



**La salud  
es de todos**

**Minsalud**

# **PROPUESTA DE METODOLOGÍA PARA LA CULTURA COLABORATIVA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD**

**“Un Reconocimiento al Sentido Humano”  
Red Colaborativa de la Cultura de Humanización**

**Ministerio de Salud y Protección Social  
Oficina de Calidad  
Bogotá D.C., 2020**



La salud  
es de todos

Minsalud



La salud  
es de todos

Minsalud

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

## PROPUESTA DE METODOLOGÍA PARA LA CULTURA COLABORATIVA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

**“Un Reconocimiento al Sentido Humano”**

**Red Colaborativa de Humanización**

**Documento Propuesta V.14**

### EQUIPO TÉCNICO COLABORATIVO MINSALUD

**John Edward Cruz Molina**

Oficina de Calidad  
Ministerio de Salud y  
Protección Social

**Giancarlo Chiappe Ferroni**

Asesor  
Grupo de la Cultura de la  
Seguridad Social  
Viceministerio de Protección  
Social

### EQUIPO TÉCNICO COLABORATIVO EXTERNO

**Olga Janneth Gómez**

Directora División de  
Extensión sede Bogotá  
Universidad Nacional de  
Colombia

**David Arturo Forero Nieto**

Coordinación Programa de  
Innovación Social  
Universidad Nacional de  
Colombia

**María Fernanda Rojas**

**Bonilla**  
Profesional Extensión  
Solidaria e Innovación Social  
Universidad Nacional de  
Colombia

**Cristian Camilo Veloza**

Extensión sede Bogotá  
Universidad Nacional de  
Colombia

**Nayibe Bueno Gómez**

Profesional Universitario  
Secretaría Distrital de Salud

**Diana Marcela Rincón**

**Montoya**  
Referente de Humanización  
Secretaría de Salud de  
Cundinamarca

**Ángela Patricia Rodríguez**

**Cruz**  
Ingeniera Industrial  
Universidad Nacional de  
Colombia

**Dora Helena Fino Sandoval**

Ginecobstetra  
Independiente

**Daniel Yamid Domínguez**

**Valenzuela**  
Administrador Hospitalario  
ESENCIAL IPS.

**Luis Ángel Parra Garcés**

Psicólogo Asesor  
Independiente

**Ingrid Janneth Horta**

**Campos**  
Área Gestión Ética y Buen  
Gobierno - Grupo de  
Humanización  
Hospital Militar Central

**Constanza González**

**Giraldo**  
Directora Programa  
Comunitario Directora  
Programa Comunitario  
Fundación Keralty

### 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

## **AGRADECIMIENTOS ESPECIALES**

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. Así mismo, las Entidades Territoriales de Salud departamental, distrital y municipal de: Cundinamarca, Cauca, Ibagué y Bogotá D.C; a todos los participantes de la Mesa de Trabajo de la Metodología para la Cultura Colaborativa de Humanización en Salud; a los equipos humanos de las diferentes dependencias del Minsalud como: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Epidemiología y Demografía, Prestación de Servicios y Atención Primaria, Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Dirección de Financiamiento Sectorial, Grupo de la Cultura de la Seguridad Social del Viceministerio de la Protección Social, y al Equipo Humano de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, en especial a Diana Carolina Ángel Barreto, María Heidy Amaya y Gloria Edith Villota Enríquez, cada una de acuerdo a su función y con la Red Colaborativa de Humanización, conformaron los nodos, diseñaron un abordaje de la Humanización a través de siete talleres aplicados en los mismos y consolidaron la experiencia significativa, lo cual, favoreció el desarrollo de la presente Metodología.

## Contenido Propuesta de Metodología para la Cultura Colaborativa de Humanización en Salud

ABREVIATURAS .....	6
GLOSARIO .....	7
PRESENTACIÓN.....	10
1. INTRODUCCIÓN .....	11
2. ASPECTOS CONCEPTUALES .....	12
2.1. Enfoques Orientadores.....	14
3. REFERENTES NORMATIVOS EN EL CONTEXTO DE LA HUMANIZACIÓN .....	20
4. ANTECEDENTES, IMPLEMENTACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PILOTAJE REALIZADO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 2017-2018 .....	22
4.1. Antecedentes .....	22
4.2. Implementación de la Experiencia significativa Prueba Piloto.....	29
4.3. Sistematización y Resultados de la Prueba Piloto.....	33
5. PROPUESTA METODOLOGÍA PARA LA CULTURA COLABORATIVA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD .....	37
5.1. Alcance .....	37
5.2. Objetivo General .....	38
5.3. Objetivos Específicos .....	38
5.4. Conformación e Instancias de Participación de Nodos Territoriales de Humanización y Red Colaborativa de la Cultura de Humanización .....	38
5.5. Proceso de Cultura de la Humanización en Salud.....	40
5.5.1. Conformación y activación de redes de primeros cooperadores: nodos departamentales de humanización.....	42
5.5.2. Diagnóstico participativo .....	46
5.5.3. Construcción de plan de acción y empoderamiento de primeros cooperadores .....	50
5.5.4. Invitación a la acción colectiva .....	54
5.5.5. Consolidación del nodo como una clínica o laboratorio de acciones de promoción y sostenibilidad de la Cultura de Humanización .....	55
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	56
ANEXOS.....	59

## ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria en Salud
CPC	Constitución Política de Colombia de 1991
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
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
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
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

## GLOSARIO

**Agentes del Sector Salud:** Hace referencia a aquellas personas que tienen una función diferencial en el mismo sector salud, estos son: las personas y sus familias; los proveedores como: 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: 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; las agencias estatales como: Minsalud, Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales de salud, entes de inspección, vigilancia y control. (Ellis R., Chen T., Luscombe C., 2014).

**Atención Centrada en la Persona.** implica reconocer la singularidad y unicidad de la persona y fijar la mirada en sus capacidades frente a aquello que la hace dependiente, apoyando su autodeterminación, respetar siempre que se pueda sus decisiones, preferencias y opciones personales, "adaptar el centro a las personas y no las personas al centro" resultan elementos clave. (Bermejo José Carlos, 2019)

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

**Buen vivir:** Entendido como la visión del mundo centrada en el ser humano, como parte de un entorno natural y social: "La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir supone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno -visto como un ser humano universal y particular a la vez- valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro)".<sup>1</sup>

**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).

**Calidad de Relacionada con Salud:** Percepción individual y subjetiva de la persona con su vida y bienestar general, en relación con su lugar en la existencia, en el contexto de la cultural y frente a su sistema de valores, para definir sus objetivos, sus expectativas y sus preocupaciones. Puede verse influenciado por Salud física, mental, nivel de independencia, relaciones sociales, relación con los elementos esenciales de su entorno. (WHOQOL Group, 1993)

---

<sup>1</sup> José Félix Gutiérrez.

**Conciencia:** facultad humana para reflexionar sobre las opciones y tomar decisiones, actuar y hacerse responsable de las consecuencias de acuerdo con el marco de valores individual en referencia a lo cultural.

**Determinantes sociales de la salud:** Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas.<sup>2</sup>

**Diversidad Cultural:** La cultura adquiere formas diversas a través del tiempo y del espacio. Esta diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan a los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es tan necesaria para el género humano como la diversidad biológica para los organismos vivos (UNESCO, 2001).

**Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB):** Entidades Promotoras de Salud 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 Artículo 2.5.1.1.3)

**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).

**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):** Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.<sup>3</sup>

**Implementación:** Proceso que tiene como finalidad trasladar las recomendaciones planteadas o planteamientos definidos al que hacer de la práctica diaria, específicamente en los servicios de salud.<sup>4</sup>

**Humanización en salud:** 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, que interactúa y establece un compromiso en lograr el estado completo de bienestar físico, mental y social (Minsalud, 2021).

**Metodología:** Se puede comprender como una serie de procedimientos, métodos y técnicas que se deben seguir de manera sistemática para alcanzar el resultado teóricamente esperado.

**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

<sup>2</sup> Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021

<sup>3</sup> El Decreto 780 de 2016 el cual compila el Decreto 1011 de 2006 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

<sup>4</sup> Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”

que habiten determinado territorio y que sus funciones se relacionen en los temas convocados.

**Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad (PNMC):** Es un plan estratégico desarrollado a partir de una exigencia normativa dada por la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia). Este plan desarrolla las directrices de calidad que el sistema y cada agente deben adelantar y, plantea un enfoque en donde la humanización y la calidad confluyen y ubican a la persona como el eje central de su propuesta, convirtiendo la dignidad humana en el propósito central de la atención en salud.

**Prácticas humanizantes:** Son todas aquellas prácticas individuales y colectivas, en la sociedad, en el sector salud y en la formación de las personas que conducen a favorecer y a respetar el valor intrínseco de cada persona, el goce del derecho fundamental de la salud, la dignidad humana y la autonomía de los seres humanos en su interacción con el entorno.

**Prácticas no humanizantes:** Son todas aquellas prácticas individuales y colectivas, en la sociedad, en el sector salud y en la formación de las personas que desvirtúan o dañan el valor intrínseco de cada persona, el goce del derecho fundamental de la salud, la dignidad humana y la autonomía de los seres humanos en su interacción con el entorno, y que tienen un impacto negativo directa e indirectamente en la persona y/o en su contexto.

**Prestadores de Servicios de Salud:** Los prestadores de servicios de salud son: las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud, las entidades con objeto social diferente y los servicios de Transporte Especial de Pacientes.

**Promesa de Valor:** Es la oferta de beneficios concretos que recibirán las personas a las que se dirige como consecuencia de la prestación del servicio en el sistema de salud, que trasciende el alcance organizacional, hacia la experiencia de bienestar de las personas en coherencia con sus valores.

**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.

**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.

## PRESENTACIÓN

El presente documento de **Metodología para la Cultura Colaborativa de Humanización en Salud “Un Reconocimiento al Sentido Humano”** 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, a través de una metodología que favorezca el mejoramiento de la experiencia de las personas en salud, en sintonía con las distintas realidades de nuestro territorio nacional.

La metodología es el resultado del trabajo colaborativo entre dependencias del Minsalud con diferentes agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia y con la ciudadanía, liderado por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social<sup>5</sup>, en el marco de la Política Nacional de Humanización en Salud y con la implementación de cuatro pruebas piloto de la Ruta Materno Perinatal realizadas en los Nodos: Bogotá, Ibagué, Cundinamarca y Cauca; se abordó la humanización en los diferentes territorios, así mismo, se logró identificar prácticas humanizantes y deshumanizantes, y la identificación y análisis de determinantes presentes en dicha ruta, en las pruebas piloto realizadas en los nodos descritos.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, propone un abordaje metodológico que favorezca la transformación cultural colaborativa de humanización en salud, la cual, oriente la gestión de las organizaciones a mejorar la experiencia de las personas, el desarrollo y establecimiento de alianzas estratégicas con sectores relacionados como entidades educativas, entre los agentes del sector salud y ciudadanía en general. Esta metodología busca a través de la participación generar confianza entre agentes, conciencia y lograr un aprendizaje colaborativo, la cual gira en torno a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas.

Dicha metodología, adopta procesos de cocreación y construcción social del conocimiento, del afecto, del actuar de la visión positiva de futuro y de su trascendencia, mediante el intercambio de experiencias y el reconocimiento del saber del "otro"; desde la habilidad emocional y social empática y de la creación de un clima amigable, el reconocimiento y comprensión del ser humano integral, de su dignidad y de su devenir histórico como experiencia transformadora de vida; así como, un proceso de construcción social centrado en la valoración y promoción humana, que propugna a una transformación de la cultura colaborativa de humanización que conlleve al mejoramiento de la experiencia de las personas en el sector salud, al logro del bien común y el mejoramiento de la calidad.

Con este propósito, pone especial atención en la argumentación que sustenta el fortalecimiento del sentido y de las concepciones, que han de guiar las prácticas humanizantes, asumiendo la humanización como imperativo del nuestro sector salud. Lo realizado hasta el presente ha servido de base para abordar diferentes condiciones de salud, reconocer y comprender de manera integral las potencialidades y talentos en cada grupo institucional y personal. Nos ha permitido conocer los deseos de cambio o visiones positivas de futuro y, al mismo tiempo, las falencias o retos en nuestra práctica diaria, unidas a las carencias de formación.

---

<sup>5</sup> 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 y los representantes de asociaciones de usuarios.

A partir de los aprendizajes, comenzamos a identificar oportunidades de mejora y posibles formas de direccionar los esfuerzos, empoderar y sensibilizar a las personas, de manera que se conviertan en gestoras de prácticas humanizadas multidimensionales. En este sentido, la tarea consiste en transformar una cultura colaborativa de humanización que conduzcan a la excelencia del servicio de salud, ratificando la humanización como principio orientador en nuestro Sector Salud colombiano.

## 1. INTRODUCCIÓN

La humanización en salud es el principio orientador de **El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021**, sitúa a las personas como eje central de sus esfuerzos, y plantea la necesidad de un enfoque sistémico que encausa la transformación de la gestión de los agentes del Sector Salud Colombiano, en constituir una cultura de humanización organizacional, así mismo, al cumplimiento del derecho fundamental a la salud, apoyada en modelos de gestión orientados a la excelencia, a la mejora continua e innovación; en pro al ser humano como finalidad de nuestro actuar, para ser reconocido como fundamento esencial del Sector Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social en liderazgo de la Oficina de Calidad, ha desarrollado una metodología construida de forma sistémica, a través del abordaje en humanización y el resultado de las pruebas pilotos implementadas en los Nodos de Humanización territoriales, de la articulación con el Viceministerio de Protección Social Grupo de la Cultura de la Seguridad, la Unidad de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Colombia grupo de innovación social y de la participación con la Red Colaborativa de Humanización; en la que genere una orientación efectiva, fácil y segura, para que cada agente del sector, sea ésta de formación o de la misma ciudadanía, pongan en práctica los resultados de su mismo análisis, realidad, concertación y promesas de valor.

En el presente documento, podemos encontrar un capítulo relacionado a los aspectos conceptuales y en detalle, los diferentes enfoques conceptuales que permite el abordaje metodológico para la cultura colaborativa de humanización en salud en el marco de la Política Nacional de Humanización en Salud; otro capítulo, reconoce los antecedentes normativos para el abordaje en el contexto de la humanización; en el siguiente capítulo, hace referencia a los antecedentes de conformación de la red de trabajo y la construcción de los Nodos, con el propósito de abordar un trabajo articulado en humanización, y generar resultados para bien común.

En este sentido, las experiencias relacionadas corresponden a los Nodos de Humanización en Cundinamarca, Bogotá, Cauca e Ibagué, en los cuales, se describen las instancias de participación y los agentes relacionados, así como, los procedimientos de trabajo en los mismos, el abordaje de la humanización en los Nodos y uno de los insumos base para la metodología propuesta, el cual corresponde, al desarrollo de la prueba piloto en los nodos previamente mencionados, donde se priorizó como tema base, la ruta de atención materna perinatal, a través de talleres como estrategia pedagógica, dada a través de una participación multidisciplinaria.

El capítulo en mención, describe la implementación de las pruebas piloto, como experiencia significativa, que permite, a partir del abordaje metodológico de creación y construcción social sistémica, identificar situaciones positivas, negativas y prospectivas de nuestras instituciones en las que incidan en la planeación estratégica encaminada al mejoramiento y cuyo propósito fundamental se proyecta una transformación frente a la Cultura Colaborativa de

Humanización. A partir de la caracterización se analizan las causas que dan origen a la problemática identificada, se consolidan y se organizan en “determinantes” de la humanización, así mismo, se lleva a cabo en tres momentos: **sensibilización** hacia la identificación de los “determinantes” de la humanización /deshumanización; **análisis de las causas raíz**, tanto para las prácticas humanizantes como deshumanizantes; y finalmente **planteamiento de estrategias y elaboración del plan de mejora** o gestión del cambio; y en al finalizar el capítulo, relaciona la sistematización de la experiencia en sus diferentes anexos, se destaca el consolidado y priorización de los determinantes de las prácticas humanizantes y deshumanizantes en el continuo de la atención materna y perinatal en el periodo 2017-2018, de igual manera, los resultados y las conclusiones más relevantes de la misma.

El documento, en su último capítulo, podemos encontrar la propuesta **Metodológica para la Cultura Colaborativa de Humanización en Salud**, la cual, incluye actividades de construcción conjunta de acuerdo a las prioridades identificadas en cada territorio a partir de su autonomía y autogestión, así mismo, en reconocer los aspectos diferenciales y similitudes de acuerdo a la realidad poblacional, territorial e intercultural, lo que significa que se convierte en un insumo importante para facilitar la adopción, adaptación e implementación de la Política Nacional de Humanización en Salud, ya que orienta la consolidación de escenarios que favorecen la participación colaborativa y sistémica, encaminados a la transformación cultural en pro de la humanización en el sector salud.

La metodología brinda orientación en el abordaje de la cultura de humanización de forma colaborativa, el cual, motiva a cada Entidad Territorial de Salud, poder abordar desde su realidad y autogestión en articulación con los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como con la comunidad. Las estrategias, actividades, instrumentos e indicadores propuestos son ejemplos posibles para desarrollar y tienen un carácter orientador. En coherencia con el principio de reconocimiento de la autonomía y diversidad cultural territorial, los nodos podrán definir las metodologías e instrumentos que mejor representen sus características y necesidades.

Por último, la metodología es el reflejo de una actividad lógica realizada desde posiciones prácticas diarias y experiencias significativas, que conllevan a obtener un resultado en el que los participantes como, agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como la comunidad, reconozcan su importancia e impulse el mejoramiento de las prácticas que dignifique la salud de la población y que contribuya a que se formule planes de mejora, que sirvan como insumo para la creación de lineamientos, proyectos, programas, planes, políticas, ya sea institucional o sectorial, que al ser ajustadas y aterrizadas a su quehacer y realidad, los distintos participantes consideren relevantes, a partir de la construcción o reconstrucción personal y colectiva de acciones y/o mejoramiento de prácticas en pro de transformar una cultura colaborativa de humanización en salud.

## 2. ASPECTOS CONCEPTUALES

Al mencionar la prestación de los servicios de salud, es fundamental hablar de la vocación de servicio, ese deseo de interactuar y de estar en contacto con personas, empatizar con ellas, atenderlas, escucharlas y ofrecerles algún tipo de bienestar o de alivio somático o psicosomático, con el que se obtenga mejorar la experiencia de las personas y sus familias, fortalecer la satisfacción, bienestar, seguridad y un mejor estado de salud.

Los avances de la ciencia y la tecnología han contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, pero al mismo tiempo surgen situaciones que conllevan a olvidar que

somos seres humanos, a la vez que entes pensantes y visionarios, sujetos sensibles y emotivos, que necesitamos de un trato humanizado donde se nos visibilice de manera integral el ser humano.

En este ámbito, la palabra humanizado se aplica a las personas que se compadecen de sus semejantes, siendo una cualidad inherente a su existencia, en tal sentido para hablar de humanización, no estamos mencionando el hecho de ser un humano en sí mismo, sino de las prácticas que llevan a marcar la diferencia en el acercamiento afectivo, compasivo, de empatía y la comprensión y atención integral de la situación de otro ser, de sus necesidades y de sus aspiraciones, articulando el quehacer no centralizado en un objetivo, sino integrándose a sus conductas, a sus emociones, a sus sentimientos y a sus propósitos, para poder ser transmitido y apropiado sobre la base de la experiencia de vida de un otro que ama, piensa, produce, sueña y espera trascender. Por consiguiente, la diferencia de nuestro actuar y la forma de cómo abordamos las diversas situaciones que se nos presentan día a día en el sector salud es lo que hace la diferencia de una práctica humanizada.

La humanización no sólo abarca la atención directa al paciente, sino todos los elementos, los distintos roles, los procesos y los diferentes agentes del sector salud que orbitan alrededor de la búsqueda, construcción y fomento de la salud de la población.

Así mismo, resulta fundamental centrarnos en las potencialidades, necesidades y aspiraciones de los profesionales o personal de salud, quienes requieren un replanteamiento en mejorar sus condiciones laborales y de vida (individual y familiar) que se vean reflejadas en su estado de bienestar individual y colectivo y se traduzca en brindar mejor atención, mejores resultados en salud, por consiguiente, contribuir en el mejoramiento de la experiencia de las personas y sus familias.

Recordemos que en muchas ocasiones la excelencia en el ejercicio de sus funciones depende de la suficiencia del número de profesionales de salud, de la distribución equitativa y no concentrados en grandes ciudades, del tiempo suficiente para la atención del paciente, de buenas condiciones laborales y estables. Por la creciente demanda de atención en salud y las condiciones inequitativas, hacen que el trabajador de la salud busque más de un sitio donde laborar para conseguir los recursos que satisfagan sus necesidades, reflejándose, en buena medida, en un trabajo extenuante, no pocas veces sin prestaciones sociales, que gestan una actitud inadecuada.

Sin una orientación integral y sensibilizada frente a las potencialidades, las aspiraciones y los problemas o dificultades de las personas, de sus familias y del talento humano en general del sector, especialmente en salud, dejaremos cada vez más olvidadas las prácticas humanizantes que contribuyen al bienestar integral de los mismos.

Esas prácticas humanizantes no están disponibles en la literatura, ni son descubiertas por casualidad, ni se pueden entregar como lista de chequeo, ya que en los diferentes agentes son específicas y singulares, no siendo comunes a otras instituciones. Su identificación, por consiguiente, exige un trabajo de elaboración personal, de equipos multidisciplinarios, de trabajo articulado y organizado que parta de una distinción de las prácticas, con un análisis profundo de los causales y las propuestas que serán abordadas y trabajadas, para luego ser implementadas al interior de cada institución de salud.

Por ende, se orienta a un trabajo de creación y construcción individual y social de la metodología para la cultura colaborativa de la Humanización en Salud, comprendiendo integralmente; de una parte; quiénes somos como realidad individual, social e institucional y,

de otra, revisando experiencias y bibliografía relacionada con el concepto de sector salud “centrado en las personas”, en la “humanización”, en el goce del derecho fundamental de la salud, en la dignidad humana y en el bien común humano y planetario.

Se propone un abordaje sistémico, con la participación de los agentes del Sector Salud, sectores relacionados como la academia y con la comunidad, centrados en las personas y en la necesidad de articularse en la atención integral de los servicios de salud, de tal forma que no sea solo el prestador el que asuma la responsabilidad final de la cultura colaborativa de la humanización en salud.

## 2.1. Enfoques Orientadores

Para la propuesta Metodológica de Cultura Colaborativa de Humanización en Salud se desarrolla el abordaje conceptual de la humanización en salud, dando prelación a aquellas características que consideran más relevantes, en el marco de la Política Nacional de Humanización en Salud (Minsalud, 2021). Se puede abordar la humanización desde uno o varios enfoques, para orientar la propuesta de Metodología en el territorio nacional, lo que permite tener una flexibilidad conceptual de acuerdo a la realidad en salud de los departamentos, municipios, entidades acreditadas, entidades públicas y privadas, comunidades, entre otras, que han venido 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 servicios<sup>6</sup>.

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 Ético 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 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

---

<sup>6</sup> Aportes al diálogo en torno a los lineamientos, exploraciones y experiencias en humanización, Red Colaborativa de Humanización, Minsalud 2018.

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 salud (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 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 resolutoria 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 auditoría y/o seguimiento como insumo para poder establecer 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 población 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 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.

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 lo que implica 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, en lograr el 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. Así mismo, 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 y 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 talento humano en general del sector, especialmente en salud.

## Enfoque de Género

El enfoque de género, comprende un abordaje conceptual, metodológico y político de las desigualdades asociadas a las construcciones de género a nivel político, económico, social y

cultural, y como esto se constituye en un determinante estructural de la vida de las personas y sujetos colectivos.

Desde este enfoque se reconoce qué el género como categoría constitutiva del ser humano, supone desigualdades asociadas con las construcciones de género que resultan en un determinante estructural de la vida de las personas y sus relaciones interpersonales y con ellas su concepto de bienestar. Esto reconociendo que la humanización y la atención centrada en la persona tiene en cuenta que El género influye en la salud y el bienestar en tres ámbitos: 1. los determinantes de la salud relacionados con el género, incluida la interacción con otros determinantes sociales y estructurales; 2. las conductas en la esfera de la salud en función del género; y 3. la respuesta del sistema de salud en función del género.

### Enfoque Interseccional

Aproximación a la persona el propósito de que se alcance una comprensión completa del ejercicio del derecho a la salud, desde las características que definen a las personas y desde las cuales se toma decisiones o no, de cómo estas condiciones que les determinan y pueden configurar limitaciones y moldean el concepto de bienestar.

El concepto de interseccionalidad se refiere al significado y la relación entre el sexo, el género y otros determinantes sociales, así como a los factores que crean inequidades sanitarias en los procesos y sistemas de poder a nivel individual, institucional y mundial. Se basa en el análisis de las cuestiones relacionadas con el género, y lo amplía. Se vincula a las características individuales como son comunitarias, culturales y poblacionales.

## 3. REFERENTES NORMATIVOS EN EL CONTEXTO DE LA HUMANIZACIÓN

Desde el nivel institucional y local hasta su ámbito nacional cuenta con significativas experiencias y prácticas humanizantes, también es doloroso constatar la existencia de una amplia gama de procesos y acciones deshumanizantes que nos retan a sensibilizarnos en la importancia de cambiar paradigmas y de enfocarnos en la diaria construcción de una atención signada por prácticas humanizantes mediante procesos de creación de conciencia y de reflexión-acción interna, individual y grupal que permitan generar las políticas y estrategias institucionales de humanización que se consideren pertinentes a cada realidad.

Dada la orden Constitucional de 1991, el Estado empieza a legislar en el tema de salud, dándole a la salud la categoría de servicio público obligatorio, y catalogando el derecho a la vida como un derecho fundamental, que más tarde y con la Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud, consagra la salud como un derecho fundamental.

A la luz de la normatividad existente, la Ley 100 de 1993 promulga la atención a la comunidad, de manera que se pueda aportar a las personas calidad de vida acorde con la dignidad humana. Pese a los esfuerzos significativos de hoy, en el modelo colombiano de aseguramiento en salud en cuanto a su cobertura y acceso se hace relevante centrar los esfuerzos en mejorar los resultados en salud, la excelencia en la calidad en el servicio y la humanización de todo el sistema.

Por consiguiente, se han gestado reformas normativas al Sector Salud que llevan a concentrar su atención en la comunidad, en las personas y en sus familias, de manera que el ser humano vuelva a ser el protagonista central de la atención en salud.

Con la Ley 1438 del 2011 se busca fortalecer la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, de tal modo que el centro de todos los esfuerzos sean los colombianos. Como resultado de su ordenamiento, se gesta el Plan Decenal Salud Pública (PDSP) 2012-2021-acorde con el Plan de Desarrollo 2010-2014 y se define un Plan Nacional para el Mejoramiento de la Calidad (PNMC).

En este sentido, el PDSP 2012-2021 recoge el compromiso del Estado Colombiano de incorporar la equidad sanitaria, en todas las políticas públicas y converger en el desarrollo social, económico y humano.

Siendo coherentes con lo enunciado, la Corte Constitucional al proferir la Sentencia T-760, establece las bases que permiten avalar la salud como derecho fundamental, consagrado por la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud, cuyos propósitos son en mejorar la calidad y la integralidad de la atención a las personas, a lograr disminuir limitaciones en la atención en salud, de modo que el sector esté centrado en las personas, e integre la importancia del Talento Humano en Salud como factor fundamental.

Entre tanto, y en concordancia con la Ley Estatutaria, el Ministerio de Salud y Protección Social define la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) por medio de la Resolución 429 de 2016, derogada con la Resolución 2626 de 2019, adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), los cuales constituyen el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones que garanticen a la comunidad acceder a servicios seguros, asequibles y humanizados.

Uno de los componentes del modelo, son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) que son herramientas, que favorecen a conseguir resultados esperados en salud, permitiendo orientar y ordenar la gestión de la atención integral en salud a cargo de los actores del SGSSS, de manera continua y coherente (pertinente), con la situación y características de cada territorio, así como la gestión intersectorial para la afectación de los determinantes sociales de la salud en pro de alcanzar la equidad en salud y el bienestar integral de las personas.

