximos años.

En el mismo sentido, en el periodo comprendido entre 2021 al 2031, a través de sus Ejes, pretende generar avances significativos en mejorar la experiencia de las personas con la transformación de cultura de humanización del sector salud, a partir del fortalecimiento de su estados de consciencia acerca de que su existencia y absolutamente todo su interactuar con su entorno natural y humano, desde su gestación hasta su muerte, están supeditados y guiados por los principios de reciprocidad, interdependencia y complementariedad. Es sobre la base de tales principios que se construye el relacionamiento interpersonal entre los sujetos de la atención en salud, la familia - el talento humano – la organización – las instituciones del sector salud – los sectores relacionados – y con la comunidad en general. Igual sucede, con los tipos de interacción que se dan con el ambiente y el uso de la tecnología; en la consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa



y sistémica, lo cual, se dinamiza a través de la conformación y activación de la Red Colaborativa y de los Nodos Departamentales en humanización; en el empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía; en el logro de un mayor compromiso de quienes detentan una responsabilidad de directivos, gerentes, líderes o personas encargadas por cada entidad de contribuir a la construcción de la cultura de la humanización en salud y a su transversalización en el desarrollo de lineamientos nacionales, territoriales y organizacionales. En este sentido, juega un papel muy importante la formación y creación de escenarios de opinión que contribuyan a fortalecer las capacidades y habilidades, a través de la educación formal, no formal e informal y de la educación para el trabajo y desarrollo humano; del fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo sistémico-colaborativo a partir de su realidad territorial-poblacional, étnica y culturalmente diversa; la formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud; y de la reorientación a modelos de gestión centrados en las personas, las familias y la comunidad.

De igual manera, el abordaje de la humanización en el sector salud representa un desafío conceptual, metodológico, poblacional, social, económico, educativo, ético y político. A este respecto estamos conscientes de que la incursión de la humanización en la realidad de salud que vivimos es un reto permanente y que es un deber nuestro el empezar a humanizar la realidad, como bien lo refiere José Carlos Bermejo cuando plantea que “para humanizar una realidad hay que impregnarla de valores genuinamente humanos”. A continuación, se enuncian algunos de los retos a trabajar en la implementación de la humanización en el sector salud:

- Mejorar la experiencia de las personas en el que trascienda la obligatoriedad normativa a lograr una experiencia concienzuda que dignifique a las personas.
- Fomentar en las organizaciones seguras, transparentes, legítimas y constructivas, con promesas de valor que abarquen todas las dimensiones del ser humano y su entorno planetario.
- Invitar a la academia a replantear su estructura formativa teórico-práctico.
- Lograr involucrar sectores que tienen injerencia y que favorezcan el cierre de brechas que se presentan en el sector salud.
- Obtener la participación de los múltiples agentes del sector cuya función se relaciona con el aseguramiento, la prestación de servicios, la atención en salud, la provisión de tecnología en salud y la gestión de la salud, mejorando, a través del trabajo colaborativo.
- Generar espacios de participación y trabajo articulado con la ciudadanía y con grupos organizados en el marco del enfoque diferencial y de género, en estrategias y herramientas que se centren en las aspiraciones, las potencialidades y en las necesidades de la población.
- Motivar a los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como a la comunidad, hacia la adopción y cocreación de la Política Nacional de Humanización, de acuerdo con su realidad y en pro del fomento de la cultura colaborativa de Humanización en sus respectivas organizaciones.



- Asignar recurso que favorezcan la creación, innovación e investigación que orienten acciones, prácticas, medidas, estrategias, proyectos, programas, planes de desarrollo y/o políticas en humanización, considerando la realidad de las organizaciones, de la población, del territorio y de la diversidad cultural.
- Propiciar la dignificación en especial del talento humano en salud, en referencia a las condiciones laborales y contractuales establecidas por las organizaciones de la salud, al trato respetuoso de la ciudadanía y a las oportunidades formativas que contribuyan al crecimiento personal y profesional.
- Avanzar en la formulación y reorientar modelos de gestión en salud que centren los esfuerzos en las personas, sus familias y al personal de salud.
- Motivar el compromiso de las directivas, los gerentes, los líderes, o tomadores de decisiones en incluir a través del buen gobierno la dinamización de creación continua y permanente de una cultura de humanización en las organizaciones y en concordancia y articulación con los diferentes lineamientos, proyectos, programas, planes de desarrollo y políticas públicas nacionales, territoriales, municipales, distritales y organizacionales.

“El dinero hace a las personas ricas, el conocimiento hace a las personas sabias, pero la humildad hace grandes personas”³¹”.

10. PRINCIPIOS Y VALORES DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION

La Política Nacional de Humanización en Salud “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana”, incorpora y promueve unos mínimos de principios y valores válidos para todos los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como para la ciudadanía, haciéndose evidente en todos los momentos y etapas de los procesos administrativos, asistenciales, formativos y demás, así como en la orientación de los componentes y funciones correspondientes de cada agente. Los principios y valores que atañe la Política, favorecen al dinamismo que mueve al hombre a crecer en conciencia, libertad, responsabilidad, sentido social, sentido común, como también, en promover los valores humanos “todo ser humano está llamado a hacerse cada vez más humano”.

Los siguientes principios y valores se traducen más en un proyecto de crecimiento que en un conjunto de normas o lineamientos, habla del hombre abierto a todos los valores y lo ubica en un horizonte, sin límites, en ningún caso pretende ser de carácter restrictivo, se constituyen como orientadores para la comprensión e implementación de la Política Nacional de Humanización, relacionados de la siguiente manera:

³¹ Agnes Gonxha Bojaxhiu, Madre Teresa de Calcuta.



Principios

La Transversalización: Permea las actitudes y aptitudes humanizadoras frente al afianzamiento y la mejora de la experiencia de las personas. Para ello, se requiere un respaldo político y de compromiso directivo en las diferentes organizaciones de salud, a fin de llevar a cabo un proceso de articulación, armonización y alineación de la humanización en el desarrollo de los diferentes lineamientos, proyectos, programas, planes y políticas públicas nacionales, territoriales, municipales e institucionales en sus respectivas líneas estratégicas, misionales y de apoyo. La transversalización de la humanización, posibilita poner de presente la necesidad de abordar desde la integralidad y el reconocimiento multidimensional del ser humano en salud, a necesidad de intervenciones multidisciplinarias, sectoriales, intersectoriales, suprasectoriales y comunitarias.

La Interculturalidad: Se respalda en lo consagrado por nuestra Constitución Política en lo referente a nuestra diversidad cultural y, a la vez en lo definido por la Ley 1751 de 2015, que nos exige el respeto por las diferencias étnicas, culturales y territoriales existentes en el país. En este sentido, todo proceso de humanización debe garantizar la personalización de la atención, construyendo, de una parte, mecanismos que integren la amplia gama de enfoques y de alternativas en salud, y, de otra, valorando la autonomía de las personas, sus condiciones de vida y los accesos a la atención integral de la salud territorial, con lo que se tiene en cuenta el reconocimiento de los saberes, las prácticas y medios tradicionales, alternativos, la integración y complementación de lo dispuesto por el SGSSS y el SISPI en garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

La Calidad: Es un principio fundamental para la Política Nacional De Humanización, ya que la calidad sin humanización no es calidad, la humanización sin calidad no es humanización. Son procesos complementarios entre sí, que se favorecen con el mejoramiento continuo, la excelencia en salud, el cambio de los resultados de salud, el mejoramiento de la experiencia de las personas en sector salud, la garantía de mejores prácticas y en el fortalecimiento de los atributos, la personalización de la atención y la integración de los servicios de salud asistenciales y administrativos entre agentes.

La Cocreación: Se relaciona con los procesos de creación y favorece el logro de la construcción de conocimiento social, colectiva, conjunta y de manera continua de afectividades, de haceres y de visiones positivas de futuro entre los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia así como con la ciudadanía, de cara al logro de la humanización en salud que favorece la transformación cultural en la mejora de la experiencia de las personas, en la personalización de la atención y servicio, en el fortalecimiento de corresponsabilidad del autocuidado de las personas con su propia salud, a través del desarrollo de lineamiento, proyectos, programas, planes y políticas organizacionales.

La Corresponsabilidad: Hace referencia a la responsabilidad compartida en el mantenimiento y mejoramiento continuo de la salud, al individuo y la comunidad, lo cual, depende de un compromiso político sostenido, de un compromiso humano de los agentes y de un compromiso del cuidado de la salud por parte de la población.



Multidisciplinariedad: Corresponde al trabajo colectivo multidisciplinario, que provee de cuidados integrales a la persona, el cual favorece la experiencia de las mismas, de igual manera la continuidad, eficiencia y coordinación, en los momentos de verdad administrativos y asistenciales que influyen en prácticas humanizantes. Se fundamenta en la complementariedad disciplinar, la visibilidad e importancia de la labor del otro, la relación de confianza, la comunicación efectiva, el trabajo colaborativo, entre otros.

El Reconocimiento Social: Se refiere, este principio a la valoración positiva que la ciudadanía confiere al personal de salud, al personal de apoyo asistencial y administrativo, de los diferentes agentes del sector salud en razón al cumplimiento ético de su labor, el cual está fundado en valores y principios, en la participación y cumplimiento de normas fundamentadas en la justicia social, en la transparencia del uso adecuado de recursos disponibles para el sector, en la coordinación centrada en la articulación de esfuerzos para el bien común, en la seguridad que se brinda para evitar, reducir y paliar daño a las personas en las diferentes prácticas asistenciales y administrativas, todo lo cual conduce a fortalecer la relación y el buen trato con la ciudadanía, la confianza con la sociedad y la promoción de una cultura del servicio que integre el conocimiento técnico-científico, el valor humano, los principios éticos y las capacidades y habilidades de relacionamiento.

Las Relaciones Humanizadas: Constituye un principio privilegiado de humanización en salud, haciéndose evidente cuando se establece entre persona y persona, cuando se práctica la personalización de la atención en salud, que se da al compartir decisiones, al brindar servicios centrados en las personas y familias, al efectuar prácticas de cuidado integral, al crear vínculos de confianza, al compartir información, al constatar que la comunicación es efectiva, al transmitir emociones, al aceptar las diferencias, al respetar la igualdad entre seres humanos, al obrar con empatía, al valorar la espontaneidad, al actuar con flexibilidad, al promover la resolución de conflictos entre los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como con la ciudadanía.

Integralidad: Comprende su carácter holístico, comprensivo y colectivo, con base en el cual involucra en su construcción social, de manera integral, a los agentes del sector, de sectores relacionados como la academia, así como a la comunidad, teniendo en consideración la diversidad territorial, poblacional, intercultural, diferencial, que inciden en el fortalecimiento de la articulación, seguridad, coordinación, transparencia, entre otros, favoreciendo el compromiso institucional, comunitaria y territorial.

Valores

Dignidad y Respeto: Debemos tener en cuenta como valor prioritario la dignidad del ser humano, la cual propende por el desarrollo y realización integral de la persona. La dignidad y el respeto a la persona humana son el fundamento y razón de ser de la inclusión, el valor, la igualdad y la fraternidad entre la ciudadanía, el personal de salud asistencial y administrativo, los gerentes y directivas que representan los agentes del sector con directivas de otros sectores, sin distinciones por su educación, cargo, etnia, raza, sexo, género, clase social, cultura y creencias.



Libertad y Responsabilidad: Son imprescindibles, encierra aspecto esencial del ser humano referida a su continua búsqueda de la verdad. Sólo el hombre libre y responsable puede encontrar el bienestar personal y social.

Equidad: Favorece el hecho de que los esfuerzos de los agentes del sector se centren en los servicios y la atención al servicio de las personas, familias y del talento humano en salud, como fin y no como medio, para evitar la discriminación y exclusión.

Solidaridad: Es el lazo que une al ser humano con el desarrollo de la sociedad, en la cual debe construir estados superiores de bienestar integral con todos de acuerdo a los intereses y necesidades comunes de todos, además, fomentando para ello, la comunicación, el relacionamiento, el trato amable, la empatía, que impulsan a la realización de proyectos comunes.

Participación social: Es completamente incluyente y de alta importancia en la transformación de la humanización en salud, la cual estimula a que cada persona entregue lo mejor de sí mismo al servicio del bien común. Constituye a su vez, un derecho que debemos ejercer como lo contempla la Ley 1751 de 2015 y como lo indica la Política de Participación Social en Salud, al planear que todos los actores sociales hacen parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema en salud. De esta manera los grupos humanos se enriquecen con los aportes que emanan del dialogo de saberes, de la transferencia de conocimientos y de la socialización de experiencias, lo cual conduce a la construcción conjunta de nuevos conocimientos, al empoderamiento sustentado en la información, a la formulación conjunta de acciones, a el entendimiento frente a diferentes realidades y al seguimiento en la disminución de brechas.

“No hay una descripción única que sea capaz de expresar cabalmente lo que es ese ser humano, temeroso, esperanzado, y a menudo en estado lastimoso, que es el paciente. Para unos es un simple número, para otros un caso; para algunos es una unidad estadística, para otros un corazón que late; para unos es un fastidio, una molestia; para otros un espectro; y para él mismo es un enigma, que con frecuencia ignora su propia condición y estado, con grandes aprensiones en cuanto a sus perspectivas y desconcertado con respecto a la situación en que se encuentra³²”.

