



La salud
es de todos

Minsalud



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

PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

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

“Una Política con Valor y Sentido Humano”
Ministerio de Salud y Protección Social 2020
Documento V8

PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

“Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización
para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud
y la Dignidad Humana”

“Una Política Pública con Valor y Sentido Humano”
Ministerio de Salud y Protección Social 2020
Documento V8



FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

XXXXXXXXXXXX
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

XXXXXXXXXXXX
Viceministra de Protección Social

XXXXXXXXXXXXXXXX
Secretario General

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Jefe Oficina de Calidad

**PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD****“UNA POLÍTICA PUBLICA CON VALOR Y SENTIDO HUMANO”
DOCUMENTO EN REVISIÓN V8**

Agradecimientos a los diferentes participantes del sector salud y otros sectores convocados, como son: Empresas Sociales del Estado (ESE), Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas, Direcciones Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, veedurías ciudadanas, así mismo, agentes que se relacionan al sector como Universidades públicas y privadas, SENA, arquidiócesis, entre otros; los anteriores agentes, fueron convocados a través de los Nodos de Humanización de Bogotá, Cundinamarca, Ibagué y Cauca en el periodo comprendido 2017-2018, conto con la participación de 784 personas, que gracias al trabajo participativo-colaborativo, del compromiso y voluntad de aportar a la sociedad, del liderazgo en humanización y de favorecer la construcción política pública con valor y sentido humano. A cada uno de ustedes: **GRACIAS.**

EQUIPO TÉCNICO COLABORATIVO MINSALUD

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

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

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

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

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

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

EQUIPO TÉCNICO COLABORATIVO EXTERNO

Olga Janneth Gómez
Directora Extensión
Universitaria
Universidad Nacional de
Colombia.

Daniel Yamid Domínguez
Valenzuela
Jefe Humanización
ESENCIAL IPS filial Airlíquide
Healthcare.

Dora Helena Fino Sandoval
Ginecoobstetra
Independiente

Luis Ángel Parra Garcés
Psicólogo Asesor
Independiente

Nayibe Bueno Gómez
Profesional Universitario
Secretaría Distrital de Salud

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

Jairo Antonio Pérez Cely
Coord. Departamento de
Cuidado Crítico - Líder de
Humanización - Docente

Hermana María Inés Delgado
Directora Asociación
Colombiana de Enfermos
Hepáticos y Renales

Gloria Sofía Rodríguez Delgado
Asesora Proyectos de Salud
Asociación Colombiana de



La salud
es de todos

Minsalud



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

Hospital Universitario Nacional
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de
Colombia

**Diana Marcela Rincón
Montoya**

Referente de Humanización
Secretaría de Salud de
Cundinamarca

**Natalia Carolina Agudelo
Correa**

Médica Líder Programa
Maternidad Segura y Salud
ESE Nuestra Señora del
Carmen Tabio

Vocera Movimiento Social
Pacientes Colombia

**Oscar Fabián Ramírez
Torres**

Profesional de Calidad
Secretaría de Salud de
Cundinamarca

**Anunciación Cabrera
Velandia**

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

Enfermos Hepáticos y
Renales

**Guillermo Alberto León
García**

emedita.lider@hus.org.co
Gerente
ESE Nuestra Señora del
Carmen Tabio

Blaide Casas Pinzón

Psicóloga
Hospital Militar

EQUIPO COLABORATIVO REDACCIÓN Y CORRECCIONES NARRATIVAS

Luis Ángel Parra Garcés

Psicólogo Asesor
Independiente

John Edward Cruz Molina

Oficina de Calidad
Ministerio de Salud y
Protección Social

Daniel Yamid Domínguez

Valenzuela
Jefe Humanización
ESENCIAL IPS filial Airliquide
Healthcare

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A los 521 participantes de la primera fase del Modelo de Asistencia Técnica orientado a las diez Direcciones Territoriales de Salud priorizadas: Valle del Cauca, Tolima, Huila, Santander, Norte de Santander, Quindío, Cauca, Caldas, Risaralda y Magdalena; y entre IPS y EPS convocadas, de igual manera, a todos los participantes de la Mesa de Trabajo de Humanización y al Equipo Humano de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.



Contenido Propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud

Abreviaturas.....	8
1. GLOSARIO	10
2. PRESENTACIÓN	13
3. INTRODUCCIÓN	15
4. JUSTIFICACIÓN	18
5. MARCO REFERENCIA	27
5.1 Un Acercamiento al Aseguramiento en Salud	27
5.2 Ser Humano	30
5.3 Humanismo una Breve Reseña	31
5.3.1 Atención Centrada en la Persona	31
5.4 Humanización en Salud.....	39
5.4.1 Elementos de la Humanización REVISAR LOS ELEMENTOS.....	41
5.4.2 Características de la Humanización.....	42
5.4.3 Escenarios de Aplicación	43
5.4.4 Avances en Humanización con Experiencias Significativas	44
6 ANALISIS SITUACIONAL CON ROSTRO HUMANO IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES Y RETOS	47
6.1 El Derecho a la Salud.....	48
6.2 Calidad en el Sector Salud	52
6.3 Evaluación de las Personas a los servicios de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ..	54
6.4 Prueba Piloto Nodo de Humanización Materno y Perinatal Ministerio de Salud y Protección Social – Determinantes Humanización	56
6.5 La Voz de los Pacientes	60
6.6 Derecho a la Salud a los servicios de urgencias de IPS.....	61
7. MARCO NORMATIVO Y ESTRATEGICO	65
7.1 Marco Internacional.....	65
7.2 Marco Nacional	67
8. ENFOQUES DE LA POLÍTICA	74
8.1 Enfoque de Derechos Humanos	74
8.2 Enfoque Ecosistémico	75
8.3 Enfoque Ética y Bioética.....	76
8.4 Enfoque Humanístico	77
8.5 Enfoque Diferencial, Poblacional e Intercultural	77
9. PROPUESTA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN	78
9.1 La humanización en salud desde la propuesta de Política Pública	78



9.2 Prioridades y retos a considerar desde la propuesta de Política Nacional de Humanización 80

10. PRINCIPIOS Y VALORES DE LA POLÍTICA PÚBLICA 82

 10.1 Principios 83

 10.2 Valores..... 84

11. PROPÓSITO 86

12. ALCANCE 86

13. OBJETIVO 87

14. PILARES DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA 88

 14.1 Pilar - Ser, humano, Ser Humano 88

 14.2 Pilar - Bien Común 89

 14.3 Pilar - Servicio Público Esencial..... 89

 14.4 Pilar - Responsabilidad Social 89

 14.5 Pilar - Construcción Continua 89

15. EJES Y ESTRATEGIAS DE LA PROPUESTA DE POLITICA PÚBLICA..... 90

 15.1 EJE 1. Fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud..... 91

 15.1.1 Estrategia 1. Fortalecimiento de la atención humana, acogimiento y sentido de servicio de los agentes del sector. 92

 Objetivo..... 92

 15.2 EJE 2. Consolidación de escenarios que favorezca la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía. 92

 15.2.1 Estrategia 2. Conformación y activación de Nodos Departamentales y Red Colaborativa de Humanización. 93

 Objetivo..... 93

 15.2.2 Estrategia 3. Desarrollo de iniciativas que favorezcan la transferencia de conocimiento entre entidades de salud que favorezca avances significativos en humanización en salud. 94