De igual importancia, surge entonces el Plan Nacional de Mejoramiento para la Calidad-PNMC- 2016-2021, como directriz que conduce a alcanzar los objetivos de los lineamientos en calidad. El PNMC propone tres directrices de calidad como son: la seguridad, coordinación y la transparencia, con base en las cuales el sistema y cada agente debe avanzar. Así mismo, se plantea un enfoque en donde la humanización y la calidad confluyen y ubican a la persona como el eje central de su propuesta, convirtiendo la dignidad humana en el propósito central de la atención en salud.

En este sentido, en cumplimiento del PNMC específicamente el Objetivo 4. “Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano y en las instituciones de salud, que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones”; y la estrategia 1: “Construcción participativa de la política de humanización”, para el cual, se formula y divulga la Política Nacional de Humanización en Salud 2021-2031, la cual, 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. Dicha política busca incidir en aspectos relevantes que permitan generar una cultura de humanización en el sector salud de nuestro país, al reconocer 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.

La política hace un llamado a los diferentes agentes sociales a la construcción conjunta de una cultura de humanización como imperativo del Sector Salud, como se relaciona en el *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 a través de la consolidación de escenarios colaborativos*, entendidos como Red Colaborativa de Humanización y Nodos de Humanización, que permite la coordinación de esfuerzos frente a la humanización, el fortalecimiento de 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.

## **4. ANTECEDENTES, IMPLEMENTACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PILOTAJE REALIZADO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 2017-2018**

### **4.1. Antecedentes**

En el año 2015, iniciamos los trabajos sin estar bajo la tutela de ninguna idea preconcebida acerca de la conceptualización de humanización, pero con la claridad de que en el PNMCS que se había formulado, se indicaba que el centro de un sistema de salud debería ser la persona, concepción esta que luego ratificaría la Política de Atención Integral en Salud PAIS y el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE.

Durante el trabajo de creación y construcción individual y social de la propuesta de lineamientos del PNMCS, revisamos muchas experiencias y bibliografía relacionada con el concepto de Sector Salud “centrado en las personas”, y “humanización”. Pudimos observar que la mayoría de las experiencias se refería a la prestación de los servicios asistenciales.

Sin embargo, el abordaje sistémico propuesto en PNMCS requiere que todos los agentes del Sector Salud, centren los esfuerzos en las personas y para esto es necesario que se articulen frente a la prestación integral de los servicios, de tal forma que no sea solo el prestador el que asuma la responsabilidad final de la humanización y la calidad.

Al empezar la conceptualización del tema, solo se tenía la intuición de que humanizar un Sector Salud es un tema muy profundo y que lo que se encontraría inicialmente eran muchos signos y síntomas de lo que considerábamos como “deshumanización” o “humanización” (prácticas humanizantes y deshumanizantes), pero lo interesante era ahondar en sus causas profundas y encontrar la relación de la Humanización con los demás elementos propuestos en el PNMCS.

De esta manera, iniciamos entrevistas, revisamos investigaciones, visitamos entidades, conocimos experiencias exitosas y; bajo la asesoría del primer nodo en Quindío, conformamos una red colaborativa con la cual pudiéramos estudiar participativamente la humanización en salud, con el único deseo de entender, aprender y proponer, hacia el futuro, unos lineamientos para el país.

Conformamos también una pequeña mesa de reuniones de trabajo semanal de intercambio de saberes y socialización de experiencias, en la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y protección Social, tratando simultáneamente de conocer experiencias, consolidar enfoques y proponer que se realice de forma participativa, que llevará a las personas y a las instituciones a preguntarse cómo percibir y describir las mejores prácticas en sus instituciones, entender las causas profundas, que permita diseñar estrategias para “humanizar” la atención y servicios, y poder así estructurar propuestas y sistematizar experiencias.

Se llevan a cabo algunas experiencias de trabajo con las Entidades Territoriales de Salud de Nariño, Cauca, Risaralda y Quindío en 2015 y 2016, pero es a finales de 2016, cuando se concreta la propuesta de trabajar en red colaborativa con nodos en diferentes ciudades, a los cuales, y como una nueva propuesta de asistencia técnica, se pudieran convocar a los agentes.

La red funcionará a través de Nodos que serían instalados por las directivas de las Entidades departamentales y distritales de salud, quienes convocarían, y la Oficina de Calidad del Minsalud, llevaría a cabo la orientación metodológica y la sistematización de la experiencia.

A través de la red de humanización conformada por el Nodo Nacional, y con el aporte de la Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt de Armenia, se avanza en el diseño de herramientas de trabajo, se fue consolidando, hasta producir talleres, guías, insumos, y material educativo que nos permitieran trabajar participativamente, en forma lúdica que fomente el reconocimiento y la interrelación.

El abordaje metodológico en los Nodos se forja de participación y flexibilidad de los agentes del sector. Cada región tiene diferentes características, por tanto, los contenidos y las actividades propuestas para los Nodos pueden ser ajustadas.

El abordaje metodológico del trabajo de los Nodos contiene los siguientes atributos:

**Tabla 1. Atributos transversales en el abordaje metodológico en los nodos**

Se asume como un proceso permanente de creación y construcción individual y social o de trabajo colaborativo, dentro del cual cada persona es portadora de una probada capacidad de amar, de servir y de prospectar, que se apoya en su conocimiento, su experiencia y en su poder transformador.
Se guía por un continuo proceso de comprensión integral acerca de quiénes somos como realidad humana y planetaria. Para ello está en permanente reflexión en torno a la concepción de ser humano y de planeta que guía su actuar.
Aboca la evaluación como un proceso de construcción social, mediante el cual comprende y valora integralmente una realidad, en pro de su mejoramiento.
Fomento de la ampliación del conocimiento en el SGSSS y del sector salud.
En cada nodo se invita a que los participantes presenten experiencias significativas con diferentes enfoques y modelos conceptuales.
Avances metodológicos de trabajo de Nodos (sensibilizar / conceptualizar / aplicar).
Se trabaja con base en los talleres diseñados por la red de humanización nacional, los cuales se ajustan a las regiones.
Análisis del lineamiento de Humanización.
Visitas de Observación / Referenciación a las entidades participantes y/u otras que la Red vea pertinente.

Se toma la decisión de iniciar con las Entidades Territoriales de Salud de Cundinamarca y Bogotá principalmente por el avance realizados en el proceso de humanización,

adicionalmente, por la cercanía geográfica que hacía posible las reuniones más frecuentes, las visitas de observación y la asistencia técnica.

Más adelante, se decide por solicitud de la Secretaría de Salud departamental del Cauca, diseñar un diplomado, con base en la metodología e insumos propuestos, en coordinación con la Universidad del Cauca. En febrero de 2018 se instala el Nodo de humanización Cauca y se da inicio al diplomado “Humanización del Sistema de Salud” a partir del abordaje metodológico participativo.

De acuerdo a la experiencia de abordaje, que consta de talleres y trabajo en equipo, se logró identificar situaciones positivas y negativas de nuestras instituciones, desde diferentes campos de la humanización. Incidir en la planeación estratégica para un mejoramiento desde la comprensión de las fuentes de realidad que nos ofrecen nuestras potencialidades y problemas, nos sirve de base para caminar hacia lo fundamental, que es el logro de un cambio cultural basado en valores.

Los resultados de los talleres tienen como producto los reconocimientos de prácticas humanizantes y deshumanizantes, y sus determinantes o causas, logrando sensibilizar a las personas y promoviendo un cambio en la cultura institucional promovido con las propuestas de reestructuración hacia una meta, posicionar una gestión humanizada en cada uno de los agentes del sector salud.

## Conformación de los Nodos de Humanización

Es de vital importancia, dar línea para que se generen espacios y escenarios que favorezca la participación de las personas en sus diferentes realidades y contextos en salud, teniendo en cuenta la participación de las organizaciones de pacientes, de grupos sociales organizados, defensores de los derechos de los pacientes, entre otras personas.

Se inicia con la creación de nodos de trabajo, llamados Nodos de Humanización, que forman entre sí una red colaborativa. Dichos nodos son orientados, dinamizados y coordinados por el ente rector, Ministerio de Salud y Protección Social.

El trabajo se inicia con los siguientes nodos y se realiza la prueba piloto en los Nodos Cundinamarca, Bogotá, Cauca e Ibagué:

**Figura 1. Nodos: Red Colaborativa de Humanización**

Nodo Atlántico  
Nodo Antioquia  
Nodo Santander  
Nodo Bogotá  
Nodo Cundinamarca  
Nodo Ibagué  
Nodo Quindío  
Nodo Valle del Cauca  
Nodo Cauca  
Nodo Nariño



## Nodo Cundinamarca

La instalación del Nodo Cundinamarca se lleva a cabo en julio de 2016. En febrero de 2017 se priorizan como participantes, 14 Empresas Sociales del Estado (ESE), Hospitales que prestan servicios de salud de I, II y III nivel de complejidad, que hacen parte de diferentes redes, cuyos representantes se suman a las entidades que venían participando en el Nodo Nacional, las EPS FAMISANAR y CONVIDA, el Hospital Militar Central y la Policía Nacional, las Facultades de Enfermería de la Universidad Nacional y la Fundación Juan N Corpas.

Participaron en promedio 38 personas en siete encuentros o talleres de creación y construcción individual y social que se realizan los miércoles, cada 15 días de 2 a 5 pm, en espacios físicos ofrecidos, sin ninguna contraprestación, por la Clínica de CAFAM de la calle 51, los cuales se acompañan de una visita de observación.

Dado que la ETS de Cundinamarca toma la decisión de cubrir todos las ESES del departamento en todos los niveles de atención, se considera pertinente hacer ajustes a la metodología a fin de poder llevar a cabo nodos en grupos de 60 participantes hasta completar todos los municipios del departamento. A la fecha han sido partícipes del proceso 4 grupos, conformados por representantes de agentes de todos los municipios del departamento de Cundinamarca.

## Entidades participantes Nodo Cundinamarca

Se programan 4 grupos, dos en 2017 y dos en 2018 para cubrir la totalidad de Municipios y Empresas Sociales del Estado del Departamento. Han participado en cuatro grupos de 344 participantes, de 99 instituciones.

El abordaje se basó en talleres que se realizaron en 7 sesiones de un día cada 15 días, a las cuales, se suma una visita de observación. Las agendas, que incluyen guías de trabajo e insumos se trabajan colaborativamente con el grupo líder de la ETS y el Ministerio de Salud y Protección Social.

De la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Grupo de Calidad, participan delegados de epidemiología y ruta materna y perinatal. Para la realización de esta experiencia, participaron las siguientes entidades:

**Tabla 2. Entidades Participantes en el Nodo Cundinamarca**

Participantes	Cantidad	Participantes	Cantidad
Empresas Sociales del Estado	59	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas	15
Empresas Promotoras de Salud	7	Centros de salud	8
Secretaría de Salud Municipal de Soacha	1	Alcaldía de Soacha	1
Hospital Militar Central	1	Alcaldía de Nemocón	1
Universidades	7	Consultores Independientes	2

## Nodo Bogotá

En febrero de 2017, la Oficina de Calidad del Ministerio y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá inician la concertación sobre el Nodo de Humanización Bogotá, el cual, avala con la firma de un compromiso conjunto. En el mes de mayo de 2011, la Dirección de Provisión de Servicios y su grupo Materno Perinatal asumen su coordinación mediante la conformación de un grupo de gran importancia por tener a cargo la asistencia técnica y el seguimiento al

cumplimiento de funciones de diferentes prestadoras y EPS tanto de instituciones públicas como privadas que hacen parte de las 4 subredes de salud en Bogotá.

Prevía capacitación al grupo líder, se da inicio al trabajo colaborativo, el cual se instala el 12 de junio de 2017 con la participación de más de 80 personas, representantes de un gran número de agentes públicos, privados y universidades.

Bogotá, prioriza para llevar a cabo la experiencia piloto la Subred Integrada de Prestación de Servicios Centro Oriente, con participación en los talleres de un día cada 15 días, y fechas intercaladas con el Nodo Cundinamarca, en las instalaciones de la Clínica de Cafam. En la Red Centro Oriente, participan más de 55 personas representantes de entidades públicas y privadas que hacen presencia en el área de su influencia.

### Entidades participantes Nodo Bogotá

Han participado 221 personas, de 49 instituciones. 55 personas se han certificado por cumplir las 7 sesiones. Un grupo 50 participantes en 2017 fase 1, continua en 2018 con la segunda fase, implementación de la metodología, inicia en mayo 2018 dando continuidad al trabajo en la subred Centro Oriente, se vinculan las subredes.

Con motivo del trabajo en la red, las facultades de Enfermería de la UN, Cafam, Corpas y U Antonio Nariño conforman la Mesa Técnica de Humanización, desde la cual se convoca a todas las facultades de enfermería ubicadas en Bogotá a participar. Esta mesa hace parte del Nodo Bogotá.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Dirección de Provisión de Servicios y grupo Materno perinatal. Para la realización de esta experiencia, participaron las siguientes entidades:

**Tabla 3. Entidades Participantes en el Nodo Bogotá**

Participantes	Cantidad	Participantes	Cantidad
Subred Integral Centro Oriente Bogotá	1	Subred integral Norte	1
Subred Integral Sur Occidente	1	Instituciones Prestadoras de Servicios privadas	16
Empresas Promotoras de Salud	7	Dirección de Sanidad Policía Nacional	1
ESE Gachetá – Cundinamarca	1	Profesionales independientes	3
Universidades	8		

### Nodo Cauca

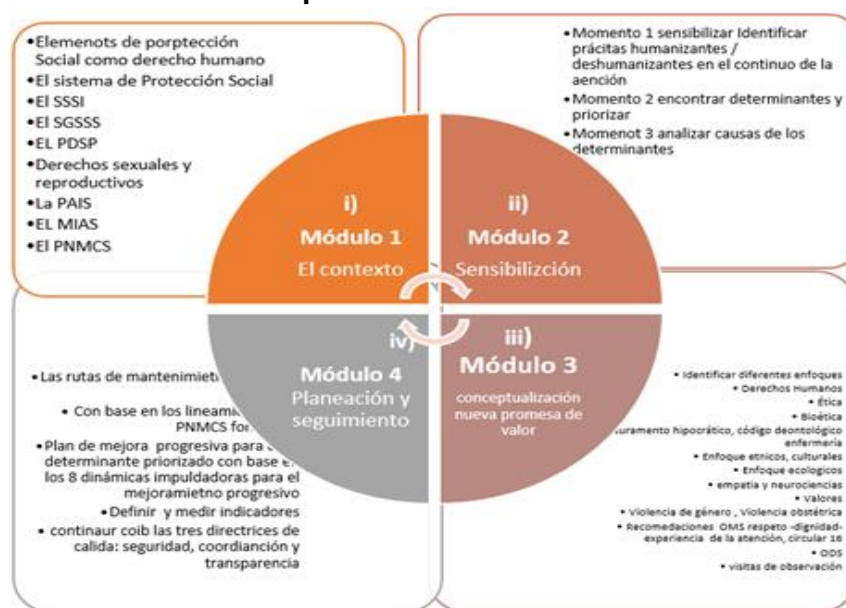
A partir de Octubre de 2017, en respuesta a la solicitud del Viceministerio de Salud de apoyar la implementación del MIAS (derogada con la Resolución 2626 de 2019, la cual, adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)) en el departamento del Cauca, observando la existencia de actores interesados en iniciar nodos de trabajo colaborativo sobre humanización en éste departamento y considerando la academia como agente importante en la formación del talento humano, se inicia, desde la perspectiva de un diplomado, la estructuración de un nodo, cuyos requisitos académicos le exigen estructurarse en torno a 14 sesiones que propicien, de una parte, mayor motivación y compromiso en los participantes y, de otra, la profundización y amplitud en la temática y en la metodología que se abordan, siendo las mismas que se trabajan en los nodos de Cundinamarca y Bogotá.

El trabajo se inicia en el segundo semestre de 2017, con la instalación del Nodo por parte de las autoridades Departamentales, en articulación con el proceso de implementación del SIAS para el Cauca.

La Entidad Territorial de Salud del Cauca propone involucrar a la Universidad del Cauca para hacer sostenible la red y fomentar la participación de un mayor número de personas. Se logra en poco tiempo diseñar y adaptar la metodología para un diplomado denominado “Humanización del Sistema de Salud”.

Durante 4 meses se trabajó en forma articulada con la Secretaria de Salud del Cauca y la Universidad, para presentar a la propuesta a la vicerrectoría académica, de un diplomado compuesto por 4 módulos (Figura 3) y con una duración de 140 horas, que se dictó en jornadas semanales los viernes durante 24 sesiones. Conto en su primer grupo con la participación de los servidores públicos y privados de la ETS de Cauca, profesores de las diferentes facultades de salud de la Universidad, hospitales de III nivel públicos y privados, dos EPS y siete municipios priorizados.

**Figura 2. Contenido del Diplomado Humanización del Sistema de Salud**



El diplomado inició el 16 de febrero de 2018, aprobado mediante la Resolución VRA – 0001 11 de enero de 2018, dada la autorización de la Directora del Centro de Educación Continua, Abierta y Virtual para la realización del Diplomado organizado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, se tuvo en cuenta lo siguiente:

<b>INSCRIPCIONES</b>	HASTA EL 11 DE ENERO DE 2018
<b>FECHA DE PAGO</b>	GRATUITO
<b>FECHA DE INICIO</b>	16 DE FEBRERO DE 2018
<b>FECHA DE TERMINACION</b>	25 DE MAYO DE 2018
<b>CUPO</b>	50
<b>LUGAR O SEDE</b>	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

El diplomado terminó el 1 de junio de 2018, terminaron 64 personas, sin costo para los participantes, se financió en forma colaborativa entre el Minsalud, la Secretaria de Salud del Cauca y la Universidad del Cauca.

El diseño del diplomado está pensado para que las entidades apliquen los conocimientos y las experiencias en sus instituciones y establezcan redes que permitan establecer relaciones de

confianza, humanizar y mejorar la calidad de la gestión de sus instituciones inicialmente en la ruta de atención materna perinatal y adulto mayor. En el evento final a manera de rendición de cuentas se presentaron las conclusiones y recomendaciones a la Secretaría de Salud Departamental y a la asesora del Viceministerio de Salud.

## Entidades participantes Nodo Cauca

En articulación con la implementación del MIAS (se enuncia por el momento histórico, en la actualidad, ha sido derogada con la Resolución 2626 de 2019, la cual, adopta el MAITE) en el departamento del Cauca, se retoma el trabajo del Nodo y, sobre la base de la metodología y contenidos ya diseñados, se concerta con la Universidad del Cauca y la Secretaría Departamental la estructura de la propuesta formativa en la cual, de las 66 personas inscritas, se certificaron 64 que asistieron a las 14 sesiones. Para la realización de esta experiencia, participaron las siguientes entidades:

**Tabla 4. Entidades Participantes en el Nodo Cauca**

Participantes	Cantidad	Participantes	Cantidad
Profesionales líderes de la secretaría departamental del Cauca	28	Profesionales de la Universidad del Cauca	10
Representantes de 7 municipio priorizados, 7 Empresas Sociales del Estado-ESE (2 de III nivel de complejidad)	28	Instituciones Prestadoras de Servicios privadas	3
Empresas Promotoras de Salud	2	Secretaría de salud municipales	3

## Nodo Ibagué

Con el liderazgo de la Secretaría Municipal de Salud, la Unidad de Salud de Ibagué y la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social se dio inicio en Ibagué a la formulación del Nodo de Humanización para la Ruta Materno — Perinatal.

Esta experiencia se logró con el decidido apoyo y acompañamiento continuo y participativo del ente territorial, las instituciones de salud, educativas, fomentando incluir a la humanización en el sentir, pensar y actuar del talento humano en general del sector, especialmente en salud.

Se pretende fomentar en articulación con la academia la discusión y construcción de enfoques renovados y promover el dialogo de la unidad educativa con los agentes del Sector Salud; de igual manera, reconocer la dignidad del ser humano como la esencia de la humanización, lo anterior solo es posible con la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades que realizan acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. Avanzaremos en nuestras instituciones y entidades hacia la construcción de una cultura organizacional, centrada en el quehacer por el "Ser Humano", con principios de seguridad, coordinación y transparencia.

La oportunidad para lograr el mayor nivel de bienestar de la población ibaguereña es hoy; los elementos para lograrlo son:

- Involucrar al talento humano en especial en salud, respetando sus derechos laborales con el desarrollo de un equipo idóneo con vocación, orientado permanentemente al cambio y al desarrollo integral.
- Desarrollar una metodología definida del Modelo Colaborativo.
- Tecnología al servicio del Ser Humano.
- Participación comunitaria con innovación en la capacidad de sus actores.

## Entidades participantes Nodo Ibagué

El Nodo Humanización Ibagué 2018 contó con la participación de 45 representantes de los agentes del Sector Salud municipal tales como Entidades Prestadoras de Salud EPS, Empresas Sociales del Estado ESE, IPS Públicas y Privadas, la academia y demás agentes que se relacionan con el Sector Salud municipal y departamental. Entre los agentes que conformaron el Nodo son los siguientes:

**Tabla 5. Entidades Participantes en el Nodo Ibagué**

Participantes	Cantidad	Participantes	Cantidad
Secretaria Municipal de Salud de Ibagué	3	SENA, Pastoral Social, Veeduría Ciudadana Salud	6
Empresas Sociales del Estado-ESE (Unidad de Salud de Ibagué (USI), Hospital Federico Lleras Acosta, Unidad Materno infantil del Tolima (UMIT), The Wala IPS).	12	Instituciones Prestadoras de Servicios privadas (Christus Sinergia, Clínica Tolima, Unidad de Cirugía del Tolima (UNICAT), Clínica Nuestra, IPS Viva 1	10
Empresas Promotoras de Salud (Asmet Salud, Famisanar, EPS Sanitas, Pijaos Salud, Coomeva EPS)	10	Universidades (Universidad del Tolima, Universidad de Ibagué)	4

En el Anexo 1, se realiza un resumen de las entidades y el número de participantes, se puede consultar la base de datos conformada a partir de los cuatro Nodos. Se realizó una gran convocatoria, contó con la participación total de 674 personas, distribuidos de la siguiente manera: 344 de Cundinamarca, 221 de Bogotá, 64 de Cauca y 45 Ibagué; y contó con la participación total de 187 entidades del sector salud y la academia, distribuido de la siguiente forma: 99 entidades de Cundinamarca, 49 entidades de Bogotá, 19 entidades del departamento del Cauca y 20 entidades de la ciudad de Ibagué.

## 4.2. Implementación de la Experiencia significativa Prueba Piloto

Para contextualizar la experiencia de la prueba piloto realizada en los 4 nodos, se decide realizar un proceso de identificación y conocimiento de experiencias exitosas en prácticas humanizantes, a través del cual se logra la participación de diferentes profesionales y equipos humanos que, con sus aportes, amplían significativamente los horizontes de nuestro proceso de creación y construcción individual y social que se ha venido describiendo. Es de obligado reconocimiento mencionar, entre otros, los siguientes resultados de este proceso de indagación y socialización:

A finales de 2016 se lleva a cabo una experiencia al interior del Minsalud, con la participación de la Dependencia de Promoción y Prevención (Anexo 2).

En diciembre de 2016 se desarrolla un encuentro, con la presencia de asociaciones de parteras del Chocó y del Pacífico, las cuales comparten sus experiencias con enfoque etno-culturales, participantes del departamento del Cauca y de diferentes Hospitales público, IPS Privadas y EPS, es importante dar un lugar en las prácticas cotidianas en salud a saberes y tradiciones en los diferentes territorios donde ese acervo cultural predomina sobre el conocimiento occidental.

La participación de una IPS de segundo nivel donde se evidencian diferentes preocupaciones de los médicos gineco-obstetras (ver Anexo 3), quienes evidencian la problemática desde el punto de vista de los especialistas.

Se reciben los relatos de una experta de profesión ginecobstetra (ver anexo 4) en la atención del parto respetado, que dejan muchas motivaciones, así como grandes inquietudes acerca

de la humanización y la calidad de la atención del parto en el país, facilitando también la posibilidad de entender las muchas y variadas experiencias que coexisten en el país.

En la experiencia demostrativa del nodo, en primera instancia, reconoce la importancia de identificar lo que realmente “determina” la deshumanización. A través de la Red Colaborativa de Humanización, y a partir de los primeros diseños de la experiencia de trabajo colaborativo, con el apoyo y compromiso de la Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt de Armenia, se plantea un abordaje metodológico en humanización para los nodos territoriales.

A partir del abordaje metodológico de creación y construcción social sistémica que consta de estrategias pedagógicas en humanización, podemos identificar situaciones positivas, negativas y prospectivas de nuestras instituciones, desde diferentes enfoques de la humanización (ver Anexo 5). Con base en estas fuentes de realidad se esperó incidir en la planeación estratégica encaminada al mejoramiento y cuyo propósito fundamental se proyecta hacia un cambio cultural.

La prueba piloto contó con los siguientes objetivos:

- Convocar agentes del Sector Salud en las diferentes zonas del país, a participar de escenarios colaborativos, en los cuales se realiza la divulgación para la implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud.
- Favorecer la construcción de lineamientos de política institucional de humanización, en armonía con las estrategias y componentes definidos en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021, la Política Integral de Atención en Salud-PAIS, en el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE y en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021.
- Elaborar un abordaje metodológico orientado a que sirva como herramienta para la elaboración de la política institucional de humanización.

El trabajo colaborativo en los nodos se lleva a cabo en grupos donde participaron representantes de todos los agentes del sector salud y de la academia. Mediante este abordaje metodológico de trabajo participativo y construcción individual y social, las guías de trabajo, las lecturas dirigidas, la presentación de experiencias de los participantes, las vivencias de todos aportan a la creación colectiva del grupo.

El trabajo en general consistía en resolver tres preguntas:

- ¿Podemos reconocer prácticas humanizantes y deshumanizantes en el continuo de la atención en salud?
- ¿Podemos definir qué es humanización?
- ¿Cómo se puede humanizar?

A partir de estas preguntas de trabajo y en la fase del *conocer*, el grupo inició un proceso participativo, abierto, transparente, sin miedo a sanciones ni a requerimientos, inductor a saber quiénes somos, qué parte del reconocimiento de los avances y potencialidades en la implantación de la ruta de atención materna perinatal<sup>7</sup> en cada territorio y su línea de base de indicadores de morbilidad y mortalidad materna perinatal, y continúa con la identificación de las prácticas deshumanizantes, inseguras, descoordinadas y sin transparencia que se

---

<sup>7</sup> La experiencia de la prueba piloto presenta el análisis de la ruta materno – perinatal. Para la metodología propuesta se diseña con el fin de abordar temas de salud que el territorio defina de forma sistémica y prioritaria, no solamente la ruta materno-perinatal.

encuentran impactando la atención en el continuo de la atención materno-infantil y la formación del talento humano en general del sector, especialmente en salud.

A partir de esta caracterización se analizan las causas que dan origen a la problemática identificada, se consolidan y se organizan en “determinantes” de la deshumanización y se priorizan. Simultáneamente se llevan a cabo visitas de observación a prácticas exitosas, y se presentan otras en cada reunión. Se termina con la selección y priorización de alternativas de solución que permitan formular un plan de acción y contribuyan al logro de los resultados en salud en forma articulada a través de rutas y redes.

Como resultado de las respuestas a esos interrogantes se elabora una matriz combinatoria (**ver formato 1**) instrumento simple y flexible que permite precisar los factores que están determinando procesos, actividades, tareas “deshumanizantes” en diferentes ámbitos y agentes del Sector Salud, es decir, permite identificar, priorizar y consolidar los causantes o generadores, para tomar decisiones.

La construcción de la matriz combinatoria se llevó a cabo en tres momentos y es un proceso de autoevaluación: sensibilización hacia la identificación de los “determinantes” de la humanización /deshumanización; el análisis de las causas raíz, tanto para las prácticas humanizantes como deshumanizantes; y finalmente planteamiento de estrategias y elaboración del plan de mejora o gestión del cambio, a través de la revisión y ajuste de los habilitadores de excelencia de la gestión y las directrices de calidad que propone el PNMCS.