11. PROPOSITO DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION.

La presente Política, tiene como propósito, hacer un llamado a los diferentes agentes del sector salud, otros sectores relacionados como la academia, así como a la ciudadanía, en

³² E. Todd Wheeler. 1976. Diseño funcional y Organización de Hospitales.



favor de orientar individual y social conjunta, los esfuerzos en mejorar la experiencia de las personas en el sector salud colombiano, generando cambios auto gestionados de la cultura centrada en el ser humano que involucre la humanización como principio orientador y fundamento esencial del Sector Salud, lo anterior implica, centrarnos más en las personas de forma integral. Asumimos el compromiso de impulsar su actuar desde los valores humanos, la creatividad, la innovación, la expresión auténtica y genuina mediante el planteamiento de alternativas conducentes al mejoramiento en la formación, al respeto del personal de salud con la ciudadanía y en doble vía, al mejoramiento de prácticas de atención y servicios asistenciales y administrativos humanizados en el sector salud, al fortalecimiento de las relaciones empáticas y de confianza entre los agentes del sector, otros sectores relacionados como la academia, así como con la ciudadanía. Ello implica enfocar su misión en el logro del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, la protección de la vida en general y a la defensa de la dignidad humana.

“Haz un hábito de dos cosas: ayudar; o al menos no hacer daño”³³”.

12. ALCANCE DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION

Las disposiciones de la Política Nacional de Humanización, están dirigidas a los agentes del sector salud, a sectores relacionados como la academia, así como a la comunidad y grupos sociales organizados, siendo requeridas por la responsabilidad de aquellos que están obligados al cumplimiento normativo del SGSSS y es de vital importancia por la responsabilidad social que conlleva a otros regímenes y a los agentes diferentes al SGSSS, a ser adaptada, adoptada y/o cocreada la Política, como referente de mejores prácticas, de igual manera, a que contribuyan en la humanización del sector salud, lo cual, conlleva a mejorar la experiencia de las personas, con la generación de una cultura de humanización en la que centre la atención en la persona y su familia y personal de salud, en un periodo comprendido entre el año 2021 al 2031.

Se plantea alcanzar su logro mediante procesos de fortalecimiento en el relacionamiento interpersonal entre: personas, familia y comunidad - personal de salud – organizaciones; organizaciones del sector salud – sectores relacionados – y con la comunidad. De igual manera, en el mejoramiento de los entornos cálidos y confortables y el uso humanizado de la tecnología; en la consolidación de escenarios que favorezca la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia, así como de la ciudadanía, encaminados a la permanente reflexión y cocreación de acciones pertinentes a las condiciones del entorno; en la dinamización de procesos de empoderamiento colectivo de los mismos, teniendo en cuenta la responsabilidad de los directivos, gerentes, líderes y personal de la salud.

³³ Hipócrates.



Ello también demanda, la transversalización de la humanización en lineamientos nacionales, territoriales y organizacionales como parte indispensable en el respetivo proceso de construcción de una cultura institucional de humanización; Se pretende, de igual manera, lograr avances en la formación y la generación de escenarios de opinión que contribuya al conocimiento, capacidades y habilidades de talento humano en salud y la ciudadanía, a través de la educación formal, educación informal y educación para el trabajo y desarrollo humano; en el fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo sistémico-colaborativo a partir de su realidad territorial-poblacional, diversidad y cultura; en la formalización y mejoramiento de las condiciones laborales del personal de salud; y la dinamización y orientación de modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad, y al mismo tiempo en el personal de salud.

“Tú eres persona y te trato en tu totalidad como ser humano”³⁴”.

13. OBJETIVOS GENERALES DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACION

Promover la humanización como un imperativo del Sector Salud Colombiano, transversal a lineamientos normativos, así, como en modelos de gestión centrado en las personas y en la búsqueda continua de la excelencia organizacional de todos los agentes, reconociendo la diversidad, diferencias, semejanzas, necesidades y particularidades de la población en los diferentes territorios a nivel nacional.

Generar una cultura de Humanización del Sector Salud que reconozca la integralidad del ser humano y centre los esfuerzos en las potencialidades, necesidades y aspiraciones de las personas a nivel individual y comunitario, promoviendo el valor humano, el compromiso ético, el mejoramiento de la calidad y las relaciones de confianza entre los agentes del sector, las entidades intersectoriales relacionadas y la comunidad, conducentes al goce efectivo del derecho fundamental de la salud, a la protección de la vida en general y al respeto de la dignidad humana.

“El mundo será más humano cuando todo rostro humano produzca estupor a cualquier semejante porque construiríamos así un mundo más justo, más digno, más en consonancia con la dignidad humana”³⁵”.

³⁴ José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética.

³⁵ José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética.



14. PILARES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

La Política Nacional de Humanización en Salud “**Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana**”, se basa, ante todo, en un análisis de situación de salud, en una revisión documental relacionada con la humanización de la salud y en la validación hecha a partir de las experiencias de construcción social llevadas a cabo, bajo la orientación de Minsalud y de las respectivas Secretarías de Salud por los Nodos Cundinamarca, Cauca, Ibagué y Bogotá y de la validación a su interior por el mismo ministerio.

Sobre esta base, para el desarrollo de la Política se observan los pilares que, por su relevancia y sentido social, son las bases que permiten cimentar los ejes, las estrategias formuladas y las acciones de manera integral, por consiguiente, favorecerá la implementación de la Política y la cocreación de la misma. En ese sentido, los cinco pilares entre sí son interdependientes, los cuales, tienen que ver con las concepciones o comprensiones de:

- **Ser, Humano, Ser Humano**, dado que tanto la comprensión integral de su esencia como especie humana y su relación con el entorno, de su comportamiento (de su actuar), de su contexto y de su condición, fundamenta el reconocernos y reconocer al otro en los sistemas sociales;
- **Bien Común**, en la medida que favorece la creación de una ética colectiva;
- **Servicio Público Esencial**, el cual pone de presente en manifiesto la responsabilidad que el Estado tiene con toda la población del territorio nacional;
- **Responsabilidad Social**, porque la construcción colaborativa de la humanización de la salud y del bienestar de las personas es el fin de la gestión de los agentes del sector salud, sectores relacionados y con la ciudadanía;
- **Construcción Continua**, porque se requiere de un dinamismo continuo, permanente, sostenido, genuino e innovador, que cuente con fundamentos conceptuales, metodologías y estrategias que favorezcan el reconocimiento de la integralidad del ser humano, y la estrecha relación del conocimiento técnico-científico con los valores humanos y la complementación de los diferentes saberes.

A continuación, se describe cada uno de los pilares:

Pilar - Ser, humano, Ser Humano

El presente pilar, es el componente fundamental, con base en el cual se cimienta la cultura de humanización en salud. A partir de ella se reconoce al ser humano, de forma integral y holístico como centro de los esfuerzos del sector salud, y se impele, entre otros, a reconocer al otro y a reconocernos en esencia como especie, como en los comportamientos humanos frente a diferentes situaciones y circunstancia. Así mismo, el fortalecimiento de capacidades, habilidades y valores humanos que favorezcan en el personal de salud la integralidad de la persona, el respeto a las creencias, la cosmovisión y cosmogonía, y



valores de los sujetos de cuidado, familia y equipo de trabajo, el fomento del espíritu vocacional, el cuidado de la persona, la comunicación efectiva, el desarrollo de la empatía, el ejercicio de la ética profesional, el mejoramiento de las relaciones interpersonales y el fomento del trabajo en equipo, entre otros.

En este sentido nos asumimos como especie, capaz de transformar nuestro entorno, nuestro propio desarrollo y de realizar transformaciones sociales de forma individual y colectiva, considerando nuestras diferencias y semejanzas, en consonancia con sus respectivas potencialidades, limitaciones y posibilidades, ilusiones, deseos, sueños realizados y visiones positivas de futuro que dinamizan nuestro poder creador de nuevas realidades.

A este respecto es de suma importancia el recordar que, cada ser humano - durante el ciclo de vida - orientado por los principios de reciprocidad, interdependencia y complementariedad que guían su interacción con los demás y con su entorno, se encuentra en estado permanente de indagación y creación, como individuo y colectivo, de: comportamientos, conocimientos, saberes y de ser formador y creador de su propia realidad; de amor, afectos, actitudes y vínculos sociales; de acciones, realizaciones y productos; de sueños, utopías y visiones positivas de futuro; así como de consciencia de sí mismo, de su existencia y de su trascendencia, acciones como estas que lo conducen a estados superiores de bienestar y desarrollo humano para sí, sus seres queridos y su entorno natural y humano.

Pilar - Bien Común

Con el siguiente pilar, se reliva en los procesos de humanización de la salud como “somos un nosotros”, cimienta la conciencia individual y colectiva frente al beneficio común en la ejecución de actividades y funciones de cada agente del sector salud, de los sectores relacionados como la academia, así como de la comunidad, lo cual, conlleva a lograr resultados en conjunto, teniendo en cuenta la confianza construida entre participantes sobre la base del reconocimiento de las responsabilidades, a la vez, de las brechas, que motivan la construcción de propósitos que favorezca el bienestar común.

Compromete a la sociedad en la constitución de lo que somos como estado social de derecho, democrático, participativo y pluralista, que oriente sus esfuerzos al fortalecimiento de la dignidad humana, la garantía de los derechos y la prevalencia del bien e interés colectivo.

Pilar - Servicio Público Esencial

Desde la perspectiva del presente pilar, resaltamos el cimiento de la responsabilidad que el Estado tiene a su cargo en disponer la Seguridad Social y la Prestación de los Servicios de Salud, que han de cobijar a la totalidad de los habitantes del territorio nacional (Ley 10 de 1990). A la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la salud como servicio público esencial obligatorio debe ejecutarse bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado y garantizarse por ser un derecho fundamental irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo, que exige ser de la más alta calidad



y humanizado, y ser suministrado de manera oportuna, accesible, continua y eficaz en pro de su preservación, mejoramiento y promoción de la salud.

Pilar - Responsabilidad Social

El siguiente pilar, tiene que ver con cimentar el resultado del grado de operatividad de las relaciones sociales y de poder que se dan al interior de las organizaciones o entre los agentes del sector salud, o entre sectores relacionados como la academia o con la comunidad. De igual manera, como manifiesta la OMS sobre la responsabilidad social "la obligación de dirigir las actividades educativas, investigativas y de servicio, a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación". De lo anterior, requiere de un compromiso congruente, encaminado a contribuir, de forma activa en el mejoramiento de las condiciones en salud de la población, que sean compatibles con el desarrollo de la sociedad, dirigido a la reducción de las inequidades y de la discriminación en salud y a, poner el bienestar de las personas en el centro como una finalidad. Implica mantener una buena relación entre los agentes, los sectores relacionados como la academia, así como con la comunidad, en el valor de la responsabilidad con el ser humano y no solamente por lo que representa la dinámica del mercado en la salud.

Pilar - Construcción Continua

Con base en un habiendo sido y en un siendo, cada ser humano se diseña para sí mismo un deseo de llegar a ser, a la luz de esta reflexión, el presente pilar, nos permite cimentar el dinamismo permanente y continuo en la construcción de fundamentos y estrategias que favorecen la implementación de la humanización en el mejoramiento de la experiencia de las personas, familia y personal de la salud, y la generación de una cultura en las diferentes organizaciones, agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la comunidad. Para lograr este propósito es necesario impulsar la inspiración, la creatividad y la innovación sobre la base de la participación individual y colectiva; de la complementación de diferentes saberes e integración intercultural; de la aplicación constante del ciclo del mejoramiento continuo; y del logro del empoderamiento frente a la luz de las potencialidades y dificultades que se presentan en humanización en las distintas realidades poblacionales del país.

Ilustración 13. Interdependencia Pilares de la Política Nacional de Humanización en Salud.





Fuente. Construcción propia Minsalud 2019.

“El amor es mejor maestro que el deber.”³⁶

15. EJES, ESTRATEGIAS, OBJETIVOS Y ACCIONES DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

Para la formulación de la Política Nacional de Humanización en Salud “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana”, se tiene en cuenta, entre otros: el análisis de situación nacional de la salud; los planteamientos que devienen de la literatura consultada relacionada con humanización de la salud; la identificación de las positivities y de las brechas existentes en el país, así como los debates, diálogos, discusiones, análisis y validación que surgen de las pruebas piloto realizadas en torno a la Ruta Materno Perinatal en los Nodos de Cundinamarca, Cauca, Ibagué y Bogotá, en las cuales se identifican, a través de una Matriz de Correlación determinantes que favorecen las prácticas humanizadas; y al interior de la Mesa de Trabajo que orienta y dinamiza los procesos de creación y construcción social de la Política Nacional de Humanización, su formulación se orienta especialmente por lo consagrado en la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 1°, en el cual nos definimos como Estado social de derecho y por lo estipulado en la Ley 1751 de 2015 en cuyo propósito centra su atención en garantizar la salud como derecho fundamental.

Sobre la base de estas fuentes de criterio y de realidad, en la presente política, se definen, a continuación, siete ejes complementarios entre sí que favorecen las once estrategias con sus respectivas acciones, ellas son:

1. El fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud.
2. La consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía.
3. El empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía.
4. La formación y organización de escenarios de opinión que contribuyan a fortalecer las capacidades y habilidades en humanización en salud.
5. El fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de la Humanización en salud.
6. La formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud.
7. La reorientación hacia modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad.

Esta iniciativa, busca motivar a los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como a la comunidad, a que hagan presencia activa, ante la Política, en su

³⁶ Albert Einstein.



adopción, su continua cocreación, ajustes o adecuaciones que sean pertinentes y el continuo reconocimiento del ser humano integral como centro de esfuerzo en las diferentes políticas, lineamientos, proyectos, programas, planes, modelos de atención, encaminados a la transformación cultural en pro de la humanización en el sector salud.