 Objetivo..... 94

 15.3 EJE 3. Empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía..... 94

 15.3.1 Estrategia 4. Cumplimiento normativo en concordancia con las competencias y las responsabilidades de los diferentes agentes del sector salud que favorezca la humanización... .. 95

 Objetivo..... 95

 15.3.2 Estrategia 5. Impulsar en el buen gobierno, lineamientos organizacionales o relacionados que fomente la Cultural de Humanización en Salud. 95

 Objetivo..... 95

 15.3.3 Estrategia 6. Formación de Forjadores de Humanización en la construcción de la cultura organizacional..... 96

 Objetivo..... 96



15.4 EJE 4. Escenarios educativos de participación activa de agentes del sector salud que contribuya a la opinión pública y la formación de conocimiento, capacidades y habilidades en humanización en salud..... 96

15.4.1 Estrategia 7. Gestión de escenarios formativos en humanización..... 97

 Objetivo..... 97

15.5 EJE 5. Fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de la humanización en salud 97

15.5.1 Estrategia 8. Practicas Inspiradoras, Creativas e Innovadoras Humanizadas..... 97

 Objetivo..... 97

15.6 EJE 6. Formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud 98

15.6.1 Estrategia 9. Transformación de la humanización laboral del trabajador en general de la salud..... 99

 Objetivo..... 99

15.7 EJE 7. Reorientación a modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad 99

15.7.1 Estrategia 10. Gestión centrada en la persona y familia..... 100

 Objetivo..... 100

15.7.2 Estrategia 11. Organización de un sistema de registro de situaciones con identificación de causalidades y de agentes del sector salud relacionados..... 100

 Objetivo..... 100

16. RESPONSABILIDADES DE LOS AGENTES DEL SECTOR SALUD INVOLUCRADOS EN LA GESTION DE LA PROPUESTA DE POLITICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN 101

1. Ministerio de Salud y Protección Social..... 101

2. Entidades territoriales en salud: Departamentos, distritales y municipales..... 101

3. Entidades Administradoras de Planes de Beneficio..... 102

4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Prestadores de Salud 102

5. Proveedores 103

6. Organismos de Inspección, Vigilancia y Control..... 103

7. Sectores relacionados convocados como organizaciones académicas..... 103

8. Comunidad 104

17. IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA 104

18. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN 105

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA 106



Abreviaturas

ACEHR	Asociación Colombiana de Enfermos Hepáticos y Renales
APS	Atención Primaria en Salud
CPC	Constitución Política de Colombia de 1991
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DTS	Direcciones territoriales de salud
EAPB	Empresas administradoras de planes de beneficios
ESE	Empresa Social del Estado
EPS	Entidad Promotora de Salud
ICONTEC	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
IPS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
MAITE	Modelo de Atención Integral Territorial
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MINSALUD	Ministerio de Salud y Protección Social
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNMC	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad
POS	Plan Obligatorio de Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIC	Sistema de Información para la Calidad



SISPI	Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
SUA	Sistema Único de Acreditación

Una Anécdota para reflexionar

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

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

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

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

¹ Luis Ángel Parra, Red Colaborativa de Humanización Minsalud 2019



1. GLOSARIO

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Decreto 1011 de 2006)

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

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

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

Atención en Salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (Decreto 1011 de 2006)

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

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

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



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

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

Calidad de la Atención de Salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Decreto 1011 de 2006)

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

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (Decreto 1011 de 2006)

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

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

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.)

Entorno Saludables: "los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea", (Organización Panamericana de la Salud – OPS, 1996)

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



Interculturalidad: Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global (Ley 1751 de 2015).

Nodos Territoriales de Humanización: Son grupos de personas con las mismas características de la Red Colaborativo de Humanización, pero de conformación Departamental, son personas que habitan determinado Departamento e interfieren en ella dentro de los temas en humanización.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (Decreto 1011 de 2006)

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. (Decreto 1011 de 2006)

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

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

Red Colaborativa de Humanización: Se puede entender como la conformación de un grupo de personas multidisciplinaria e interinstitucional que hacen parte de los Nodos Departamentales u otras entidades que han desarrollado acciones en humanización, en el cual, comparten conocimiento, reflexiones, experiencias, información, aportes en humanización, entre otras. 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 un bien común en humanización.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Decreto 1011 de 2006)

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

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS): Es el conjunto de instituciones,



normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Decreto 1011 de 2006).

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

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

2. PRESENTACIÓN

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

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

Su formulación ha sido el resultado del trabajo colaborativo multidisciplinario e interinstitucional liderado por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social³. Está basada en la experiencia, aportes y sugerencias de personas vinculadas a diferentes dependencias del Minsalud, a entidades territoriales y municipales priorizadas, a la academia, a gremios y organizaciones, a asociaciones de pacientes, en fin, a diversas actividades al servicio de la salud. Se hacen también presentes en este proceso de creación social proveedores, líderes de humanización y gerentes de instituciones

² Sigmund Freud

³ El documento se escribe en primera persona plural, porque la temática debe generar inclusión con los lectores; así mismo, es representativo, porque es el trabajo colaborativo liderado por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, funcionarios de dependencias del Minsalud, agentes del sector salud, representantes de la academia, representantes de asociaciones de usuarios.



prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, mixtas y privadas, de entidades promotoras de salud públicas, mixtas y privadas, a través de diferentes estrategias y en distintos escenarios, lo que permitió el constituir una propuesta “de todos y para todos” con participación constructiva y cocreadora de muchas y de muchos. La tarea de articularla, enriquecerla y ajustarla se asume por parte del equipo de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

Finalmente, les proponemos compartir una consigna que se formó en el derrotero de la presente propuesta. Pretendemos que ella sea parte de la inspiración que cada uno tenga para la implementación de la Propuesta de Política Nacional de Humanización, “**si empezamos a hacer pequeñas cosas con amor, mañana veremos grandes cambios, ¡Vale la pena Soñar!**”.

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

⁴ Agnes Gonxha Bojaxhiu, Madre Teresa de Calcuta



3. INTRODUCCIÓN

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

Así mismo, la propuesta pretende recuperar el sentido del actuar humano, reencaminar el propósito, la vocación, la dignificación laboral, las potencialidades y la misión del talento humano en salud, centradas todas ellas en ayudar al otro con respeto, en incentivar la reflexión para que el sector y cada una de las personas que lo conforman se relacionen desde sus necesidades, capacidades y visiones positivas de futuro; construyan, a partir de diferentes referentes y múltiples enfoques, nuevas propuestas capaces de afianzar la cultura colaborativa en humanización, las cuales sean tenidas en cuenta en las actividades organizacionales y en la flexibilidad conceptual, tanto por los agentes del sector salud, como por diferentes sectores como la academia y ciudadanía.

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

Estos cuestionamientos referidos, entre otros, a las prácticas, procesos, directrices, servicios, modelos de atención, modelos de aseguramiento, modelos de contratación, lineamientos, terminan siendo señalados, frecuentemente como deshumanizantes, y como factores que inciden en la despersonalización en la atención, en la dificultad de



actuar transectorialmente, en la desconfianza entre el ciudadano y el talento humano en salud; entre el talento humano en salud y la institución; entre los agentes del sector, lo cual se traduce en una notoria fragmentación de los mismos, situación ésta que se vive no solo en Colombia, sino en la mayor parte de los países de la región.