**Sensibilización:** Pretende que los agentes reconozcan e identifiquen con claridad las “humanizantes/deshumanizantes”, seguras/ inseguras, coordinadas/descoordinada, transparentes y no Transparentes. a partir de las experiencias que se viven cotidianamente en la atención y/o prestación de servicio o área que se quiera trabajar. Con base en esta información se identifica elementos comunes/ frecuentes/ recurrentes que hemos denominada “determinantes” y se construye la matriz combinatoria.

**Formato No. 1 Matriz Combinatoria**

Prácticas / factores	Tecnología	Tiempo	Relaciones / personas	Ambiente	Modelos de atención	Recursos	otros
Prácticas deshumanizantes / humanizantes							
Prácticas seguras							
Prácticas coordinadas							
Prácticas transparentes							

Fuente: elaboración MSPS- Red Colaborativa Nodo Quindío, 2015

A partir de la pregunta orientadora ¿Cuándo y en qué condiciones se reconoce o se experimenta un procedimiento, una situación, una atención, un ambiente, en fin, unos resultados como “humanizantes”, como “deshumanizados” o “deshumanizantes”?, los relatores seleccionan una experiencia que haya tenido en la práctica. Los entrevistadores escuchan y clasifican en la siguiente tabla las prácticas “humanizantes” o “deshumanizantes, en los diferentes momentos de la atención materno perinatal:

**Tabla 6. Prácticas “Humanizantes” o “Deshumanizantes, Atención Materno Perinatal**

PRÁCTICAS HUMANIZANTES	PRÁCTICAS DESHUMANIZANTES
<b>Atención Preconcepcional</b>	
<b>Control Prenatal</b>	
<b>Parto/Nacimiento</b>	
<b>Postparto - Puerperio</b>	
<b>Atención Recién Nacido–Lactancia Materna</b>	
<b>Atención Durante la Referencia y Contrareferencia Madre Y/O RN</b>	
<b>Atención Durante la IVE</b>	

Fuente: elaboración MSPS- Red Colaborativa Nodo Quindío, 2015

**Análisis de la causa – raíz:** Elegir una combinatoria y analizar la causa raíz a través de la pregunta orientadora ¿Qué hay debajo del iceberg?, corresponde a las causas de las causas, lo que verdaderamente está originando o haciendo posible las prácticas tanto para lo positivo como para lo negativo. Se lleva a cabo un análisis de las causas que están determinando la problemática identificada y se priorizan los factores a intervenir. Se parte de la convicción de que solo mediante la comprensión y aceptación de las causas de las causas se podrán posteriormente plantear las alternativas de mejora de las diferentes situaciones encontradas

### Formato No. 2 Matriz identificación de causas de las prácticas

Prácticas / factores	Tecnología	Tiempo	Relaciones / personas	Ambiente	Modelos de atención	Recursos	otros
Prácticas deshumanizantes / humanizantes			Causa de la causa			Causa de la causa	
Prácticas seguras	Causa de la causa					Causa de la causa	
Prácticas coordinadas					Causa de la causa		
Prácticas transparentes						Causa de la causa	

Fuente: elaboración MSPS- Red Colaborativa Nodo Quindío, 2015

### Formato No 3 Matriz identificar y priorizar los determinantes – explicar los determinantes

DETERMINANTE	CAUSAS/ ENTORNO		
	MICRO - LOCAL	MESO- DEPTAL	MACRO- NACIONAL
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Fuente: elaboración MSPS- Red Colaborativa Nodo Quindío, 2015

**Actuar/ definir alternativas:** ajuste/ optimización/ innovación: consiste en definir las estrategias que pueden afectar los determinantes priorizados, y llevar a cabo el proceso de

planeación/ proyectos estratégicos que impulsan el cambio / acciones reales / coherentes con la visión.

En esta fase se definen las alternativas que puede convertirse en un proyecto estratégico que impulse el cambio en la organización para la mejora de la calidad y la experiencia de las personas, en la atención en cada entidad y en forma articulada en el sistema.

#### Formato No. 4 Matriz identificación de estrategias

Prácticas / factores	Tecnología	Tiempo	Relaciones / personas	Ambiente	Modelos de atención	Recursos	otros
Prácticas deshumanizantes / humanizantes			Estrategia 1			Estrategia 1	
			Estrategia 2			Estrategia 2	
Prácticas seguras	Estrategia 1						
Prácticas coordinadas	Estrategia 2				Estrategia 1		
Prácticas transparentes					Estrategia 2		

Fuente: elaboración MSPS- Red Colaborativa Nodo Nacional, 2015

**Alineación de las estrategias definidas con los habilitadores de excelencia:** Definir alternativas innovadoras para cada factor priorizado. Durante el trabajo en el nodo se evidenció la necesidad de orientar el trabajo hacia una meta o propuesta de valor común que permita unir y coordinar las diferentes estrategias de atención materna infantil<sup>8</sup> de que dispone el país.

#### Formato No. 5 Matriz alineación de estrategias con habilitadores de excelencia

Prácticas / Habilitadores	Liderazgo	Desarrollo personas	Recursos y Alianzas	Articulación	Procesos	Resultados personas	Resultados usuarios/pacientes/habitantes	Resultados Sociedad	Resultados Claves
Prácticas deshumanizantes / humanizantes	Estrategia 1		Estrategia 1			Estrategia 1		Estrategia 1	
	Estrategia 1		Estrategia 2			Estrategia 2		Estrategia 2	
Prácticas seguras	Estrategia 1	Estrategia 1					Estrategia 1		
Prácticas coordinadas	Estrategia 1				Estrategia 1		Estrategia 2		Estrategia 1
Prácticas transparentes	Estrategia 1				Estrategia 2				Estrategia 2

Fuente: elaboración MSPS- Red Colaborativa Nodo Nacional, 2015

Implantación en forma participativa, modificación de los procesos o procedimientos o definir proyectos estratégicos que impulsen el cambio en la organización y la mejora en la calidad y la humanización de la atención materno dentro de la gestión de las organizaciones y del sistema de salud, en búsqueda de la mejor experiencia de atención para las personas.

La matriz puede ser aplicada en cualquier ámbito, desde un puesto de salud, una sala de partos, un Hospital, una Entidad Territorial o por el Minsalud.

### 4.3. Sistematización y Resultados de la Prueba Piloto

Para la sistematización de esta experiencia, se parte del concepto expresado en el documento “Lineamiento Técnico Sistematización experiencias del Modelo de Atención Integral -MIAS”, Ministerio de Salud y Protección Social, es una reconstrucción y reflexión analítica sobre la implementación de la experiencia, sus actores, las acciones que se realizan y los contextos en que se dan.

<sup>8</sup> La experiencia de la prueba piloto presenta el análisis de la ruta materno – perinatal. Para la metodología propuesta se diseña con el fin de abordar temas de salud que el territorio defina de forma sistémica y prioritaria, no solamente la ruta materno-perinatal.

“Mediante diferentes mecanismos se interpreta lo sucedido para comprenderlo e identificar aprendizajes. Ello permite obtener conocimientos consistentes y sustentados que pueden ser confrontados con otras experiencias similares y con el conocimiento teórico existente, y así contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica<sup>9</sup>”. El mismo documento agrega que:

“La sistematización también puede propiciar cambios en las relaciones de poder en la medida en que se socializa información, se crean condiciones para el diálogo de saberes, de interacción y de reflexión crítica. Además, se crean mecanismos para establecer acuerdos y son sus protagonistas quienes tienen el control sobre el futuro y no una sola persona o una parte del grupo”.

Con la representación de los Nodos de Humanización la red colaborativa de Cundinamarca, Bogotá y Cauca se lleva a cabo en el mes de junio de 2018, en las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la UN, una jornada de consolidación y análisis de la información producida en todos los grupos de los talleres, así como de evaluación de la experiencia en su conjunto, y se ajusta en noviembre de 2018 con los resultados del 4 grupo de participación del nodo Cundinamarca (ver Anexo 6).

## Priorización General de Determinantes

Del Consolidado y priorización de los determinantes de las prácticas humanizantes y deshumanizantes en el continuo de la atención materna y perinatal 2017-2018 (ver Anexo 7), se consolida y priorizan en diez determinantes, el cual, reúne los 44 determinantes generales trabajados en los nodos colaborativos:

**Tabla 7. Consolidado y priorización de los determinantes de las prácticas humanizantes y deshumanizante**

1	Invisibilizar al Ser Humano	Invisibilizar al ser humano	Necesidades del paciente	Sensibilización			
2	Talento Humano en especial en salud y Educación TH	Talento Humano en especial en salud y educación th	Biopsicosocial individual	Empatía	Principios y valores	Compromiso	Población desconoce sus derechos
3	Infraestructura y Dotación	Infraestructura	Medios de transporte	Infraestructura vial	Dotación e insumos		
4	Intersectorialidad/Articulación	Intersectorialidad/articulación	Territorio	Debilidad factor/participación social			
5	Comunicación; Información y Tecnología						
6	Modelo de Atención y Cultura Institucional	Modelo de atención	Contexto	Enfoque de género	Derechos sexuales y reproductivos	Cultura institucional	Calidad
7	Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad en Salud	Accesibilidad	Oportunidad	Sentido de pertenencia	Tiempo		
8	Gobernanza y Empoderamiento administrativo	Empoderamiento o admtivo	Seguimiento y control	Gestión admtiva financiera, contratación	Falta de gobernanza	Burocracia, clientelismo	
9	Políticas y Normas	Políticas y normas	Guías y protocolos	Seguimiento a la adherencia			
10	Redes de Apoyo	Redes de apoyo	Suficiencia de red	Referencia y contrareferencia	Ausencia oferta servicio		

<sup>9</sup> Corresponde a un documento del Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico para la sistematización de experiencias del Modelo de Atención Integral-MIAS,2017, se enuncia por su momento histórico, en la actualidad, ha sido derogada con la Resolución 2626 de 2019, la cual, adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).

## Valores y Deberes Priorizados en la Prueba Piloto

Los valores que priorizan los tres nodos se pueden observar a continuación:

**Tabla 8. Valores Priorizados por Nodo**

Cundinamarca	Bogotá	Cauca
Respeto Equidad Innovación integridad Liderazgo	Comunicación Respeto (intimidad) Empatía Seguridad Equidad Liderazgo	Respeto Empatía Seguridad Equidad Igualdad

Los deberes priorizados como resultado de la prueba piloto, que se lleva a cabo solo en el departamento del Cauca, son los siguientes:

LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015 LOS DEBERES DE LAS PERSONAS RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE SALUD	
NODO CAUCA GRADO DE SATISFACCIÓN	
DEBER	PROMEDIO
Propender por su autocuidado, el de su familia y el de la comunidad.	3.4
Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.	3.7
Cumplir las normas del sistema de salud.	3.8
Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema.	3.9
Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.	4.0
Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas	4.1
Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social, de acuerdo con su capacidad de pago.	4.3
Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.	4.4
Actuar de buena fe frente al sistema de salud.	4.4

## Definición de una Nueva Promesa de Valor

Con base en los insumos anteriores, los nuevos elementos de un marco conceptual, la autoevaluación de los valores individuales y de los principios y elementos del Sector Salud, y los nuevos valores propuestos, en grupo se trabaja en la definición de una nueva promesa de valor que concrete la propuesta de mejora de la atención materna perinatal en el territorio, y la institución.

Cundinamarca	Bogotá	Cauca
<b>Grupo 1</b> “Cundinamarca dispone para la familia las mejores condiciones de salud, antes durante y después de la gestación en un ambiente natural y seguro”	“Nos comprometemos a hacer del proceso de gestación y nacimiento una experiencia única en un ambiente cálido, seguro, basado en la mejor evidencia científica donde se cuenta con un equipo humano interdisciplinario a su servicio y al de su familia “	“Los cuidadores de la salud trabajamos para brindar una atención integral con respeto y empatía en condiciones de equidad e igualdad para asegurar el buen vivir de las gestantes, su recién nacido, su familia y la comunidad”
<b>Grupo 2</b> “Por una atención con amor sin barreras, en nuestra clínica nos hace feliz acompañar a la familia gestante en este momento natural de la vida para un buen nacer”.	Política de humanización Bogotá Brindar una atención integral con calidad y calidez a la familia gestante donde la confianza y el profesionalismo y el respeto sean los pilares de nuestra atención	
<b>Grupo 3</b> “Para ti, que somos como tú, Dedicamos nuestra experiencia conocimiento y calidez, para garantizar el bienestar integral de tu nueva vida”.		

Todos los nodos, al analizar las causas profundas de las prácticas deshumanizantes, identifican al Talento Humano en general, especialmente en salud como uno de los principales determinantes. No es posible llevar a cabo procesos de humanización sin tener en cuenta a las personas en doble vía, tanto en calidad de usuarios como de los trabajadores.

Con base en el artículo 18 de la ley estatutaria y la nueva política de talento humano en salud, se espera que el sistema en su conjunto y cada institución trabajen en la mejora de las condiciones laborales del talento humano en salud, su componente más importante.

Se requiere avanzar entonces 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.

**Figura 3. Promesa de Valor Atento Humano en Salud**



Fuente: Creación propia de Minsalud 2018

## Conclusiones

- El trabajo colaborativo en la red de humanización, logra unir las relaciones humanas entre los participantes, al igual que nos permite conocernos como seres sensibles y llenos de valores y saberes que nutren nuestro conocimiento y dan una pauta para descubrir oportunidades de mejora en nuestra vida personal y laboral.
- El trabajo en nodos participativos multidisciplinarios, logra que los diferentes puntos de vista y experiencias, potencialicen el resultado, en pro de la humanización de los servicios, a partir de un abordaje en humanización reflexiva propositiva que en cada uno de los talleres se desarrolla.



- La sensibilización hacia el tema y la comprensión del mismo hace que la metodología sea la herramienta que descubra las actividades necesarias para transformar nuestro pensamiento y generar una cultura de humanización, reconociéndolo como fundamento esencial del Sector Salud y constituyéndose como el principio orientador para lograr mejorar y preservar el estado de salud de la población, mediante la excelencia en el servicio.
- El abordaje pedagógico de la humanización, enfoca los esfuerzos hacia la persona y al bien de toda la comunidad, logra facilitar el desarrollo de las políticas de humanización institucional, con proposiciones reales y efectivas que emanan de la experiencia como personas usuarias del Sector Salud y como trabajadores del mismo, permitiendo favorecer la replicación de la misma a todas las entidades, teniendo a la autoridad territorial, distrital y municipal como articulador entre los agentes.
- Al finalizar los talleres y compendiar los productos, tendremos los insumos necesarios para elaborar una planeación que conlleve a facilitar y proponer las actividades que conducirán a alcanzar que la humanización sea visible y sentida en todos nosotros, como usuarios o como trabajadores de la salud.

## 5. PROPUESTA METODOLOGÍA PARA LA CULTURA COLABORATIVA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

### 5.1. Alcance

De la prueba piloto descrita previamente como una experiencia demostrativa de atención en salud humanizada, identifica prácticas humanizantes, las cuales, son inherentes al proyecto de vida de quienes participan en el proceso de atención, y que, de igual manera, de aquellos formadores de personas relacionadas con la salud en nuestro territorio nacional.

Proponer una metodología de creación, construcción social y colaborativa con herramientas prácticas, que permitan crear parámetros de referencia, para que los diferentes agentes del sector de salud incluyendo las Entidades Administradoras de Regímenes Especiales y de Excepción, así como el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad, de igual forma, sectores relacionados como la academia, así como la comunidad, realicen un ejercicio de transformación cultural de humanización, cocreación de sus propios fundamentos conceptuales, estrategias, planes de cara a la humanización de la salud que garantice el derecho fundamental, la protección de la vida y el respeto a la dignidad humana de igual manera, de igual manera, facilite la adopción, adaptación e implementación sistémica de la Política Nacional de Humanización en Salud.

Esta metodología, a su vez, se inspirarán en experiencias demostrativas de atención en salud humanizada, cuyas prácticas humanizantes son inherentes al proyecto de vida de quienes participan en el proceso de atención, así como de aquellos formadores de personas relacionadas con la salud en nuestro territorio nacional.

Generar metodologías y herramientas que permitan sensibilizar a todos los agentes del Sector Salud sobre la humanización de la atención y de los diferentes servicios a las personas, ya sean pacientes o del talento humano en especial de salud, para que mejoren las prácticas en su labor diaria y en sus procesos de formación, que favorezca una mejor experiencia de las personas, familias y comunidad.

Establecer parámetros que sean utilizados por los agentes del sector como propuesta para implementar prácticas de atención humanizadas y que puedan servir de base para el mejoramiento continuo de la calidad, de tal modo que la humanización actúe a nivel transversal a lo largo y ancho de todos los procesos más estructurales que implica la misión de todo el Sector Salud.

Generar parámetros de referencia para entidades educativas en salud, promoviendo la sensibilización de las personas desde su proceso de formación como futuros miembros importantes y que trasciendan la humanización en el sector salud.

## **5.2. Objetivo General**

Generar una cultura colaborativa de humanización de creación y construcción individual y colectiva, entre los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como con la comunidad, a través de una metodología que favorezca a los mismos, a orientar estrategias de humanización basadas en una comprensión integral de ser humano, a sensibilizar y a fortalecer capacidades y escenarios conformados por una red colaborativa con participación sistémica y multidisciplinaria, que permita una atención integral en salud y centrada en la persona, su familia y comunidad.

## **5.3. Objetivos Específicos**

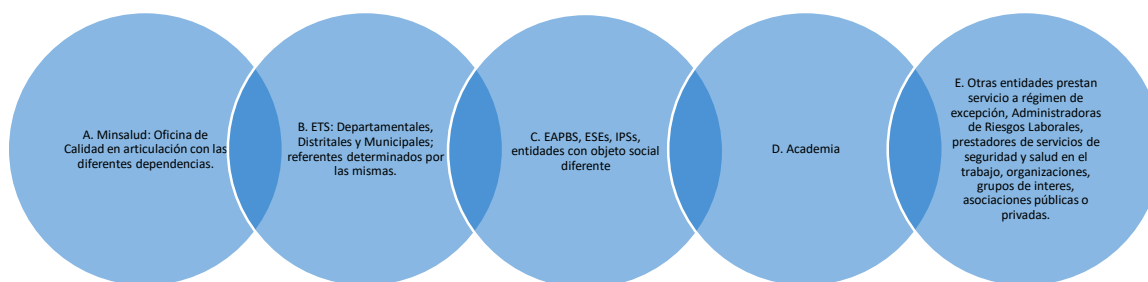
- Orientar la participación y la construcción individual y colectiva de los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como de la comunidad, mediante procedimientos de Trabajo Colaborativo en Red y herramientas que favorezcan la transformación de la cultura de humanización de las entidades.
- Proporcionar lineamientos y herramientas de construcción colectiva a los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como la comunidad, para fortalecer el trabajo sistémico a través de los Nodos de Humanización y la Red Colaborativa en la perspectiva de Cultura.
- Establecer estrategias de enseñanza y aprendizaje colaborativos con los agentes que participen en el proceso de conformación y/o activación de nodos territoriales, que favorezca la formación integral en salud de las personas y la participación de la comunidad, que contribuya al fortalecimiento de las capacidades de los agentes del sector y a la transformación cultural colaborativa en humanización en salud.
- Construir una acción colectiva de fortalecimiento de conocimientos y prácticas, así como de construcción de planes de trabajo, estrategias y acciones en Humanización pertinentes para los contextos territoriales del Sector Salud
- Facilitar la identificación, sistematización, reconocimiento de buenas prácticas, experiencias significativas y estrategias innovadoras de la humanización en salud, en los diferentes territorios nacionales el marco de la Política Nacional de Humanización en Salud,

## **5.4. Conformación e Instancias de Participación de Nodos Territoriales de Humanización y Red Colaborativa de la Cultura de Humanización**

Para generar un proceso de cocreación y auténtica transformación, requiere de la participación activa de todos los agentes presentes, de igual manera, en contar con el respaldo, voluntad y participación fundamental de las gerencias y directivos de las entidades, así mismo, del proceso de recolección de información y, teniendo este como insumo, la generar espacios de trabajo sistémico, coordinado y articulado para la construcción de alternativas de humanización en salud de acuerdo a las realidades y con la secuencia metodológica presente, con base en ello, definir necesidades, expectativas y objetivos comunes.

En este sentido, las instancias de participación y articulación propuestas, en cada nodo son las siguientes

**Figura 4. Participantes para la Conformación de Nodos**



### Ministerio de Salud y Protección Social

- Representantes de la Oficina de Calidad del Minsalud en articulación con diferentes dependencias relacionadas como: Viceministerio de Protección Social Grupo de la Cultura de la Seguridad Social, Oficina de Promoción Social, Prestación de Servicios y Atención Primaria, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

### Entidades Territoriales de Salud (departamentales, distritales y/o municipales)

- Secretarios de Salud territorial y sus delegados, quienes lideran y convocan el Nodo.
- Referentes de Calidad, Salud Pública, Envejecimiento y Vejez, Materno Infantil y/o referentes de Humanización.
- Colaboradores de otras oficinas y/o dependencias al interior de las Entidades Territoriales de Salud.

### Entidades Administradoras de Planes de Beneficio

- Directores, Gerentes, líderes y/o sus delegados de Entidades Promotoras de Salud 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.

### Prestadoras de Servicios de Salud

- Directores, Gerentes, líderes y/o sus delegados de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas: Representantes de las ESE de los tres niveles de complejidad, Clínicas privadas con desarrollos en humanización.
- Profesionales Independientes de Salud.

- Directores, Gerentes, líderes y/o sus delegados de Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
- Directores, Gerentes, líderes y/o sus delegados de Entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que, por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

### Academia

- Directores, decanos, líderes y/o sus delegados de Universidades de la región, públicas y privadas. Facultades de ciencias de la salud/humanas y sociales, instituciones educativas en salud, entidades de formación para el trabajo y desarrollo humano.

### Otras Entidades

- Directores, Gerentes, líderes y/o sus delegados de Organizaciones, asociaciones públicas y/o privadas, grupos de interés y comunitarias como representantes de diversos grupos de usuarios de servicios de salud, grupos étnicos (pueblos indígenas, población negra, afrocolombiana, raizal, palenquera, rrom), población LGBTI, campesinos, asociaciones de padres y cuidadores, entidades que trabajen con personas con discapacidad, entre otras personas, que quieran y puedan aportar su experiencia y conocimiento.
- Directores, Gerentes, líderes y/o sus delegados de Entidades que brinden servicios de salud de los regímenes de excepción, así como del régimen penitenciario y carcelario, las administradoras de riesgos laborales y los prestadores de servicios de seguridad y salud en el trabajo.

## 5.5. Proceso de Cultura de la Humanización en Salud

El modelo de Cultura de la Humanización proporciona unos lineamientos para la construcción colectiva para fortalecer el trabajo colaborativo de los nodos de Humanización y de la red Colaborativa, desde una perspectiva de Cultura de la Seguridad Social. De igual manera, brindar herramientas que permitan comprender prácticas humanizantes seguras, coordinadas y transparentes, así como las deshumanizantes, que impactan el continuo de la atención en los diferentes agentes del sector salud.

La perspectiva de Cultura de la Seguridad Social tiene por principios orientadores el reconocimiento de los saberes y capacidades de las comunidades y en general de los grupos de interés, la construcción colaborativa y de participación ciudadana con reconocimiento a la diversidad cultural, el concepto de Acción Colectiva como elemento orientador para la cooperación en torno a recursos compartidos, la transformación cultural y la perspectiva de cambio de comportamiento.

Cultura de la Humanización es una propuesta que recoge los aprendizajes de experiencias previas de los nodos de Humanización y la Red Colaborativa de Humanización y propone un proceso de participación y construcción colectiva a partir de herramientas de Cultura de la Seguridad Social, con el objetivo de construir una acción colectiva de fortalecimiento de conocimientos y prácticas y de construcción de planes de trabajo y acciones de Humanización pertinentes para los contextos territoriales del Sector Salud.

De igual manera, tiene como propósito de contribuir a la adopción, adaptación y cocreación de la Política Nacional de Humanización en Salud, así mismo, al fortalecimiento de procesos de gestión en cada una de las rutas definidas en la normatividad vigente.

Las estrategias, actividades, instrumentos e indicadores propuestos son ejemplos posibles para desarrollar y tienen un carácter orientador. En coherencia con el principio de reconocimiento de la autonomía y diversidad cultural territorial, los nodos podrán definir las metodologías e instrumentos que mejor representen sus características y necesidades.

Los tiempos de implementación de las estrategias y actividades propuestas de la presente metodología se ajustarán a las necesidades de cada nodo sin perder de vista el tiempo definido para el desarrollo a corto plazo de la meta de conformación de los nodos en el marco de la Política Nacional de Humanización en Salud.

Al finalizar el ciclo metodológico, los participantes deben quedarse con algo más que reflexiones, y el propósito se encamina en aprovechar el espacio para tejer red entre los diferentes agentes presentes y a su vez, generar acuerdos que favorezcan una salud integral y humanizada para la población.

**Figura 5. Ciclo de Construcción participativa de Cultura de la Humanización**

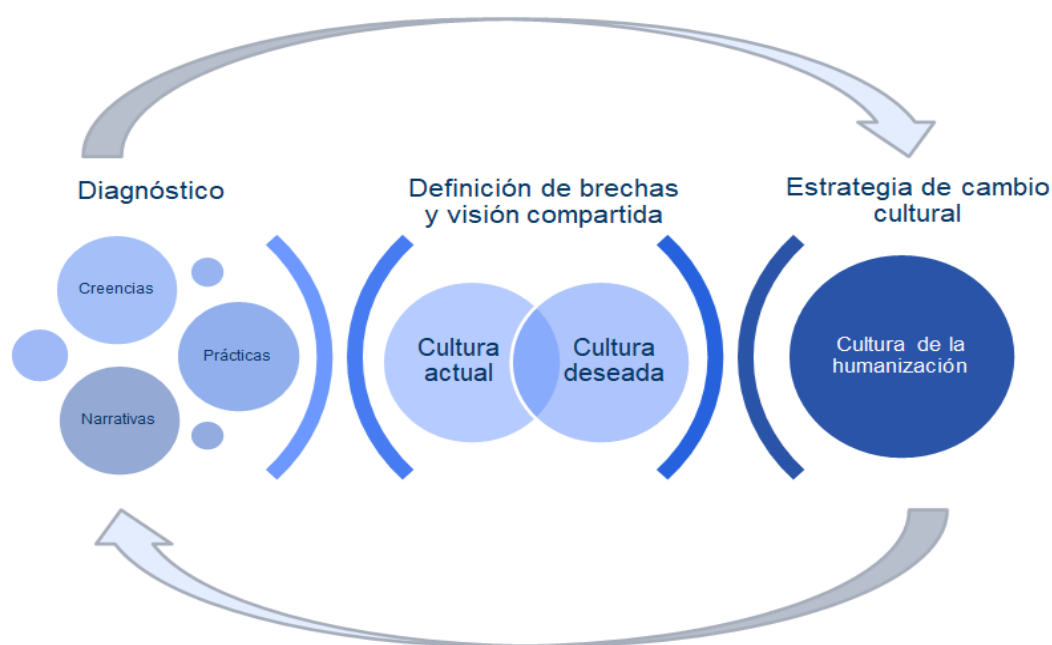


Figura 5. Ciclo de Construcción Participativa de Cultura de Humanización. Realizado Minsalud 2020

El proceso de Cultura de la Humanización lo hemos dividido en las siguientes estrategias:

- I. Conformación y activación de redes de primeros cooperadores en humanización: nodos y red colaborativa
- II. Diagnóstico participativo
- III. Construcción de plan de acción y empoderamiento de primeros cooperadores
- IV. Invitación a la acción colectiva
- V. Consolidación del nodo como un laboratorio / clínica de acciones de promoción y sostenibilidad de Cultura de la Humanización

### 5.5.1. Conformación y activación de redes de primeros cooperadores: nodos departamentales de humanización.

#### a. Identificación e involucramiento de miembros de los nodos

**Objetivo:** Identificar nodos ya constituidos y revisión de otros posibles miembros a involucrar del nivel departamental y municipal.

**Nota:** Procurar el involucramiento de los niveles directivos de las instituciones (tomadores de decisiones) para garantizar la incorporación del tema de Humanización desde el direccionamiento estratégico.

**Actividad 1:** Mapeo, definición e implementación de acciones de incidencia con gobiernos e instituciones locales para posicionamiento del tema de Humanización y de los nodos como espacios de construcción participativa. (Ejemplo: foros, encuentros, presentación de buenas prácticas y experiencias exitosas de Humanización).