Los criterios y estrategias formuladas por diversos equipos humanos, vinculados a diferentes entidades de varias regiones, constituyen la base inicial para mejorar la experiencia de las personas y transformación cultural de humanización en el Sector Salud. En este sentido, es importante reconocer los avances frente a la humanización en salud de instituciones que lograron la acreditación o de otras organizaciones que en su misión contemplan la humanización en salud y han dado pasos gigantes en la construcción de la cultura de humanización dentro de las mismas, de igual forma, con avances en el diseño e implementación de fundamentos conceptuales y estrategias que conllevan resultados y oportunidades de mejora. Ello evidencia, en gran medida, el hecho de que conciben y actúen las personas en el sector con un propósito humano, con innovación y excelencia, lo cual implica que dichas instituciones están en condiciones propicias para adoptar, adaptar o complementar con la presente Política y de contar como referentes institucionales en los distintos departamentos, municipios y distritos, con el fin de motivar, acompañar y potenciar los procesos de humanización, con base en sus experiencias significativas.

15.1 EJE 1. El fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud

Es un eje exclusivo y privilegiado de la humanización en salud, con una característica central de articulador estratégico con los ejes formulados, ya que permite visibilizar la persona en toda su integralidad, contribuye a estimular vínculos de confianza y manejo de recursos, centra los esfuerzos en la persona que en la transacción y la oferta de servicios, mejora la experiencia de las personas en la atención asistencial y administrativa, reconoce el respeto a la dignidad humana entre la persona, su familia y su comunidad con el conjunto de personas, equipos humanos y entidades que conforman el Sector Salud y las organizaciones con él asociadas.

Dado que este eje nos está priorizando un “relacionamiento interpersonal humanizado” es conveniente que nos demos un tiempo para comprender el papel de nuestros sentimientos, de nuestras emociones, de nuestra empatía, de nuestra compasión, de nuestra vocación y sentido de servicio, de nuestra intuición, del reconocimiento y vivencia de la alteridad, en la creación de vínculos, tipos de comunicación, valoraciones, reconocimientos y de asombros ante lo que somos como semejanzas y, ante todo como diferencias, así, como otros elementos que nos acrecienta la humanización. En este sentido, para construir dichas condiciones al interior de sí mismo y frente a su interactuar con su contexto, cada sujeto, de manera individual y colectiva tiene que actuar y potenciar su capacidad de amar, pensar, hacer, soñar y de trascender.

Especial importancia ha de darse, como parte integral de este eje, el conocimiento de la humanización como corrientes, concepción, características, elementos, enfoques de abordaje que favorezca, entre otras, al proceso de comunicación o de emisión y recepción



activa y crítica de los mensajes, que durante el diario vivir se da con uno mismo, con el otro y con lo otro, bajo el rigor ético de la transparencia, de la verdad, de la honestidad ante el propósito que a todos nos debe animar de construir un bien común. Todo tipo de relacionamiento se nutre y construye su humanizada fuerza creadora y transformadora desde el argumento y el compromiso que se decanta en esta perspectiva del ser humano.

En ese sentido, el eje contribuye al buen uso de los recursos, en el cuidado integral de la persona y familia, en la hospitalidad y acogimiento de la persona, el trato humano entre cada agente, en la intimidad y confidencialidad de la persona y familia, en la calidad de la atención y de los servicios, en el confort de espacios e instalaciones de acuerdo a las necesidades de las personas, su familia y su comunidad, y en doble vía con el personal de salud, en la adecuación de entornos y el uso y apropiación de la tecnología que favorezca la información, la comunicación, el acogimiento y la personalización de la atención de los servicios administrativos y asistenciales de los agentes del sector y en decisiones éticas de la administración gerencial de las mismas, entre otras.

Es necesario mencionar el cumplimiento en los requerimientos de habilitación y de capacidad instalada a nivel de infraestructura física y de dotación, así mismo, con su talento humano y mejora de las condiciones laborales. Dado a que esto incide directamente en la calidad, seguridad y en la humanización de la salud.

A la luz de lo planteado, emerge la estrategia con sus objetivos y acciones que a continuación describimos:

15.1.1 Estrategia 1. Fortalecimiento de la atención humana, acogimiento y sentido de servicio de los agentes del sector salud

Objetivo

Potenciar capacidades en el personal del sector salud, fundamentada en la humanización como valor humano, que favorezca, entre otros, la relación e interacción permanente entre la persona, su familia y el personal de las entidades en especial con el personal de salud, el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y de escucha, el cuidado integral, la actitud de servicio, la empatía, el uso tecnológico orientado a conservar la personalización.

Acción 1. Diseñar, implementar, monitorear y evaluar, proyectos, programas, planes y/o políticas de humanización, los diferentes agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como la comunidad, a través de grupos organizados de asociaciones o grupos de interés, que oriente proceso formativo continuo y constante en el conocimiento de la humanización como: corrientes, concepción, características, elementos, enfoques de abordaje, entre otros, así como en capacidades, los valores humanos, la escucha, trabajo en equipo, el liderazgo, la empatía, el servicio, habilidades para la vida, el cuidado integral, el acogimiento, la hospitalidad, la comunicación asertiva y efectiva, inteligencia emocional y espiritual, sentido de vida, la vocación, entre otras.

Acción 2. Promover en las entidades y al interior de las mismas, la conformación de equipos de colaboradores, con liderazgo en sus áreas, comprometidos con la



generación y fomento de estrategias conducentes a la transformación de la cultura en humanización.

Acción 3. Adecuar en las entidades de entornos, que favorezcan en las personas, familias, comunidad y el talento humano, el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y de servicios, al contar con espacios saludables, acogedores y confortables, que propicien, entre otras, el respetuoso encuentro entre personas, la privacidad, la comunicación, el silencio, la compasión ante el duelo, el dolor y el sufrimiento, de igual manera, la alegría del nacimiento y el parto, entre otros aspectos.

Acción 4. Impulsar, promocionar y mejorar el uso y apropiación de la tecnología: de información, de comunicación y en salud, de tal manera que se garantice el acogimiento, la personalización de la atención y servicio administrativos y asistenciales de los agentes del sector, la veracidad, la interoperabilidad y los resultados en la calidad-humanización (oportunidad, continuidad, accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia).

15.2 EJE 2. La consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía

En consonancia con lo regulado por el artículo 12 de la ley 1751 de 2015³⁷, la garantía del derecho fundamental a la salud, garantiza el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sector salud que la afectan o interesan. El eje, por tanto, orienta la conformación o activación de espacios colaborativos en los diferentes territorios, donde se estimule y convoque la participación de los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía, y la consolidación de nodos departamentales o regionales aplicando una metodología de trabajo participativo-colaborativo orientado a generar cultura de Humanización.

Dichos espacios colaborativos, entendidos como Red Colaborativa de Humanización y Nodos Departamentales de Humanización, son escenarios mediante los cuales se fundamenta la implementación de estrategias y acciones planteadas en la Política, así mismo, su configuración está mediada por la Metodología para la Cultura Colaborativa de Humanización en Salud, herramienta que permite la orientación y la operación para la

³⁷ El artículo 12 nos plantea: Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye: Participar en la formulación de la política de salud, así como en los planes, para su implementación; Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema; Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos; Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; Participar en los procesos de definición de prioridades de salud; Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud; y Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.



participación y empoderamiento de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía.

A su vez, motiva la visibilidad de esfuerzos de cada uno de los agentes y de la comunidad, que hayan logrado experiencias significativas; con la transferencia de conocimiento entre instituciones acreditadas en salud o ya sea, de otras instituciones públicas, privadas y mixtas en los diferentes departamentos, que han podido desarrollar avances significativos en humanización y que pueden considerarse como referentes para otras entidades comprometidas con el propósito de la humanización en salud.

La consolidación de escenarios permite la coordinación de esfuerzos frente a la humanización de los agentes del sector salud, otros sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía, fortalecer la confianza entre los participantes, la cocreación colectiva del conocimiento, el trabajo colaborativo orientado al interés común, la formulación de estrategias de gestión salud y modelos orientados a la atención centrada en la persona y familia. Este eje se desarrolla mediante dos estrategias:

15.2.1 Estrategia 1. Conformación y activación de Nodos Departamentales y Red Colaborativa de Humanización

Objetivo

Convocar a los diferentes agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como a la ciudadanía, a fortalecer los vínculos entre los mismos, en escenarios participativos colaborativos departamentales, teniendo en cuenta los diferentes enfoques para abordar la humanización, de cara a la diversidad poblacional, la integración y complementación interculturalidad de ser humano y los modelos de gestión centrados en la persona, la familia y la comunidad, que permean una cultura organizacional en función del goce efectivo del derecho a la salud, del cuidado de la vida y de la dignidad de cada ser humano.

Acción 1. Conformar y activar los nodos de humanización en los diferentes departamentos del territorio nacional, en el que se convoque a los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como a la ciudadanía.

Acción 2. Desarrollar, adoptar o adaptar instrumentos, herramientas, modelos o metodologías, que permitan fortalecer abordar la conformación y activación de Nodos a partir de alianzas estratégicas con la academia, laboratorios de innovación social o relacionados.

15.2.2 Estrategia 2. Desarrollo de iniciativas que favorezcan la transferencia de conocimiento a través de los avances significativos en humanización entre las entidades de salud

Objetivo

Identificar instituciones acreditadas u otras instituciones en salud, sea de carácter pública, privada o mixta que desarrollen procesos de humanización, para que estas mismas sean referentes de conocimiento y experiencias significativas en los distintos departamentos, municipios y distritos.



Generar acciones orientadas a incorporar conocimiento, experiencias significativas, habilidades gerenciales que facilite el abordaje de la humanización como cultura en los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como a la comunidad, que contribuya a mejorar la experiencia de las personas en el sector salud.

Acción 1. Convocar a instituciones acreditadas u otras instituciones en salud de carácter pública, privada o mixta como referente en el abordaje de la humanización para procesos de apoyo y acompañamiento a los diferentes agentes del sector salud.

Acción 2. Diseñar, actualizar, desarrollar o activar en los diferentes agentes del sector salud, secciones web, módulos web, portales web o sitios web de la Humanización en Salud, a través de los cuales, promueva la gestión de redes virtuales, canales e instrumentos que faciliten la difusión de conocimientos, experiencias, metodologías, herramientas, entre otros.

Acción 3. Desarrollar, diseñar o actualizar en el portal web, sitios web u Observatorio de Calidad en los ámbitos nacional, territorial y municipal, donde disponga, promueva y divulgue información de la Humanización en Salud que recibe la población colombiana.

15.3 EJE 3. El empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía

Este eje orienta a los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como a la ciudadanía, a empoderar a las personas a partir de un compromiso colectivo, de participación continua de opinión y toma de decisión, de fortalecimiento de capacidades individuales, de garantizar que las personas sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada, suficiente, así, en el orientar el suministro de apoyos y la provisión de ajustes razonables para la toma de decisiones informadas, con el fin de lograr objetivos comunes. En este sentido, hace un llamado a los directivos, gerentes, líderes y personal de las entidades en contribuir al logro de una cultura de la humanización en salud, relacionado a la participación inclusiva y activa en procesos de mejoramiento, en fomentar habilidades y herramientas en el personal que favorezca el empoderamiento, en la reformulación de la gestión en salud y la transversalización de la humanización en las diferentes entidades.

A este respecto es importante apoyar y exaltar la labor de los líderes o personal que contribuyen a la humanización en sus diferentes competencias, roles y responsabilidades ya sea de tipo asistencial, administrativo o formativo, que puedan evidenciar ante sí y ante los demás su poder transformador, su sentido de pertenencia y la buena relación interpersonal con los procesos de atención a las personas, teniendo en cuenta la visibilización y la disposición de escuchar la voz de las personas, sus familias, personal de salud y comunidades, entendiendo su protagonismo. Este eje se desarrolla en la siguiente estrategia:



15.3.1 Estrategia 1. Impulsar en el buen gobierno, lineamientos organizacionales o relacionados que favorezca la Cultura Colaborativa de la Humanización en Salud

Objetivo

Incluir ajustes en el marco del buen gobierno y estratégico en los diferentes niveles territoriales e institucionales que fortalezca la participación de la ciudadanía, de los grupos sociales organizados, del personal de la salud y fomente la transformación de la cultura colaborativa de humanización en salud, en el marco de la normatividad vigente y de las políticas del sector salud.

Acción 1. Adoptar, adaptar o cocrear la Política Nacional de Humanización en Salud en las entidades del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como a la comunidad organizada.

Acción 2. Diseñar y/o articular programa y/o plan que favorezca el empoderamiento en humanización, en pro de fortalecer la participación, inclusión, autonomía, liderazgo, toma de decisión, entre otros, de la ciudadanía, grupos sociales organizados y personal del sector salud, fundamentada en los derechos y valores humanos, el respeto por la condición, dignidad humana.

Acción 3. Incluir y articular en los planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, territorial e institucional, de la cultura colaborativa de humanización en salud.

Acción 4. Promover los ajustes en la plataforma estratégica y procesos de transparencia financiera, misional y de apoyo, al interior de las entidades u organizaciones que fortalezca la participación de la ciudadanía, de los grupos sociales organizados y del personal del sector salud en especial del personal de salud, que fomente la cultura colaborativa de humanización.

Acción 5. Incorporar, articular y transversalizar la humanización en salud con la normatividad vigente y en el desarrollo de lineamientos, proyectos, programas, planes y políticas a nivel nacional, territorial, municipal, distrital e institucional, que incida favorablemente en las líneas estratégicas, misionales y de apoyo.