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

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

Aporta, de igual manera, nuevos sentidos, promesa de valor, significados, visiones que nutren los imaginarios que existen dentro de la sociedad en torno a lo que representa el Sector Salud, como un servicio público esencial basado en la defensa de los derechos y de la dignidad humana, de toda persona que intervenga en el mismo ya sea como beneficiario, servidor, agente o miembro de la comunidad.

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

Conforme a lo anterior, la propuesta de Política Nacional de Humanización se desarrolla a partir de cinco pilares: Ser, Humano – Ser Humano; Bien Común; Servicio Público



Esencial; Responsabilidad Social; y Construcción Individual y Social Continua, las cuales, entre sí, en calidad de recíprocas e interdependientes se complementan, se relacionan, inspirando, a su vez, la definición de los ejes y estrategias, con sus acciones a ejecutar en los próximos años.

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

En resumen, la propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud está dirigida a los agentes del sector salud en el ámbito público y privado e invita a los diferentes sectores relacionados como la academia y a la comunidad, en ser partícipes activos y comprometidos en la construcción conjunta y permanente de procesos y acciones que favorezcan la satisfacción de las necesidades de salud de la población del país, así como la potenciación de sus logros y características positivas.

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



Bienvenidos y muchas gracias.

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

4. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

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

En ese período, se incuba en nuestra cultura la naturalización y la normalización de la discriminación, la exclusión, la esclavitud, la injusticia, la inequidad, el sometimiento y la dictadura, a las cuales, también, se les da continuidad, desde la independencia, hasta el

⁵ Agnes Gonxha Bojaxhiu, Madre Teresa de Calcuta



día de hoy, configurándose como la semilla que se va repitiendo de generación en generación, produciendo el mismo efecto; el intento por restarle dignidad al ser humano.

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

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

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

En el año de 1993, Colombia realiza la reforma en salud a través de la Ley 100 de 1993, mediante la cual crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de la mano del modelo económico. Adopta un modelo de competencia controlada o regulada orientado a ser un pluralismo estructurado y con un enfoque de mercado. Su logro central, se encamina a extender a todos los ciudadanos la seguridad social buscando corregir las fallas estructurales de cobertura y a mejorar la equidad, bajo el principio de solidaridad que se representa con la contribución de las personas con capacidad de pago, las cuales han de amparar a las personas que no dispongan de recursos o presenten salud individual esté en riesgo. Se enfoca en la eficiencia y la calidad, facilitando el acceso a la atención en salud y desarrollando mecanismos y estrategias para atender a la población de escasos recursos. De igual manera, se inserta la salud a la macroeconomía, la cual se transforma en objeto de consumo, dependiente de la reforma económica del país,



dilucidando que la salud es un servicio completamente humanitario. (Gómez R, 2005), (Botero C., Rendón L., Herrera A., 2012).

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

- La Ley 10 de 1990, define el modelo de descentralización, la Ley 715 de 2001 determina las competencias y la estructura financiera descentralizada.
- La Ley 1164 de 2007 regula las condiciones del talento humano en salud.
- El Decreto 1011 de 2008 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.
- Además, reformas a través de las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud.

Estudios, como los mencionados a continuación (García J., García C., Benítez C., 2012), (Agudelo C., Cardona J., Ortega Jesús., Martínez R., 2011), muestran resultados positivos en cobertura, acceso de la población a servicios, protección financiera y salarios, aun con la persistencia en problemas de equidad en la atención, en provisión de servicios, mejoras en el acceso a los servicios de atención (consultas ambulatorias, atención de urgencias y hospitalizaciones), modelo de atención primaria centrado en el primer nivel con enfoque a la prevención primaria y promoción de la salud, así mismo, se considera que existen logros significativos como los que se presentan a continuación⁶:

- Avances importantes en el crecimiento de la expectativa de vida y la reducción de la mortalidad en general, con énfasis a los objetivos del milenio y reducción en los tres tipos de desnutrición (aguda, crónica y global).
- La Medición de carga de enfermedad permite medir la situación de salud en el transcurso de la vida y hacer estimaciones comparativas.
- Avances en lo relacionado con cobertura, acceso y equidad.
- Expansión en la oferta nacional de los servicios de salud, con crecimiento predominante en el sector privado y en el segmento de mayor complejidad tecnológica.
- La mayor protección financiera también ha posibilitado un efecto de mayor acceso, derivado de la eficiencia en la respuesta de los servicios de salud.
- Obtiene los mejores resultados del continente en la combinación de reducción de riesgo financiero y acceso a servicios hospitalarios de alta complejidad (Wagstaff y Cols., 2015).
- Obsolescencia tecnológica en el primer nivel, reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad con ampliación de la participación de la oferta privada sobre la oferta pública.

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Política Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. 2016. P.15-17



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

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

Desde esta perspectiva se argumenta que el mercado funciona mejor que el Estado y que se debe evitar su intervención. Si se entiende que la salud es un servicio esencial y un derecho fundamental, se puede reflejar una falla en el mecanismo del mercado, pues las estrategias de contención de costos por las EPS muestran que los incentivos en el sistema actual llevan a las EPS a maximizar sus ingresos en el corto plazo (Molina M., Chicaíza L., 2011).

Las fallas del mercado a nivel organizacional exponen a las personas a excesivos trámites administrativos, al personal de salud a atender una gran cantidad de personas en tiempo limitado, lo cual puede llegar a ocasionar atención inadecuada desde lo ético y desde la calidad. La fragmentación del ser humano y del trabajo multidisciplinario, por órganos, por enfermedad o por trámites o requerimientos administrativos conduce a que se disemine o se pierda de vista la integralidad de la persona, de las relaciones interpersonales y del trabajo en equipo. Así mismo se afecta negativamente la sensibilidad humana, el cuidado, la solidaridad, el trato, la gestión, el respeto, la autonomía de la persona y su familia en su proceso de salud. De otra parte, se observa: escasa participación de la ciudadanía en la adopción de lineamientos, falta de información, condiciones inadecuadas en la infraestructura y en el aseo, carencia de dotación por sobreocupación que afecta la dignidad e integridad de las personas en servicios de salud en instituciones públicas, privadas y mixtas. Se evidencian deficiencias en la estabilidad, en la vinculación laboral, en la inadecuada remuneración, en el número insuficiente de personal en los equipos de salud asistenciales y administrativos, en las jornadas extenuantes de trabajo, en el acoso y en la sobrecarga laboral del personal de salud que generan desgaste en los profesionales (burnout), lo cual incide en su desempeño profesional, en su calidad del trabajo y en un posible maltrato hacia las personas y sus familias (Hoyos P., Cardona M., Correa D., 2008) (Defensoría del Pueblo, 2020).

Si bien no son una brecha propia del sector salud, las falencias de los componentes formativos del personal de la salud y de la ciudadanía sí tienen una inferencia implicación



directa sobre la calidad del mismo y sus servicios. La académica al enfocar más su propuesta formativa en los aspectos técnico-científicos y tecnológicos está contribuyendo a que el personal de salud se desentienda de la relación con la persona (Haidet P., Dains J., Paterniti D., Hechtel L., Chang T., Tseng E., 2002). Es necesario que el personal de salud en formación sea teórica y prácticamente preparado en la integridad del ser humano, de tal manera que en la práctica encuentre conozca y comprenda modelos y referentes de atención que orientan hacia la atención integral de la persona o la impiden.