El propósito de esta actividad es identificar los actores del territorio que puedan abrir espacios de socialización y sensibilización del tema de humanización para iniciar una conversación social que posicione el tema en el territorio.

**Nota:** Proponemos buscar alianzas con Instituciones de Educación Superior en el territorio que puedan institucionalizar los laboratorios /clínicas de innovación de Cultura de la Humanización, de igual manera, proponemos convocar a los grupos organizados comunitarios como asociaciones de usuarios.

**Herramientas.** Ejemplo: Matrices de actores (Interés vs. Poder)

**Indicador.** Ejemplo: Número de actores con quienes se han realizado acciones de sensibilización.

**Actividad 2.:** Realizar convocatoria de los posibles miembros del nodo por medio de las entidades territoriales de salud departamentales, distritales y municipales de salud. Invitan el Ministerio y la entidad territorial en salud en el marco del proceso de implementación de la Política Nacional de Humanización en Salud, como requisito para los agentes del Sector Salud, sectores relacionados como la academia, así como la comunidad y evidenciar los beneficios asociados a la humanización de las prácticas del sector.

**Herramientas.** Ejemplo: Invitación escrita

**Indicadores.** Ejemplo: 1. Invitaciones realizadas/ Invitaciones proyectadas Resultado: 2. Número de invitaciones aceptadas / número de invitaciones enviadas (personas o instituciones inscritas / personas o instituciones inscritas invitadas)

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### **Actividad 3: Definición de reglas de juego para la construcción colectiva**

Definir de qué manera trabajarán los miembros del nodo: dedicación de tiempo, lugares de encuentro, posibilidades de trabajo remoto, esquema de registro de los avances, periodicidad de los encuentros en plenaria y de grupos de trabajo, estrategias de comunicación de avances,

definición de mínima estructura de funcionamiento, entre otros (ej. Cuerpo colegiado para la toma de decisiones, estructura de roles y responsabilidades, criterios de funcionamiento).

El proceso de definición de reglas de juego debe ser dinámico y ante la inclusión de nuevos miembros se deben revisar, validar y transformar de ser necesario.

**Herramientas.** Ejemplo: tablero de reglas de juego, cartel o documento visible que contengan estos criterios producto de la construcción colectiva.

**Nota:** El involucramiento de nuevos actores es un proceso continuo. Se debe definir un mínimo de primeros involucrados para arrancar el proceso y mecanismos de incorporación de nuevos miembros. Definir frecuencia de encuentros de planeación o redireccionamiento (espacio para recibir retroalimentación de documentos y procesos de la construcción colectiva).

**Nota:** Evitar la formalidad innecesaria en el involucramiento de nuevas personas o instituciones al nodo. Proponemos que se defina de ritual de participación del nuevo miembro del nodo (conjunto de compromisos que se adoptan para hacer parte de las actividades colaborativas e individuales).

**Nota:** Definir un mecanismo para generar el compromiso de asignación de tiempo por parte de la institución a la que pertenecen los miembros del nodo para que los participantes desarrollen las actividades de construcción compartida. (ej.: Carta de intención de participación enmarcando la participación en el nodo como elemento de capacitación y fortalecimiento del personal)

**Indicadores.** Ejemplo: herramientas de reglas de juego realizadas / herramientas de reglas de juego proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### **b. Aprestamiento del nodo**

**Objetivo:** Realizar una identificación de capacidades instaladas para la definición de un proceso de aprestamiento. Identificar qué tipo de conocimiento y sensibilización con respecto al tema de Humanización tienen los primeros participantes para estructurar un plan de desarrollo de competencias y capacidades. Estas necesidades identificadas con el grupo mismo definirán los contenidos y actividades a fortalecer en las siguientes fases.

**Herramientas.** Ejemplo:

1. Encuesta de conocimientos, actitudes y comportamientos (CAP) con respecto a la Humanización. Esta encuesta aplicada arroja una línea base de cultura de Humanización del nodo.

2. Taller de imaginarios: El taller de imaginarios es una estrategia con la que se pretende recopilar información referente a qué saben, piensan e imaginan las personas sobre un entorno o temática determinada. Contar con esta información permite generar talleres, actividades o procesos en sintonía con las necesidades, gustos e intereses de la población objetivo. Para los talleres de imaginarios se pueden trabajar diferentes técnicas como: “Palabra clave, dibujo y definición”. Estas actividades por lo general se desarrollan en el mismo taller, todo se realiza con un mismo grupo de palabras preseleccionadas. Las palabras que emerjan de este ejercicio

serán analizadas y este insumo arrojará un “estado de conocimientos, actitudes y prácticas”, entre otras, que orientará las necesidades de aprestamiento del nodo con base en sus propias características, prioridades y lenguajes.

**Indicadores.** Ejemplo: 1. Encuestas aplicadas/ Encuestas diseñadas. Talleres de imaginarios aplicados/ Talleres de imaginarios proyectados 2. Número de encuestas respondidas / número de encuestas totales

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

Para revisar una experiencia previa semejante a esta parte del proceso, ver “Estrategia Pedagógica de Talleres para el Abordaje de Humanización en Salud”, Módulo 1 Contexto Sociopolítico del Sistema de Salud, Taller No. 1 “Conociéndonos y Conociendo el Sistema de Seguridad Social en Salud, Taller No. 2 “Conociendo la Política que Aborda la Humanización”; y en Módulo 2 Sensibilización y Concientización en Prácticas Humanizantes y Deshumanizantes, Taller No. 3 “Prácticas Humanizantes y Deshumanizantes”.

### **c. Construcción de lenguaje compartido que respete la diversidad y territorialidad del nodo**

**Objetivo:** Construcción de conceptos comunes y mínimos en conocimiento y posturas frente al tema de la Humanización, para avanzar en la construcción colectiva.

**Actividades:** Por medio de capacitaciones que van desde el Diplomado de Humanización, los talleres para Abordaje de la cultura de la humanización, el curso de “Humanización de la atención en salud” y modalidades de trabajo autónomo a distancia de los participantes, se buscará garantizar el uso de un lenguaje y unos conceptos básicos comunes en el grupo.

Contenidos mínimos para todos los grupos independientemente de sus particularidades territoriales o de otro tipo, ej.: Ser Humano, Derechos Humanos, Integralidad y Dignidad Humana; Seguridad y Protección Social; Corrientes Conceptuales de Humanización; Corrientes Metodológicas Atención Integral y Centrada en la Persona, Prácticas Humanizantes y Deshumanizantes, Determinantes de la Salud; Normatividad Vigente como Constitución Política de Colombia 1991, Ley 100 de 1993, Ley 1438 de 2011, 1751 de 2015 Estatutaria en Salud, Política Integral de Atención en Salud (PAIS), Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, PDSP, PNMCS.

Nota: No para todos los nodos se mantendrá la opción del Diplomado o de cursos y capacitación formal pues cada territorio tiene autonomía para definir cómo alcanzar este logro de Lenguaje Compartido.

**Herramientas.** Ejemplo: diplomado, capacitaciones, curso virtual del SENA, entre otras

**Indicadores.** Ejemplo: 1. número de actividades de lenguaje compartido diseñadas / número de actividades de lenguaje compartido proyectadas 2. número de actividades de construcción de lenguaje compartido ejecutadas / número de actividades de construcción de lenguaje compartido propuestas 3. Indicadores de resultado: “mínimos de conocimientos, actitudes y comportamientos de la Humanización” a partir de una “línea base de lenguaje compartido mínimo” que se construye en la constitución o renovación del Nodo.

Nota: esta fase es de aprendizaje permanente por lo tanto se mantendrá a lo largo de todo el proceso.

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### **d. Construcción participativa del concepto de Humanización y Promesa de Valor**

**Objetivo:** Hacer una construcción colaborativa territorial, con atención a los enfoques intercultural, poblacional y diferencial, del concepto de “Humanización”, por medio de una metodología de Promesa de valor y de Visión Compartida.

Como un ejercicio de conformación o activación del nodo, se propone una construcción colaborativa del concepto de “Humanización” por medio de una metodología de construcción de Promesa de valor y de Visión Compartida.

##### **Actividades:**

1. **Valores compartidos:** Por medio de un diálogo de saberes y de reconocimiento mutuo hacer una definición de los valores identitarios del grupo, es decir las características éticas, culturales y de otro tipo relevantes en la identidad grupal de los involucrados en el nodo.

Preguntas orientadoras: ¿Qué valores y comportamientos compartimos, desde nuestras diferentes perspectivas, los miembros de este equipo?

La humanización en salud debe formar parte de las líneas transversales, estratégicas y administrativas en las organizaciones, en el que fomente y mantenga lineamientos institucionales para brindar una atención integral y centrada en la persona, con actitudes humanas de acogida que dignifiquen y favorezcan la humanización de la salud. La hospitalidad, como una actitud humana de acogida, sea contemplada en los modelos de atención como práctica de la humanización de atención. En este sentido, es entendida la hospitalidad como una actitud de acogida con amor, respeto y dignidad, es decir, servir a una persona exige conocer su situación y realidad desde un sentido más humano, como es el de reconocer, escuchar, mirar, brindar, recibir y acoger a las personas y sus familias, es brindar hospitalidad.

2. **Identificación de las demandas o necesidades territoriales en temas de Humanización:** hacer un ejercicio de identificación de grupos de interés, necesidades, expectativas y demandas de los mismos y en respuesta a esos elementos proponer:

¿Cómo respondemos desde Humanización del sector Salud a nivel territorial a esas necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés y beneficiarios? ¿Cómo deberíamos responder?

3. **Visión:** construcción participativa de una definición de escenario futuro ideal del nodo. ¿Cómo nos imaginamos como nodo de hoy a X años? ¿Cómo seremos? ¿Qué logros habremos alcanzado juntos?

4. **Misión:** Construcción de un plan de acción general (planeación estratégica) con plazos anuales/semestrales de actividades del nodo orientadas a la consecución de la Visión propuesta. ¿Cuáles son los pasos (mínimos) que debemos dar para cumplir la Visión que hemos construido juntos?

**5. Divulgación de la Promesa de valor:** Estos cuatro (4) elementos: Valores, Identificación de la demanda necesidades territoriales en temas de Humanización, Visión y Misión, constituyen la **Promesa de Valor del nodo de Humanización** y serán recogidos en un documento que será socializado a la ciudadanía y los grupos de interés del nodo. (Esta divulgación se puede hacer a partir del paso “e. Pacto por la Humanización”).

**Nota:** La Promesa de valor y la Visión que se propongan deben recoger los saberes y experiencias locales y reflejar los aportes territoriales, así como enfoques que el grupo tenga como énfasis.

**Herramientas.** Ejemplo: Documento de Promesa de valor del nodo de Humanización

**Indicadores.** Ejemplo: Número de documentos de Promesa de valor del nodo de Humanización / número de documento de Promesa de valor del nodo de Humanización proyectados.

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### **e. Pacto por la Humanización**

**Objetivo:** Realizar la formalización de un compromiso de pertenencia al nodo por medio de una acción como “Pacto por la Humanización y calidad”: ceremonia en la que participan los miembros de la comunidad y otros agentes del sistema, liderada por las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales de salud, en la que se firma públicamente el compromiso de trabajar en torno a la Humanización del sector salud a partir del documento de **Promesa de valor** del nodo.

**Nota:** los grupos pueden definir otros mecanismos para que los participantes consignent por medio de su firma la intención de trabajar en las actividades del nodo y dejar una pieza simbólica que evidencie este compromiso grupal.

**Herramientas.** Ejemplo: Herramienta de compromisos visible a los miembros del nodo y su comunidad

**Indicadores.** Ejemplo: 1. Número de pactos formulados / número de pactos proyectados 2. número de miembros del nodo que firman el pacto / número total de miembros del nodo

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

### **5.5.2. Diagnóstico participativo**

**Objetivo:** Por medio de sesiones de trabajo participativo, hacer una identificación de la ruta de trabajo (RIAS) a intervenir por parte del Nodo y el tema específico de esta ruta que sea de interés territorial. Posteriormente se caracterizarán las interacciones y actores relevantes para la Humanización, se definirán hipótesis de causa raíz de las oportunidades de mejora identificadas y se plantearán las brechas a trabajar con las acciones de cultura de la Humanización.

Se sugieren las siguientes actividades:

#### a. Priorización y definición de ruta y tema a trabajar

**Objetivo:** plantear cuáles son las rutas que quieren trabajar los miembros del nodo y sus temas específicos (de la ruta seleccionada), por medio de un ejercicio de priorización que definirá el tema que trabajarán de manera prioritaria y cuáles temas se trabajarán en un segundo momento de este **trabajo continuo**.

**Acciones:**

1. Revisión de fuentes secundarias para determinación de temática de alta relevancia (revisión de Planes Territoriales de Salud, ASIS, INCAS, indicadores para hacer seguimiento a los actores del sistema de salud y monitorear la calidad en la atención en salud del país adoptados mediante la Resolución 0256 de 2016 y otras fuentes de nivel territorial) y revisar otros ejercicios de diagnóstico que puedan complementar esta fase del proceso.
2. Ejercicio de análisis de problemáticas identificadas versus potencial de transformación a partir de acciones de Humanización. **Pregunta orientadora:** ¿Cuál de los temas prioritarios del territorio se pueden transformar más a partir de un trabajo en Humanización?
3. Priorización de la temática por parte de los miembros del Nodo en un ejercicio de concertación colectiva que favorezca el bien común o por votación.

**Herramientas.** Ejemplo: Documento de priorización que evidencie el proceso de elección de la temática a trabajar con base en su nivel de relevancia en el territorio y potencial transformación desde acciones de Humanización.

**Indicadores.** Ejemplo: Priorizaciones realizadas / priorizaciones proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### b. Definición de momentos críticos de relacionamiento con el Sistema de Seguridad Social en Salud.

**Objetivo:** Por medio de un ejercicio de revisión de la ruta de atención, identificar los momentos y las interacciones donde se presentan prácticas o acciones deshumanizantes entre actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.

La revisión de interacciones en el marco de la ruta de atención permite identificar qué actores y en qué momentos e interacciones se presentan prácticas o acciones que generen una vulneración de la dignidad tanto de los usuarios como de trabajadores del SGSSS.

Nota: este tipo de análisis no se debe centrar únicamente en prácticas deshumanizantes con las personas usuarias del sistema y debe incluir análisis de interacciones entre trabajadores del SGSSS y posibles interacciones de vulneración de la dignidad del trabajador de la salud por parte de los usuarios.

**Herramientas.** Ejemplo: Paciente trazador, cartografía social, reconstrucción cualitativa de ruta de atención, mapeo de interacciones de servicio y al interior de equipos de trabajo de las instituciones.

**Indicador.** Ejemplo: metodología de mapeo de interacciones de servicio ejecutadas / metodología de mapeo de interacciones de servicio ejecutadas

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

**Referente:** Matriz Combinatoria de sensibilización hacia la identificación de los determinantes, Estrategia Pedagógica de Talleres para el Abordaje de Humanización en Salud Módulo 2 Sensibilización y Concientización en Prácticas Humanizantes y Deshumanizantes, Taller No. 3 “Prácticas Humanizantes y Deshumanizantes” y Módulo 3 Encontrando las Causas Profundas de las Prácticas Humanizantes y Deshumanizantes, Taller No. 4 “Causas de los Determinantes”.

#### c. **Construcción de mapa de actores y fuerzas condicionantes del entorno (determinantes estructurales de las prácticas Humanizadas)**

**Objetivo:** considerar los momentos críticos e identificar cuáles las **condiciones del entorno** de la Atención que determinan las posibles prácticas deshumanizadas. Por condiciones del entorno nos referimos a procesos, regulaciones, dinámicas económicas y políticas, entre otras que condicionan las interacciones más allá de las voluntades de las personas que en ellas participan, sin perder de vista el rol de las personas en las interacciones.

Nota: recordar la Identificación de interacciones críticas de espacios **no directamente** de atención al usuario y prácticas deshumanizantes.

Nota: atención a no despersonalizar responsabilidades y enfocarse en las oportunidades de agencia que tienen los participantes del Nodo para la transformación de las prácticas deshumanizantes identificadas. Una máxima para esta consideración puede ser “pensar cómo desde lo micro: las actitudes, decisiones y comportamientos cotidianos se puede transformar lo macro”.

**Herramientas.** Ejemplo: Análisis de condiciones del entorno como PESTAL (condiciones Políticas, Económicas, Sociales, Tecnológicas, Ambientales y Legales), el análisis basado en PAMEC o análisis que se realizan con proyectos de inversión en ESE públicas.

**Indicador.** Ejemplo: análisis de entorno realizados /análisis de entorno proyectados

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### d. **Identificación de metodologías, indicadores y herramientas de evaluación y monitoreo a aplicar**

**Objetivo:** diseñar o identificar instrumentos y metodologías que permitan cuantificar y caracterizar las problemáticas identificadas, en variables como percepciones, actitudes y comportamientos, entre otras.

Estas mediciones permitirán construir una **línea base de la problemática** que luego pueda emplearse para identificar la transformación conseguida por las acciones de Humanización propuestas en la estrategia.

**Nota:** Recordemos que el nodo puede definir las formas de cumplir este paso. El propósito central es definir herramientas de medición de las problemáticas identificadas que permitan un seguimiento a los cambios.

**Nota:** Revisar la manera en que los indicadores y la línea base se relaciona con los indicadores de Calidad (Índice de calidad, AIHospital).

**Herramientas.** Ejemplo: encuestas CAP, observaciones y conteos de comportamientos, PQRS, encuestas de satisfacción, encuestas de riesgo psicosocial, encuestas de clima organizacional, entre otras identificadas o diseñadas

**Indicador.** Ejemplo: metodologías de monitoreo definidas / metodologías de monitoreo proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### **e. Sistematización y análisis de información del diagnóstico**

**Objetivo:** sistematizar y analizar la información arrojada por el diagnóstico para la construcción de documentos de divulgación y conocimiento del trabajo realizado.

**Actividades:** por medio de ejercicios de análisis y sistematización de la información generar documentos como reportes, informes, material divulgativo, entre otras que den cuenta del proceso realizado por parte del nodo en este diagnóstico y recopilen nuevas las herramientas e instrumentos que hayan surgido de este proceso de construcción colectiva local.

Estos documentos tienen el valor agregado de mostrar la experiencia y efecto local derivado del desarrollo de las actividades del proceso que condujo al diagnóstico participativo y serán puestos a disposición de la ciudadanía en repositorios institucionales para su consulta y posible aplicación por parte de otros grupos interesados en el tema de la Humanización.

**Herramientas.** Ejemplo: informes, reportes, artículos de divulgación, entre otros.

**Indicador.** Ejemplo: Informe realizados/ informes proyectados

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### **f. Definición de cultura deseada:**

**Objetivo:** Construcción de una narrativa acerca de cómo sería la cultura ideal de Humanización para la ruta de trabajo seleccionada y su contraste con la dinámica real de las prácticas humanizantes y deshumanizantes que se presentan.

**Pregunta orientadora:** ¿Qué valores, creencias, actitudes y comportamientos deben existir para garantizar la Humanización en la ruta diagnosticada?

**Nota:** Esta cultura deseada es un **horizonte** propuesto desde las realidades territoriales que no será inmóvil y deberá ajustarse a las realidades locales cambiantes, de igual manera, se sugiere tener en cuenta lo relacionado con los enfoques precitados en el documento.

**Actividades:**

1. Definición de creencias/conocimientos, actitudes y comportamientos “deseados”. ¿Cuáles serían las creencias/conocimientos, actitudes y comportamientos que deberíamos tener para mejorar nuestra Cultura de la Humanización para la ruta de trabajo seleccionada?
2. Establecimiento de brechas: ¿cuáles y de qué magnitud son los cambios que esperamos ver en las variables seleccionadas para la cultura deseada?
3. Teoría de cambio o marco lógico: el grupo del nodo define un proceso de acciones destinadas a transformar las creencias, actitudes y comportamientos/prácticas. Estas acciones se deben hilar en una secuencia que conduzca a los cambios necesarios (cierre de brechas) para la consecución de la “cultura deseada” por medio de la consecución de objetivos intermedios relacionados con los supuestos de la teoría de cambio.

(ver otras herramientas propuestas en la metodología piloto, ver matriz combinatoria de la Humboldt)

**Herramientas.** Ejemplo. Marco lógico de la Cultura Deseada o Teoría de Cambio.

**Indicador.** Ejemplo: Marcos lógicos realizados / Marcos lógicos proyectados.

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

### 5.5.3. Construcción de plan de acción y empoderamiento de primeros cooperadores

**Objetivo:** Construir las acciones de Cultura de la Humanización que respondan a las oportunidades de mejora identificadas en el diagnóstico participativo y alineadas con la cultura deseada propuesta por el Nodo.

**Actividades:**

#### a. Construcción de estrategia de promoción, pedagogía y comunicación

**Pasos.**

##### 1. Construcción de hipótesis de causa raíz:

**Objetivo:** A partir del conocimiento de los participantes del nodo y de la revisión e inventario de análisis y experiencias relacionadas con el tema, así como de la línea base construida, proponer explicaciones que den cuenta acerca del “porqué” se presentan las prácticas deshumanizantes identificadas en los momentos críticos.

**Herramientas.** Ejemplo: Metodología de árbol de problemas y árbol de soluciones, explicaciones causales.

**Indicador.** Ejemplo: metodologías de identificación de causa raíz ejecutadas / metodologías de identificación de causa raíz proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Referentes temáticos de las Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

##### 2. Jerarquización y priorización de actores e interacciones:

**Objetivo:** Escoger cuáles momentos y cuáles actores se quiere trabajar con la estrategia de Cultura de la Humanización, para construir una estrategia orientada a maximizar la transformación desde una perspectiva sistémica. La priorización se puede hacer mediante votaciones de los participantes y complementar estas votaciones con análisis sistémicos (se pueden emplear herramientas como análisis DOFA)

**Herramientas.** Ejemplo: análisis y mapeo de “influencia vs. Interés” de actores, y de ponderación de momentos críticos, redes de interacciones, DOFA, Matriz combinatoria etc.

**Indicador.** Ejemplo: herramientas de priorización de actores e interacciones ejecutadas/ herramientas de priorización de actores e interacciones proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

### 3. Proceso de ideación de acciones de invitación a transformación cultural

**Objetivo:** Como parte del proceso de fortalecimiento y de incidencia en la cultura de la Humanización proponemos que el nodo haga un ejercicio de definición de las acciones que ejecutará, bien sea por medio de la identificación de metodologías existentes o bien el diseño mismo de acciones a partir de su conocimiento y experiencia.

#### Actividades:

##### a. Revisión de referentes

Por medio de una revisión de fuentes secundarias identificar referentes de diseño de acciones con perspectiva cultural. Debido a que el propósito es generar intervenciones que motiven a una transformación del comportamiento sugerimos revisar metodologías que incluyan perspectivas como el “Design Thinking” (diseño desde el punto de vista del usuario), “Comunicación para el Desarrollo”, metodologías como “Encargo de diseño”, diseño colaborativo, ciclo de diseño “Lean impact”, diseño de intervenciones desde la perspectiva de los usuarios, “hackathones”, herramientas de análisis de comportamientos como las propuestas por el Behavioral Insights Team (BIT) e intervenciones diseñadas desde la perspectiva de “Normas Sociales”, entre otras.

**Otros referentes interesantes a revisar:** Herramientas de entretenimiento educativo, Herramientas de resolución pacífica de conflictos, metodologías de “Habilidades para la vida” (Grupo de Extensión de UN). Acciones performáticas como “Teatro del oprimido” de Augusto Boal, lúdica y agencia cultural, Acciones de regulación mutua para la convivencia (Cultura Ciudadana) entre otras.

**Nota:** Se pueden realizar actividades de discusión y conocimiento de referentes en el territorio: foros, mesas de trabajo y otros espacios para compartir buenas prácticas y experiencias de metodologías y casos de éxito afines al tema de Humanización que se quiere abordar.

**Nota:** Se sugiere que el grupo del nodo haga un acercamiento a las experiencias que escoja desde espacios vivenciales de las metodologías, que sean “probadas” por los mismos miembros del nodo.

**Nota:** En el Observatorio de Calidad u otro portal del Minsalud puede ser un espacio de recopilación de estas experiencias para que estén disponibles a nuevos grupos que quieran implementar acciones de Cultura de la Humanización

**Herramientas.** Ejemplo: revisión de fuentes secundarias y análisis

**Indicador.** Ejemplo: revisión de fuentes secundarias ejecutadas / revisión de fuentes secundarias proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### 4. Definición de prototipo (mínimo producto/acción viable)

**Objetivo:** A partir de la revisión de referentes y selección de las metodologías que se quieren trabajar el equipo del nodo definirá un producto mínimo: una acción con las mínimas condiciones necesarias para que sea probado con un primer público o audiencia (no debe ser una acción terminada sino un prototipo que será ajustado después de un piloto de ejecución

Una vez definido el tipo de acción que se quiere implementar sugerimos hacer una verificación de las siguientes variables que describen la intervención.

Variables mínimas para el prototipo:

- a. **Definición de recursos:** materiales/medios físicos para la implementación de la acción
- b. **Identificación de roles y responsabilidades** de los distintos actores o grupos relacionados con la problemática para ajustar la acción a sus realidades desde las entidades que prestan los servicios y sus comunidades beneficiarias.
- c. **Audiencias o público objetivo:** ¿a quién le hablamos? ¿quiénes son los beneficiarios directos de la acción?
- d. **Contenidos:** Definición del mensaje o mensajes centrales que se quieren transmitir con la acción: ¿qué queremos decir a la audiencia objetivo?
- e. **Mensajes:** ¿Cuál es la forma (redacción definitiva ajustada a audiencia objetivo) de nuestros mensajes?
- f. **Secuencia de acciones:** ¿Cómo vamos a decir nuestro mensaje o a implementar los pasos de la actividad?
- g. **Arenas, espacios y entornos:** ¿Dónde desarrollaremos nuestra acción?
- h. **Medios** (ej.: medios de comunicación, arte, capacitaciones, campañas, talleres, etc.): ¿A través de qué herramientas, medios o métodos desarrollaremos las acciones o enviaremos el mensaje?
- i. **Frecuencia** ¿Cuándo implementaremos las acciones? ¿Con qué periodicidad?
- j. **Definición de mecanismos de monitoreo y medición:** ¿Cómo vamos a evidenciar si se dan los cambios esperados? Ej. Establecer mecanismos de recolección de información (encuestas, entrevistas, observaciones, etc.) y definición de indicadores y metas.

Nota: Revisar que estos indicadores y metas se relacionen con la línea base construida en la fase de diagnóstico.

**Herramientas.** Ejemplo: Encargo de diseño, Diseño de Campañas

**Indicador.** Ejemplo: actividades de definición de prototipo ejecutadas/ actividades de definición de prototipo proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

#### 5. Construcción e implementación de Prototipo/Piloto al interior de nodo o validación con una muestra de grupo o audiencia objetivo,

**Objetivo:** Antes de llevar nuestras intervenciones a un grupo numeroso de la audiencia objetivo proponemos realizar un primer ensayo de la acción en el grupo del Nodo de Humanización o bien en una muestra del grupo de beneficiarios, con el propósito de recibir retroalimentación temprana y oportunidades de mejora.

Nota: Identificación de lenguaje y formas locales que acerquen la metodología al contexto.

**Actividades:**

- a. Diseño de los contenidos, piezas comunicativas, guiones y otras herramientas que harán parte de nuestra acción
- b. Diseño de plan de implementación del prototipo: acciones, tiempos, insumos y responsables de la implementación
- c. Ejecución de la acción piloto
- d. Seguimiento a la implementación del piloto
- e. Construcción de reporte o memorias de la implementación (sistematización de la experiencia)

**Herramientas.** Ejemplo: ciclo PHVA para prototipo

**Indicador.** Ejemplo: actividades de construcción e implementación Piloto realizadas/ actividades de construcción e implementación Piloto proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

## **6. Identificación de lecciones aprendidas y ajuste de las acciones**

**Objetivo:** Con base en el primer ensayo identificar cuáles oportunidades de mejora se encontraron y realizar los ajustes del caso a la metodología.