Acción 6. Diseñar y/o articular proyectos, programas o planes educativos que promuevan, divulguen y favorezcan el desarrollo de capacidades individuales y colectivas a partir de los derechos y deberes de las personas, sus familias, comunidad y personal del sector salud, de acuerdo a enfoques como el de atención integral y centrado en la persona, familia y comunidad, diferencial, acorde a la normatividad y lineamientos vigentes, que garantice el derecho fundamental de la salud.



15.3.2 Estrategia 2. Formación de Forjadores de Humanización en la construcción de la cultura organizacional

Objetivo

Motivar a los agentes del sector salud, el reconocimiento de la labor de líderes en humanización y en la realización de prácticas, procesos, programas, planes, políticas de humanización, inspiradoras, creativas, innovadoras, participativas que generen cambios progresivos, sólidos y permanentes en la cultura de humanización, en las diferentes entidades.

Acción 1. Promover un programa de formador de formadores en humanización en salud.

Acción 2. Desarrollar acciones que fortalezcan capacidades y habilidades en los grupos de forjadores de humanización en las entidades del sector salud y otras entidades (ejemplo líder de área con su par) que fomenten la cultura colaborativa de humanización en salud.

Acción 3. Impulsar, adoptar, adaptar y apoyar la implementación de la Política Nacional de Humanización en las entidades del sector y participar en los nodos de humanización departamentales, municipales y distritales.

15.4 EJE 4. La formación y organización de escenarios de opinión que contribuyan a fortalecer las capacidades y habilidades de humanización en salud

El presente eje reliva el papel fundamental de la academia en la transformación cultural de humanización en salud con la integración del conocimiento técnico-científico con el valor humano, los principios éticos, las capacidades y habilidades de relacionamiento y empatía, la comunicación, entre otros. En este sentido, nos sugiere privilegiar la formación en aspectos en los que incluyen un saber tratar, un saber hablar, un saber leer, un saber observar y un saber escuchar dentro de los programas teórico y práctico en salud.

De igual manera, permite fomentar la gestión de escenarios de participación que contribuya a la formación de conocimiento, capacidades y habilidades en el personal de salud, grupos de interés y comunidad, así mismo, en favorecer la opinión pública como parte de la construcción colectiva de la cultura de la humanización.

Ilustración 14. Habilidades Formativas en el Talento Humano en el Sector Salud



Fuente: Construcción propia Minsalud 2019.



En sus metas, ocupa un lugar destacado el logro de cambios de actitud y la potenciación de las aptitudes en el relacionamiento con las personas, sus familia con el equipo de trabajo en doble vía, en las relaciones de poder de las entidades del sector salud y otras entidades de sectores relacionados como la academia, así como de la comunidad, en los diferentes territorios, lo cual, conlleva a gestionar escenarios desde la formación académica, la formación en la educación para el trabajo y el desarrollo humano, y en la educación informal con participación de la comunidad en escenarios de opinión. Este eje se desarrolla en las siguientes estrategias:

15.4.1 Estrategia 1. Promoción de la formación de humanización en salud

Objetivo

Fortalecer la capacidad formativa y la orientación vocacional del Talento Humano que interactúa en el Sector Salud, grupos de interés y comunidad, en la construcción de una cultura colaborativa de humanización basada en la educabilidad del ser o su capacidad de aprender y crear en la didáctica del conocimiento.

Acción 1. Promover la participación de la academia a través de la red colaborativa y de los nodos territoriales como escenario que favorezca las alianzas, en este sentido, motivar la reorientación e inclusión de los planes curriculares académicos socio-sanitarios, donde se promueva elementos para la formación teórico-práctica de la humanización en salud y para fortalecer capacidades en el valor humano del personal de salud en formación y en ejercicio.

Acción 2. Promover, en instituciones de educación en salud como en instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano, la formación teórico-práctica en humanización en salud.

Acción 3. Implementar estrategias de educación informal en humanización (como seminarios, foros, congresos, simposios, videoconferencias, talleres, entre otros) articuladas entre entidades del sector salud, la academia, así como grupos de interés y/o comunidad organizada como asociaciones de pacientes, entre otros.

15.5 EJE 5. El fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de Humanización en salud

El presente eje, busca impulsar la creatividad, la inspiración e innovación de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía en cada territorio, que favorezca la producción de conocimiento en humanización a través del trabajo participativo-colaborativo, de la diversidad y de la comprensión integral de realidades interculturales de ser humano y salud, el cual, motiva esfuerzos colectivos desde la complementación e integración del dialogo de saberes, el sentido de pertenencia frente a disminución de brechas, el valor humano en su diversidad, la dignificación del ser humano y el bien común, que presenta el SGSSS y el SISPI en los territorios.

Del mismo modo, su abordaje estructural, al reconocer que cualquier persona desde el lugar en el que se encuentre, cuenta con potencialidades y propósitos que le permite transformar



las condiciones de su entorno relacionado a estados individuales y colectivos de bienestar, desarrollo humano, el logro del goce efectivo del derecho fundamental de la salud, la protección de la vida y la dignidad humana. El eje se desarrolla en la siguiente estrategia:

15.5.1 Estrategia 1. Practicas Inspiradoras, Creativas e Innovadoras de Humanización en Salud

Objetivo

Impulsar prácticas por los diferentes agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como por la comunidad, a través de la inspiración creativa, innovadora e investigativa, así misma, con la integración entre el conocimiento técnico-científico, el valor humano, los principios éticos y las capacidades y habilidades de relacionamiento, que conlleve a la comprensión integral de realidades en sus territorios y transformar las condiciones de su entorno relacionados a estados individuales y colectivos de bienestar.

Acción 1. Fomentar la creatividad, innovación e investigación que permita a los diferentes agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como a la ciudadanía, generar estrategias teniendo en cuenta los diversos saberes, las prácticas alternativas, medios tradicionales y ancestrales, la relación entre el conocimiento técnico-científico con el valor humano, los principios éticos, como abordaje integral.

Acción 2. Reconocer, divulgar y evaluar las mejores prácticas humanizantes asistenciales, administrativas y financieras en los diferentes agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como en la ciudadanía, con resultados favorables reconocidos por las personas.

Acción 3. Crear banco o inventario de experiencias significativas o procesos de investigación en humanización en salud en los territorios.

Acción 4. Generar alianzas estratégicas con comunidad académica, grupos de interés científicos y de investigación, en la gestión de convenios de cooperación, desarrollo de proyectos y encuentros de investigación, en el marco de la humanización.

Acción 5. Fortalecer procesos de investigación en humanización como determinantes que intervienen en las prácticas humanizadas, servicios humanizados, dignidad humana, entre otras.

Acción 6. Participar en la política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías para prestar una atención de alta calidad.

15.6 EJE 6. La formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud

El presente eje tiene en consideración el artículo 18 de la Ley 1751 de 2015 el cual refiere, “estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos” y se armoniza con la estrategia 6.4. Formalización y



mejores condiciones laborales de la Política Nacional de Talento Humano en Salud y de la Política Atención Integral en Salud en su Modelo Integral de Atención en Salud contempla la estrategia de Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud, los cuales, orienta a favorecer la humanización en las condiciones justas y respetuosas del trabajador y en general del talento humano vinculado al sector salud.

La Organización Mundial de la Salud, considera las siguientes características en el entorno de trabajo saludable: 1. Ambiente físico de trabajo; 2. El ambiente psicosocial de trabajo: entorno psicosocial del trabajo, la cultura organizacional, el espacio laboral y condiciones laborales; 3. Los recursos personales de salud: disponibilidad de recursos, servicios, oportunidades y flexibilidad en el espacio laboral; y 4. La participación de la empresa en la comunidad. Con lo anterior, la humanización en el talento humano en salud esta medida en la consolidación de condiciones en los equipos de salud, equidad en los mecanismos de vinculación, capacitación continua, dotación de elementos adecuados a las funciones, trabajo justo, decente y digno. El eje se desarrolla en la siguiente estrategia:

15.6.1 Estrategia 1. Transformación Laboral: Dignificando las condiciones del personal del sector salud

Objetivo

Promover procesos de identificación de necesidades, cálculo en la distribución del personal del sector salud a nivel nacional e institucional, gestión y planeación en la formación y actualización en prácticas humanizantes, vinculación laboral, mejoramiento de condiciones, desempeño y entornos laborales saludables que favorezca su desarrollo.

Acción 1. Conformar, reactivar, participar y avanzar en mesas intersectoriales y multidisciplinaria territorial o nacional, frente a las necesidades del personal del sector salud en especial el personal de salud, el cálculo en la distribución del talento humano a nivel nacional e institucional, la gestión en la formación y actualización, meritocracia, incentivos, vinculación laboral, condiciones laborales, entornos laborales saludables institucionales, entre otros.

Acción 2. Promover en las entidades de salud, políticas de bienestar laboral dirigido al personal del sector salud en especial el personal de salud y su familia donde incluya entre otras, cumplimiento en la remuneración al personal en general, vinculación laboral que ofrezca estabilidad, dotación de elementos adecuados a las funciones, condiciones de jornada laboral y descanso, distribución laboral de acuerdo a capacidades y competencias, cálculo en la carga laboral justa y respetuosa, meritocracia, incentivos basados en el trabajo de equipo que contribuya a la cultura de humanización, calidad, seguridad y excelencia en salud de las entidades.

Acción 3. Adecuación de entornos saludables en las entidades y dotación de elementos adecuados a las funciones, que favorezca a la dignificación del personal del sector salud.

Acción 4. Diseñar y/o promover modelos de incentivos que reconozca el trabajo de equipos multidisciplinarios, orientado en los procesos, resultados y al mejoramiento en la capacidad resolutoria, la calidad, la seguridad y la humanización en salud.



Acción 5. Conformar, reactivar, participar y avanzar en mesas de trabajo para la formulación de modelos de incentivos que privilegien al personal de las instituciones en especial al talento humano en salud a nivel territorial o nacional.

15.7 EJE 7. La reorientación hacia modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad

El presente Eje invita a los agentes del sector salud a reorientar modelos de gestión en salud y las acciones que acoja conscientemente a las personas, cuidadores, familias, comunidades y personal de la salud, de forma articulada con los agentes del sector que directa e indirectamente interviene, para responder a las necesidades de manera humana e integral.

Es necesario reconocer la autonomía y la independencia de las personas, cuidadores y familia para la toma de decisión compartida y en orientar asertivamente acciones que favorezca el cuidado de la salud de las personas, de igual manera, entender las necesidades y expectativas de las personas. Así mismo, contemplar diferentes enfoques y prácticas de atención que vayan de la mano con el reconocimiento integral del ser humano, hilado con forme a su realidad. El eje se desarrolla en dos estrategias:

15.7.1 Estrategia 1. Gestión centrada en la persona, familia, comunidad y personal de salud

Objetivo

Lograr la coordinación, articulación e integración de la atención y servicios asistenciales y administrativos entre los agentes del sector, que invite y motive a la reorientación y gestión de modelos de atención integral y centrada en la persona, que motive la participación activa en salud de las personas y su familia y comunidad.

Acción 1. Identificar las determinantes que interfieren en las prácticas humanizantes, seguras, coordinadas y transparentes en las entidades del sector salud que presenta efectos en la gestión en salud.

Acción 2. Desarrollar, consolidar y ejecutar planes de humanización institucional, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, encaminados, entre otros, a motivar la innovación de la humanización por agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así por la comunidad, ya sea en los procesos y modelos de atención y servicios administrativos, asistenciales y formativos, que favorezca la participación y gestión centrada en la persona y su familia, la comunidad y el personal de la institución en especial el personal de salud.

Acción 3. Reorientar modelos de gestión en salud que predomine la integralidad, la autonomía, la independencia y la participación de la persona y su familia y comunidad, para el cuidado de la salud, de igual manera, la articulación entre los agentes del sector salud, así con sectores relacionados y la comunidad, para generar acciones comunitarias frente a las determinantes de la salud, la integración de redes de atención, coordinación de servicios, alianzas contractuales entre los



agentes, habilitar modelos de interoperabilidad tecnológico de comunicación e información, entre otras.

Acción 4. Motivar la inclusión en los planes curriculares académicos socio-sanitarios teórico y práctico, modelos de gestión en salud que reconozca al ser humano de forma integral y centrado en la persona y su familia, la comunidad y en el personal de la institución en especial el personal de salud.

Acción 5. Promocionar el mejoramiento continuo de la calidad, humanización, seguridad y excelencia en salud, teniendo en cuenta las actualizaciones del SOGCS, la adopción de estrategias para la aplicación del Sistema Único de Acreditación en las entidades del sector salud, el cumplimiento de la habilitación de acuerdo a la normatividad vigente, que favorezca a mejorar las prácticas en humanización de la salud.

15.7.2 Estrategia 2. Organización de un sistema de registro de situaciones con identificación de causalidades y de agentes del sector salud relacionados

Objetivo

Disponer de un sistema de registro de situaciones que afecta la calidad y la humanización de la atención y que incluya las variables mínimas que permita contribuir a un análisis, a definir líneas de investigación, procesos de mejoramiento continuo de la calidad y de la humanización en salud.

Acción 1. Desarrollar, adoptar o adaptar metodologías, herramientas e instrumentos que permita identificar situaciones de causalidad y agentes del sector salud relacionados a ellas, que contribuya la generación de acciones conjuntas que favorezca la humanización en salud en los diferentes territorios.

Acción 2. Implementar un sistema de registro de identificación de causalidades y agentes del sector salud relacionado a ellas, que contribuya a definir líneas de investigación y procesos de mejoramiento continuo de la calidad, humanización y seguridad.

“Sólo aquellos que intentan el absurdo pueden lograr lo imposible³⁸”.