Para responder al desafío que emana de lo anteriormente expuesto, en el año 2015 se genera la reforma del SGSSS, mediante la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria, que consagra a la salud como derecho fundamental e incluye elementos y principios esenciales e interrelacionados que favorecen su goce y el cierre de sus brechas. Establece, de manera diáfana, que el centro del Sector Salud son las personas y su dignidad y nos orienta a reconocer nuestra integridad e integralidad, en tanto somos seres humanos holísticos. Invita a comprender la importancia de la participación de las personas en las decisiones adoptadas por los agentes⁷; de la articulación e intersectorialidad para abordar los determinantes; del pro homine, entendido como el favorecimiento entre las normas vigentes que conlleve a la protección del derecho fundamental a la salud; de la sostenibilidad financiera y la disminución de barreras administrativas; de la integración a través de mecanismos que contribuyan a reconocer las diferencias culturales existentes en el país; de las condiciones laborales justas y dignas para el personal de salud con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos de acuerdo con las necesidades institucionales; de la calidad, con los múltiples y valiosos aportes el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) con el cumplimiento de atributos y estándares de calidad por los prestadores de salud y el Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad (PNMCS) 2016-2021.

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

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

⁷ Por agente se entiende como: los ciudadanos afiliados al Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Regímenes Especiales y Excepcionales, afiliados a medicina prepagada, a las personas que no están afiliadas; los proveedores como son: los prestadores de salud, las instituciones que prestan los servicios en salud de naturaleza privada, pública o mixta, proveedores de alimentos, de servicios tercerizados, medicamentos e insumos hospitalarios; los aseguradores como son: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; las agencias estatales como son: Minsalud, direcciones territoriales, distritales y municipales de salud, entes de inspección, vigilancia y control.



función humana, por el excesivo interés por la producción de servicios y la contención del costos.

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

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

“... Cuanto más pongamos a la persona en el centro real de nuestra gestión, más podremos responder a un aspecto clave para su propia percepción...”. En coherencia con lo anterior, se valida el respaldo y el compromiso del Ministerio de Salud y Protección Social para que la salud de toda la población se dé de forma equitativa, con aseguramiento a toda la población y se brinde con calidad. De igual manera, reconoce la importancia, el significado y el valor de la humanización en el contexto de la Política Pública en Salud del país. Se formula la propuesta de Política Nacional de Humanización, concibiendo la Humanización como un imperativo del Sector Salud y en la generación y fortalecimiento de una cultura de humanización que centre los esfuerzos en las personas.



Ella ha de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, la protección de la vida y la dignidad humana, a través de la corresponsabilidad colectiva, la participación colaborativa, la autonomía, la cocreación y coordinación armónica de acciones de todos los agentes del Sector. Es de suma importancia el fomento de la participación de los ciudadanos, de tal manera que se favorezcan sus relaciones interpersonales, el cierre de brechas desde las realidades territoriales, el establecimiento de lazos de confianza sobre la base de reconocer y valorar sus diferencias y semejanzas, y con la disposición de ampliar sus conocimientos y aprendizajes en pro de la construcción del bien común.

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

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

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

La propuesta de política extenderá una invitación a los estamentos sociales, científicos, económicos, políticos y culturales al fortalecimiento de su compromiso por el respeto del ser humano individualmente considerado dentro de una colectividad de la cual forma parte. Ello demanda, a su vez, el que a ninguna persona se la instrumentalice o se la masifique, como tampoco se la someta a restricciones en el ejercicio de sus derechos y de su libertad. Su proceso de formación y desarrollo humano integral, le ha de permitir



abordar individual y colectivamente, la comprensión, el fortalecimiento y/o transformación de una realidad que busca llevar a que reconozca la importancia del ser humano. En esta perspectiva es necesario articular la humanización con la formación del talento humano en salud con énfasis tanto en lo conductual como instruccional, lo cual, nos situará en una relación de poder que tiende a propiciar reflexión-acción sobre la calidez del trato y el relacionamiento; sobre el empoderamiento, la independencia, la autonomía, la creatividad, el emprendimiento y, por ende, sobre el ejercicio de la libertad y del poder al servicio del bien común. A este respecto, es pertinente recordar que cualquier persona cuenta con potencialidades y posibilidades que le permiten fortalecer y transformar las condiciones de su entorno natural y humano relacionadas con estados individuales y colectivos de bienestar y desarrollo humano. Tengamos siempre presente que dimensión individual incorporada en la dimensión comunitaria potencia efectos constructores de la persona, de la familia, de la comunidad, de la sociedad y del territorio.

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

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



La propuesta de política tiene como base el mandato constitucional⁸ y normativo vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud⁹ que establece la forma como debemos comportarnos frente al respeto a los derechos humanos. proyecta humanizarnos con el fin de facilitarnos cumplir sus planteamientos, principios y valores como el respeto a la dignidad humana, la equidad, la autonomía, la beneficencia, la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, la cooperación y la confianza. Además, nos plantea la obligación de promover y proteger los derechos fundamentales con base en los tratados internacionales de derechos humanos universales¹⁰ como normas que han pasado a ser consideradas jurídicamente vinculantes, resaltando la no discriminación en el disfrute de los derechos humanos, el derecho a la seguridad social, del goce efectivo del derecho a la salud y el profundo respeto a la dignidad del ser humano.

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

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

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

⁸ Constitución Política de Colombia de 1991, Artículo 48 la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio en control del Estado. Artículo 49 establece entre otras, la atención de la salud está a cargo del Estado.

⁹ Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula el derecho fundamental y garantiza el derecho fundamental a la salud, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, garantizado por el Estado y responsabilidad de toda la sociedad.

¹⁰ La Declaración Universal de Derechos Humanos, Organización de Naciones Unidas (ONU) 1948

¹¹ José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética.



5. MARCO REFERENCIA

5.1 Un Acercamiento al Aseguramiento en Salud

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

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

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

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

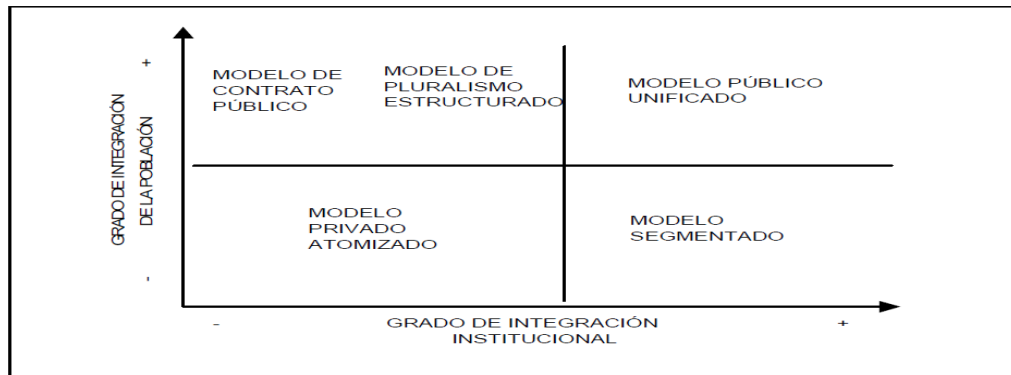
Con el concepto de **pluralismo estructurado**, hacemos referencia al punto medio entre el sector público y la atomización en el sector privado y con el concepto de estructurado estamos evitando los extremos de los procedimientos del gobierno y la ausencia de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado, incitando,



además, a una distribución más equilibrada de poder. El pluralismo estructurado parte de diferentes grados de integración de la dimensión población y de la dimensión institucional.