Actividades:

- a. Realización de sesiones de identificación de lecciones aprendidas. Por medio de trabajo grupal revisar el proceso de implementación del piloto e identificar oportunidades de mejora en la secuencia de pasos propuesta.
- b. Ajuste de la metodología: En la sesión de lecciones aprendidas se puede proponer inmediatamente cuáles serían las acciones de mejora que se derivan del análisis.

Nota: Este proceso puede repetirse de manera permanente con el fin de tener una mejora continua y se sugiere realizar una documentación de los casos de éxito de implementación locales para informar futuras experiencias (transferencias de conocimientos)

Nota: Las lecciones aprendidas y los ajustes deben contemplar también posibles acciones de mejora en las acciones e instrumentos de monitoreo y medición definidas en las intervenciones.

**Herramientas.** Ejemplo: Formato de lecciones aprendidas y gestión de conocimiento

**Indicador.** Ejemplo: actividades de lecciones aprendidas ejecutadas / actividades de lecciones aprendidas proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

## 7. Diseño de plan de acción

**Objetivo:** Una vez realizados los ajustes derivados de las lecciones aprendidas se procederá a diseñar el plan de acción de ejecución de la intervención con la totalidad de la audiencia objetivo y los actores predefinidos en el diseño de la intervención

**Actividad:**

1. Diseño de plan de implementación de la intervención: definición de acciones, tiempos, insumos y responsables de la implementación (cronograma de actividades, funciones y responsabilidades) incluyendo la aplicación de las herramientas de monitoreo y medición diseñadas para las acciones definidas.

**Herramientas.** Ejemplo: cronogramas y herramientas de seguimiento a la implementación, ciclo de Deming o ciclo PHVA.

**Indicador.** Ejemplo: actividades de planeación de implementación realizadas/ actividades de planeación de implementación proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

### 5.5.4. Invitación a la acción colectiva

**Objetivo:** Implementar las intervenciones diseñadas por el nodo en la ruta de atención elegida con la audiencia objetivo y los distintos actores seleccionados.

**Actividades:**

1. Implementación y seguimiento de estrategias de acciones culturales (cronograma de actividades)
2. Evaluación de resultados de las acciones implementadas: determinar posibles cambios en los indicadores de la cultura deseada a partir de la línea base creada en el diagnóstico y de acuerdo a los resultados arrojados por las herramientas de monitoreo aplicadas y el seguimiento realizado con las rúbricas del proceso.
3. Construcción de reporte o memorias de la implementación (sistematización de la experiencia) que incluyan las acciones de mejora propuestas a partir de la evaluación.
4. Construcción de plan de mejora a la estrategia con base en los reportes realizados.

**Herramientas.** Ejemplo: Instrumentos de seguimiento, verificación y evaluación de acuerdo al ciclo PHVA construido en la fase de planeación.

**Indicador.** Ejemplo: Instrumentos de seguimiento, verificación y evaluación implementados / Instrumentos de seguimiento, verificación y evaluación proyectados

**Responsables de seguimiento:** Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

### 5.5.5. Consolidación del nodo como una clínica o laboratorio de acciones de promoción y sostenibilidad de la Cultura de Humanización

**Objetivo:** El propósito de este paso es consolidar al nodo como un referente en el territorio para las acciones de humanización que los distintos miembros desarrollen en sus instituciones, como gestores de conocimiento de la Humanización y productores de acciones de Cultura de la Humanización ajustadas a las necesidades territoriales.

#### a. Estrategia de Consolidación y sostenibilidad de Cultura de la Humanización.

Acciones:

1. Definición de pasos a seguir después del primer ciclo de implementación y evaluación de las acciones de Cultura de la Humanización.
2. Planeación del siguiente ciclo de Cultura de la Humanización: este nuevo ciclo puede incluir una actualización del diagnóstico realizado y diseño de nuevas acciones o bien un nuevo proceso de implementación de las acciones diseñadas.
3. Construcción de compromisos para la Sostenibilidad del Nodo como clínica (u otra forma que se opte) de acciones de Humanización. Continuar con el ciclo de fortalecimiento de Cultura Colaborativa de la Humanización será la manera de dar cumplimiento a compromisos derivados de la Política Nacional de Humanización en Salud y otros instrumentos de operativización de políticas como la Cultura de la Seguridad Social entre otras.

**Nota:** Una acción de institucionalización de este proceso de Cultura de la Humanización que favorecería la sostenibilidad de este esfuerzo es la articulación con procesos de investigación e innovación social existentes en instituciones de educación superior de los territorios, así como con iniciativas ciudadanas públicas y privadas con el fin de construir una clínica de innovación continua en acciones de Cultura de la Humanización. El nodo cumplirá en este escenario la función de dinamizador y generador de espacios de confianza y conocimiento necesarios para la articulación y fortalecimiento de estas iniciativas.

**Herramientas.** Ejemplo: Instrumentos de lecciones aprendidas. Herramientas de planeación de mejora continua.

**Indicadores.** Ejemplo: acciones de consolidación y sostenibilidad del Nodo de Humanización implementadas / acciones de consolidación y sostenibilidad del Nodo de Humanización proyectadas

**Responsables de seguimiento:** Entidades Territoriales de Salud Departamental, Distrital y Municipal.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Alcaldía Mayor de Bogotá, "Bogotá Humana", 2012. Programa de Humanización de los Servicios en Entidades Públicas de Salud Humanizar 2012. pág. 14-39.
2. 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.
3. Bermejo Higuera José C, 2007, Humanizar los Cuidados en la Relación con el Enfermo de Alzheimer, Artículo publicado en: Revista Humanizar. pág. 2-8
4. Bermejo José C, 2014, ¿Derecho a la humanización?, Centro de Humanización en Salud. pág. 27-29.
5. Bermejo Higuera José C, 2019. Hipertrofia de la autonomía, artículo publicado <https://www.josecarlosbermejo.es/8395-2/>, pág 1-2.
6. Betancourt O., Mertens F., Parra M., 2016, Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente, aportes teórico-metodológicos de una comunidad de práctica. pág. 33-37.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Consejería de Sanidad, 2016. Plan Nacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria. pág.13-18, 63-78.
11. De Bello S Cedrés, 2000, Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios, RFM v.23 n.2 Caracas jul. 2000. pág. 1 - 2.
12. Díaz Amado Eduardo, 2017. La humanización de la salud, conceptos, críticas y perspectivas. pág. 9-59, 61-65, 135-149.
13. 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.
14. Guzman F, 2003, Ética y Humanidad en la medicina contemporánea. pág. 21.
15. 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.
16. Herranz G. 1998, El hospital como organismo ético. Pers Bioet; 2(3). pag.43-67.
17. Hooft P., 2002, Bioética y derechos humanos, en bioética y conflicto armado. Colombia: Bios y Ethos, Universidad del Bosque. pág. 45-47.
18. 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.
19. 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](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
20. Magliozzi P., 2016, Humanizar para una nueva salud y sanación hoy, ARS Medica Revista de Ciencias Médicas. pág. 1-13.
21. 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.
22. Maslow Abraham, 1991. Motivación y personalidad. pág. 3-47.
  23. 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.
  24. 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>
  25. Ministerio de Salud y Protección Social, 2021. Política Nacional de Humanización en Salud, pág 41, 75-82, 98-101.
  26. 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.
  27. 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].
  28. 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.
  29. 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.
  30. 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>
  31. 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](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf)
  32. 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.
  33. 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.
  34. UNESCO, 2001. Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural, Identidad, Diversidad y Pluralismo, Art 1. La diversidad cultural, patrimonio común de la humanidad. pág 1-4.
  35. 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.

36. 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.
37. WHOQOL Group, 1993. Study protocol for the Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument. Quality Life Res. pág. 2:153:-159.

## ANEXOS

### Anexo 1. Participantes de los nodos de humanización

Ministerio de Salud y Protección Social -Oficina de Calidad					
Nodos de Humanización de la Atención Materna y Perinatal 2017-2018					
Entidades					
Entidad	Cundinamarca 2017-2018	Bogotá 2017-2018	Cauca 2018	Ibagué 2018	Total
Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca	1	1	0		2
Alcaldía Nemocón	1				1
Alcaldía Soacha	1				1
Secretaría de Salud Municipal de Soacha	1				1
Empresas Sociales del Estado Hospitales Cundinamarca	59	1			60
Secretaría Departamental de Salud del Cauca	0	0	1		1
Secretaría de Salud Totoró			1		1
Secretaría de Salud Municipal de Popayán			1		1
Secretaría de Salud Municipal de Popayán			1		1
Secretaría de Salud el Tambo			1		1
Empresas Sociales del Estado Hospitales Cauca			9		9
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	1	1			2
Subred Integral de Salud Centro Oriente		1			1
Subred Integral de Salud Norte		1			1
Subred Integral de Salud Centro Sur		1			1
Subred Integral de Salud Suroccidente		1			1
Empresas Promotoras de Salud EPS	7	7	2	5	21
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas-IPS	15	16	2	6	39
Secretaría Municipal de Salud de Ibagué				1	1
Empresas Sociales del Estado Hospitales Ibagué				3	3
Veeduría Ciudadana				1	1
Pastoral Social				1	1
SENA				1	1
Mindefensa	1	1	0		2
Hospital Militar Central	1	1	0		2
Hospital Central de la Policía		1	0		1
Dirección de Sanidad–Policía Nacional	1	1	0		2
Universidades	6	8	1	2	17
Talento Humano en Salud Independientes	2	3			5
Minsalud	1	1			2
Otros	1	3			4
<b>Total Instituciones</b>	<b>99</b>	<b>49</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>187</b>
Personas por Entidad					
Número de Personas por Entidad	Cundinamarca 2017-2018	Bogotá 2017-2018	Cauca 2018	Ibagué 2018	Total
Secretaría de Salud de Cundinamarca	14				14
Alcaldía Nemocón	1				1
Alcaldía Soacha	1				1
Secretaría de Salud Municipal de Soacha	11				11

Empresas Sociales del Estado Hospitales Cundinamarca	183	1			184
Secretaría Departamental de Salud del Cauca			28		28
Secretaría de Salud Totoró			1		1
Secretaría de Salud Municipal de Popayán			1		1
Secretaría de Salud Municipal de Popayán			1		1
Secretaría de Salud el Tambo			1		1
Empresas Sociales del Estado Hospitales Cauca			12		12
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	5	28			33
Subred Integral de Salud Centro Oriente		12			12
Subred Integral de Salud Centro Norte		11			11
Subred Integral de Salud Sur		7			7
Subred Integral de Salud Centro Suroccidente		14			14
Empresas Promotoras de Salud EPS	26	24	5	15	70
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas-IPS	38	55	3	12	108
Secretaría Municipal de Salud de Ibagué				3	3
Empresas Sociales del Estado Hospitales Ibagué				9	9
Veeduría Ciudadana				3	3
Pastoral Social				2	2
SENA				1	1
Mindefensa	4	0	0		4
Hospital Militar Central	9	6	0		15
Hospital Central de la Policía	0	8	0		8
Dirección de Sanidad – Policía Nacional	10	9	0		19
Universidades	24	34	11		69
Talento Humano en Salud independientes	3	3	0		6
Minsalud	11	5	1		17
Otros	4	4			8
<b>Total personas</b>	<b>344</b>	<b>221</b>	<b>64</b>	<b>45</b>	<b>674</b>

## Anexo 2. Aporte del Grupo Nacional

APORTE DEL GRUPO NACIONAL	
Elementos deshumanizantes	Propuestas Humanizantes
No se visibiliza el problema	Creer
Existen barreras de acceso en el sistema de seguridad social	Hacer parte del cambio articulación e integración de políticas
Se vulneran los derechos sexuales y reproductivos	Atención centrada en la madre y el hijo
Deshumanización	Escuchar a la madre
Falta coherencia	El respeto
Falta de compasión	Creer en el cambio
Se ha “normalizado “ la violencia	Escucha activa
Existe violencia obstétrica	Entender al otro
Inercia	No hacer daño

Una débil conciencia sobre la comprensión de HUMANO y de planeta, lo que implica exclusión, discriminación, desencuentro....	Respeto por las costumbres
Alta rotación del personal	Conocer todos los escenarios que una madre atraviesa
Horarios cada vez más fragmentados	Pensar en BINOMIO
Las fallas en la formación del Talento Humano	Tecnología bien utilizada
Personal en condiciones salariales inadecuadas	Buena calidad de la información
Soledad y abandono	Un buen ambiente
Falta de información	Generación de confianza
Falta de empatía	Pensamientos de cariño
Agresividad, desconocimiento, mutuo y desinformación	Pronunciamientos prácticos
Trato inhumano	
Desconocer la diferencia	
Falta de respeto	
Falta de autonomía	
Discriminar y excluir	
Actitudes	

### Anexo 3. Relatos Médicos Gineco – Obstetras

<b>Algunos relatos de los Médicos Gineco Obstetras (GO) que trabajan en una IPS</b>
La responsabilidad cae totalmente sobre el obstetra cuando hay complicaciones
Las pacientes agreden al médico
Falta de respeto de las personas con los médicos
Los GO también tratan mal a las pacientes, exceso de trabajo, muchos pacientes
Las madres son el centro de la atención y los derechos y... los derechos de los GO?
Los GO son acosados por los familiares, por el paciente y por el sistema, situaciones represivas desde Minsalud y de la secretaría de salud.
Se actúa a la defensiva
Miedo a la responsabilidad y a las consecuencias legales
Miedo a las represalias familiares por ejemplo cuando hay un óbito
El GO está desprotegido
La agresividad es un problema de doble vía
La sociedad está enferma
Hay mucha exigencia y contradicción porque hay problemas de calidad en la atención por ejemplo de seguridad del paciente.
Se debería decir parto culturalizado no humanizado
Las mujeres carecen de educación, no se han preparado para el parto, no hay cultura de trabajo de parto.
No solo es culpa de los GO, incultura de las maternas
Atención fraccionada y sin educación ni preparación para el parto
Las maternas no están preparadas para lo que pueda salir mal: muerte fetal, óbito, asfixia neonatal, polidactilia.
Consentimiento informado



Las maternas son las que piden la cesárea
No agradecen
Todo lo malo es culpa del médico
El parto humanizado se puede para pacientes con medicina prepagada, parto individual o pacientes privadas
Desconexión entre el control prenatal y el parto
Soledad del médico y miedo : a las demandas, a las auditorías, al regaño, a los comentarios de las enfermeras
Poco tiempo
Condiciones laborales , exceso de trabajo
Burnout
Exceso o alto volumen de partos por médico , el médico está sobrecargado
Alta Carga emocional
Falta de educación a los familiares, en todo el proceso de gestación y en posibles complicaciones
Es necesario ver las dos partes
Pacientes de bajo y alto riesgo juntas
Ver no solo al médico sino a la Institución
¿Se hace diferencia entre parto humanizado, es que los otros no lo son?
El GO se siente haciendo algo clandestino cuando se introducen mejoras por ejemplo dar agua, dejar caminar a la materna
Práctica defensiva de la medicina
Se ha destruido la relación médico paciente
Todas las pacientes tiene abogado
Los obstetras son los médicos más demandados
<b>Sugerencias</b>
Cómo hacer reflexiones sin acciones punitivas...
Se podría mejorar la educación a la materna
Mejorar el control prenatal
Enseñar los riesgos
Conocer las etapas emocionales
Dejar hacer a la mujer
El médico debe sentirse apoyado por su institución
Las instituciones deben tener protocolos

## Anexo 4. Hacia un parto humanizado

<b>“HACIA UN PARTO HUMANIZADO”</b> <b>Dra. Susana Bueno</b>	
Elementos problematizadores	Propuestas
<u>Antropología del nacimiento:</u>	Trabajar con la academia
La mujer busca el acompañamiento: el bebé es muy inmaduro, el bebé nace mirando hacia atrás, se producen cambios emocionales a través del trabajo de parto	Trabajar con y desde la academia en cátedra del parto humanizado
Cambios en la pelvis	Atención del parto en diferentes posiciones



Se necesita la gravedad para el nacimiento	Enseñar cambios emocionales
	Cátedra de parto humanizado
<u>Evolución atención parto- modelo tecnocrático</u>	Derechos humanos
Nacimiento en la casa	Trabajar en el Sector Salud
Siglo XVIII nacer en el hospital, incremento de infecciones puerperales	Ley de parto humanizado
Parto hospitalario: Postura de litotomía: Pérdida de movimiento, pérdida del acompañamiento, el alojamiento conjunto.	Medicina basada en la evidencia
El problema es cómo nos relacionamos con la tecnología	Condiciones laborales justas
	Revisar estándares de habilitación
<u>Huellas de cambio</u>	Parto intercultural
Las mujeres solicitan nuevas formas de atención	Integrar Doulas
Mujeres con heridas traumáticas de los partos	¿Integrar a las parteras?
No hay libro de Gineco Obstetricia escritos por mujeres	Casas de partos - Satélites de hospitales de II Nivel
Lo cambios emocionales en la fases del trabajo de parto y parto	Trabajar con las mujeres
Doula: mujer que sirve a otra y le brinda soporte físico y emocional. No es partera, no es talento humano de la salud, no diagnostica, no realiza procedimientos como tactos o toma de signos vitales. El acompañamiento de las Doulas disminuye el % de cesáreas, la depresión postparto.	Empoderamiento desde niñas
Partera: trabaja en equipo, es paciente (paciencia, paz y ciencia), lectura del cuerpo, contención emocional, identifica línea violácea del coxis hacia arriba determina el grado de dilatación, permite diferentes posiciones y la lactancia inmediata que disminuye las hemorragias, contacto piel a piel, respeto por las tradiciones culturales (placenta, cordón umbilical).	Información
Cochrane: resalta la importancia del acompañamiento en el trabajo de parto, las posiciones verticales y la movilidad	Crear espacios de diálogo
Michel Odent	Recuperar el protagonismo por parte de la mujeres
Para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer	Respeto a sus derechos
Parto respetado , natural,	Recupera confianza
La sala de parto debería ser como en casa	Trabajar con los profesionales
Partograma emocional, neurofisiología emocional del trabajo de parto	Rutina
Parto estado alterado de la conciencia, instintivo, piloto automático	Condiciones laborales-trabajo digno
Importancia del lenguaje, la luz, la mujer se siente observada	Cultura institucional
Sheila Kitzinger	Reconocimiento
OMS	Diálogo- búsqueda de soluciones
Colegio de Obstetricia USA	Recuperar confianza
Academia American de Pediatría	¿Que se podría hacer HOY?
Realidad actual	Derribar barreras mentales
Desinformación de la paciente	Favorecer el acompañamiento
Soledad	Ambiente : Silencio, bajar la voz, luz, asegurar privacidad
Dieta	Permitir hidratación oral,

Movilidad restringida hasta para ir al baño	Movimiento/ catéter sin suero
Son pacientes no son dueñas de su cuerpo	Silla de parto
El sistema de salud	Contacto piel a piel
Sobrecarga de trabajo	Nacimiento humanizado
Salarios no justos	Parto humanizado es ..
Medicina a la defensiva	Respeto, compasión
Violencia obstétrica- sensibilizarse a los testimonios	Empoderamiento , confianza en sí misma para parir
	Trato digno
	Incentivar menos intervenciones
	En movimiento
	Acompañamiento
	Incentivar posiciones

## Anexo 5. Estrategia Pedagógica de Talleres para el Abordaje de Humanización en Salud

La estrategia de abordaje, se realiza mediante 7 talleres, en 1 sesión de aproximadamente 8 horas diarias cada uno, que incluyen, guías, instrumentos y bibliografía de trabajo, de tal forma que cada grupo además de aprender, participa desde su experiencia real en la construcción de propuestas de mejora progresiva en humanización y calidad de la atención en los momentos del continuo de la atención, y en el contexto de las rutas de atención integral.

La metodología contempla cinco módulos:

- 1) Conocimiento del contexto SGSSS.
- 2) Sensibilización en prácticas humanizantes y deshumanizantes, encontrar sus determinantes y explicar sus causas profundas.
- 3) Conceptualización sobre el tema de humanización desde diferentes enfoques.
- 4) Planteamiento de acciones de mejora sobre los determinantes priorizados, con base en los planteamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud.
- 5) Proyección hacia un cambio cultural.

Los participantes también llevan a cabo visitas de observación para conocer experiencias exitosas, motivar al cambio y reconocer a las instituciones, el objetivo es motivar a los participantes al cambio cultural y empoderar a las personas hacia el cambio humanizante en la atención en salud. El método utilizado para su elaboración se puede abordar de dos maneras de acuerdo al tiempo y recursos disponibles

- **Método Extenso:** Desarrollado en 14 sesiones, y 4 módulos: Contexto. Sensibilización, contextualización y planeación.
- **Método Corto:** Desarrollado en 7 sesiones, y 4 módulos: Contexto. Sensibilización, contextualización y planeación, éste es el método a desarrollar en la propuesta metodológica abordado en los talleres que a continuación se describen en la fase de ejecución.

**Las fases de abordaje de la humanización a través de la estrategia pedagógica de talleres, son** las siguientes fases de abordaje:

- 1) Fase de planeación y preparación.
- 2) Fase de ejecución.
- 3) Fase de Consolidación y análisis de resultados.
- 4) Fase de implementación de la política institucional de humanización.

## Estrategia Pedagógica de los Talleres

A continuación, se encuentran los siete talleres propuestos como guía de trabajo para favorecer la generación de lineamientos, políticas, programas, planes, proyectos, estrategias y/o actividades por parte de los agentes del sector de forma colectiva o individual, para abordar la humanización como principio orientador y estructura organizacional.

Como parte fundamental para el desarrollo de los talleres se deberán tener en cuenta las siguientes actividades de logística previas a la realización de los mismos:

### Logística:

- 1) Convocatoria: Determinar la población objetivo diferencial y representativa de todos los sectores y hacer las invitaciones oficiales.
- 2) Verificación de recepción, aceptación y participación de convocatoria.
- 3) Confirmación de espacio con capacidad suficiente, para lograr el éxito de reunión, con sillas móviles y espacios amplios y muros de trabajo.
- 4) Distribución de roles y tareas en el equipo facilitador.
- 5) Elaboración del guion de cada taller determinando los tiempos por actividad.
- 6) Preparación de recursos y materiales requeridos en cada taller:
  - a) Equipos tecnológicos: tomas eléctricas, micrófono, cámara, grabadora, mínimo 2 computadores, video beam, cables, etc,
  - b) Ayuda didáctica: Tablero, borrador, marcadores, sticker de caritas felices color fluorescente o llamativo Pliegos de papel periódico o kraft, fichas de cartulina, pliego de cartulina, marcadores, cinta de enmascarar, octavos de cartulina.
  - c) Refrigerios.
  - d) Escarapelas.
  - e) Listados de asistencia. Planillas para registro de asistencia.

MÓDULO 1: CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO DEL SISTEMA DE SALUD
<p><b>Objetivo:</b> Conocer, reconocer y correlacionar los principales elementos del Sistema General de Seguridad Social SGSS, el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad SOGC, del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 20216-2021, la Política de Atención Integral PAIS y el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE, para orientar la gestión del sector a la humanización.</p>
<p><b>Taller 1:</b> Conociéndonos y Conociendo el Sistema de Seguridad Social en Salud.</p>
<p><b>Pregunta Orientadora del Módulo:</b> ¿Conocemos cómo funciona nuestro Sistema de Salud colombiano y su interrelación con sus componentes y/o agentes?.</p>
<p><b>Contenido</b></p> <p>El taller presenta 5 actividades: 1. Presentación e Integración del grupo de participantes; 2. Presentación de cada Institución; 3. Comprendiendo el SGSSS Sistema de Seguridad Social en Salud, sus agentes, funciones e interrelaciones; 4. Conocimiento de los procesos y procedimientos</p>



de atención; y 5. Reflexión sobre casos clínicos, mortalidad, estadísticas institucionales y regionales.

### **Justificación**

Al enfocarnos en el Proceso de Participación, Organización y articulación en una Red colaborativa, es de vital importancia recordar que nos gestamos, nacemos, existimos y morimos siendo participación. Durante cada instante de nuestras vidas, somos un yo y un nosotros en permanente e inacabada creación. Todo ello, desde otro mirar, nos sitúa como seres colaborativos, llenos de una riqueza natural que hace que nuestro conocimiento sea la fuente complementaria para otros en el saber y la construcción de nuestras metas.

Siendo necesario afirmar que la existencia del ser humano se desenvuelve en un estado permanente de reciprocidad, interdependencia y complementariedad, estrechamente unido a un estado permanente de creación y construcción social de conocimientos, del saber; de sentimientos, emociones, del amor; de realizaciones y productos, del hacer; de escenarios y visiones de futuro, de utopías, del soñar; y de espiritualidad y creencias, del trascender, ya sea en su calidad de sujeto individual, social, de especie o planetario.

Se requiere un proceso de reflexión-acción, que pueda socializarse como ejemplo frente al objetivo de orientar y dinamizar procesos de humanización con quienes tomen la decisión de trasegar este camino, el compromiso de aprender y de enseñar o simplemente de interactuar en torno a un propósito común que es la humanización del sistema de salud.

Es clave posicionar como una constante, la renovación, la creación y el fortalecimiento de los fundamentos conceptuales y filosóficos, que se dan, entre otros, en relación con las concepciones de humano, de SALUD, de EDUCACIÓN, de PEDAGOGÍA, de FORMACIÓN y AUTOFORMACIÓN, de COMUNIDAD SALUDABLE y de HUMANIZACIÓN, mediante un continuo proceso de reflexión-acción.

Ha sido de vital importancia el mantener como una constante la reflexión, la comprensión integral y la argumentación que emana de asumir la salud como derecho fundamental, lo cual nos ubica conceptual, filosófica, política y operativamente, por encima de cualquier tipo de intereses que no sean los del bien común. Desde la cultura es necesario abordar: la moral, las costumbres compartidas y las normas sociales; en esta línea, enfatizamos en la normatividad que regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que hace referencia a los aspectos de humanización a nivel nacional, local y particular en el sector salud. Queremos en este primer taller dar la importancia necesaria de la interrelación y conocimiento de las personas para poder generar aportes a la construcción de una política de humanización.

Para obtener la confianza y el ambiente propicio para la elaboración de los talleres, se requiere trabajar en un espacio independiente de sus lugares laborales, dando espontaneidad al proponer y reflexionar sobre el tema de humanización en nuestro sistema de salud, se necesita iniciar, con la presentación de cada persona, y de sus instituciones, para entender qué somos, de dónde venimos, qué hacemos, qué importancia tenemos como seres humanos y qué podemos aportar al otro.

### **Propósito**

Lograr la integración de los participantes en un medio confiable que pueda generar reflexiones y productos que servirán de base para la adopción, adaptación, implementación de la política de humanización en cada una de sus instituciones y dar a conocer tanto desde el punto de vista de su concepción humana, hasta lograr conocer la importancia de las instituciones donde laboran, con el ánimo de entender la interrelación entre los actores que lleven a cumplir el fin fundamental de propiciar sinergias, entre personas y sectores o más allá de ellos, mediante las cuales se integren creaciones, esfuerzos y recursos al servicio de bien común.



### Conceptos Generales

1. Seres humanos, en tanto individuos o colectividades.
2. Praxis generadora en el Entorno laboral.
3. Territorio.
4. Reconocimiento.
5. Experiencias exitosas.
6. Valor personal a la institución.
7. Seguridad Social en salud.
8. Sistema de seguridad social en salud.

### Entregables

1. Registros de asistencia.
2. Registro fotográfico del taller.
3. Escarapela con el nombre e imagen alusiva que la identifica. Quien soy y con que me identifico.
4. Cartelera representación de los símbolos que identifica cada institución.
5. Mapa político – administrativo con la identificación de la procedencia de las instituciones participantes.
6. Esquema del SGSSS con las funciones y articulación de agentes y actores.
7. Reflexión en narrativa gráfica y escrita del ejercicio de la vivencia de las personas con condición especial en el sistema.
8. Carteleras realizadas por cada grupo de trabajo y fotos de cada presentación.