16. PLAN DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

Mediante el plan de acción de la Política Nacional de Humanización en Salud, se precisan las metas definidas de acuerdo a los ejes estratégicos de la Política, las responsabilidades de la Nación, los Departamentos, los Distritos y los Municipios, así como la cuantificación y los alcances a corto, mediano y largo plazo de las metas relacionadas. En el plan de acción, se relaciona una temporalidad a diez años en razón de los actuales ejercicios de planeación de largo plazo gestionados por las diferentes entidades del orden nacional, de modo de

³⁸ Albert Einstein.



La salud
es de todos

Minsalud



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS
ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA
EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

garantizar la implementación, continuidad, estabilidad, gestión y cumplimiento de la política pública a través de diferentes periodos de gobierno.

Para una mejor identificación, monitoreo y evaluación de los logros esperados, se propone generar los ajustes cuatrienalmente, teniendo en cuenta los avances, retrocesos o dificultades evidenciados durante su implementación teniendo en cuenta cada periodo de gobierno vigente.

PLAN DE ACCIÓN POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD 2021-2031												
EJE 1. El fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud												
No	Estrategia	Objetivo	Meta	Indicador	Medio de Verificación	Responsabilidades de la Nación	Responsabilidades Departamento o Distrito	Responsabilidades Municipio	Plazo			Financiamiento
									% de Avance Corto 2023	% de Avance Mediano 2027	% de Avance Largo 2031	
1	Fortalecimiento de la atención humana, acogimiento y sentido de servicio de los agentes del sector salud.	Potenciar capacidades en el personal del sector salud, fundamentada en la humanización como valor humano, que favorezca, entre otros, la relación e interacción permanente entre la persona, su familia y el personal de las entidades en especial con el personal de salud, el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y de escucha, el cuidado integral, la actitud de servicio, la empatía, el uso tecnológico orientado a conservar la personalización.	>90% de Departamentos, municipios y distritos con diseño, implementación, monitoreo y evaluación de proyectos, programas, planes y/o política, que incluya, potenciar capacidades en el personal del sector salud, fundamentada en valores humanos, en la conformación de equipos de colaboradores comprometidos con la transformación de la cultura en humanización, en la adecuación de entornos en las entidades, el uso tecnológico orientado a conservar la personalización.	Proyectos, programas, planes y/o políticas departamentales, municipales y distritales, diseñados, implementados, monitoreados y evaluados, en el marco de la política pública.	Planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, incorporando la humanización en salud. Ordenanzas departamentales y acuerdos municipales y distritales, que adopten proyectos, programas, planes y/o políticas, en el marco de la política pública. Proyectos, programas, planes y/o políticas departamentales, municipales y distritales, en el marco de la política pública. Actas, listas de asistencia, informes, sistema de información, entre otros.	Socialización difusión divulgación. Asistencia técnica. Política Nacional de Humanización en Salud. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Guía para la formulación, Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas.	Adoptar, adaptar y cocrear, en el marco de la política pública.	Estructurar plan de acción, en el marco de la política pública.	>45	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.	
EJE 2. La consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector salud, de sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía												
No	Estrategia	Objetivo	Meta	Indicador	Medio de Verificación	Responsabilidades de la Nación	Responsabilidades Departamento o Distrito	Responsabilidades Municipio	Plazo			Financiamiento
									% de Avance Corto 2023	% de Avance Mediano 2027	% de Avance Largo 2031	



1	Conformación y activación de Nodos Departamentales y Red Colaborativa de Humanización.	Convocar a los diferentes agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como a la ciudadanía, a fortalecer los vínculos entre los mismos, en escenarios participativos colaborativos departamentales, teniendo en cuenta los diferentes enfoques para abordar la humanización, de cara a la diversidad poblacional, la integración y complementación interculturalidad de ser humano y los modelos de gestión centrados en la persona, la familia y la comunidad, que permean la cultura organizacional en función del goce efectivo del derecho a la salud, del cuidado de la vida y de la dignidad de cada ser humano.	>90% de Departamentos, municipios y distritos con Nodos conformados y Red Colaborativa de Humanización activa.	Nodos Departamentales y Red Colaborativa de Humanización, formalmente conformados.	Conformación y activación de Nodos Departamentales. Acuerdos de voluntad, actas de conformación, listas de asistencia de los Nodos Departamentales con agentes convocados, academia y ciudadanía. Instrumentos, herramientas, modelos o metodologías, que permitan fortalecer la conformación y activación de Nodos que favorezca la cultura de la humanización.	Asistencia técnica Política Nacional de Humanización en Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Política de Atención Integral en Salud. Política de Participación Ciudadana. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.	Conformación de los Nodos Departamentales o Distritales. Desarrollo, adopción o adaptación de instrumentos, herramientas, modelos o metodologías, que permitan fortalecer la conformación y activación de Nodos.	Conformación de los Nodos Departamentales o Distritales. Adopción, adaptación, articulación y/o cocreación de la Metodología de la Cultura de Humanización.	>45	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.
---	--	--	--	--	--	---	--	---	-----	-----	--



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

2	Desarrollo de iniciativas que favorezcan la transferencia de conocimiento a través de los avances significativos en humanización entre las entidades de salud.	Identificar instituciones acreditadas u otras instituciones en salud, sea de carácter pública, privada o mixta que desarrollen procesos de humanización, para que estas mismas sean referentes de conocimiento y experiencias significativas en los distintos departamentos, municipios y distritos.	100% de los Departamentos, municipios y distritos, con información de referentes de conocimiento y experiencias significativas acreditadas u otras instituciones en salud de carácter pública, privada o mixta en el abordaje de la humanización en salud.	Departamento, municipio y distritos, con información de referentes de conocimiento y experiencias significativas acreditadas u otras instituciones en salud de carácter pública, privada o mixta en el abordaje de la humanización en salud.	Registro de instituciones referentes con procesos de humanización por Departamento, Municipio y Distritos. Conformación y activación de Nodos Departamentales. Acuerdos de voluntad como referente en el abordaje de la humanización para procesos de apoyo y acompañamiento a los diferentes agentes Departamentales, Municipales y Distritales. Registro del acompañamiento de las instituciones referentes con procesos de humanización por Departamento, Municipio y Distritos.	Política Nacional de Humanización en Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Bases de Datos para registro de instituciones. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.	Caracterización y registro de instituciones referentes con procesos de humanización por Departamento, Municipio y Distritos. Solicitud y convocatoria de las instituciones para definir los procesos de acompañamiento. Verificación y seguimiento de los procesos de acompañamiento. Notificación al ente nacional de las instituciones departamentales, municipales y distrito con procesos de humanización.	Caracterización y registro de instituciones referentes con procesos de humanización por Municipio. Solicitud y convocatoria de las instituciones para definir los procesos de acompañamiento. Verificación y seguimiento de los procesos de acompañamiento. Notificación al ente departamental de las instituciones municipales con procesos de humanización.	>50	100	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.
		Generar acciones orientadas a incorporar conocimiento, experiencias significativas, habilidades gerenciales que facilite el abordaje de la humanización como cultura en los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como en la	>90% de los Departamentos, Municipios y Distritos, con diseño y/o desarrollo, actualización y/o activación los diferentes agentes del sector salud, secciones web, módulos web, portales web o sitios web de la Humanización en Salud, a través de los cuales, facilite la gestión de redes virtuales	Secciones web, módulos web, portales web o sitios web de la Humanización en Salud, a través de los cuales, promueva la gestión de redes virtuales, canales e instrumentos que faciliten la difusión de conocimientos, experiencias, metodologías, herramientas, entre otros.	Secciones web, módulos web, portales web, sitios web de la humanización en Salud, los cuales, promuevan la gestión de redes virtuales, canales e instrumentos. Boletines e informes en portal o sitios web de la Humanización en Salud Departamental, Municipal y Distrital.	Política Nacional de Humanización en Salud. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Asesoría para el diseño y/o desarrollo y mantenimiento secciones web, módulos web, portales web, sitios web o redes virtuales de conocimiento de la	Diseño y/o desarrollo y mantenimiento de Secciones web, módulos web, portales web, sitios web o redes virtuales de conocimiento de la Humanización en Salud. Asesoría de los Sitios Web departamentales, municipales y distritales de la humanización en Salud.	Diseño y/o desarrollo y mantenimiento de Secciones web, módulos web, portales web, sitios web o redes virtuales de conocimiento de la Humanización en Salud. Asesoría de los Sitios Web departamentales y distritales de la humanización en Salud.	>45	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS
ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA
EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”**

		comunidad, que contribuya a mejorar la experiencia de las personas en el sector salud.	con el fin de difundir conocimientos, experiencias, metodologías, herramientas, entre otros.			Humanización en Salud. Asesoría Secciones web, módulos web, portales web, sitios web o redes virtuales de conocimiento de la humanización en Salud.						
			>90% de los Departamentos, Municipios y Distritos, con desarrollo, diseño o actualización en el portal web, sitios web u Observatorio de Calidad donde disponga, promueva y divulgue información de la Humanización en Salud que recibe la población colombiana.	Portal o sitios web como observatorios, secciones web, módulos web, o redes virtuales de conocimiento en los Departamentos, Municipios y Distritos.	Portal o Sitios Web de la Humanización en Salud disponibles para consulta pública Nacional, Departamental, Municipal y Distrital. Boletines e informes en portal o sitios web de la Humanización en Salud Departamental, Municipal y Distrital.	Política Nacional de Humanización en Salud. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Asesoría para el diseño y/o desarrollo y mantenimiento Portal o Sitios Web de la Humanización en Salud Nacional. Asesoría de los Sitios Web departamentales y distritales de la humanización en Salud.	Diseño y/o desarrollo y mantenimiento de Portal o Sitios Web departamentales y distritales de la Humanización en Salud.	Diseño y/o desarrollo y mantenimiento de Portal o Sitios Web municipales de la Humanización en Salud.	>45	>90		Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.
EJE 3. El empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía												
No	Estrategia	Objetivo	Meta	Indicador	Medio de Verificación	Responsabilidades de la Nación	Responsabilidades Departamento o Distrito	Responsabilidades Municipio	Plazo			Financiamiento
									% de Avance Corto 2023	% de Avance Mediano 2027	% de Avance Largo 2031	
1	Impulsar en el buen gobierno, lineamientos organizacionales o relacionados que favorezca la Cultural Colaborativa de la Humanización en Salud.	Incluir ajustes en el marco del buen gobierno y estratégico en los diferentes niveles territoriales e institucionales que fortalezca la participación de la ciudadanía, de los grupos sociales organizados y del	>90% de Departamentos, municipios y distritos con adopción, adaptación, articulación y/o cocreación de la Política Nacional de la Humanización en Salud.	Adopción, adaptación, articular y/o cocreación de la Política Nacional de Humanización en Salud en los Departamentos, municipios y distritos.	Planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, incorporando la humanización en salud. Ordenanzas departamentales y acuerdos	Asistencia Técnica. Política Nacional de la Humanización en Salud. ABC de la Política Nacional de la Humanización en Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Guía para la Formulación,	Adoptar, adaptar, articular y/o cocrear, en el marco de la política pública.	Estructurar plan de acción en el marco de la política pública.	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

		personal de la salud y la transformación de la cultura colaborativa de humanización en salud, en el marco de la normatividad vigente y de las políticas del sector salud.			municipales y distritales, que adopten proyectos, programas, planes y/o políticas en el marco de la política pública. Proyectos, programas, planes y/o políticas departamentales, municipales y distritales, en el marco de la política pública.	Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.					
		>90% de Departamentos, municipios y distritos con programa y/o plan que favorezca el empoderamiento en humanización, en pro de fortalecer la participación, inclusión, autonomía, liderazgo, toma de decisión, entre otros, de la ciudadanía, grupos sociales organizados y personal del sector salud, en el marco de la política pública.	Programa y/o plan que favorezca el empoderamiento en humanización, en pro de fortalecer la participación, inclusión, autonomía, liderazgo, toma de decisión, entre otros, de la ciudadanía, grupos sociales organizados y personal del sector salud.	Programa y/o plan que favorezca el empoderamiento en humanización, en pro de fortalecer la participación, la inclusión, la autonomía, el liderazgo, la toma de decisión, entre otros, de la ciudadanía, grupos sociales organizados y personal de salud. Conformación de los Nodos Departamentales o Distritales. Adopción, adaptación, articulación y/o cocreación de la Metodología de la Cultura de Humanización.	Asistencia Técnica. Política Nacional de la Humanización en Salud. ABC de la Política Nacional de la Humanización en Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política de Atención Integral en Salud. Política de Participación Ciudadana. Guía para la Formulación, Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas.	Estructurar e implementar programa y/o plan que favorezca el empoderamiento de la humanización, en el marco de la política pública.	Estructurar e implementar plan de acción en el marco de la política pública.	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

			>90% Departamentos, municipios y distritos, con inclusión y articulación en planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, de la cultura colaborativa de humanización en salud.	Planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión departamental, municipal y distrital con inclusión y articulación de la cultura colaborativa de humanización en salud.	Planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, con inclusión y articulación de la cultura colaborativa de humanización en salud. Ordenanzas departamentales y acuerdos municipales y distritales, que adopten proyectos, programas, planes y/o políticas en el marco de la política pública. Proyectos, programas, planes y/o políticas departamentales, municipales y distritales, en el marco de la política pública.	Política Nacional de la Humanización en Salud. ABC de la Política Nacional de la Humanización en Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política de Participación Ciudadana. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Guía para la Formulación, Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.	Incorporar y articular en planes de desarrollo, planes territoriales, planes sectoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, la cultura colaborativa de humanización.	Incorporar y articular en planes de desarrollo, planes territoriales, planes sectoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, la cultura colaborativa de humanización.	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.
			>90% Departamentos, municipios y distritos con programas, planes y/o políticas en el marco de política pública, que promueva ajustes en la plataforma estratégica que fortalezca la participación de la ciudadanía, los grupos sociales organizados, personal del sector salud en especial el personal de salud	Programas, planes y/o políticas departamentales, municipales y distritales, que promueva ajustes en la plataforma estratégica que fortalezca la participación de la ciudadanía, los grupos sociales organizados, personal del sector salud en especial el personal de salud y fomenta la cultura	Planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, con inclusión y articulación de la cultura colaborativa de humanización en salud. Programas, planes, políticas, u otros instrumentos de planeación y gestión departamentales,	Política Nacional de la Humanización en Salud. ABC de la Política Nacional de la Humanización en Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política de Participación Ciudadana. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Guía para la	Programas, planes y/o políticas departamentales, municipales y distritales, u otros instrumentos de planeación y gestión, en el marco de la política pública.	Estructurar plan de acción en el marco de la política pública.	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