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

MODELOS DE SISTEMA DE SALUD SEGÚN LONDOÑO - FRENK



Fuente: Modelos de Salud Londoño – Frenk, Ministerio de Salud, 2004 “Marco Conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud”, pág. 486.

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

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



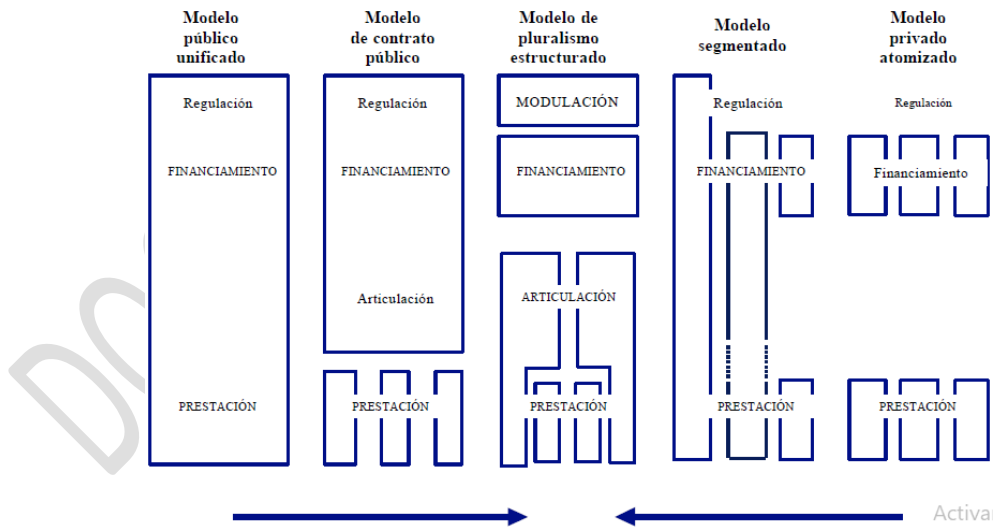
Diseño propuesto de pluralismo estructurado

FUNCIONES	GRUPOS SOCIALES			
	Con capacidad de pago		Pobres	
	Con seguro social	Con seguro privado No asegurados		
Modulación	→			Ministerio de salud
Financiamiento	→			Seguridad social (ampliada)
Articulación	→			Competencia estructurada
Prestación	→			Pluralismo

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

En relación con otros modelos, se puede destacar que el **pluralismo estructurado** soluciona la vinculación entre modulación, financiamiento, articulación y prestación, dado que no ofrece un camino único para la reforma. Logra ser, ante todo, una opción que evita los extremos y, al mismo tiempo, facilita una convergencia dinámica desde todos los puntos de partida y establece un equilibrio de fuerzas entre los diversos agentes del sistema.

Convergencia entre los modelos de sistemas de salud



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

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

- 1) Muchos proveedores de servicios de salud.



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

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

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

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

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

5.2 Ser Humano

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

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

El ser humano, desde su gestación hasta la muerte, vive en estado permanente de creación y construcción individual y social de conocimientos, de saberes; de sentimientos,



y emociones, del amar; de propósitos y realizaciones, del hacer; de visiones y escenarios de futuro, de utopías, del soñar; y de espiritualidad y creencias, del trascender.

Somos cocreadores y actores de una inacabada concepción de humano y de planeta, ya sea en calidad de sujeto individual, social, de especie o planetario, ligados en nuestra totalidad con la naturaleza, con cada ser vivo e inerte que la conforme. En este sentido, podemos decir que cada ser vivo es hermano del ser humano y que cada elemento o componente de la madre tierra es cocreador con él de su bienestar y su existencia, en estado constante de cambio individual y social¹².

5.3 Humanismo una Breve Reseña

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

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

5.3.1 Atención Centrada en la Persona

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

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

¹² Ministerio de Salud y Protección Social, Red Colaborativa de Humanización, Construcción Conceptual 2018, Luis Ángel Parra asesor independiente.



edad, ellas están presentes en mayor o menor medida, en cada individuo (Maslow A., 1991).

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

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

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

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

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

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



- Comportarse lo más completamente posible para satisfacer sus necesidades.

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

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

Atendiendo a Georges L. Engel (1977), podemos darnos cuenta que él propone un modelo biopsicosocial, en el cual analiza la esfera psicológica como parte integral del ser humano, en el contexto de la enfermedad. El conocimiento del contexto emocional y social en el que vive cada sujeto, o de los factores psicológicos que se dan en él, influyen en los procesos biológicos, los cuales a su vez pueden influir en el sistema social del paciente. El modelo biopsicosocial enfatiza en la visión integral de los factores relacionados con la salud, la enfermedad y la atención, con el propósito de mostrar la interrelación que presentan las creencias familiares con la forma en que las familias se adaptan a las enfermedades. El modelo biopsicosocial se afianza en la teoría de la terapia familiar que está orientada a entender los aspectos biopsicosociales que presenta el individuo, así mismo, con la atención médica centrada en la familia y termina con la creación de la terapia médica familiar (Graca M., Smith T., 2000), (Borrell F., 2002).

El modelo se caracteriza por destacar el papel de:

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

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2015b.) hace referencia en poner las necesidades integrales de las personas y las comunidades, en el centro de los



sistemas de salud, no solamente desde la mirada de la enfermedad, si no del compromiso con el capacitar a las personas para que tengan un papel más activo en su propia salud, en la siguiente gráfica se describe su marco conceptual:



Fuente: Conceptual framework for people-centred and integrated health services. WHO global strategy on people centered and integrated health services. Interim report. WHO, 2015.

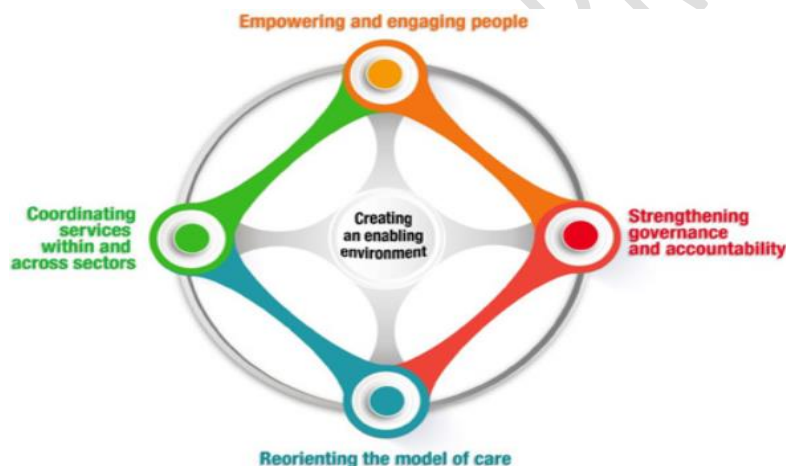
Así mismo, la OMS propone cinco objetivos estratégicos que son interdependientes para que la administración, aseguramiento, financiación, gestión, suministro, prestación, servicios y atención en salud se pueda centrar e integrar en el SER de las personas:

- **Empoderar y comprometer a las personas:** Con esta idea de involucrar y empoderar a las personas, se trata de proporcionarles la oportunidad, las habilidades y los recursos que ellas requieren para articularse y para capacitar, de manera adecuada, a los usuarios de los servicios de salud. Con su planteamiento, también se trata de llegar a los grupos de población vulnerables para garantizar el acceso universal a los servicios. Su objetivo convoca a empoderar a las personas para que tomen decisiones efectivas sobre su propia salud; a permitir que las comunidades participen activamente en la coproducción de entornos saludables; a proporcionar servicios de atención en asociación con el sector salud y otros sectores, y a contribuir con la construcción social de la política pública.
- **Fortalecer de la gobernanza y la rendición de cuentas:** Este propósito implica mejorar el diálogo sobre políticas, así como la formulación y evaluación de las mismas, de común acuerdo con ciudadanos, comunidades y otras partes interesadas. Se trata de promover la transparencia en la toma de decisiones y de generar sistemas sólidos para la rendición colectiva de cuentas, por parte de los responsables políticos, gerentes, proveedores y usuarios.
- **Reorientar el modelo de atención:** Hace mención al aseguramiento frente a la oferta y la demanda de prestación de servicios de atención en salud eficientes, efectivos, oportunos y de calidad, a través de modelos de cuidado que prioricen la atención primaria y comunitaria y la coproducción de la salud. Abarca el cambio de atención hospitalaria a la ambulatoria y la domiciliaria. Así mismo, requiere inversión en atención holística e integral, incluida la promoción de la salud y con sus estrategias de prevención de enfermedades que apoyen la salud y el bienestar de las personas. La



reorientación de los modelos de atención, también plantea la creación de nuevas oportunidades para la acción intersectorial a nivel comunitario, a fin de abordar los determinantes sociales de la salud y de hacer el mejor uso de los recursos.

- **Coordinar servicios:** Hace referencia a la necesidad de articular la atención en torno a las necesidades y preferencias de las personas en todos los niveles de atención, así como de promover actividades para integrar a diferentes proveedores de atención, mediante la creación de redes efectivas entre la salud y otros sectores. La coordinación se centra en mejorar la prestación de atención a través de la alineación y la armonización de los procesos de los diferentes servicios.
- **Crear un entorno propicio:** Para que las cuatro estrategias anteriores se conviertan en una realidad operativa, es necesario crear un entorno propicio que reúna a las diferentes partes interesadas y comprometidas en emprender un cambio transformador. Esta es una tarea compleja que involucra un conjunto diverso de procesos encaminados a lograr los cambios necesarios en los marcos legislativos, los acuerdos e incentivos financieros, la reorientación de la fuerza laboral y la formulación de políticas públicas. La OMS nos esquematiza así sus planteamientos:



Fuente: The interdependency of the five strategic directions to support people-centred and integrated health services. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. WHO, 2015b.

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

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

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



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

- **Orientación del liderazgo:** Líderes que impulsen y hagan conexión con el personal para orientar la apropiación, ser parte del abordaje estratégico de las organizaciones.
- **Planetree para el personal:** Preocupación por los seres humanos que contribuyen a la labor del bienestar y salud. Reconoce los logros y las mejores prácticas y el impacto en mejorar la atención centrada en la persona.
- **Evaluación Cultural:** A través de encuestas de cultura organizacional, en las que se identifique cuáles son las creencias, prácticas, acciones que generan buen impacto, y que contribuyan a generar, entre otras acciones, planes de mejora incluyentes y colectivos, con la participación del personal de salud administrativo y asistencial, así como de las personas y sus familias.
- **Desarrollo de programas:** Identificación y estructuración de los programas prioritarios y de los programas de preferencia que a las personas les gustaría observar.
- **Implementación de prácticas adecuadas para pacientes:** Se refiere al diseño de planes y procesos dirigidos a implementar y/o mejorar los programas asociados con el cuidado.
- **Entrenamiento gerencial:** Se refiere a identificar el tipo de formación que requieren los gerentes o directores, con respecto a nuevos fundamentos conceptuales y nuevos métodos que les faciliten motivar, involucrar y fortalecer la capacitación del personal, además de establecer roles en una nueva construcción operativa.
- **Habilidades y estructuras:** Se refiere a la identificación de habilidades y estructuras que se requieren para lograr la gobernanza y la toma de decisiones compartidas, la generación de interacciones empáticas, el desarrollo de equipos de salud, la creación y expansión de contenidos de educación e investigación.

A la luz de lo planteado anteriormente, la atención centrada en la persona crea ambientes saludables en el trabajo, mejora los resultados de salud y compromete a las comunidades en torno a la salud y el bienestar, así mismo, tiene efecto en el desempeño directo de las organizaciones de salud y mejora la experiencia de la persona, de igual manera contribuye a¹³:

- Mejorar su estado de salud de forma más rápida.
- Aumentar el nivel de excelencia de la calidad de la atención.
- Incrementar la fidelidad en la organización por parte de la persona, familia y comunidad.
- Aumentar el clima organizacional frente a la satisfacción, liderazgo y compromiso del personal de salud, así mismo, en la satisfacción del sujeto de cuidado, y de su red de apoyo y comunidad.

¹³ Atención Centrada en la Persona, Ponente Susan Frampton, PhD, MS, Presidenta Planetree Internacional, 26° Foro Internacional OES – 1er Encuentro Planetree Atención Centrada en la Persona, 2017



- Incrementar la eficacia en el uso de los recursos que disponen las organizaciones de salud, mejora el flujo de ingresos y su funcionamiento.
- Impulsar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.
- Fortalecer la cercanía y conexión de la comunidad con la organización.

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

- **Establecer sistemas para escuchar la voz del cliente:** Con ello se favorece a los líderes de las organizaciones en su proceso de analizar los momentos de la atención, de entender cómo ven los usuarios los servicios y la atención recibida y de su toma de decisiones. Como ejemplo de ellos están: los sistemas de quejas, las encuestas, las entrevistas y los grupos focales.
- **Fortalecer la capacidad de liderazgo en las instituciones:** Implica ello, cualificar la capacidad de liderazgo que toda persona de una organización posee en relación con la función o el rol que cumple, con el fin de que sean, desde su propio desempeño, promotores de la atención centrada en la persona, motivadores y en generadores de acciones que empoderen al equipo de trabajo.
- **Rediseñar la forma en que se prestan los servicios de atención y centrarlos en el usuario:** Permite a las direcciones repensar, rediseñar y reorganizar los procesos de salud, no pensando en áreas, servicios o departamentos fragmentados, si no en ver a la persona en el conjunto de su humanidad, con sus características, con sus capacidades, sus necesidades individuales, sus aspiraciones, entre otras, que merece cuidado, empatía, comunicación, información, respeto a su dignidad, etc.
- **Establecer sistemas para evaluar la calidad de la prestación de los servicios:** Hace mención a estrategias como la acreditación en salud, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, las cuales revisan a fondo el proceso de atención e identifican factores que desfavorecen la calidad. A este respecto nosotros consideramos de suma importancia el fortalecimiento de la capacidad sustentada de autoevaluar y de evaluar de toda persona que sea actor del Sistema de Salud desde cualquier nivel de responsabilidad, por más pequeño que sea.
- **Búsqueda de articulación con otros actores del sistema de salud:** Es una estrategia que favorece la atención de las personas haciendo conocer al usuario sus derechos y deberes, ofreciendo permanente y oportuna información, facilitando y agilizando los trámites que conlleven a recibir un servicio o una atención, promoviendo la salud, gestionando acciones de prevención, estableciendo una adecuada relación de confianza con cada una de las organizaciones.