### Actividad 1: Presentación e integración del grupo de participantes.

<b>Objetivo:</b>	Realizar la presentación e integración del grupo de participantes del nodo territorial.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	90 minutos / Depende del tamaño del grupo
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, amplificador de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Saludo inicial, presentación facilitadores. <b>10 minutos</b></li><li>2. Se realiza una presentación general del nodo y el objetivo a alcanzar. <b>10 minutos.</b></li><li>3. Se enumeran los participantes con los números: 1 y 2, se realiza la presentación por parejas, sus nombres, de dónde vienes, qué profesión tienen, que labor realiza en su institución, etc. <b>10 minutos.</b></li><li>4. Cada uno registra el nombre del compañero en la escarapela, según como le gusta que le llamen, adicionalmente cada uno dibuja una imagen que los identifique y la pegan en su escarapela. <b>10 minutos</b></li><li>5. En una plenaria realizan la presentación del compañero. <b>30 minutos</b></li><li>6. Al azar se preguntará a los asistentes el nombre de cada uno de los compañeros, sin llevar un orden específico. <b>20 minutos</b></li></ol>

### Actividad 2: Presentación de cada Institución.

<b>Objetivo:</b>	Realizar la presentación de cada institución.
------------------	---



<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	90 minutos / Depende del tamaño del grupo
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, amplificador de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se reúnen en grupo los participantes que vienen de una misma institución para que hagan una presentación de la institución donde laboran y del municipio en el que se encuentra. <b>30 minutos</b></li><li>2. Se solicita dibujar el logo o la imagen que los representa y se pega en la cartelera para que todo el grupo lo visualice. <b>20 minutos</b></li><li>3. Cada representante expone que significa la imagen que representa a su institución, a que se debe su nombre, que distingue a su municipio, ubicación en el mapa dentro de su departamento y alguna experiencia exitosa que puedan contar, que permita un conocimiento de la institución participante. <b>40 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 3: Comprendiendo el SGSSS Sistema de Seguridad Social en Salud, sus agentes, funciones e interrelaciones.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Comprender el SGSSS Sistema de Seguridad Social en Salud, sus agentes, funciones e interrelaciones.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	100 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel bond, un Kit de materiales que contiene tijeras, pegante, marcadores, lápices y papel de colores, amplificador de sonido, micrófono, presentación power point, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se da una introducción del SGSSS y los componentes o agentes que lo integran. <b>20 minutos</b></li><li>2. Con esta introducción, los participantes se organizan por grupos de máximo 6 integrantes. <b>5 minutos</b></li><li>3. A cada grupo se entrega un pliego de papel bond, un Kit de materiales que contiene tijeras, pegante, marcadores, lápices y papel de colores, con lo cual elaborarán una representación del sistema general de seguridad social en salud, con base en la explicación dada por el expositor y la experiencia personal de cada integrante. Paulatinamente se hará la entrega de los diferentes elementos del sistema hasta que completen: <b>35 minutos</b><ol style="list-style-type: none"><li>a. Los Agentes del Sistema en color naranja.</li><li>b. Las Funciones del SGSSS en color verde.</li><li>c. Los Principios del Sistema en color azul.</li><li>d. Los Calificativos del Sistema en color rojo.</li></ol></li><li>4. Cada equipo, deberá construir con los elementos anteriores un esquema del Sistema de Salud Colombiano, los agentes y su jerarquía, la interacción y la articulación entre sus agentes, los calificativos y apreciaciones del Sistema de</li></ol>



	<p>Salud, a partir de una lectura previa, dando el contexto del tema y brindando una visión general de cómo es nuestro Sistema de Salud Colombiano. <b>20 minutos</b></p> <p>5. Luego de esta construcción, cada uno de los participantes se ubicará dentro del esquema de salud trabajado; ubicando el sticker que lo representa y que elaboró en el momento de la presentación. <b>20 minutos</b></p>
<b>Actividad 4: Conocimiento de los procesos y procedimientos de atención.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Identificar el conocimiento de los procesos y procedimientos de atención.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	80 minutos / Depende del tamaño del grupo
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel bond, un Kit de materiales que contiene tijeras, pegante, marcadores, lápices y papel de colores, amplificador de sonido, micrófono, presentación power point, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se hará entrega de unas láminas las cuales describen situaciones clínicas especiales de algunos pacientes. Se entregan 3 casos con situaciones de vulneración (ejemplo: maltrato en la atención, situación que pueden presentarse de acceso y oportunidad, abordaje de género u otro enfoque, interculturalidad). <b>5 minutos</b></li><li>2. De acuerdo con el Sistema de Seguridad Social en Salud construido por los grupos y con el conocimiento de los procedimientos desde el ingreso del paciente a la institución, hasta su rehabilitación, ubicarán el caso de la persona dentro del Sector y describirán de qué manera el sector con sus agentes le brinda la atención que ésta persona necesita y cuáles son los agentes que deben interrelacionarse, articularse, para prestarle la atención requerida. <b>20 minutos</b></li><li>3. Según el caso, se escogen vivencias de rutas con condiciones retadoras para trabajar en la ruta de atención, explicando los procesos y procedimientos que se deben tener en cuenta detalladamente, desde antes del primer contacto con el sistema hasta la superación de los riesgos determinantes que permitan alcanzar su desarrollo integral como persona con bienestar total. <b>10 minutos</b></li><li>4. En plenaria, cada uno de los grupos deberá socializar el producto del trabajo realizado. Debe revisarse al final de la presentación cómo fue el trato humanizado, ¿el grupo indico un nombre para su paciente y familia?, se debe realizar la observación al final, no debe dejar de ver al ser humano. <b>35 minutos</b></li><li>5. Se hará entrega de material de lectura con los temas a tratar en el siguiente módulo, relacionada con el SGSSS, SOGC, PNMC, PDSP, PAIS - MAITE. <b>10 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 5: Reflexión sobre casos clínicos, mortalidad, estadísticas institucionales y regionales.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Reflexionar sobre casos clínicos, mortalidad, estadísticas institucionales y regionales.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.



<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	50 minutos.
<b>Recursos:</b>	Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se realiza una presentación de las estadísticas de casos de mortalidad, relacionadas con las temáticas priorizadas a trabajar, para hacer un análisis reflexivo de los pacientes que murieron y que pudieron ser evitados. <b>30 minutos</b></li><li>2. Finalizar con retroalimentación y/o evaluación de la jornada. <b>20 minutos</b></li></ol>

### MÓDULO 1: CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO DEL SISTEMA DE SALUD

**Objetivo:** Conocer, reconocer y correlacionar los principales elementos del Sistema General de Seguridad Social SGSS, el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad SOGC, del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 20216-2021, la Política de Atención Integral PAIS y el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE, para orientar la gestión del sector a la humanización.

**Taller 2.** Conociendo los lineamientos que aborda la humanización en salud.

**Pregunta Orientadora del Módulo:** ¿Conocemos los lineamientos que aborda la humanización para mejorar nuestro sistema de salud?.

#### Contenido

El taller presenta 5 actividades: 1. Presentación e Integración del grupo de participantes; 2. Contextualización del tema tratado en el taller anterior para actualizar a quienes no pudieron participar; 3. Comprensión integral de realidades; 4. Presentación del marco general de lineamientos para el abordaje de la humanización en salud; y 5. Comprender los elementos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP.

#### Justificación

Uno de los hallazgos de la red colaborativa, a través de los diferentes talleres, evidencia por parte de los participantes, el desconocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y de los lineamientos generales de las políticas en salud que actualmente rigen el sistema de salud Colombiano, y que abordan la humanización como el sustento de una atención con calidad y calidez, tanto para el usuario del sistema de salud, como para las personas que trabajan en el ámbito de la salud. El conocimiento de las políticas públicas determina nuestra calidad de vida, son acuerdos y códigos que le dan forma a cada uno de los aspectos de nuestras vidas, por lo que es importante conocerlas y entenderlas.

Los múltiples problemas por los cuales atraviesa el sector salud, como fragmentación, desintegración de la atención, baja resolutiveidad, alta carga de enfermedad, incentivos negativos entre los agentes, falla regulatoria, aumento de la inequidad, corrupción, maltrato al usuario y al trabajador de salud, desorden administrativo, modelo de prestación de servicios de salud deshumanizado, morbi céntrico y centrado en los actores, ha generado el desarrollo políticas que aborden la salud de manera integral.

Surge entonces el SOGCS, PDSP, Ley Estatutaria de Salud, PAIS, MAITE, PNMC, como la alternativa para la solución de dichos problemas, retomando estrategias como la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo, y el enfoque



diferencial, con lo cual se pretende lograr la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública a través de procesos de gestión social y política intersectorial, pretendiendo garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad, por medio de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales dirigidos a coordinar las acciones e intervenciones.

El desconocimiento y la no comprensión de éstas políticas establece una gran barrera en nuestro actuar y la tendencia a seguir con el fraccionamiento y con las dificultades para dar soluciones a los problemas del sector.

Con este taller se busca fortalecer el concepto de que éstas normas son una expresión concreta de una política pública de Estado, que reconoce la salud como un derecho humano interdependiente, con dimensión central del desarrollo humano, y empoderar a las personas con una herramienta de integración e interacción, de acuerdo a sus conocimientos, presentación y análisis de lecturas previamente entregadas, puedan interactuar y discutir la interrelación entre los agentes o componentes del sistema de salud y sus objetivos a alcanzar.

### Propósito

Dar a conocer a los participantes los lineamientos generales de la política que contextualiza la humanización, logrando en principio la integración de los participantes, en un medio confiable que pueda generar reflexiones, análisis y comprensión de las políticas actuales que centran su fin en el bienestar de la persona y en la equidad.

### Conceptos Generales

1. Protección Social como un derecho humano
2. Seguridad Social
3. Concepto de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
4. Concepto de Plan Decenal de Salud Pública -PDSP-
5. Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud - Derecho fundamental en salud
6. Política de Atención Integral en Salud PAIS
7. Modelo de Atención Integral Territorial MAITE
8. Plan Nacional de Mejoramiento para la Calidad PNMC.

### Entregables

1. Registro de asistencia y registro fotográfico.
2. Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud impresa.
3. Cartelera con los rompecabezas de las componentes del SOGC, PDSP, PAIS y MAITE, armados.
4. Origami come galletas personales con el PNMC.
5. Memoria individual y colectiva – Agenda de logros y saber creado, utilizando recursos de tecnología al alcance de todos los participantes (origami, whats up, fotos que se debe imprimir para alimentar la agenda etc.

### Actividad 1: Presentación e Integración del grupo de participantes.

<b>Objetivo:</b>	Realizar la presentación e integración del grupo de participantes del nodo territorial.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará



	y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	30 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, amplificador de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Saludo inicial, presentación facilitadores. <b>5 minutos</b></li><li>2. Se da la bienvenida al segundo taller, se entregan las escarapelas y se procede a pasar el listado para que los participantes se registren, nuevamente se hace presentación de los participantes, dando su nombre, función y de donde vienen, reforzando el conocimiento del grupo de trabajo. <b>25 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 2: Contextualización del tema tratado en el taller anterior para actualizar a quienes no pudieron participar.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Realizar una contextualización del tema tratado en el taller anterior para actualizar a quienes no pudieron participar.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo
<b>Tiempo:</b>	40 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se hace una contextualización de los temas tratados, nuevamente se habla del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se hace la recapitulación de la sesión anterior, se refuerza los conceptos del sistema de salud colombiano, como está organizado y se dan las pautas generales del objetivo del nodo y el propósito final del trabajo colaborativo. <b>40 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 3: Comprensión integral de realidades.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Comprender y reflexionar integralmente de realidades en el marco de la humanización.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	60 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se realiza una presentación de algunos casos que se pueda resaltar de cada institución dándole un enfoque integral y reflexivo (colocando rostros de manera general) con relación a eventos adversos prevenibles, complicaciones no solo desde el contexto familiar, sino para la comunidad y la sociedad o situaciones relevantes que favorezca a la actividad planteada. <b>60 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 4: Presentación del marco general de lineamientos para el abordaje de la</b>	



humanización en salud.	
<b>Objetivo:</b>	Realizar presentación del marco general de lineamientos en el abordaje de la humanización.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	60 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	1. Por parte del organizador, se socializa y explica la importancia de los lineamientos para el abordaje de la humanización, los cuales corresponden a el SOGC, Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), PAÍS y su marco operativo MAITE como respuesta a lo ordenado en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la importancia de los lineamientos de calidad del Plan Nacional del Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). <b>60 minutos</b>
Actividad 5: Comprender los elementos de los lineamientos para el abordaje de la humanización.	
<b>Objetivo:</b>	Identificar y comprender los elementos de los lineamientos para el abordaje de la humanización.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	100 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono. Pliegos de papel periódico o kraft, fichas de cartulina, marcadores, cinta de enmascarar. CAJA DE HERRAMIENTAS: fichas para ser elaboradas en diferentes materiales, con los componentes del SOGC, Plan Decenal de Salud pública -PDSP, PAIS, Modelo Atención Integral Territorial -MAITE, Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad PNMC. Plotter de Estructura del MIAS, PDSP. Papel prediseñado para origami en estrellita con la PNMC. Fichas de construcción de cada componente de SOGC, PDSP, PAIS, MAITE y PNMC.
<b>Acciones:</b>	1. En plenaria, los participantes comentarán y extraerán las ideas principales de las lecturas previas que se dejaron de tarea en la primera sesión y la remembranza de los temas de política institucional. <b>10 minutos</b> 2. Se organizan 6 grupos. Cada grupo deberá armar un rompecabezas con los elementos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, entendiendo y analizando el porqué de cada uno de sus componentes y asegurándose que cada participante lo entienda. Para lo cual se hará entrega del esqueleto del PDSP (pre-editado) y las fichas en las que se encuentran: <b>30 minutos</b> a) Las Metas



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcanzar la Equidad</li> <li>• Afectar positivamente los determinantes sociales de salud</li> <li>• Mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida.</li> </ul> <p>b) Los Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud</li> <li>• Mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes</li> <li>• Mantener cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable.</li> </ul> <p>c) Las Dimensiones prioritarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud ambiental</li> <li>• Sexualidad derechos sexuales y reproductivos</li> <li>• Seguridad alimentaria y nutricional</li> <li>• Convivencia social y salud mental</li> <li>• Vida saludable y enfermedades transmisibles</li> <li>• Vida saludable y condiciones no transmisibles</li> <li>• Salud Pública en emergencia y desastres</li> <li>• Salud en el entorno Laboral.</li> </ul> <p>d) Las líneas operativas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la salud</li> <li>• Gestión del Riesgo en Salud</li> <li>• Gestión de la Salud Pública</li> </ul> <p>e) Las dimensiones transversales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión diferencial de poblaciones vulnerables</li> <li>• Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la Salud.</li> </ul> <p>f) Los retos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidad en la salud</li> </ul> <p>3. Cada grupo expondrá el trabajo realizado y explicará el PDSP. <b>40 minutos</b></p> <p>4. Finalizar con retroalimentación y/o evaluación de la jornada. <b>20 minutos</b></p>
--	---

## MÓDULO 2: SENSIBILIZACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN EN PRÁCTICAS HUMANIZANTES Y DESHUMANIZANTES

**Objetivo:** Identificar las prácticas que "o "humanizan" o "deshumanizan la atención/ prestación del servicio público esencial de salud en diferentes momentos del continuo de la atención/prestación de los riesgos y rutas priorizados.

**Taller 3.** Prácticas humanizantes y deshumanizantes.

**Pregunta Orientadora del Módulo:** ¿Conocemos cuáles son las prácticas humanizantes y Deshumanizantes de nuestros servicios de salud e instituciones?.

### Contenido

El taller presenta 5 actividades: 1. Sensibilizarse con las prácticas y descubrir cuales son deshumanizantes y cuales humanizantes; 2. Descubrir prácticas deshumanizantes y humanizantes en cada momento de atención; 3. Consolidación de prácticas deshumanizantes y humanizantes en cada momento; 4. Calificación ponderal de las prácticas consolidadas por momento de atención; y 5. Reconociendo los determinantes.

### Justificación

A través de la experiencia en la red colaborativa y la experiencia piloto, se reconoce la importancia



en primer lugar de trabajar con el reconocimiento de las prácticas humanizantes y deshumanizantes, antes de enfatizar en la conceptualización o de encontrar la definición de humanización.

Con el propósito de sensibilizar a los participantes y de generar un acercamiento y familiarización con el tema, conociendo que la totalidad de los participantes o sus familiares han vivido alguna experiencia en salud y por tanto son capaces de reconocer que situaciones son “humanizantes” o deshumanizantes”, se inicia el taller dando respuesta a las preguntas ¿Cómo reconocemos prácticas humanizantes /deshumanizantes en alguna atención que nos han brindado o alguna experiencia de un familiar cercano e incluso un usuario del sistema de salud que los haya impactado?.

El trabajo de identificación de las prácticas humanizantes y deshumanizantes, construye en colectivo, y a medida que se den los intercambios, mutuos aprendizajes y cualificaciones, en diferentes escenarios, diversas situaciones y algunas singularidades, que dan robustez y van enriquecen los aportes, generando la combinatoria apropiada de acciones específicas que permitan afrontar la complejidad de situaciones que atraviesa la humanidad en la atención en salud, siendo base indispensable para lograr el bienestar del ser humano.

Se pretende en este momento que las personas participantes y representantes de instituciones reconozcan e identifiquen de acuerdo al rol que desempeñen, con claridad las prácticas que “deshumanizan” y “humanizan” la atención/ prestación hacia dentro (cuidado de los profesionales y los equipos de trabajo) y hacia afuera (cuidado de los otros, usuarios, proveedores), del servicio público esencial de salud en los diferentes ámbitos, identificando las causas que conllevan a que estas prácticas se presenten, abordando el análisis, la reflexión y den a la atención un reconocimiento por parte de las personas frente a la atención, calificada de acuerdo a las prácticas que se utilizaron para generar ese impacto.

Las respuestas, más que definiciones abstractas y retóricas, nos permiten explorar momentos y circunstancias que señalan y/o inician actuaciones frente a situaciones consideradas y reconocidas o vividas con las características que cada actor o agente involucrado concibe y denomina como “algo que humaniza o deshumaniza”: un trato, un encuentro, un acto, un gesto, una norma, una disposición, una exigencia, etc.

### **Propósito**

Lograr que los participantes socialicen las experiencias vividas y reflexionen, reconociéndonos como seres humanos, con capacidades de crear, identificar y analizar, las praxis humanizantes y deshumanizantes que se realizan en los servicios de salud y en sus entidades, sus causas profundas y las clasifiquen en determinantes.

### **Conceptos Generales**

1. Prácticas humanizantes.
2. Prácticas deshumanizantes.
3. Experiencias vividas y determinantes.
4. Matriz de valoración de determinantes.

### **Entregables**

1. Comprensión integral de realidad con elementos: vivencia individual, familiar comunitaria e integración información disponible y brechas.
2. Realizar un video con las prácticas identificadas de los pacientes, familia, personal de la salud y entidades.

**Actividad 1: Sensibilizarse con las prácticas y descubrir cuales son deshumanizantes y cuales humanizantes.**



<b>Objetivo:</b>	Sensibilizar con las prácticas y descubrir cuales son deshumanizantes y cuales humanizantes.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	120 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, amplificador de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Saludo inicial, presentación facilitadores. <b>5 minutos</b></li><li>2. Se contextualiza a los participantes de lo aprendido en la sesión anterior, nuevamente se presentan los participantes, se explica la metodología de trabajo. <b>15 minutos</b></li><li>3. Se enumeran los participantes con los números 1 y 2, se forman en parejas de trabajo, y se inicia con la actividad. <b>5 minutos</b></li><li>4. De manera conjunta entre las parejas, los participantes cuentan una historia o una experiencia en la atención en salud, ya sea personal, de un familiar o de acuerdo al rol que desempeñe, en este sentido, el participante que escucha, escribe el relato y se sensibiliza con las prácticas humanizantes y deshumanizantes de la experiencia narrada por cada uno, enumerándola y enlistándola en una hoja de papel. <b>20 minutos</b></li><li>5. La actividad termina socializando por grupos la experiencia y que le impactó de este ejercicio, haciendo énfasis en las prácticas identificadas. <b>60 minutos</b></li><li>6. Se concluye, con la inferencia de los participantes de que pueden reconocer las prácticas humanizadas en nuestro sistema de salud y las prácticas deshumanizadas sin necesidad de tener una capacitación específica en el tema, y sin conocimiento de la definición de humanización. Dentro de los ejercicios que se realizan se trabaja, escucha, confianza, empatía, entre otras. <b>15 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 2: Descubramos prácticas deshumanizantes y humanizantes en cada momento de atención.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Determinar prácticas deshumanizantes y humanizantes en cada momento de atención.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	130 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono. matriz combinatoria causas de determinantes, Pliegos de papel periódico o kraft, papel, marcadores, cinta de enmascarar.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Los participantes se enumeran del 1 al 6, se organizan los grupos por cada número, preferiblemente que sean multidisciplinarios. <b>2 minutos</b></li><li>2. Se elige un líder quien será el encargado de coordinar el trabajo del grupo, ser el moderador, estar pendiente del registro de la matriz y represente al grupo</li></ol>



	<p>para exponer los resultados. <b>2 minutos</b></p> <p>3. Se distribuyen los temas a trabajar por ejemplo en ginecología se distribuye el trabajo por etapas de atención, hacia dentro (cuidado de los profesionales y los equipos de trabajo) y hacia afuera (cuidado de los otros, usuarios, proveedores). <b>2 minutos</b></p> <p>4. Se inicia a trabajar con los momentos de atención correspondiente o la fase de atención, teniendo en cuenta el rol que desempeña, analizando y reflexionando cuales son las prácticas humanizantes y deshumanizantes que se presentan en estos servicios y específicamente en éste momento de atención, así mismo, así mismo, desde el rol que desempeñan, que aporte para que una situación sea humanizante o deshumanizante y se registran en una matriz de consolidación (ver matriz consolidación No. 1). <b>2 minutos</b></p> <p>5. Ya priorizado el tema a trabajar (desde la planeación del nodo), en nuestro ejemplo se inicia con la atención materna perinatal y sus ocho ciclos o etapas de atención, de la siguiente manera: <b>2 minutos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Preconcepcional.</li> <li>• Atención en el Control Prenatal.</li> <li>• Atención del Parto y nacimiento.</li> <li>• Atención del Recién nacido y Lactancia.</li> <li>• Atención durante el Puerperio.</li> <li>• Referencia y Contrarreferencia.</li> <li>• Manejo del duelo.</li> <li>• Servicio de UCI en neonatos.</li> </ul> <p>6. Se inicia trabajando en cada grupo el mismo servicio, iniciando ordenadamente, con la primera de las etapas de la Atención materna perinatal. <b>20 minutos</b></p> <p>7. Por cada grupo, se analizan los servicios identificando las prácticas humanizantes y las deshumanizantes según el rol que desempeñan, la experiencia vivida en sus sitios de trabajo o personales, se describe las prácticas humanizantes en papel blanco y las deshumanizantes en papel de otro color para ir registrándose en nuestra matriz que se elabora en una pared visible ante todos para ir posteriormente consolidando los conceptos. <b>100 minutos.</b></p>
<b>Actividad 3: Consolidación de prácticas deshumanizantes y humanizantes en cada momento.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Consolidar prácticas deshumanizantes y humanizantes en cada momento.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	70 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono. stickers de colores dorado (califica el determinante de mayor valor dado por los participantes en consenso), azul (califica el determinante de valor intermedio), naranja (califica el de menor valor), cartulina de 10cm por 5 cm, de color blanco para registrar en ellos las prácticas humanizantes y de color rojo ara registrar en ellos las prácticas deshumanizantes.
<b>Acciones:</b>	1. Se consolidan en cada momento de atención las prácticas humanizantes y deshumanizantes, registrándose en la matriz de consolidación Nro. 2. <b>20 minutos</b>



	2. Una vez se tengan los resultados por grupos, cada grupo según el número asignado toma un servicio y consolida las prácticas que desarrolladas en la plenaria completa, posteriormente, se listan por columna, como se muestra en la matriz Nro. 2. <b>50 minutos</b>
<b>Actividad 4: Calificación ponderal de las prácticas consolidadas por momento de atención.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Ponderar las prácticas consolidadas por momento de atención.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo
<b>Tiempo:</b>	70 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación Power Point, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Con la lista de las prácticas seleccionadas, se trabaja en grupo calificando las prácticas humanizadas más deseables y las prácticas deshumanizadas más críticas tienen para el grupo, en un servicio específico, y se discute el porqué, el líder pasa a socializar este análisis grupal. 30 minutos</li><li>2. El líder del grupo pasa a socializar este análisis realizado. 40 minutos</li></ol>
<b>Actividad 5: Reconociendo los determinantes.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Reconocer los determinantes causales de las prácticas sean estas humanizantes o deshumanizantes.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	130 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación Power Point, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Una vez se tengan las prácticas consolidadas por grupos, se inicia a trabajar con los mismos grupos detectando los determinantes causales de esas prácticas sean estas humanizantes o deshumanizantes de cada servicio y se consigna en la matriz No 3. <b>110 minutos</b></li><li>2. Finalizar con retroalimentación y/o evaluación de la jornada. <b>20 minutos</b></li></ol>
<b>MÓDULO 3: ENCONTRANDO LAS CAUSAS PROFUNDAS DE LAS PRÁCTICAS HUMANIZANTES Y DESHUMANIZANTES</b>	
<b>Objetivo:</b> Identificar las causas raíz que conllevan a realizar prácticas humanizantes y deshumanizantes de los roles que desempeñamos, de nuestros servicios de salud e instituciones.	
<b>Taller 4.</b> Causas de los determinantes	
<b>Pregunta Orientadora del Módulo:</b> ¿Conocemos cuáles son las causas raíz que conllevan a realizar prácticas humanizantes y deshumanizantes de los roles que desempeñamos, de nuestros	



servicios de salud e instituciones?.

### Contenido

El taller presenta 5 actividades: 1. Contextualización a los participantes de lo aprendido en las sesiones anteriores; 2. Integración y priorización de determinantes generales; 3. Selección de los determinantes priorizados; 4. Matriz combinatoria causas de causas; y 5. Preparación taller de contextualización..

### Justificación

Una vez identificadas las prácticas humanizantes y deshumanizantes en nuestros servicios o instituciones, y sus probables determinantes, se requiere analizar qué conlleva, qué causa la presentación de estos determinantes, encontrar la causa raíz de acuerdo al conocimiento y a los saberes de los participantes, siendo éstos trabajadores de diferentes ramas de la salud y otras relacionadas, procurando encontrar las causas más profundas.

Con éste taller, se pretende establecer si el tema de la Humanización / Deshumanización de la gestión del riesgo, las políticas, los procesos y resultados de atención en salud constituyen un asunto que perturba el funcionamiento habitual del sistema de salud y conduce hacia propuestas de cambio, y si es así, a qué nivel se llevan a cabo esos cambios y qué características tienen o tendrían.

Este cuestionamiento, se conecta con la exploración en torno a las formas y umbrales de SENSIBILIDAD con los cuales se reconoce y se actúa frente a situaciones relacionadas con “deshumanización” o “humanización” y a la apuesta que cada quien plantea y desarrolla.

Los insumos de estos dos últimos talleres serán las bases fundamentales para iniciar a trabajar en incidir positivamente en nuestros lugares de trabajo en donde interactuemos con personal de salud y pacientes para desarrollar, proponer y fortalecer iniciativas de cambio y conductas conducentes a generar política institucional humanizada.

Con los talleres anteriores y ya reconocidos los determinantes, se quiere que en grupo se analicen y se trabaje en explicar las causas de los 5 principales determinantes en el contexto micro o local, meso o departamental, macro o nacional.

### Propósito

Lograr que los participantes encuentren las causas de causas de las prácticas humanizantes y las no humanizantes de acuerdo al contexto micro o local, meso o departamental, macro o nacional.

### Conceptos Generales

1. Determinantes en salud.

### Entregables

1. Registros de asistencia y fotográfico.
2. Matriz combinatoria de causas de causas de determinantes.

### Actividad 1: Contextualización a los participantes de lo aprendido en las sesiones anteriores.

#### Objetivo:

Contextualizar a los participantes, de lo aprendido en las sesiones anteriores y hacer una síntesis en la identificación de las prácticas humanizantes y deshumanizantes.