				</							



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

			programas, planes y políticas.		departamentales y acuerdos municipales y distritales, que adopten proyectos, programas, planes y/o políticas en el marco de la política pública. Incorporación, articulación y transversalización de la humanización en salud en lineamientos, proyectos, programas, planes y políticas en el marco de la política pública.	Integral en Salud. Política de Participación Ciudadana. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Asistencia técnica. Guía para la Formulación, Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas.						
			>90% de los Departamentos, municipios y distritos con proyectos, programas o planes educativos que promuevan, divulguen y favorezcan el desarrollo de capacidades individuales y colectivas a partir de los derechos y deberes de las personas, sus familias, comunidad y personal del sector salud, acorde a la normatividad y lineamientos vigentes, que garantice el derecho fundamental de la salud.	Departamentos, municipios y distritos con proyectos, programas o planes educativos que promuevan, divulguen y favorezcan el desarrollo de capacidades individuales y colectivas a partir de los derechos y deberes de las personas, sus familias, comunidad y personal del sector salud, acorde a la normatividad y lineamientos vigentes.	Talleres de encuentros formativos que permitan medir efectos a largo. Proyectos, programas y/o planes educativos departamentales, municipales y distritales, que promuevan, divulguen y favorezcan el desarrollo de capacidades individuales y colectivas a partir de los derechos y deberes de las personas, sus familias, comunidad y personal del sector salud, acorde a la normatividad y lineamientos vigentes, en el marco de la política pública.	Ley 1751 de 2015. Política Nacional de la Humanización en Salud. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política de Atención Integral en Salud. Política de Participación Ciudadana. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Resolución 2626 de 2019. Resolución 229 de 2020. Proceso de construcción del Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (PNADDHH) liderado por la Consejería Presidencial.	Diseñar, adoptar, adaptar, articular y/o cocrear, en el marco de la política pública.	Adoptar, adaptar, articular y/o cocrear, en el marco de la política pública.	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

2	Formación de Forjadores de Humanización en la construcción de la cultura organizacional.	Motivar a los agentes del sector salud el reconocimiento de la labor de líderes en humanización y en la realización de prácticas, procesos, programas, planes, políticas de humanización, inspiradoras, creativas, innovadoras, participativas, que generen cambios progresivos, sólidos y permanentes en la cultura de humanización, en las diferentes entidades.	>90% Departamentos, municipios y distritos con programa de Formador de Formadores de la Humanización en Salud.	Programa departamental, municipal y distrital de Formador de Formadores de la Humanización en Salud.	Conformación de los Nodos Departamentales o Distritales. Adopción, adaptación, articulación y/o cocreación de la Metodología de la Cultura de Humanización. Acuerdos de voluntad, actas de conformación, listas de asistencia de los Nodos Departamentales con agentes convocados, academia y ciudadanía. Programa departamental, municipal y distrital de Formador de Formadores de la Humanización en Salud.	Política Nacional de la Humanización en Salud. ABC de la Política Nacional de la Humanización en Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Guía para la Formulación, Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas. Curso Virtual de la Humanización de la Atención. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.	Programa departamental y distrital e Formador de Formadores de la Humanización en Salud.	Programa departamental y distrital e Formador de Formadores de la Humanización en Salud.	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.
EJE 4. La formación y organización de escenarios de opinión que contribuyan a fortalecer las capacidades y habilidades de humanización en salud												
No	Estrategia	Objetivo	Meta	Indicador	Medio de Verificación	Responsabilidades de la Nación	Responsabilidades Departamento o Distrito	Responsabilidades Municipio	Plazo			Financiamiento
									% de Avance Corto 2023	% de Avance Mediano 2027	% de Avance Largo 2031	
1	Promoción de la formación de humanización en salud.	Fortalecer la capacidad formativa y la orientación vocacional del Talento Humano que interactúa en el Sector Salud, grupos de interés y comunidad, en la construcción de una cultura colaborativa de humanización basada en la educabilidad del	>80% Departamentos, municipios y distritos con participación activa y propositiva de la academia a través de los nodos territoriales y red colaborativa.	Vinculación en espacios de participación activa y propositiva de la academia a través de los nodos territoriales y red colaborativa.	Conformación y activación de Nodos Departamentales. Acuerdos de voluntad, actas de conformación, listas de asistencia de los Nodos Departamentales con agentes convocados, academia y ciudadanía. Instrumentos.	Política Nacional de la Humanización en Salud. Curso de Humanización de la Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Política de Participación Ciudadana. Lineamientos para	Conformación y activación de los Nodos Departamentales o Distritales. Desarrollo, adopción o adaptación de instrumentos, herramientas, modelos o metodologías, que permitan fortalecer la conformación y activación de Nodos.	Conformación de los Nodos municipales. Adopción o adaptación Metodología de la Cultura de Humanización.	>25	>55	>80	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

		ser o su capacidad de aprender y crear en la didáctica del conocimiento.			herramientas, modelos o metodologías, que permitan fortalecer la conformación y activación de Nodos que favorezca la cultura de la humanización. Inclusión de humanización en salud en programas de formación académica en disciplinas socio-sanitarias.	la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.					
		>80% Departamentos, municipios y distritos con inclusión de la humanización en salud para el fortalecimiento de capacidad formativa y vocacional del Talento Humano que interactúa en el sector salud, grupos de interés y comunidad, y para la construcción de una cultura colaborativa de la humanización en salud.	Inclusión de la humanización en los programas académicos en disciplinas socio-sanitarias, como estrategia en la capacidad formativa y la orientación vocacional del personal que interactúa en el Sector Salud, grupos de interés y comunidad.	Conformación y activación de Nodos Departamentales. Acuerdos de voluntad, actas de conformación, listas de asistencia de los Nodos Departamentales con agentes convocados, academia y ciudadanía. Inclusión de humanización en salud en programas de formación académica en disciplinas socio-sanitarias.	Política Nacional de la Humanización en Salud. Curso de Humanización de la Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política de Atención Integral en Salud. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Política de Participación Ciudadana.	Conformación y activación de los Nodos Departamentales o Distritales. Desarrollo, adopción o adaptación de instrumentos, herramientas, modelos o metodologías, que permitan fortalecer la conformación y activación de Nodos.	Conformación y activación de los Nodos Departamentales o Distritales. Adopción o adaptación Metodología de la Cultura de Humanización.	>25	>55	>80	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.
		>90% Departamentos, municipios y distritos con estrategias de educación informal en humanización (como seminarios, foros, congresos, simposios, videoconferencias, talleres, entre otros), articuladas entre entidades del sector salud,	Estrategias de educación informal en humanización (como seminarios, foros, congresos, videoconferencias, talleres, entre otros), articuladas entre entidades del sector salud,	Acuerdos de voluntad, actas de conformación, listas de asistencia de los Nodos Departamentales con agentes convocados, academia y ciudadanía. Agendas e	Política Nacional de la Humanización en Salud. Curso de Humanización de la Salud. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez.	Estrategias de educación informal en humanización Departamental y Capital.	Estrategias de educación informal en humanización Municipal.	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

			talleres, entre otros) articuladas entre entidades del sector salud, grupos de interés y/o asociaciones representantes de sujetos de cuidado.	grupos de interés y/o asociaciones representantes de sujetos de cuidado, departamentales, distritales y municipales.	Informes de trabajo. Estrategias de difusión y divulgación. Estrategias de educación informal	Política de Atención Integral en Salud. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.						
EJE 5. El fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de la Humanización en salud												
No	Estrategia	Objetivo	Meta	Indicador	Medio de Verificación	Responsabilidades de la Nación	Responsabilidades Departamento o Distrito	Responsabilidades Municipio	Plazo			Financiamiento
									% de Avance Corto 2023	% de Avance Mediano 2027	% de Avance Largo 2031	
1	Prácticas Inspiradoras, Creativas e Innovadoras de Humanización en Salud.	Impulsar prácticas por los diferentes agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía, a través de la inspiración creativa, innovadora e investigativa, así misma, con la integración entre el conocimiento técnico-científico, el valor humano, los principios éticos y las capacidades y habilidades de relacionamiento, con los diversos saberes, las prácticas alternativas, medios tradicionales y ancestrales, la integración poblacional e intercultural.	Mejorar las prácticas de salud a través de la integración entre el conocimiento técnico-científico, el valor humano, los principios éticos y las capacidades y habilidades de relacionamiento, con los diversos saberes, las prácticas alternativas, medios tradicionales y ancestrales, la integración poblacional e intercultural.	Prácticas mejoradas y reconocidas por la población.	Acuerdos de voluntad, actas de conformación, listas de asistencia de los Nodos Departamentales con agentes convocados, academia y ciudadanía. Agenda de investigación en Humanización en Salud e investigaciones realizadas en desarrollo de la misma. Escenarios de reconocimiento de mejores prácticas. Banco o inventario de experiencias significativas. Referentes a nivel departamental Programa o estrategias de atención y servicio asistencia, administrativo y formativo que	Política Nacional de la Humanización en Salud. Metodología de la Cultura de Humanización. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política de Atención Integral en Salud. Política Nacional de Talento Humano en Salud.	Identificar factores y emitir lineamientos que conduzcan a estructurar mejores prácticas para la atención humanizada en salud.	Identificar factores y emitir o adoptar lineamientos que conduzcan a estructurar mejores prácticas para la atención humanizada en salud.	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



		colectivos de bienestar.			fomento prácticas humanizadas.							
EJE 6. La formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud												
No	Estrategia	Objetivo	Meta	Indicador	Medio de Verificación	Responsabilidades de la Nación	Responsabilidades Departamento o Distrito	Responsabilidades Municipio	Plazo			Financiamiento
									% de Avance Corto 2023	% de Avance Mediano 2027	% de Avance Largo 2031	
1	Transformación Laboral: Dignificando las condiciones del personal del sector salud.	Promover procesos de identificación de necesidades, cálculo en la distribución del personal del sector salud en especial el personal de salud a nivel nacional e institucional, gestión y planeación en la formación y actualización en prácticas humanizantes, vinculación laboral, mejoramiento de condiciones, desempeño y entornos laborales saludables que favorezca su desarrollo.	Mejorar las condiciones laborales del personal del sector salud en especial el personal de salud, justas, dignas, con estabilidad contractual, con facilidades para incrementar sus conocimientos, desarrollo integral, mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia.	Condiciones laborales del personal del sector salud en especial el personal de salud, justas, dignas, con estabilidad contractual, con facilidades para incrementar sus conocimientos, desarrollo integral, mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia.	Programa o estrategias de Formalización y dignificación de las condiciones laborales del personal del sector salud en especial el personal de salud. Política de bienestar laboral dirigido al talento humano y su familia. Programa de bienestar laboral de estímulo, incentivos y reconocimiento. Plan o modelo de entorno laboral saludable. Modelos de incentivos que reconozca el trabajo de equipos multidisciplinarios, orientado a resultados y al mejoramiento de la capacidad resolutive, la calidad y la humanización en salud. Acuerdos de voluntad, actas de conformación, listas de asistencia participación de	Regulación laboral. Política Nacional de la Humanización en Salud. Ley 1751 de 2015. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política de Atención Integral en Salud. Política de Talento Humano en Salud.	Coordinación Nación -Territorio en torno a la aplicación del derecho laboral tanto en las entidades de salud del sector público, mixto y privado.	Coordinación Nación -Territorio en torno a la aplicación del derecho laboral tanto en las entidades de salud del sector público, mixto y privado.	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



La salud
es de todos

Minsalud



**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS
ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA
EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”**

					Mesas de Trabajo condiciones laborales territorial o nacional.								
				Programa de formalización y dignificación de las condiciones laborales del personal del sector salud en especial el personal de salud de las entidades del sector.	Política de bienestar laboral dirigido al personal del sector salud en especial el personal de salud y su familia. Programa de formalización y dignificación laboral del personal del sector salud en especial el personal de salud. Modelos de incentivos personal del sector salud en especial el personal de salud. Modelo de entorno laboral saludable de las entidades.	Programa o estrategias de Formalización y dignificación de las condiciones laborales del personal del sector salud en especial el personal de salud. Política de bienestar laboral dirigido al talento humano y su familia. Programa de bienestar laboral de estímulo, incentivos y reconocimiento. Plan o modelo de entorno laboral saludable. Modelos de incentivos que reconozca el trabajo de equipos multidisciplinarios, orientado a resultados y al mejoramiento de la capacidad resolutiva, la calidad y la humanización en salud. Acuerdos de voluntad, actas de conformación, listas de asistencia participación de Mesas de Trabajo condiciones laborales territorial o nacional.	Regulación laboral. Política Nacional de la Humanización en Salud. Ley 1751 de 2015. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Política de Atención Integral en Salud. Política de Talento Humano en Salud.	Coordinación Nación -Territorio en torno a la aplicación del derecho laboral tanto en las entidades de salud del sector público, mixto y privado.	Coordinación Nación -Territorio en torno a la aplicación del derecho laboral tanto en las entidades de salud del sector público, mixto y privado	>30	>60	>90	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