Por su parte, el énfasis de la atención centrada en el paciente y su familia, es el logro de la personalización considerando su independencia y la autonomía, a través de los esfuerzos que brindan las organizaciones de salud en involucrar a la persona, su red de



apoyo en la atención (Villamil H., 2013), el cual, se puede describir tres aspectos relevantes para la definición del modelo:

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

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



ASPECTOS DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

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

Fuente: Aspectos de evaluación del instrumento de atención centrada en el usuario, Frampton S et al. Patient- Centered Care Improvement Guide, Picker Institute- Planetree Organization; 2008, tomado de (Villamil H., 2013).

Otros aspectos transcendentales son:

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

5.4 Humanización en Salud

Para abordar la humanización, debemos reconocer que hay múltiples autores con trabajos detallados que coinciden y que, entre sí, complementan la importancia de la



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

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

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

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

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

A ello se suman exigencias tales como:

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



Como plantea José Carlos Bermejo¹⁴ “cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización”.

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

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

5.4.1 Elementos de la Humanización

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

- (Redrado JL., 1988) Argumenta el autor que se aborda la integralidad del ser humano, se asocia con las relaciones interpersonales entre la persona y red de apoyo, el personal de la salud, administrativo y directivo de las organizaciones, entre las organizaciones del sector y con otras organizaciones de diferentes sectores.
- (Herranz G. 1998) El autor plantea que la promoción y la motivación a los otros, hacen parte del contexto de la humanización, junto con la práctica y las relaciones.
- (Bermejo J., 2007) Otro elemento que nos menciona el autor que en las instituciones predominen: el respeto a la dignidad humana, el buen trato, el acogimiento y hospitalidad, la formación del personal de salud, la organización de los servicios para la atención, la información brindada sobre su enfermedad y tratamiento.
- (Ariza O., 2012) Describe el autor todas las acciones que hacen al hombre más humano, orientadas a la dignidad, al respeto a la vida y a los derechos sin distinción en edad, genero, creencias, cultura, etnia, condición socioeconómica e

¹⁴ José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética



ideología política. Hace referencia a la habilidad de la comunicación y cómo influye en la relación interpersonal de las personas, en la red de apoyo con el personal de salud o en doble vía, y en las organizaciones, asociaciones entre otros.

- (Bermejo J., Durbán M., 2013) Indican los autores que hablar de humanización constituye un compromiso ético, promueve su dignidad y se reconoce como un ser integral; se relaciona con favorecer el ambiente, los espacios que favorecen el confort, la accesibilidad y la calidez; hace referencia a las componentes de la calidad, en las intervenciones, en las prácticas y en la seguridad de las personas; se relaciona con la integración en la comunidad y la participación de la misma; se relaciona con aspectos de calidad y en la misma orientación de lineamiento.
- (Magliozzi P., en el 2016), menciona que otro elemento es reconocer el ser humano integral, pasar de paciente - enfermo a persona - salud.

5.4.2 Características de la Humanización

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

- (Redrado JL., 1988) Argumenta el autor que contribuye al bienestar propio y de los demás, de igual manera, busca constantemente el bien común.
- (Bermejo J., 2007), el autor rescata del Dr. Francesc Raventós¹⁵, las características de un sistema de salud humanizado, el cual “está al servicio de la persona, pensado y concebido en función del hombre; un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud; corrige desigualdades y elimine discriminaciones; con participación ciudadana y garantice la salud de todos los ciudadanos”. Otras características que nos menciona el autor son la gestión, el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en la misma, con la competencia profesional y con elementos no fácilmente comunicables (el dolor, el sufrimiento, las capacidades recuperadas, la alegría). Se asevera “no es tanto un proceso o un cambio de estructuras, sino de actitudes”, el avance de la humanización no solamente se condiciona a través de la transversalización en los lineamientos institucionales o nacionales, sino a través de un proceso de cambio de actitudes y de voluntad de todos”.
- (Hoyos H, Cardona R, Correa S., 2008) El autor menciona, la necesidad de humanizarse antes de humanizar a otros, lo cual permite generar cambios personales de acuerdo con los ámbitos de gestión, además, promover una cultura donde predominen los valores humanos y el crecimiento personal. Señala el autor que la humanización es responsabilidad social, se presenta en la integridad del trabajo y se desarrolla de forma multidisciplinario, además con la mejora del entorno e infraestructura de las instituciones de salud.
- (Bermejo J., Durbán M., 2013) Indican los autores que la humanización tiene un componente individual y colectivo, extrae lo más genuino y natural de cada persona, se fundamenta en la relación interpersonal; se relaciona con la

¹⁵ Dr. Francesc Raventós, Director General del Instituto Nacional de Salud (INSALUD), España 1984



multidisciplinariedad, la integralidad del conocimiento, con los valores y con las capacidades y competencias del personal de salud; hace referencia a proteger el derecho fundamental de la salud, a actuar con libertad, a provocar la autonomía y la libre elección.

- (Bermejo J., Durbán M., 2013) Como mencionan los autores, incide en la autonomía de las relaciones fundadas en los valores, en que se generen prácticas de atención centradas en la persona. Involucra a todas las personas, desde la dirección administrativa hasta el guardia de seguridad. Se instituye en cada uno de los agentes del sector, con la adaptación de servicios y lineamientos que mejoren su misión al servicio de las personas y que favorezca al personal de salud.
- (Magliozzi P., en el 2016), menciona que otra característica es la relación con la promoción en salud, generada por el equilibrio entre los agentes y sus funciones a favor del bien común, salir del reduccionismo biológico en el que ha caído la medicina.

5.4.3 Escenarios de Aplicación

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

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

1. **Político-económico.** El sector salud y sus organizaciones, dependen de los objetivos estratégicos y financieros, cuya prioridad es la de salvaguardar la salud de las personas, de fomentar la autonomía, participativa, colaborativa y empoderado del personal de salud y la comunidad.
2. **Legislativo.** Garantiza normativamente la igualdad en el reconocimiento a toda la población de los derechos, de la protección de la vida, de los recursos y la equidad en el acceso de las personas más vulnerables.
3. **Arquitectura en salud.** Asumida como el conjunto de las estructuras, los edificios, los ambientes, las interconexiones, las comunicaciones, entre otros, que favorezca a las personas y al personal de salud en el mejoramiento de los entornos, ambientes, las estructuras, edificios, interconexiones, comunicaciones, entre otros.
4. **Asistencial-Administrativo.** Está comprometido con el desarrollo de programas que promuevan los servicios salud y los modelos de atención que estén centrados en la persona y su red de apoyo.