<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	60 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, amplificador de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Saludo inicial, presentación facilitadores. <b>5 minutos</b></li><li>2. Se contextualiza a los participantes lo aprendido en las sesiones anteriores, se solicita a los participantes que hagan una síntesis de lo trabajado en el taller anterior, relacionado a identificar las prácticas humanizantes y deshumanizantes. <b>55 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 2: Integración y priorización de determinantes generales.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Integrar y priorizar en determinantes generales.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	80 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se forman los grupos de trabajo enumerados de 1 a 6, multidisciplinarios y se elige un líder, donde se va realizando un trabajo de familiarización e integración de los participantes. La actividad inicia con el análisis de todos los determinantes identificados. <b>20 minutos</b></li><li>2. Con la lista de los determinantes, se realiza en grupo la integración de los determinantes comunes y seleccionados por el mismo, posteriormente, se realiza la actividad de marcar los determinantes con tres stickers de diferentes colores, dorado verde y rojo, de acuerdo a la prioridad que establezca el grupo con cada determinante, siendo los de mayor valor o importancia en un servicio, el dorado, seguido por el verde y los de menor valor el rojo. Priorizados los determinantes, se pasa en plenaria a explicar por qué se realizó esta priorización. <b>60 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 3: Selección de los determinantes priorizados.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Seleccionar los determinantes priorizados.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	60 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono. Matriz combinatoria causas de causas de



	determinantes, hojas de block con los nombres de los determinantes, hojas de papel para elaborar la matriz con los componentes micro, meso, macro, deshumanizantes y humanizantes, Pliegos de papel periódico o kraft, papel, marcadores, cinta de enmascarar.
<b>Acciones:</b>	1. Una vez priorizados los determinantes con los sticker de colores correspondientes, se establece por el grupo a calificar los determinantes, dándoles una escala de calificación o un valor subjetivo de 1 a 5, siendo 1 la de menor valor y 5 la de mayor valor, así mismo, se consolidan en la matriz que previamente estaban identificadas con los stickers de colores. Se procede a seleccionar los determinantes priorizados con la sumatoria de los puntajes dados por los participantes, se reclasifican los 5 primeros determinantes, siendo el 1 la de mayor resultado y 5 el de menor resultado, se finaliza con la priorización de los 5 primeros determinantes generales. <b>60 minutos</b>
<b>Actividad 4: Matriz combinatoria causas de causas.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Construir la matriz combinatoria causas de causas.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	150 minutos.
<b>Recursos:</b>	Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Una vez priorizados los 5 primeros determinantes, se distribuyen por grupos de trabajo, entregándoles un determinante por grupo y los componentes para construir la matriz combinatoria de causas de causas, haciéndolos visibles a todos en la pared, con los insumos que se entregaron al comienzo (papel y marcadores), que contienen las características de análisis a nivel (micro o local, meso o departamental y macro o nacional). <b>10 minutos</b></li><li>2. Se inicia el análisis de cada uno de los determinantes, los aportes se describen en la cartelera, listado desde lo humanizante y lo no humanizante. <b>40 minutos</b></li><li>3. Al término del tiempo, pasa el siguiente grupo para analizar el determinante del otro grupo y así sucesivamente, todos los grupos deben pasar a analizar el mismo determinante y deben consignar los aportes en la cartelera. <b>40 minutos</b></li><li>4. Se termina la sesión con el consolidado general por los grupos por determinante. <b>60 minutos</b></li></ol> <p>Nota: Se caracteriza, teniendo en cuenta la clasificación por origen de determinante, ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oferta de servicios.</li><li>• Prestación de servicios.</li><li>• Accesibilidad.</li><li>• Calidad.</li></ul>
<b>Actividad 5: Preparación taller de contextualización.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Entregar a los participantes documentos para trabajar en el taller de contextualización.



<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	60 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación Power Point, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<p>5. Se explica la metodología de trabajo del próximo taller que corresponde a Contextualización, se entregan a los participantes por vía correo electrónico, lecturas sobre temas de humanización como humanismo, ética y bioética, derechos humanos, etc., con el fin de leer con tiempo, reflexionar, hacer propuestas de trabajo y síntesis de la información, para socializar en plenaria. <b>50 minutos.</b></p> <p>6. Finalizar con retroalimentación y/o evaluación de la jornada. <b>10 minutos.</b></p>
<b>MÓDULO 4: CONTEXTUALIZACIÓN HUMANIZACIÓN</b>	
<b>Objetivo:</b> Llevar a cabo un ejercicio de conceptualización y visualización desde diferentes enfoques y referentes que permitan sustentar un proceso de humanización en salud.	
<b>Taller 5.</b> Contextualización y Conceptualización en Humanización.	
<b>Pregunta Orientadora del Módulo:</b> ¿Qué se entiende por humanización?, ¿Cómo se gestiona la humanización?.	
<b>Contenido</b>  El taller presenta 5 actividades: 1. Bienvenida y contextualización; 2. Presentación ética general; 3. Socialización de temáticas; y 4. Presentación RIAS.	
<b>Justificación</b>  En la realización de éste taller se pretende que los participantes adquieran un conocimiento conceptual inductivo, intuitivo a través de la lectura de varios textos donde se aborda la humanización, soportado por charlas presenciales, de ética, bioética, derechos humanos, etc, en la cual, se revisan diferentes enfoques conceptuales que cada institución tomará de base para desarrollar su propia historia, conceptos, cultura y necesidades, con lo cual decide qué acciones pueden impactar en su institución.  Es factible, después de un ejercicio de especificación de metas, de lecturas y de reflexión, situarnos en un proceso constante y siempre inacabado de reflexión personal y colectiva sobre lo que hasta el presente han sido nuestras formas y contenidos, interiorizados desde la cultura, con base en los cuales nos relacionamos con nuestros pares de la especie humana, cualesquiera sean los roles que ellos representen, tales como hombre, mujer, niño, viejo, madre, padre, educador, educando, familia, pobre, rico, etc. Identificar los valores, actitudes y creencias que la cultura nos ofrece con respecto a lo deseable o al ideal de SER HUMANO, a la luz de tales procesos nos obliga a cuestionarnos sobre las formas aprendidas de ser y estar en relación con los demás en términos de equidad, igualdad y convivencia o en términos de exclusión, dominación, in equidad, irrespeto, injusticia, desamor o violencia, para reconocer las concepciones de humanización, sin necesidad de inquirir directamente por una definición aislada y descontextualizada de “qué es humanizar o deshumanizar”.	



Darnos cuenta desde dónde nos paramos conceptual y filosóficamente frente a lo que ha de ser el sentido de un proceso de humanización al interior del Sistema de Salud nos ha demandado el desarrollo de una actitud de asombro, de reconocimiento, de valoración, de respeto, de mentalidad abierta y de pensamiento crítico ante lo que son las diferentes fuentes de criterio que nos ofrecen diferentes enfoques y corrientes de pensamiento.

Variadas han sido las fuentes de pensamiento que se han regocijado con la exposición y sustentación de los marcos conceptuales, principios y evidencias científicas que les han servido de plataforma para comprender y actuar en el mundo de la salud con la seguridad de estar en un camino cierto de humanización, tanto en la teoría como en la práctica.

Ha sido de vital importancia el mantener como una constante la reflexión, la comprensión integral y la argumentación que emana de asumir la salud como derecho fundamental, lo cual nos ubica conceptual, filosófica, política y operativamente, por encima de cualquier tipo de intereses que no sean los del bien común.

Como parte integral de este proceso, entre muchos otros temas es importante que se expongan conceptos sobre:

- Logoterapia.
- Los Camilianos.
- La Bioética.
- La ética general.
- Los Derechos humanos.
- La Musicoterapia.
- El actuar con el Habitante de Calle.
- La Neurociencia.
- El yoga.
- El plan Cigüeña.
- La Interrupción Voluntaria del embarazo.
- La Visión Espiritual de la atención y en general temas que dependiendo del área temática a abordar se escoge o se selecciona.

Es clave posicionar como una constante, la renovación, la creación y el fortalecimiento de los fundamentos conceptuales y filosóficos, que se dan, entre otros, en relación con las concepciones de HUMANO (en tanto integrante de nuestra especie y expresión planetaria), de salud, de educación, de pedagogía, de formación y autoformación, de comunidad saludable y de humanización, mediante un continuo proceso de reflexión-acción.

Cuando ya se tiene un concepto de qué es la humanización, se pretende, llevar a la práctica, acciones humanizantes en nuestros trabajos, en nuestras instituciones, en nuestros hogares, en nuestro propio actuar que nos motiven a dar ternura, cambiar nuestros hábitos, tratar mejor a otros, dar amor a las demás personas con nuestro trato y alcanzar reciprocidad, logrando en general, un auto bienestar, familiar y comunitario.

Para lograr entender que nos causa aquellos determinantes que conllevan a prácticas humanizantes o deshumanizantes, es necesario además de conceptos y pensamientos filosóficos, conocer el contexto de las Rutas Integrales de Atención en salud, como una importante herramienta de ejecución de acciones que conllevan al logro de la satisfacción de las personas y su bienestar, las dos rutas transversales como: Ruta de Promoción y Mantenimiento y la Ruta Materno Perinatal, su comprensión, coordinación y articulación entre actores, la referenciación de contenidos y lineamientos que aproximan los elementos de la humanización.

Es necesario comprender, las funciones y competencias de los actores y el qué hacer en cada momento de valor, según el requerimiento individual o colectiva, "un sistema de salud en servicio de la gente", que implica una necesidad de humanizar los procesos que al interior de la atención integral



de cada uno de los componentes del modelo PAÍS, tiene y se correlacionan entre sí

### Propósito

Permitir que los participantes, lleven a cabo un ejercicio de conceptualización y visualización desde diferentes enfoques y referentes que permitan sustentar un proceso de humanización del sistema de salud, y de formación del talento humano.

Adicionalmente que los participantes reconozcan las pautas generales los contenidos técnicos y operativos de las rutas transversales de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el contexto del MIAS, con el fin de promover su comprensión y facilitar su implementación correlacionadas con los hallazgos de las causas de los determinantes de las prácticas humanizantes y deshumanizantes.

### Conceptos Generales

#### 1. Los diferentes enfoques

- Ética y Bioética
- Los valores
- Los derechos humanos, sociales, protección social, laborales, de salud sexual y reproductiva
- Las estrategias de salud materna y perinatal- locales- nacionales- mundiales
- Concepto de Violencia Obstétrica
- Las recomendaciones de la OMS
- La circular 16 del MSPS
- Las normas de protección a las mujeres y los niños

#### 2. Los insumos de todos los talleres

- Prácticas humanizantes / deshumanizantes
- Consolidación de prácticas por momento de la atención materna y perinatal
- Determinantes de las prácticas
- Priorización de los determinantes
- Las causas de los determinantes (micro-meso-macro)
- Los valores
- Las experticias significativas presentadas

#### 3. Conceptos de RIAS, rutas transversales.

#### 4. Documentos para entrega por vía web y entregables a los participantes:

- Qué son los Derechos Humanos: Declaración Universal de los derechos Humanos.
- Convención sobre los Derechos del niño.
- Juramento Hipocrático - Ginebra.
- Ley 23 de 1961, Ética Médica.
- Carta de Identidad y principios profesión médica latino iberoamericana.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
- Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015.
- Jose Carlos Bermejo: ¿y a ti quien te cuida?
- Recomendaciones de la OMS- FORTALEZA.
- La conferencia Fortaleza 2002.
- Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural- UNESCO.
- UNESCO Bioética.
- Concepto de Desarrollo Humano.
- CEPAL- otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar.
- Política Nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.
- Plan de parto y nacimiento sistema sanitario público de Andalucía.
- Responsabilidad social corporativa en el marco del desarrollo sostenible-CEPAL- 2003.



- Para adulto mayor: Ley 1850 del 2017 y Boletín de envejecimiento y derechos de personas mayores en América Latina y del Caribe.

### Entregables

1. Registros de asistencia y fotográfico.
2. Informe y memorias de la actividad.

### Actividad 1: Contextualización a los participantes de lo aprendido en las sesiones anteriores.

<b>Objetivo:</b>	Contextualizar a los participantes, de lo aprendido en las sesiones anteriores.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	30 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, amplificador de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Saludo inicial, presentación facilitadores. <b>5 minutos</b></li><li>2. Se contextualiza a los participantes lo aprendido en las sesiones anteriores. <b>25 minutos</b></li></ol>

### Actividad 2: Presentación ética general.

<b>Objetivo:</b>	Realizar presentación ética general.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	80 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exposición magistral presentación ética general. <b>60 minutos</b></li><li>2. Preguntas por parte del grupo. <b>20 minutos</b></li></ol>

### Actividad 3: Socialización de temáticas.

<b>Objetivo:</b>	Realizar la socialización de temáticas.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	120 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.



<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se inicia la actividad preguntando qué lecturas realizaron y la comprensión de las lecturas, se pasa al frente los voluntarios, quienes, por tema exponen lo comprendido, se inicia por los derechos humanos y se continúa por cada temática priorizada. <b>40 minutos</b></li> <li>2. El coordinador del taller debe hacer una recapitulación de lo conceptuado, se recalca la importancia que tienen los derechos humanos, el ser humano como ser racional, la dignidad, el respeto, la importancia que tiene el talento humano en la atención en salud, el servicio público y se concluye con el derecho fundamental de la salud. <b>20 minutos</b></li> <li>3. Se distribuyen los temas y documentos por grupos, se realizan las lecturas y se plasman las principales ideas en una cartelera para ser socializadas por el líder del grupo, en plenaria, hasta abarcar todos los temas. <b>60 minutos</b></li> </ol>
<b>Actividad 4: Presentación RIAS.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Realizar la presentación RIAS.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	95 minutos.
<b>Recursos:</b>	Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se realiza la introducción a los temas RIAS y se expone la importancia de su conocimiento y comprensión en el tema de humanización. <b>20 minutos</b></li> <li>2. Presentación de las dos rutas RÍAS transversales y sus generalidades. <b>15 minutos</b></li> <li>3. Reconociendo los resultados en salud de la RPMS y RMP. <b>15 minutos</b></li> <li>4. Intervenciones individuales de la RPMS, Intervenciones colectivas de la RPMS, Intervenciones poblacionales de la RPMS. <b>15 minutos</b></li> <li>5. Acciones de Gestión de la salud pública de la RPMS. <b>15 minutos</b></li> <li>6. Finalizar con retroalimentación y/o evaluación de la jornada. <b>15 minutos</b></li> </ol>
<b>MÓDULO 4: CONTEXTUALIZACIÓN HUMANIZACIÓN</b>	
<p><b>Objetivo:</b> Llevar a cabo un ejercicio de conceptualización y visualización desde diferentes enfoques y referentes que permitan sustentar un proceso de humanización en salud.</p> <p>Establecer los valores que favorezca a generar una promesa de valor que conlleve a que sea una institución humanizada.</p>	
<b>Taller 6. Promesa de Valor.</b>	
<b>Pregunta Orientadora del Módulo:</b> ¿Cuáles son mis valores y los valores institucionales?.	
<p><b>Contenido</b></p> <p>El taller presenta 5 actividades: 1. Mapa de sueños; 2. Presentación bioética; 3. Juego de valores; 4. Coaching en valores; y 5. Cometa promesa de valor.</p>	
<p><b>Justificación</b></p> <p>Podríamos identificar y despertar en las lecturas y charlas, sensibilidades diferenciales que entran</p>	



a modularse mutuamente, teniendo en cuenta los distintos constreñimientos, culturas, necesidades, pensamientos y resultados de acciones humanizantes a través del tiempo, que es necesario reafirmar, como el hecho de que el ser humano, se desenvuelve en un estado permanente de reciprocidad, interdependencia y complementariedad, estrechamente unido a un estado permanente de creación y construcción social de conocimientos, del saber; de sentimientos, emociones, del amor; de realizaciones y productos, del hacer; de escenarios y visiones de futuro, de utopías, del soñar; y de espiritualidad y creencias, del trascender, ya sea en su calidad de sujeto individual, social, de especie o planetario. Son estos estados, entendidos a la vez como procesos, los que le dan el carácter del ser en el mundo y de ser en sí mismo como humano, capaz de interiorizar, proponer, analizar y de crear nuevas posibilidades que hagan de sí mismo, un mejor ser humano.

En respuestas a las preguntas propuestas en los anteriores talleres, como, ¿qué es humanización?, ¿Cuáles son las prácticas humanizantes?, ¿Cuáles son las prácticas no humanizantes?, ¿que nos hace mejores seres humanos?, ¿en qué estamos fallando?, ¿qué podemos hacer para mejorar nuestras prácticas humanizantes?, ¿qué podemos hacer para mejorar la atención en salud y nuestro propio bienestar como trabajadores de salud?, ¿es necesario encontrar el camino hacia una meta concreta bien sea profesional, personal o hasta grupal?. Es por eso que se requiere desarrollar el ejercicio con el mapa de los sueños o deseos o “visión boards”.

A lo largo de nuestra vida, todas las personas, tenemos diferentes anhelos, deseos, objetivos y/o metas que algún día quisiéramos que dejaran de ser un sueño y se hicieran realidad. Para que esto suceda, existe una herramienta muy poderosa que, además de ayudarnos a plasmarlos, nos recuerda la importancia de cumplirlos.

Se trata del mapa de los sueños, una representación gráfica de lo que queremos vivir, lograr y tener, que nos ayuda a fijar el rumbo de la travesía para lograr estos objetivos, a través de un ejercicio muy sencillo. Es una técnica de crecimiento personal, popularizada en el mundo hace aproximadamente 10 años gracias a la escritora Rhonda Byrne y su libro El secreto.

Se trata de construir con imágenes, frases, recortes y todo lo que haya a la mano, en una cartelera, tablero o papel, el camino hacia una meta concreta bien sea profesional, personal o hasta grupal, considera una herramienta muy valiosa en la medida que los seres humanos somos visuales, “para nosotros es mucho más fácil seguir una meta que estamos viendo porque cuando tenemos el estímulo visual químicamente lo que ocurre es que liberamos serotonina, llamada por algunos la hormona del liderazgo.

En desarrollo de lo que somos como permanentes creadores de conocimiento, en cada institución o entidad del Sistema de Salud donde actuamos, hemos venido propiciando el desarrollo de acciones investigativas, evaluativas, de sistematización de información y de caracterización de los grupos humanos sobre sus estados y condiciones atinentes a la salud.

En este sentido, hemos podido constatar a través de un proceso de reflexión-acción, la diversidad de saberes, de conocimientos, fundamentación y argumentación de nuestro quehacer, que es muy importante para desarrollar actividades o propuestas en pro de mejorar nuestras prácticas, nuestros procesos, procedimientos y en general nuestra imagen institucional, brindando no solo un bienestar general, sino logrando un bienestar personal.

El conocer nuestros valores (los cuales nos predisponen a actuar), los valores de otros y aún los valores institucionales, tratando de elegir una serie de valores comunes mediante el diálogo, nos brinda el entender las positivities en las cuales se afirman nuestras certezas y poder decisorio; de nuestras visiones positivas de futuro que nos animan a caminar hacia estados superiores de bienestar y desarrollo integral humano; y de nuestros retos que se derivan de nuestros problemas, dificultades y falencias, como alternativas de solución y transformación en éste proceso de humanización, dándonos cuenta, que somos capaces de generar, con esta propuesta metodológica de creación colectiva, acciones que nos faciliten comprender, hacer, vivir y reflexionar



sobre la salud y el buen trato, como un proceso en la perspectiva de lograr estados superiores de una cultura del buen vivir y, por ende, del bienestar general.

Alrededor de este proceso, cualquier entidad de salud, en estrecha interacción con las respectivas Secretarías de Salud y, en la medida de lo posible, con otras instituciones de salud, públicas y privadas existentes en un territorio, pueden construir participativa y permanentemente un proceso de formación y de autoformación que eleve y profundice los niveles de fundamentación filosófica, conceptual y metodológica de su quehacer en salud como un derecho, iniciando desde la generación de una propuesta de valor que geste una transformación paulatina y permanente que eleve a la humanización como su principio orientador

Se ha elegido para este taller la metodología de Simon Dolan, "El valor de los valores" que mediante un juego, ayuda a identificar sus propios valores, identificar, jerarquizar y alinear valores en un entorno propicio a la reflexión, finalmente elegido los valores personales, se eligen los valores comunes o institucionales siempre manteniendo y respetando los valores individuales, que nos permitirán hacer nuestra propuesta de valor a partir de la cual, se desearía trabajar la estructura organizacional humanizada de nuestras instituciones.

Es necesario enunciar que Simon Dolan catedrático de ESADE procedente de Canada autor de muchos libros de liderazgo y de "Coaching por valores", destaca la importancia que en la actualidad tiene el que cada organización esté guiada desde sus valores más esenciales, siendo al directivo al que corresponde velar por el desarrollo y la consolidación de los valores consensuados de su organización.

El autor habla de la historia de los valores y los describe como predisposiciones de nuestra conducta asociados a creencias y a normas, que si somos capaces de organizar con una lógica coherente para nosotros y los alineamos con nuestros objetivos (personales, familiares, profesionales, etc.) pueden acercarnos a ese estado utópico conocido como el bienestar óptimo.

A la palabra valor (del latín "valere"), se le adscriben tres significados diferentes pero complementarios, que pueden clasificarse en las dimensiones siguientes:

1. Económico-pragmática.
2. Ético-social
3. Emocional-evolutiva

Simon Dolan propone que existen tres conceptos fundamentales que guardan relación con los valores:

I.- Creencias: se pueden considerar como estructuras muy enraizadas del pensamiento que desarrollamos tras años de aprendizaje para explicar y dar sentido a nuestra realidad. Esas estructuras preceden a la formulación de nuestros valores, por lo que en el proceso de coaching por valores hay que tener en cuenta que un cambio en los valores va a exigir antes un cambio en las creencias.

II.- Normas: los valores son esenciales para la formación de las normas o reglas del juego. Nuestros valores nos informan de lo que damos por ético, bueno, válido y deseable y se generan y refuerzan a lo largo de nuestra vida. Se mantienen a nivel individual mientras que las normas tienden a surgir en las interacciones colectivas. las normas son reglas de conducta adoptadas por consenso, mientras que los valores los podemos considerar como criterios para la evaluación, la aceptación o el rechazo de las normas. El incumplimiento de las normas suele incurrir en sanciones externas, mientras que el incumplimiento de los valores provoca sentimientos de culpa o sanciones internas.

III.- Actitudes y comportamientos: se puede definir la actitud como la sensación u opinión de aprobación o desaprobación respecto a algo. El comportamiento es la acción o reacción que se



produce en respuesta a un acontecimiento o estímulo interno (como el pensamiento, por ejemplo). Suele reflejar, aunque no siempre, unas creencias establecidas, valores y actitudes, pero también puede estar influenciado por una serie de factores que van más allá de la actitud como las ideas preconcebidas de uno mismo y los demás, los factores económicos, las influencias sociales o normas, etc.

Por lo tanto, es supremamente importante que después de éste taller cada participante entienda los conceptos, descubra sus valores fundamentales, pueda modificar creencias limitantes y se disponga para proponer un cambio personal e institucional, definiendo o co-creando, una promesa de valor que de imagen, estructura y bases humanizantes a su institución.

Para reforzar ésta actividad, se llevan a cabo visitas de observación a diferentes instituciones y se analizan los criterios o elementos habilitadores que orientaron a éstas organizaciones o instituciones a adoptar modelos de gestión con excelencia.

### **Propósito**

Lograr que los participantes tomen conciencia de sus valores, empezando por descubrir sus sueños, despejarse de creencias limitantes y enfocarse en el cumplimiento de sus metas tanto personales como institucionales.

Lograr que los participantes mejoren sus capacidades de liderazgo que oriente y dirija sus actividades humanizantes, inmersas y orientadas a generar propuestas que sean permanentes y dinámicas en su vida en las áreas laborales o familiares.

### **Conceptos Generales**

1. Los diferentes enfoques
  - Ética y Bioética
  - Los valores
  - Los derechos humanos, sociales, protección social, laborales, de salud sexual y reproductiva
  - Las estrategias de salud materna y perinatal- locales- nacionales- mundiales
  - Concepto de Violencia Obstétrica
  - Las recomendaciones de la OMS
  - La circular 16 del MSPS
  - Las normas de protección a las mujeres y los niños
2. Los insumos de todos los talleres
  - Prácticas humanizantes / deshumanizantes
  - Consolidación de prácticas por momento de la atención materna y perinatal
  - Determinantes de las prácticas
  - Priorización de los determinantes
  - Las causas de los determinantes (micro-meso-macro)
  - Los valores
  - Las experticias significativas presentadas
3. Conceptos de RIAS, rutas transversales.

### **Entregables**

1. Registros de asistencia, registro fotográfico.
2. Memorias del taller.

### **Actividad 1: Mapa de sueños.**



<b>Objetivo:</b>	Elaborar cada participante mapa de sueños.
<b>Facilitador</b>	Líder de la actividad, preferiblemente (coach).
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	145 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, amplificador de sonido, micrófono. Pliegos de papel periódico o kraft, marcadores, revistas, tijeras, cinta de enmascarar. Tablero, borrador.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se contextualiza a los participantes lo aprendido en las sesiones anteriores. <b>15 minutos</b></li><li>2. Se inicia la actividad presentando a la líder de la actividad, preferiblemente (coach), persona entrenada para motivar, se inicia la actividad con las palabras introductorias y el propósito de la actividad. <b>5 minutos</b></li><li>3. Liberando creencias que me limitan: Se inicia con la actividad de relajación grupal en el cual el coach realizará un trabajo de liberación, que permita liberarse de creencias, limitaciones o impedimento que se tengan para el logro de las metas de cada participante. <b>20 minutos</b></li><li>4. Visualización creativa- Inicia la elaboración del mapa de sueños de cada persona, en un octavo de cartulina, utilizando la imagen que identifica al participante, sea fotografía, imágenes de revistas figuras o palabra, útiles para crear los sueños, al finalizar todos los integrantes tendrán sus mapas de sueños visibles, que serán socializados en plenaria. <b>80 minutos</b></li><li>5. Ritual de Prosperidad: Al terminar se realiza un ritual de prosperidad, invocando la Abundancia que merecemos, o haciendo una oración en agradecimiento por estar vivos y tener la oportunidad de fijarnos metas, las cuales serán plasmadas en objetivos y así alcanzar nuestros sueños. <b>20 minutos</b></li><li>6. Registro fotográfico, se toma la foto grupal con el mapa de sueños. <b>5 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 2: Presentación bioética.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Realizar presentación bioética.
<b>Facilitador</b>	Experto en Bioética.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	100 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exposición magistral presentación del tema de bioética. <b>50 minutos</b></li><li>2. Preguntas por parte del grupo. <b>20 minutos</b></li><li>3. Presentación video motivacional de valores y discusión entre los asistentes sobre los valores que identifican la humanización del servicio. <b>30 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 3: Juego de valores.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Priorizar los valores de acuerdo a la relevancia personal.