EJE 7. La reorientación hacia modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad												
No	Estrategia	Objetivo	Meta	Indicador	Medio de Verificación	Responsabilidades de la Nación	Responsabilidades Departamento o Distrito	Responsabilidades Municipio	Plazo			Financiamiento
									% de Avance Corto 2023	% de Avance Mediano 2027	% de Avance Largo 2031	
1	Gestión centrada en la persona, familia, comunidad y personal de salud.	Lograr la coordinación, articulación e integración de la atención y servicios asistenciales y administrativos entre los agentes del sector, que invite y motive a la reorientación y gestión de modelos de atención integral participativos que centre esfuerzos en las personas, su familia, la comunidad y personal de salud.	Modelos de atención integral participativos centrada en la persona, su familia, comunidad y personal de salud, que logre la coordinación, articulación e integración de la atención y servicios asistenciales y administrativos entre los agentes del sector.	Modelos de atención integral participativos centrada en la persona, su familia, comunidad y personal de salud, que logre la coordinación, articulación e integración de la atención y servicios asistenciales y administrativos entre los agentes del sector.	Conformación y activación de los Nodos Departamentales o Distritales. Modelos de gestión centrado en la persona salud que predomine la integralidad de las personas, la autonomía, independencia y participación de la persona y familia en el cuidado de la salud. Planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, incorporando la humanización en salud. Ordenanzas departamentales y acuerdos municipales y distritales, que adopten proyectos, programas, planes y/o políticas en el marco de la política pública. Proyectos, programas, planes y/o políticas departamentales, municipales y	Ley 1751 de 2015. Política Nacional de Humanización. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política de Atención Integral en Salud. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”	Coordinación Nación -Territorio, acompañamiento y apoyo en la implementación de modelo de atención integral y centrado en la persona, familia y comunidad.	Coordinación Nación -Territorio, acompañamiento y apoyo en la implementación de modelo de atención integral y centrado en la persona, familia y comunidad.	>20	>50	>70	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “ENTRETEJEMOS ESFUERZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA EL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD Y LA DIGNIDAD HUMANA”

					distritales, en el marco de la política pública. Planes curriculares académicos socio-sanitarios sea teórico y práctico, con modelos de gestión que reconozca al ser humano de forma integral y centrado en la persona, su familia, en la comunidad y en el personal de salud del sector salud.							
2	Organización de un sistema de registro de situaciones con identificación de causalidades y de agentes del sector salud relacionados.	Disponer de un sistema de registro de situaciones que afectan la calidad de la atención de la persona y que incluya las variables mínimas que permita contribuir a un análisis, a definir líneas de investigación, procesos de mejoramiento continuo de la calidad y de la humanización en salud.	Sistema de registro de situaciones que afectan la calidad de la atención de la persona y que incluya las variables mínimas que permita contribuir a un análisis, a definir líneas de investigación, procesos de mejoramiento continuo de la calidad y de la humanización en salud.	Sistema de registro de situaciones que afectan la calidad de la atención de la persona y que incluya las variables mínimas que permita contribuir a un análisis, a definir líneas de investigación, procesos de mejoramiento continuo de la calidad y de la humanización en salud.	Sistema de registro de situaciones que afectan la calidad de la atención de la persona y que incluya las variables mínimas que permita contribuir a un análisis, a definir líneas de investigación, procesos de mejoramiento continuo de la calidad y de la humanización en salud.	Ley 1751 de 2015. Política Nacional de Humanización. Liderar el sistema de registro. Metodología de la Cultura de la Humanización. Política de Atención Integral en Salud. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”	Coordinación Nación -Territorio, acompañamiento, apoyo y administración de registro de situaciones que afectan la calidad de la atención de la persona.	Coordinación Nación -Territorio, acompañamiento, apoyo y administración de registro de situaciones que afectan la calidad de la atención de la persona.	>20	>50	>70	Destinar y gestionar recursos humanos, técnicos, logísticos, operativos, financieros y tecnológicos necesarios en el nivel nacional y territorial.

“La experiencia más hermosa que podemos tener es el misterio. Es la emoción fundamental que está en la cuna del verdadero arte y la verdadera ciencia.”³⁹

17. RESPONSABILIDADES DE LOS AGENTES DEL SECTOR SALUD INVOLUCRADOS EN LA GESTION DE LA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN

En concordancia con las competencias establecidas en las normas vigentes, corresponde a los agentes asumir las siguientes responsabilidades frente a la Política Nacional de Humanización en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social

- Articular y coordinar la gestión de la Política Nacional de Humanización en Salud.
- Orientar, asesorar, monitorear y evaluar a las entidades e instituciones territoriales involucradas en la gestión e implementación de la Política Nacional de Humanización
- Monitorear y evaluar integralmente los resultados de la Política Nacional de Humanización.
- Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales departamentales, en relación con la gestión de la Política Nacional de Humanización.
- Revisar, ajustar y actualizar los componentes de la Política Nacional de Humanización, con una periodicidad concertada.

Entidades Territoriales en Salud: Departamentos, distritos y municipios

- Gestionar la Política Nacional de Humanización.
- Garantizar la implementación la Política.
- Evaluación y realizar seguimiento de la implementación de la Política Nacional de Humanización en sus territorios.
- Desarrollar potencialidades, habilidades y capacidades en el talento humano en salud que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones de salud en el territorio.
- Desarrollar, cocrear, adoptar o adaptar fundamentos conceptuales, metodologías, lineamientos e instrumentos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación, monitoreo y evaluación de la Política Nacional de Humanización.
- Definir, promover, coordinar, articular y participar en escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo de la gestión en salud y que induzcan a los agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia, así como a la comunidad, para la gestión de la Política Nacional de Humanización.

³⁹ Albert Einstein.



- Formular los planes de gestión para la aplicación y puesta en práctica de la Política.
- Orientar y brindar asistencia técnica a las entidades territoriales para la gestión de la Política.
- Disponer, para la ciudadanía, información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución de la Política.
- Liderar la creación de escenarios colaborativos y de alianzas interinstitucionales que faciliten la implementación de la política de humanización.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficio

- Garantizar una atención integral a la población de acuerdo a la normatividad y lineamientos vigentes, así, como en el cumplimiento de requerimientos de habilitación y de capacidad instalada a nivel de infraestructura física y de dotación, como para su talento humano en la mejora de las condiciones laborales.
- Adoptar, cocrear y aplicar la Política Nacional de Humanización.
- Socializar la Política Nacional de Humanización con la red de Prestadores y proveedores.
- Adoptar y cocrear metodologías, lineamientos e instrumentos definidos, por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación y monitoreo Política Nacional de Humanización.
- Armonizar y articular la Política Nacional de Humanización con las estrategias de gestión territorial, otros agentes del sector salud, sectores relacionados convocados como la academia, así como con la comunidad.
- Vincularse a los escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo de la gestión en salud y que induzcan a los agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia, así como a la comunidad, a la implementación de la Política Nacional de Humanización.
- Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano que contribuyan a humanizar la gestión de la organización y de su red de prestadores.
- Participar y fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para la gestión de la Política Nacional de Humanización.
- Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución de la Política Nacional de Humanización.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Prestadores de Salud

- Garantizar una atención integral a la población de acuerdo a la normatividad y lineamientos vigentes, así, como en el cumplimiento de requerimientos de habilitación y de capacidad instalada a nivel de infraestructura física y de dotación, como para su talento humano en la mejora de las condiciones laborales.
- Adoptar, cocrear y aplicar la Política Nacional de Humanización.
- Fortalecer las capacidades de las entidades para la atención centrada en la persona, familia y comunidad de acuerdo con las funciones y normatividad vigente.



- Participar en la elaboración de metodologías, lineamientos e instrumentos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para el monitoreo la Política Nacional de Humanización.
- Armonizar la Política Nacional de Humanización con las estrategias de gestión organizacional.
- Vincularse a los escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo de la gestión en salud y que induzcan a los agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia, así como a la comunidad, a la implementación de la Política Nacional de Humanización.
- Realizar análisis, evaluación y monitoreo a los procesos de implementación y de los resultados de la Política Nacional de Humanización y proponer acciones de mejoramiento teniendo en cuenta su nivel de complejidad.
- Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano en salud que contribuyan a humanizar la gestión de la organización y de sus sedes.
- Participar y fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para la gestión de la Política Nacional de Humanización teniendo en cuenta su nivel de complejidad.
- Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución de la Política Nacional de Humanización teniendo en cuenta su nivel de complejidad.

Proveedores

- Fortalecer las capacidades de las entidades para la atención centrada en la persona, familia y comunidad de acuerdo con las funciones y normatividad vigente.
- Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano en salud que contribuyan a humanizar la gestión de la organización y de sus sedes.
- Participar con las instituciones del Estado en la implementación y gestión de la Política Nacional de Humanización.
- Vincularse a los escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo de la gestión en salud y que induzcan a los agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia, así como a la comunidad, a la implementación de la Política Nacional de Humanización.

Organismos de Inspección, Vigilancia y Control

- Vigilar y controlar la gestión integral de la Política Nacional de Humanización, monitorear el logro de los resultados y aplicar las sanciones correspondientes por incumplimiento de la misma.

Sectores Relacionados Convocados Como la Académicas

- Contribuir, impulsar y participar en la gestión de la Política Nacional de Humanización en escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo de la gestión en salud, la articulación y alianza con los agentes del sector, sectores relacionados convocados y comunidad.



- Contribuir en la gestión de la Política Nacional de Humanización, e involucrarse en la formación de talento humano idóneo, en el nivel de educación técnico, superior, pregrado y postgrado.
- Desarrollar potencialidades, conocimientos, habilidades y capacidades en el talento humano que contribuyan a humanizar la gestión de la organización.
- Fortalecimiento y promoción de la investigación y la creación de cultura de la humanización en salud.

Familia y Comunidad

- Conocer la Política Nacional de Humanización, adoptarla, contribuir en la gestión y velar por su cumplimiento.
- Fortalecer potencialidades, habilidades y capacidades que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones comunitarias interesadas y comprometidas con las políticas en salud.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que ponga en riesgo la dignidad de las personas, la protección de la vida y el goce del derecho fundamental en salud.
- Respetar y velar por el bienestar del personal de la salud asistencial, formativo y administrativo de las diferentes entidades del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la comunidad y grupos sociales organizados.
- Participar en las estrategias que se relacionan en la Política Nacional de Humanización que contribuya en generar cultura, fortalecimiento en el conocimiento, capacidades y habilidades en humanización de las personas.
- Articular la gestión de la comunidad organizada y de los comités de usuarios de las IPS, como de las aseguradoras con la Política Nacional de Humanización en salud.
- Promover la articulación de la participación de la familia y la comunidad con lo dinamizado por el marco de la Política de Participación Social en salud.

“Con demasiada frecuencia subestimamos el poder de una caricia, una sonrisa, una palabra amable, un oído atento, un cumplido honesto o el más mínimo acto de cuidado, todos los cuales tienen el potencial de cambiar la vida”⁴⁰”

18. DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

Difusión

Para el proceso de difusión de la Política Nacional de Humanización en Salud, se ha previsto diferentes estrategias, con el fin de consolidar la movilización social en torno de las

⁴⁰ Leo Buscaglia.



acciones de humanización y de facilitar el conocimiento de los aspectos esenciales de la misma, por parte de la población nacional.

Las estrategias planteadas para la difusión de la Política son:

- Encuentro nacional de lanzamiento de la Política.
- Encuentros regionales de divulgación.
- Apropiación de los agentes que conforman y participan en la Red Colaborativa de Humanización y Nodos Departamentales.
- Articulación con el Modelo de Asistencia Técnica de la Oficina de Calidad del Minsalud.
- Elaboración y aplicación de una campaña nacional de comunicación.
- Presentaciones a través de emisoras de radio locales y comunitarias.
- Publicación web de la Política e impulso a su conocimiento y circulación a través de redes sociales basadas en tecnologías de información.
- Realización de un material audiovisual dirigido a las personas, familias, comunidades y grupos sociales de interés, con propósitos informativos y de apropiación de los contenidos de la Política.

Implementación

Para el presente proceso, busca, a partir del año 2021, la operatividad integral de la Política a los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como a la comunidad, a nivel Nacional, Departamental, Distrital, Municipal, local e institucional, a fin de incorporar en sus planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, las acciones tendientes a generar la cultura de humanización, el goce efectivo del derecho a la salud, la protección de la vida y la defensa de la dignidad de las personas.

En el proceso de implementación de la Política Nacional de Humanización, es indispensable la presencia continua de la cocreación, ajustes o adecuaciones que sean pertinentes de acuerdo a las características de su población, de su interculturalidad, de los niveles de complejidad de las instituciones y prestadores de salud, de sus condiciones de desarrollo económico, social, cultural y de sus características político-administrativas de cada territorio. De esta forma, busca que la implementación, siendo un reto importante en la generación de políticas públicas, tenga una adecuada apropiación. El Ministerio de Salud y Protección Social para facilitar el proceso de implementación, dispondrá de un documento de Metodología de la Cultura de Humanización y la Guía para la Formulación, Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas.

“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: la voluntad”.

⁴¹ Albert Einstein.



19. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

Para su seguimiento y evaluación de la presente Política, se formula el Plan de Acción, el cual, precisa las metas definidas de acuerdo a los ejes estratégicos de la Política, las responsabilidades de la Nación, los Departamentos, los Distritos y los Municipios, así, como la cuantificación y los alcances a corto, mediano y largo plazo. En este sentido, de considerarse necesario establecer de manera participativa, una construcción y un consenso de indicadores de impacto con base a los ejes, que permita la apropiación por parte de la sociedad, de igual manera poder establecer una base inicial, pertinente y comparable, a ser utilizada a nivel nación y por cada territorio, para con base en dicho punto de partida, deberán ser seguidos por las entidades territoriales, periódicamente concertado deberán presentar un informe de avance sobre la gestión de la Política a la Oficina de Calidad del Minsalud.

Con la evaluación pretendemos identificar los avances, como las dificultades y los retrocesos en su aplicación. En aras a su eficiencia, se debe concebir de forma continua, con cortes y reuniones que permitirán valorar, revisar, analizar y transformar el proceso de gestión de la Política.

“Cuando cometes un acto de bondad, tienes un impacto más poderoso de lo que crees, la bondad es una fuerza inspiradora y tiene la capacidad de alegrar el mundo a través de los gestos más pequeños⁴²”.

⁴² Anónimo.



REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Agudelo Calderón Carlos A., Cardona Botero Jaime, Ortega Bolaños Jesús, Martínez Robledo Rocío, 2011. Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas, *Ciência coletiva* vol.16 No.6, Rio de Janeiro June 2011. pág. 3- 4.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá, “Bogotá Humana”, 2012. Programa de Humanización de los Servicios en Entidades Públicas de Salud Humanizar 2012. pág. 14-39.
3. Arellano M., Matos J., Oberto L., 2010. Hacia una mirada transdisciplinar de la bioética, *Revista Latinoamericana de Bioética, Bioética, tecnología y sociedad*, Universidad Militar Nueva Granada, volumen 10, número 2, edición 19, Julio-Diciembre. pág. 20-33.
4. Ariza Olarte Claudia, 2012, Soluciones de Humanización en Salud en la Práctica Diaria, *Revista Enfermería Universitaria ENEO UNAM*, vol. 9., año 9., No 1 Enero-Marzo 2012. pág. 45-51.
5. Bermejo Higuera José C, 2007, Humanizar los Cuidados en la Relación con el Enfermo de Alzheimer, Artículo publicado en: *Revista Humanizar*. pág. 2-8
6. Bermejo Higuera José Carlos, Durbán Marta Villacieros, 2013, El Compromiso de la Humanización en las Instituciones Socio Sanitarias, Fundación Caser para la dependencia. pág. 3-12.
7. Bermejo José C, 2014, ¿Derecho a la humanización?, Centro de Humanización en Salud. pág. 27-29.
8. Betancourt O., Mertens F., Parra M., 2016, Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente, aportes teórico-metodológicos de una comunidad de práctica. pág. 33-37.
9. Borrell F., 2002. El Modelo Biopsicosocial en Evolución, Grupo Comunicación y Salud. España. Profesor Asociado de Medicina de Familia. Universidad de Barcelona. ABS Gavarra. ICS Cornellà de Llobregat. Barcelona. pág. 175-179.
10. Botero López Carlos A, Rendón Torres Lina B, Herrera Giraldo Alberth C, 2012. La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad?, *Revista médica de Risaralda* Vol. 18 No 2, diciembre de 2012. pág. 1-2.
11. Breyer F., 2014. Social Health Insurance – Theory and Evidence, in: Culyer, A.J. (Ed.), *Encyclopedia of Health Economics*. Elsevier, San Diego. pág. 324–328.
12. BRUSCO A.,1998, "Humanización de la asistencia al enfermo", Madrid, Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud. pág. 13, 14, 43-47.
13. Brusco A, Redrado J, Gal J, Marchesi P, 2003, La Humanización en el Mundo de la Salud. Humanización en salud, Bogotá Selare. pág. 93-119.
14. Carmona Meza Zenén, Parra Padilla Devian, Determinantes sociales de la salud (DSS): un análisis desde el contexto colombiano, *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2015; 31 (3). pág. 610-611.
15. Consejería de Sanidad, 2016. Plan Nacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria. pág.13-18, 63-78.
16. De Bello S Cedrés, 2000, Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios, *RFM* v.23 n.2 Caracas jul. 2000. pág. 1 - 2.
17. Decreto 4747 del 2007, Ministerio de la Protección Social, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. 7 de diciembre de 2007.
18. Decreto 1011 de 2008, Ministerio de la protección social, Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad (SOGC), por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3 de abril de 2006. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf



19. Decreto 780 de 2016, Ministerio de Salud y Protección Social, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. 6 de mayo de 2016. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
20. Decreto 2106 de 2019, Departamento Administrativo de la Función Pública, Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública. 22 de noviembre de 2019. Disponible en internet: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%202106%20DEL%2022%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202019.pdf>
21. Defensoría del Pueblo, 2020. Informe defensorial - Derecho a la salud monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia, Informe defensorial. pág. 81-100.
22. Díaz Amado Eduardo, 2017. La humanización de la salud, conceptos, críticas y perspectivas. pág. 9-59, 61-65, 135-149.
23. Díaz Bambula Fátima, Carolina Gómez Ingrid, 2016. La Investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010, vol. 33, n 1, enero-abril 2016. pág. 114, 115.
24. Ellis, R., Chen, T., Luscombe, C.E., 2014. Health Insurance Systems in Developed Countries, Comparisons of, in: Culyer, A.J. (Ed.), Encyclopedia of Health Economics. Elsevier, San Diego. pág. 396–406.
25. European Agency for Safety and Health at Work, 2007. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
26. Franco A., 2012. La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, Rev. Salud pública Vol.14 no.5, Bogotá Septiembre/Octubre. 2012. pág. 2-7.
27. Franco Agudelo Saúl, Arrivillaga Quintero Marcela, Aristizábal Tobler Chantal, Moreno Angarita Marisol, 2007. Bioética y Salud Pública: Encuentros y tensiones, Universidad Nacional de Colombia, programa interfacultades doctorado en Salud Pública. pág. 31-50.
28. García Ubaque Juan C, García Ubaque César A, Benítez C Luisa F, 2012. Reforma colombiana en salud propuesta de ajuste de aseguramiento y financiación, Rev. Salud Pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct. pág. 2-5.
29. González Juárez Liliana, Velandia Mora Ana Luisa, Flores Fernández Verónica 2009, Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica, Revista CONAMED, Suplemento de Enfermería 2009. pág. 40-43.
30. Gómez R, 2005. Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia, Ponencia presentada en el seminario internacional “El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud”, Facultad Nacional de Salud Pública marzo de 2005, Medellín. pág. 5-6.
31. Graca M., Smith T., 2002. Evolution of the biopsychosocial model in the practice of Family Therapy, Universidade do Minho, Portugal and Florida State University, USA.
32. Guzman F, 2003, Ética y Humanidad en la medicina contemporánea. pág. 21.
33. Haidet P, Dains J, Paterniti D, Hechtel L, Chang T, Tseng E, 2002. Médical student attitudes toward the doctor-patient relationship. Educ Med. 2002, 36(6). pág. 568-574.
34. Herranz G. 1998, El hospital como organismo ético. Pers Bioet; 2(3). pag.43-67.
35. Hooft P., 2002, Bioética y derechos humanos, en bioética y conflicto armado. Colombia: Bios y Ethos, Universidad del Bosque. pág. 45-47.
36. Hoyos Hernández P, Cardona Ramírez M, Correa Sánchez D, 2008. Humanizar los contextos de salud, Cuestión de liderazgo, Revista Investigación y Educación en Enfermería Vol XXVI, núm. 2. pág. 218-225.
37. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, UNASUR, 2012. Sistemas de Salud en Suramérica desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad mayo 2012. pág. 21-23.
38. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, 23 de diciembre de 1993. Disponible en internet:



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

39. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. 3 de octubre de 2007. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
40. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. 19 de enero de 2011. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
41. Ley 1502 de 2011. Por la cual se promueve la cultura en seguridad social en Colombia, se establece la semana de la seguridad social, se implementa la jornada nacional de la seguridad social y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. 29 de diciembre de 2011. Disponible en internet: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley150229122011.pdf>
42. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la república de Colombia. Bogotá D.C., 16 de febrero de 2015. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
43. Ley 1955 de 2019 Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. 19 de enero de 2011. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201955%20de%202019.pdf
44. Londoño Juan Luis, Frenk Julio, 1997. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, Salud y Gerencia No 15, Universidad Javeriana.
45. Magliozzi P., 2016, Humanizar para una nueva salud y sanación hoy, ARS Medica Revista de Ciencias Médicas. pág. 1-13.
46. Martins Josiane de Jesús, Stein Backes Dirce, Cardoso Renata da Silva, Alacoque Lorenzini Erdmann, Albuquerque Gelson Luiz, 2008. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano, Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun. pág. 276-281.
47. Maslow Abraham, 1991. Motivación y personalidad. pág. 3-47.
48. Ministério da Saúde, 2010. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização 4ª edição. pág. 11-47.
49. Ministerio de Salud, 2004. Marco Conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Informe Final. pág. 452-560.
50. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014. Anexo técnico: calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
51. Molina M., Chicaíza L., 2010. Salud, Estado y mercado: el sistema colombiano actual visto desde la economía, Rev. Col. Anest. Nov 2010 - Ene 2011, Vol. 38 - No. 4. pág. 440 y 441.
52. Monteiro Mello Inaiá, 2008. Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil conhecimentos básicos para estudantes e profissionais, Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Subcomitê de Humanização. pág. 9-17, 59-64.
53. ONU - Organización de Naciones Unidas, 2012. El sistema de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (ACNUDH), Folleto informativo N° 30 (Rev.1), agosto 2012, No. 30/Rev.1. pág. 1-10. Disponible en internet: <https://www.refworld.org/es/docid/5289d4104.html> [Accesado el 13 agosto 2020].



54. OPS - Organización Panamericana de la Salud, 1996. El movimiento de municipios saludables: una estrategia para la promoción de salud en América Latina. Washington: OPS.
55. OPS - Organización Panamericana de la Salud, 2005. Llamada a La Acción de Toronto: 2006- 2015 Hacia Una Década de Recursos Humanos En Salud Para Las Américas. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/llamadoaccion-toronto.pdf>
56. Oyuela M., 2010, La importancia de la reconciliación entre eficiencia y equidad, para los sistemas de salud, desde una perspectiva ética, Revista Latinoamericana de Bioética, Bioética, tecnología y sociedad, Universidad Militar Nueva Granada, volumen 10, número 2, edición 19, Julio-Diciembre. pág. 100-107.
57. Orjuela de Deeb, 2002. Prepárese para ofrecer servicios humanos, una necesidad del sector salud, Organización para la Excelencia en Salud, Revista Vía Salud, Numero 20. pág. 4-8.
58. Resolución 1841 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. 28 de mayo de 2013. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
59. Resolución 429 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. 17 de febrero de 2016. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
60. Resolución 2626 de 2019. Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE. 27 de septiembre de 2019. Disponible en Internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
61. Raventos Torras F., 1985 "La Organización Sanitaria al Servicio del Ciudadano", en: "Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD", Madrid INSALUD, 1985. pág 12.
62. Redrado J L., 1998, Humanicemos el hospital. Bogotá: Cencapas. pág. 47-79.
63. Redrado J. L., Gurina J. Gol, Marchesi P., Bolech P., Brusco A., 2003. Humanización en Salud, editorial San Pablo Selare, 1ra edición. pág. 15-29.
64. República de Colombia, 1991. Constitución Política de Colombia, julio de 1991 (Colombia).
65. Resolución 13437 de 1991, Ministerio de Salud, Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.
66. Rodrigo Gutiérrez Fernández, 2011, (Des)Humanización en (de) la atención sanitaria Régimen Sanitatis 2 "Mírame diferente", Régimen Sanitatis 2.0. pág. 1-8. Disponible en internet: <http://www.regimen-sanitatis.com/2011/12/deshumanizacion-en-de-la-atencion.html>
67. Rodríguez C., 1999. Calidad de atención en salud y ley 100 de seguridad social. En: Escobar J, compilador. Bioética y Justicia Sanitaria. Bogotá: Ediciones del Bosque; 1999. pág. 147-182.
68. Rodríguez R. Pilar, 2013, La Atención Integral y Centrada en la Persona, Fundación Pilares para la Autonomía Personal, pág 24-61.
69. Política de Atención Integral de Salud (PAIS). “Un sistema de salud al servicio de la gente” (2016). Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
70. Schansberg D., 2014. The Economics of Health Care and Health Insurance. Indep. Rev. 1. pág. 401–420.
71. Van de Ven W., Beck K., Buchner F., Schokkaert E., Schut F., Shmueli A., Wasem J., 2013. Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: ¿are they



- fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? Health Policy 109. pág. 226–245. Disponible en internet: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.002>
72. Villamil H., 2013. La atención humanizada: un enfoque hacia la búsqueda de la mejor atención centrada en el usuario, Revista Vía Salud.17 (4). pág. 10-14.
 73. Walter L., Arias Gallegos, 2015. Carl R. Rogers y la Terapia Centrada en el Cliente, Revista de Psicología Agosto-Diciembre 2015 UNIFE. pág. 144-147.
 74. WHO World Health Organization. 2015a. Global Strategy on People Centered and Integrated Health Services 2016-2026, Executive Summary, Placing people and communities at the centre of health services.
 75. WHO World Health Organization. 2015b. Global Strategy on People Centered and Integrated Health Services 2016-2026. Interim report 2015.
 76. WHO World Health Organization, United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2018. Declaración de Astaná octubre 2018, Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud desde el Alma-Ata hacia la Cobertura Universal en Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. pág. 5-10.
 77. WBG World Bank Group, 2019. Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. Versión final 17 de julio de 2019. pág. 28-79.