<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	120 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se explica a los participantes la metodología a trabajar, con el juego de Simon Dolan, consistente en un juego de cartas de valores, 40 valores diferentes. A cada grupo de 6 personas, se reparte un juego de cartas y se les pide reunirse en subgrupos de 2 personas. <b>10 minutos</b></li><li>2. Se inicia el juego en parejas, el jugador número 1, le reparte 5 cartas de valores al azar al número 2, el objetivo es que el compañero se quede con sus 5 valores fundamentales. Seguidamente, el jugador número 1, saca una nueva carta o valor, el jugador número 2 debe decidir si se queda con el nuevo valor, si es así, ha de sustituir la carta extraída por una de las 5 que ya tiene, inicia la reflexión, en el caso de que la carta representa un valor menos importante que alguno de los que ya tiene, debe descartarla, se repite este proceso sucesivamente con todas las cartas. Puedes aprovechar para formularle preguntas durante el proceso. Por ejemplo, ¿qué es lo que hace que dicho valor sea importante para ti?, así hasta terminar todas las cartas de valores, teniendo en cuenta los colores que cada una de las cartas tiene. <b>30 minutos</b></li><li>3. El participante al quedarse con 5 valores priorizados o fundamentales, se jerarquizar, se ordenan los valores del más al menos importante. Así mismo, se invita a crear una escala de importancia, siendo el valor del extremo izquierdo el más relevante y se registra en un formato previamente entregado. <b>30 minutos</b></li><li>4. A continuación, cada persona evalúa su grado de satisfacción con cada valor de acuerdo a la escala del 1 al 10, siendo el 10 el grado máximo de satisfacción. En otras palabras, ha de puntuar cómo se siente con cada uno de ellos. Grafica los resultados en una tabla triaxial con los valores, de acuerdo a los colores y a la clasificación de los valores en: - Económico-pragmática, Ético – social o Emocional – evolutiva. <b>30 minutos</b></li><li>5. Finalmente se ayuda al grupo, a realizar su plan de acción personal y trabajar en aquellos valores que requieren replantearse para dar equilibrio a su plan de vida. <b>20 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 4: Coaching en valores.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Determinar los valores más importantes y fundamentales para que sea una institución humanizada.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	60 minutos.
<b>Recursos:</b>	Presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. A continuación, en los grupos formados de trabajo, se elige un valor por grupo</li></ol>



	<p>que sea el más importante y fundamental en sus instituciones, a criterio de los participantes teniendo en cuenta la identificación de las necesidades y expectativas de la persona, familia, cuidador y talento humano, debe ser el valor que debe priorizarse para que sea una institución humanizada. <b>20 minutos</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. En una cartelera se escriben los valores priorizados y se da puntuación al valor, si más de un grupo votó por él mismo. <b>20 minutos</b></li><li>3. Con los valores seleccionados, se escogen dos participantes al azar del grupo general, uno representa a una institución y el otro al paciente, el cual, requiere un servicio, se orienta a los participantes escoger los valores que este servicio de salud ofrece al paciente, de manera que sea atractivo y agradable para que decida entrar y recibir los servicios de salud. <b>20 minutos</b></li></ol>
<b>Actividad 5: Cometa promesa de valor.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Elaborar una cometa con diferentes colores con las características que quieran plasmar y que represente la institución y en ella la promesa de valor con respecto a la atención humanizada.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	130 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación Power Point, video beam, amplificadores de sonido, micrófono. Octavos de cartulina (1 por persona participante), Pliegos de papel periódico o kraft, una imagen personal (puede ser una foto o alguna imagen que asocie), revistas que ya no se usen, marcadores, cinta de enmascarar. Tablero, borrador, marcadores, juego de cartas Simon Dolan, uno por grupo.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se forman grupos de trabajo de más o menos 6 personas, se entregan los materiales para que cada grupo para que se elabore una cometa , con diferentes colores de acuerdo a las características que quieran plasmar y que represente a su institución con respecto a la atención humanizada, adicionalmente plasmen en ella la promesa de valor, que deben construir en grupo, analizando los valores que fueron priorizados por el grupo general, que represente la visión y la misión de una institución humanizada. <b>40 minutos</b></li><li>2. Se expone el significado de la cometa elaborada en pro de la atención humanizada, y se explica la promesa de valor elaborada con los valores fundamentales priorizados, así con cada grupo. <b>30 minutos</b></li><li>3. El coordinador de los talleres toma nota de los aportes de cada grupo participante, y se realiza un consolidado de propuestas de política de humanización para nuestras instituciones. <b>40 minutos</b></li><li>4. Finalizar con retroalimentación y/o evaluación de la jornada. <b>10 minutos</b></li></ol>
<b>MÓDULO 5: PROYECCIÓN HACIA UN CAMBIO CULTURAL</b>	
<b>Objetivo:</b> Generar cambios en el marco estratégico de las instituciones que favorezcan prácticas de atención y de experiencia personal humanizadas.	
<b>Taller 7.</b> Diagnóstico institucional: la humanización. motor orientador hacia el buen vivir.	



**Pregunta Orientadora del Módulo:** ¿Cuál es el diagnóstico institucional de la gestión de humanización? ¿Qué vamos a hacer desde nuestro rol y en nuestra institución, con el diagnóstico realizado? Como podemos contribuir en transformar una cultura de humanización en nuestros servicios?.

### **Contenido**

El taller presenta 3 actividades: 1. Identifiquemos nuestro que hacer; 2. Evidenciando la problemática; y 3. Planeación estratégica.

### **Justificación**

Al interior de las instituciones, el marco estratégico define los lineamientos organizacionales, para que todas las personas que la integran conozcan la razón de ser de la misma, las políticas, los valores, los objetivos, las metas y los procedimientos propios de su quehacer, Es allí el punto de partida para que la humanización del servicio pueda ser implementado, permeabilizando cada uno de los procesos que se llevan a cabo dentro de la institución.

Éste módulo hace énfasis en el diagnóstico institucional de la gestión humanizada y en el replanteamiento del marco estratégico y acciones que logren cambiar nuestras prácticas de atención y de vivencia personal, haciéndolas más humanizantes, que resalten el valor, la dignidad y la libertad de las personas en interacción con el mundo, generando un cambio positivo acorde con la política de calidad de cada institución, al Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad PNMC, a la Política Nacional de Humanización en Salud y a la cultura de la protección social.

Lo ideal es gestionar la organización y/o sistemas desde la construcción de un marco estratégico basado en la humanización, que permee los procesos de cada institución conociendo profundamente las dificultades que se tienen en cuanto a cultura, capacidades, recursos, etc, y las causas de los mismos.

Es importante tener presente que la reestructuración estratégica hacia la humanización de un sistema, no necesariamente es generalizable ni replicable, se debe plantear con base en el diagnóstico realizado, contando con el apoyo directivo y la participación multidisciplinaria y comunitaria.

### **Propósito**

- Realizar el diagnóstico del estado de la gestión de humanización en cada institución.
- Identificar en el mapa de procesos de la institución las prácticas humanizantes y no humanizantes.
- Definir un marco estratégico para la implementación de las prácticas humanizantes en las instituciones a partir del plan de gestión integral de la calidad que incluya la cultura de humanización acorde a las dinámicas impulsadoras del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad PNMC, que mejore la experiencia de las personas (tanto de los trabajadores como de los usuarios) fortaleciendo la calidad y la gestión de los sistemas y sus procesos.
- Empoderar a los participantes para que sean los replicadores de la necesidad de adoptar una cultura de protección social donde la humanización permeabilice todos los procesos, en el que se propongan soluciones alcanzables y realizables, en pro de un mejoramiento institucional humanizado.

### **Conceptos Generales**

1. Marco estratégico dentro del Plan Nacional de Mejoramiento para la Calidad – PNMC.
2. Identificando nuestro quehacer.



3. Mapa de procesos.
4. Ciclo Deming de la calidad.
5. Planeación estratégica.
6. Tablero balanceado de Gestión.
7. Indicadores de gestión, proceso y resultado en humanización.
8. Seguimiento y control de los planes estratégicos.

### Entregables

1. Registros de asistencia, registro fotográfico.
2. Memorias del taller.

### Actividad 1: Identifiquemos nuestro que hacer.

<b>Objetivo:</b>	Identificar nuestro que hacer.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	120 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, amplificador de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se contextualiza a los participantes lo aprendido en las sesiones anteriores. <b>10 minutos</b></li><li>2. Se realiza exposición magistral del Marco Estratégico dentro del Plan Nacional de Mejoramiento para la Calidad – PNMC. <b>15 minutos</b></li><li>3. Se organizan grupos conformados por los representantes de cada una de las entidades participantes (IPS, EPS, academia, ETS, EMS, EDS, Minsalud). <b>5 minutos</b></li><li>4. Se da un pliego de papel a cada grupo y se les pedirá que dibujen un río en el cual se identifiquen los procesos propios de cada institución de acuerdo a: Procesos estratégicos (en la parte superior), los procesos misionales (en el medio) y los procesos de apoyo (en la parte inferior del río). Como se muestra a continuación. <b>15 minutos</b></li></ol> <div style="text-align: center;"></div> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Una vez identificados los diferentes procesos que se realizan en cada una de las instituciones participantes, se realizará una plenaria para socializar los</li></ol>



	<p>procesos, las entradas y salidas generales de cada institución, donde se concluirá que la salida es la misma para todos los agentes de salud, una persona satisfecha con su atención, con una información suficiente y clara para continuar con el proceso de recuperación o tratamiento, y con expectativas de mejoría de su condición de salud y por ende bienestar. <b>30 minutos</b></p> <p>6. Ya identificados los procesos institucionales y familiarizados con el tema, se pide a los grupos que escojan un servicio de su institución. Por ejemplo: urgencias, consulta externa, hospitalización, UCI, aseguramiento, contratación, afiliación, solicitud autorización, atención al usuario, gestión del riesgo, seguimiento, etc. <b>5 minutos</b></p> <p>7. El servicio escogido (proceso) lo deben desagregar en cada una de las etapas desde el ingreso hasta el egreso, registrándolas secuencialmente en la parte izquierda del río. <b>15 minutos</b></p> <p>8. Se hará la analogía con el río, indicando que la persona viaja en la barca que se desplaza por las etapas del proceso. Durante su recorrido se encuentra con la coordinación, el buen trato, la transparencia, la seguridad, etc. Dependerá que de cómo se realice cada actividad el que se favorezca o se golpee a la persona en cada contacto o momento de verdad, las piedras o tropiezos que la persona puede tener son las dificultades que se vivencian al momento de prestar un servicio y que impiden la satisfacción, la mejoría o percepción de bienestar en su estado de salud tanto físico o mental cuando salga de ese servicio. <b>25 minutos</b></p>
<b>Actividad 2: Evidenciando la problemática.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Realizar el diagnóstico de las necesidades, o construcción de los procesos o procedimientos para la gestión de la humanización en el servicio.
<b>Facilitador</b>	Responsable Asignado.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	120 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, Presentación PowerPoint, amplificador de sonido, micrófono.
<b>Acciones:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. El moderador propicia un escenario, que mantenga y lleve a los participantes a no culpabilizar y señalar fallas que desfavorezca la humanización, sino a identificar los factores a los que se deben priorizar y en instaurar procesos que favorezca la humanización de la atención y de los servicios.</li><li>2. Se organizan grupos conformados por los representantes de cada una de las entidades participantes (IPS, EPS, academia, ETS, EMS, EDS, Minsalud) pueden ser los mismos del trabajo anterior. <b>5 minutos</b></li><li>3. Por grupo se escoge un caso de la vida real (un ejemplo práctico) de la prestación del servicio, que los haya impactado, en el cual, se hayan evidenciado prácticas deshumanizantes, y del cual se tenga oportunidad de mejora. Se deberá analizar lo sucedido, detectando el momento de verdad de la dificultad presentada. <b>20 minutos</b></li><li>4. Acorde con el trabajo de la actividad 2 de este taller, se analizará cada proceso de la institución, las actividades del caso que conllevaron a la afectación en la prestación del servicio y que son susceptibles de mejora desde la perspectiva de humanización, sin omitir o saltar detalle desde el ingreso de la persona</li></ol>



	<p>hasta su egreso. <b>20 minutos</b></p> <p>5. Detectadas las dificultades en ese recorrido, se escriben las practicas humanizantes que pudieron llevar a evitar que se presentaran esos golpes o experiencias no deseadas por las personas, marcándolas con sticker con carita feliz. <b>15 minutos</b></p> <p>6. Se realiza una plenaria donde cada grupo presenta los casos analizados y los errores en los procedimientos que desde el enfoque de humanización pueden ser mejorados para lograr la excelencia en el servicio. Se enfatiza en las prácticas humanizantes que se requieren implementar desde los procesos estratégicos misionales o de apoyo en la institución. <b>40 minutos</b></p> <p>7. El ejercicio finaliza haciendo el diagnóstico de las necesidades de ajuste o construcción de los procesos o procedimientos para la gestión de la humanización en el servicio, tanto para los prestadores como los usuarios de dicho servicio, que permee todos los procesos de la institución, verificando dentro de la planeación estratégica si se requiere replantear la misión, la visión, la promesa de valor, los objetivos y las metas, de tal manera que la humanización sea el orientador del cambio de esa transformación hacia el mejoramiento de la calidad y la excelencia en el servicio, con una atención centrada en las personas. <b>20 minutos</b></p>
<b>Actividad 3: Planeación estratégica.</b>	
<b>Objetivo:</b>	Generar una propuesta que favorezca el cambio estructural hacia una cultura de humanización en salud.
<b>Facilitador</b>	Experto en planeación estratégica.
<b>Participantes:</b>	Agentes del Sector Salud convocados en el Nodo Territorial, el cual, determinará y organizará los grupos de trabajo.
<b>Tiempo:</b>	130 minutos.
<b>Recursos:</b>	Salón, mesas, sillas, papel, marcadores, presentación PowerPoint, video beam, amplificadores de sonido, micrófono, computador portátil con licencia de Microsoft Office, blocks de hojas tamaño oficio, esferos, lápices. Tablero acrílico o papelógrafo, marcadores.
<b>Acciones:</b>	<p>1. Exposición sobre el concepto de planeación estratégica, sus elementos básicos, metodología de la planeación, metodología del seguimiento y control de resultados. <b>20 minutos</b></p> <p>2. En los mismos grupos, se realizará un ejercicio de planeación estratégica que reúna los conceptos vistos en los diferentes talleres desarrollados, de manera que las organizaciones, entidades o empresas puedan implementar la humanización permeabilizando cada uno de los procesos de su sistema de gestión integral de la calidad. iniciando por: <b>40 minutos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión de la misión y visión de la entidad, de manera que se refleje el compromiso con la humanización de los servicios de salud.</li><li>• Definición de los valores de la entidad. ¿Incluyen valores reconocidos de humanización?</li><li>• Definición de objetivos estratégicos para las perspectivas de clientes, procesos internos y talento humano, que tengan un enfoque de humanización.</li><li>• Definición de indicadores de la gestión humanizada en cada una de las 3 perspectivas (Clientes, procesos internos y talento humano). Para cada indicador se debe establecer la descripción del indicador,</li></ul>



	<p>la fórmula y unidad de medición, la meta, la frecuencia de medición, los responsables de medición, las áreas a las que aplica y las alertas en términos de cumplimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una vez se han establecido los indicadores se realiza la planeación de la medición de resultados.</li> <li>Por último, en plenaria los grupos presentan la planeación realizada.</li> </ul> <p>3. Los asistentes escogerán la mejor propuesta de planeación, con el fin de realizar un ejercicio de seguimiento y control de resultados. Con orientación del facilitador, se simularán diferentes resultados y se harán los análisis respectivos, de manera que se pueda comprobar el logro de los objetivos estratégicos propuestos, se definan las causas del desempeño y las acciones de mejora para cada uno de los indicadores analizados. <b>20 minutos</b></p> <p>4. Como conclusión del ejercicio, se evidenciará que la iniciativa para promover el cambio hacia una institución humanizada nace desde la gerencia y es quien debe tomar las medidas necesarias para su implementación en la organización, entidad o empresa. Cada líder asistente al taller establece un compromiso personal y profesional en llevar la propuesta como producto real al nivel directivo de su institución, para implementar y garantizar el cambio estructural hacia una cultura de humanización en salud. Se debe revisar y retroalimentar todas las propuestas con el fin de corregir fallas y que esto impacte en la probabilidad de aceptación en las instituciones. <b>40 minutos</b></p> <p>5. Finalizar con retroalimentación y/o evaluación de la jornada. <b>10 minutos</b></p>
--	---

## Herramienta para Evaluación de los Talleres

Se recomienda el uso del cuadro Evaluación de la satisfacción Talleres, con el fin de hacer un seguimiento y evaluación de la satisfacción de los participantes de cada taller, y hacer una retroalimentación a nivel del equipo que lo esté gestionando. Y dado que la estrategia pedagógica es una guía, cada institución tendrá la autonomía para adaptar los talleres de acuerdo a sus necesidades, y a su objeto de trabajo.

**Cuadro Evaluación de la satisfacción Talleres**

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO	Percepción global (Califique de 1 a 5 siendo 1 la calificación más baja posible y 5 el puntaje más alto).					
	Categoría					
		1	2	3	4	5
	1. La actividad educativa (taller, reunión, capacitación) ¿transformó su manera de pensar, sentir o actuar en relación con la humanización en salud?					
	2. ¿Usted recomendaría esta actividad educativa para el proceso de humanización en su institución?					
	3. ¿La actividad (taller, reunión, capacitación) cumplió sus expectativas?					
	4. ¿Usted considera que estas actividades pueden ser sostenibles en el tiempo para el despliegue de la humanización en su lugar de trabajo?					

## Anexo 6. Prácticas humanizantes y deshumanizantes por cada momento de atención en la ruta materna perinatal

CUNDINAMARCA	1. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	
	PRÁCTICAS HUMANIZANTES	PRÁCTICAS DESHUMANIZANTES



	Oportunidad y accesibilidad a la consulta preconcepcional	Desconocimiento en los derechos sexuales y reproductivos
	Atención de equipo interdisciplinario	No existencia del servicio de consulta preconcepcional
	Actividades extramurales	barreras administrativas para quien acudan al servicio
	Atención integral a la pareja y la familia	Falta de actualización a los profesionales de salud
	Capacitación a recurso humano	No divulgación del programa a sus comunidades
	Compromiso de la alta Gerencia	No se contempla un paquete preconcepcional en las contrataciones con las aseguradoras
	Educación de cero a siempre y preconcepcional	No información por parte de las entidades sobre el derecho a la consulta
	Trabajar mitos y creencias	Limitación entre los regímenes
	Fortalecer la estrategia IAMI	No información por parte de las entidades sobre el derecho a la consulta
	Gerente y equipo de trabajo con puertas y corazón abierto	No valoración integral en la atención en salud
	Captación de pacientes para atención preconcepcional	Falta de importancia al programa por parte de las instituciones
	Direccionamiento de pacientes a la etapa preconcepcional	Ausencia de atención integral cuando hay riesgo y la persistencia de conductas que precipitan la aparición de los riesgos
	Identificación del área de atención preconcepcional	
	Caracterización de los pacientes en edad fértil	
	Campañas de información de planificación familiar a los padres e hijos	
	Detección oportuna	
BOGOTÁ	<b>ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL</b>	
	<b>PRÁCTICAS HUMANIZANTES</b>	<b>PRÁCTICAS DESHUMANIZANTES</b>
	Tener un servicio complementario (prioritario)	Diferencia en la atención y trato de acuerdo al plan de salud de la persona.
	Especialidad del médico tratante (médico familiar) y psicólogo	No hay citas oportunas
	Seguimiento constante	Incrementan los riesgos de muerte perinatal
	Explicación de situación y procedimientos - Detección del riesgo	Ausencia de atención integral cuando hay riesgo y la persistencia de conductas que precipitan la aparición de los riesgos
	Consulta rápida oportuna (sin filas)	Invalidación por parte del médico ante la intención de concebir.
	Inclusión de la pareja en el proceso	"Maltrato verbal e irrespeto por parte del médico" comunicación no asertiva del médico.



	Promueve conciencia del cuerpo y respectivos cuidados para toma de decisiones	Falta manejo del miedo
	Implementar el programa y promocionarlo desde la sensibilización	Juzgar decisiones
	Flexibilidad de horarios, previo conocimiento del usuario- Ser Humano	Limitación de tiempos y horarios
	Protagonista el usuario persona (reconocimiento)	Desconexión entre la educación y la salud acerca de temas propios del cuidado y la prevención frente al proceso de infertilidad.
	Habilidades comunicativas desde el respeto	Desconexión estado-salud-educación-sociedad y comunidad.
	Eliminar barreras de acceso, agilizar trámites	
	En Bogotá tener un plan complementario te humaniza el servicio	
	Fortalecer en las mujeres la importancia de la consulta preconcepcional- desde la familia, colegio y comunidad.	
	Fortalecer en el hombre y la mujer la importancia de prepararse para la maternidad.	
CAUCA	<b>ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL</b>	
	<b>PRÁCTICAS HUMANIZANTES</b>	<b>PRÁCTICAS DESHUMANIZANTES</b>
	Atención integral en todo el curso de vida	No se presta ni se oferta el servicio
	Inclusión del modelo SISPI	Mala calidad en la prestación de servicios por parte del personal de salud
	Brindar información completa a los usuarios	Falta de difusión de la oferta del servicio
	Atención personalizada y en pareja	Tiempo insuficiente para la atención
	Recordatorio de citas	Falta de explicación del diagnóstico
	Cumplimiento de protocolos y guías de atención	
<b>CONSOLIDADO GENERAL</b>		
<b>CATEGORÍA</b>	<b>ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL</b>	
	<b>PRÁCTICAS HUMANIZANTES</b>	<b>PRÁCTICAS DESHUMANIZANTES</b>
<b>TRANSVERSALES</b>	Protagonista el usuario persona (reconocimiento)	Desconocimiento en los derechos sexuales y reproductivos
	Trato digno	No ponerse en los zapatos del usuario
	Dar una orientación con respeto, sin importar las creencias, religión, sexo, edad, etc.	



	Trato digno	No ponerse en los zapatos del usuario
	Dar una orientación con respeto, sin importar las creencias, religión, sexo, edad, etc.	
	Atención integral en todo el curso de vida	Juzgar decisiones
	Dar a conocer los derechos sexuales y reproductivos	Dar por hecho que la información brindada a los usuarios es entendida o asumida como tal
<b>OFERTA DE SERVICIOS</b>	Inclusión del modelo SISPI (Sistema Integral de Salud de la Población Indígena)	No se presta ni se oferta el servicio
	En Bogotá tener un plan complementario te humaniza el servicio.	Falta de difusión de la oferta del servicio
	Oportunidad en la autorización y atención. Consulta rápida oportuna (sin filas)	No hay citas oportunas
	Sensibilización del talento humano en especial en salud, en el objetivo del programa	Limitación de tiempos y horarios
	Implementación de la consulta y la oferta de la misma.	No existencia del servicio de consulta preconcepcional
	Flexibilidad de horarios, previo conocimiento del usuario- Ser Humano	No se contempla un paquete preconcepcional en las contrataciones con las aseguradoras
	Compromiso de la alta Gerencia y equipo de trabajo con puertas y corazón abierto	No información por parte de las entidades sobre el derecho a la consulta
	Trabajar mitos y creencias	Falta de importancia al programa por parte de las instituciones,
	Gerente y equipo de trabajo con puertas y corazón abierto	Limitación entre los regímenes
	Gerente y equipo de trabajo con puertas y corazón abierto	No divulgación del programa a sus horarios y comunidad
	Generar estrategias de divulgación para dar a conocer la prestación del servicio en la atención preconcepcional.	No canalizar la población, No explicación de los riesgos gestacionales
	Articulación de EPS E IPS buscando RED de contratación para prestación del servicio	Diferencia en la atención y trato de acuerdo al plan de salud de la persona.
<b>CONOCIMIENTO DERECHOS</b>	Crear conciencia en el hombre y la mujer la importancia de prepararse para la maternidad y responsabilidad frente a la nueva vida.	Desconexión entre la educación y la salud acerca de temas propios del cuidado y la prevención frente al proceso de infertilidad. Desconocimiento de la importancia del manejo de infertilidad.
	Promueve conciencia del cuerpo y respectivos cuidados para toma de decisiones	Desconocimiento de la educación para prevenir ITS y su impacto en la vida reproductiva



	Promocionar en las mujeres la importancia de la consulta preconcepcional- desde la familia, colegio y comunidad.	No priorización desde las actividades colectivas en la promoción del autocuidado e información de la consulta preconcepcional
	Brindar información completa a los usuarios	Desconocimiento en los derechos sexuales y reproductivos
	Captación de pacientes para atención preconcepcional en actividades extramurales e intramurales.	Falta de reconocimiento del ser humano.
	Proceso educativo a los usuarios,	No ponerse en los zapatos del usuario, juicios de valor al momento de la atención
	Dar a conocer los derechos sexuales y reproductivos mediante	
	Campañas de información de planificación familiar a los padres e hijos	
	Crear una cultura del programa de consulta preconcepcional	
	Orientación profesional ante el deseo de una usuaria para una gestación	
<b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	Atención integral en todo el curso de vida	Mala calidad en la prestación de servicios por parte del personal de salud
	Atención personalizada y en pareja	Tiempo insuficiente para la atención
	Recordatorio de citas	Falta de explicación del diagnóstico
	Cumplimiento de protocolos y guías de atención	Información sesgada que Incrementa el temor del riesgo materno y perinatal
	Disponibilidad de médico capacitado y disponibilidad de medicina Especializada y otras especialidades (médico familiar) y psicólogo	Ausencia de atención integral cuando hay riesgo y la persistencia de conductas que precipitan la aparición de los riesgos
	Se garantiza continuidad	Invalidación por parte del médico ante la intención de concebir.
	Información pertinente y Explicación de situación y procedimientos - Detección del riesgo	"Maltrato verbal e irrespeto por parte del médico" comunicación no asertiva del médico.
	Conocer, socializar, adoptar, implementar y Fortalecer la estrategia IAMI para cliente interno y externo	Falta manejo del miedo
	Habilidades comunicativas desde el respeto	Juzgar decisiones
	capacitación sensibilización a personal administrativo y asistencial para el direccionamiento a la consulta	Barreras administrativas para quien acuda al servicio
	Se incluye la atención para el estudio manejo infertilidad	Falta de actualización a los profesionales de salud
	Atención de equipo interdisciplinario, dando respuesta a los interrogantes e inquietudes referente a su estado de salud	Ausencia de atención integral y seguimiento en la consulta preconcepcional y cuando exista el riesgo y la persistencia

		de conductas que precipitan la aparición de los riesgos
	Atención integral a la pareja y la familia	
	Sensibilizar, apacitar, actualización y socialización al recurso Humano, en las guías de atención a la consulta preconcepcional, educación de cero a siempre, para el abordaje del programa identificando riesgos y brindando un apoyo oportuno	
	Inclusión de la pareja en el proceso	
	Remisión a los servicios de atención competente, Canalización a programas de acuerdo a su edad	
	Médico exclusivo para la consulta de atención preconcepcional	
<b>ACCESO</b>	Oportunidad y accesibilidad a la consulta preconcepcional	Barreras en la atención y falta de información y cultura en cada uno de los servicios
	Generar estrategias que faciliten la caracterización de los pacientes en edad fértil de manera articulada en cada uno de los servicios	Limitación de tiempos y horarios
		Barreras administrativas para quien acuda al servicio
		No canalizar la población
		No disponibilidad de anticonceptivos

## Anexo 7. Consolidado de priorización de los determinantes de prácticas humanizantes y deshumanizantes

CONSOLIDADO Y PRIORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LAS PRÁCTICAS HUMANIZANTES Y DESHUMANIZANTES EN EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL 2017-2018							
DETERMINANTE		2017			2018		
		Cundinamarca g1	Cundinamarca g2	Bogotá g1	Cundinamarca g3	Cauca	Priorización general
1	Invisibilizar al Ser Humano	NO IDENTI	4	NO IDENTI	1	NO IDENTI	1
2	Talento Humano en especial en salud	1	1	1	2	1	2
3	Educación Talento Humano en especial en salud	2	2		3	2	3
4	Infraestructura	3		2		8	5
5	Intersectorialidad/Articulación		3			7	7
6	Comunicación; Información	4		3	7	9	4
7	Modelo de Atención		5	6		8	8



8	Cultura Institucional			4	10	4	6
9	Accesibilidad	5			4	3	5
10	Empoderamiento Administrativo		6				
11	Políticas y Normas	6		5		10	5
12	Redes de Apoyo	7			7		8
13	Ausencia Oferta Servicio		7				
14	Tiempo			7	8		
15	Referencia y Contrareferencia		8				
16	Dotación e Insumos	8			5	10	
17	Derechos Sexuales y Reproductivos		9				
18	Sentido de Pertenencia			8			
19	Suficiencia de Red		10				
20	Seguimiento a la Adherencia	9					
21	Guías y Protocolos	10				9	
22	Clima Laboral			9		9	
23	Gestión Administrativa Financiera, Contratación			10			
24	Oportunidad				6		7
25	Seguimiento y Control				9		
26	Falta de Gobernanza					5	6
27	Debilidad Factor/ Participación Social						
28	Población Desconoce sus Derechos						
29	Sensibilización						
30	Compromiso						
31	Tecnicismo						
32	Necesidades del Paciente						
33	Corrupción					10	
34	Multiculturalidad					9	
35	Enfoque de Género					10	
36	Burocracia, Clientelismo						
37	Principios y Valores						



38	Territorio						
39	Contexto						
40	Medios de Transporte					9	
41	Empatía					6	
42	Calidad						
43	Biopsicosocial Individual						
44	Infraestructura Vial						