5. **Ética.** Desde este escenario se asumen las decisiones y abordajes de conflictos, los cuales se han visto fortalecidos con la conformación de Comités de Ética que favorecen la toma de decisiones en la aplicación de los derechos y deberes.
6. **Cultural.** Favorece la promoción de constructos culturales que consolidan, las concepciones y las prácticas orientadas a promover acciones que valoran y reconocen la dignidad de todo ser humano, los estilos de vida saludables, la autonomía de las personas, entre otros, a transformar las realidades de las personas, en pro del mejoramiento de sus estados de salud.
7. **Académico.** Desde este otero se ha de promover el fortalecimiento de las competencias y capacidades del personal de salud técnico-científicas en relación con la ética profesional, los valores, el manejo de emociones, con el ser humano espiritual, con la integración cultural y con las demás dimensiones del ser humano, como ejes principales de la formación y estrategia de capacitación.
8. **Talento Humano en Salud.** Desde él se orientan las metas encaminadas a seleccionar, elegir, cuidar y garantizar las condiciones laborales del personal de salud.
9. **Relaciones interpersonales.** Constituyen el escenario privilegiado de la humanización. Se fortalecen con la comunicación y la empatía, las cuales nutren la confianza, el acogimiento y el respeto al otro.

5.4.4 Avances en Humanización con Experiencias Significativas

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

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



derechos de las personas; y comprensión de las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Para su implementación ha desarrollado 10 líneas estratégicas como son:

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

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

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

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

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social expide el Decreto 1011 de 2006 el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), el cual en su artículo 3 hace referencia a sus características referidas a que “todas las acciones que se desarrollen están orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario”. El SOGC está conformado por:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.



3. El Sistema Único de Acreditación (SUA).
4. El Sistema de Información para la Calidad (SIC).

El componente Sistema Único de Acreditación es un proceso voluntario, de autoevaluación interna periódica y con una revisión externa de procesos que garanticen la mejora de la calidad de la atención realizada por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), con enfoque de humanización de la atención, incluye un grupo de estándares que favorecen su transversalización y busca que las instituciones prestadoras definan e implementen su Política de Humanización.

En la actualidad Colombia cuenta con 51 instituciones prestadoras de salud acreditadas, de las cuales mencionamos unas instituciones con experiencias en humanización¹⁶ y que han generado cambios significativos de su cultura organizacional y en la atención a las personas y su red de apoyo, estos son:

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

Así mismo, queremos destacar otras instituciones que han desarrollado experiencias relevantes con base en su responsabilidad social con la comunidad, con otros agentes del sector salud y su talento humano en salud, no se encuentran acreditadas, pero han generado acciones significativas en el goce del derecho fundamental de la salud y dignidad humana, como son:

- La Fundación Participar de Armenia Quindío con el modelo en gestión del riesgo;

¹⁶ Las experiencias citadas fueron presentadas en el VII Foro Nacional de Acreditación en Salud “Hacia un Enfoque Integral de la Humanización de los Servicios de Salud” 2019, ICONTEC.



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

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

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

6 ANALISIS SITUACIONAL CON ROSTRO HUMANO IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES Y RETOS.

Es necesario destacar los elementos normativos y sus aspectos de política que ha venido desarrollando el estado colombiano¹⁸, desde su Constitución Política de 1991 como Estado Social de Derecho y Democracia Participativa, garantista de los derechos humanos, con base en lo cual instaura un conjunto articulado de elementos que han elevado y direccionan las expectativas de la población, incluyendo, por supuesto, a los actores y beneficiarios del Sector Salud. A este respecto, es de suma importancia recordar que los colombianos asumimos la salud como un derecho fundamental tal como lo manifiesta la Sentencia T- 760 de 2008 y lo hemos regulado a través de la Ley 1751 de 2015.

¹⁷ Albert Einstein

¹⁸ Se amplía la descripción y su relación con la humanización en salud en el marco normativo del presente documento.



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

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

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

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

6.1 El Derecho a la Salud

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



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

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

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

Esto se refleja en 121.062 solicitudes de tutelas referidas a: a) tratamientos con un incremento del 25,85% frente al 2017; b) medicamentos 79.322 con un -18.24% de variación en relación con el 2017; c) la falta de oportunidad en la atención como sucede con las 72.717 citas médicas especializadas con el 20.65% en variación de cara al 2017; 44.500 procedimientos quirúrgicos, con el 7.79% de variación frente al 2017; al procedimiento diagnóstico con un -13.39% variación con respecto al 2017; y la realización de 21.749 exámenes diagnóstico con el 8.71% de variación frente al 2017. Otras como transporte, viáticos, servicio de ambulancias, problemas de afiliación y traslados de EPS 54383 presentan una variación del 11.70% en referencia al 2017. Existen también las tutelas relacionadas con las prótesis, órtesis y 21.478 insumos médicos con un -7.15% en variación frente al 2017, 15.041 pañales con el 4.76% de variación con respecto al 2017, exclusiones 7.066, productos nutricionales 6.848 y otras 2824 con el -13,48 de variación ante el 2017. Las tutelas por tratamiento buscan la prestación del servicio de manera integral y oportuna.

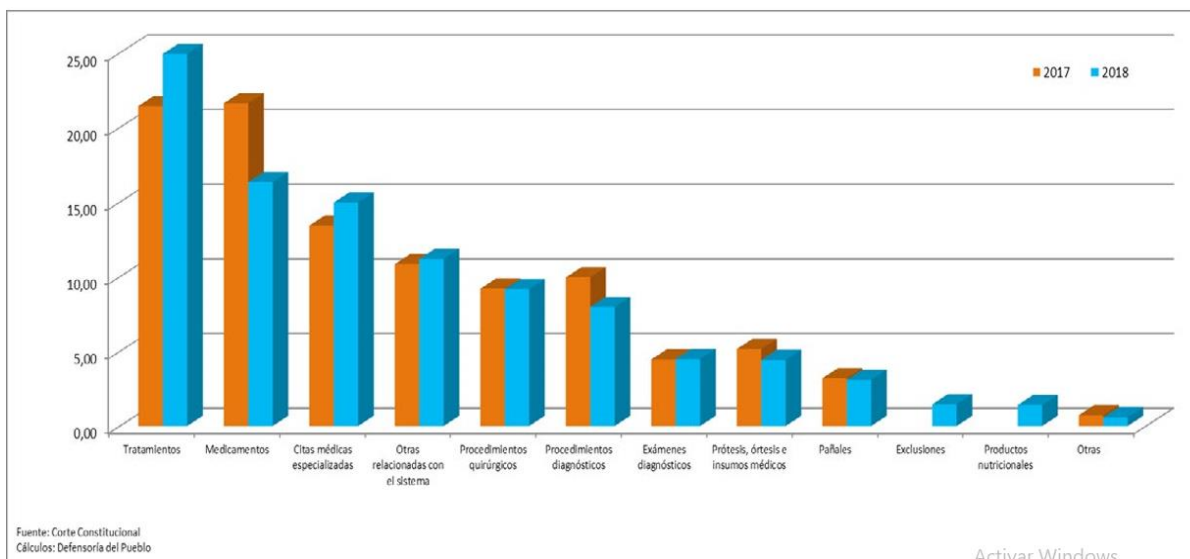


Gráfico 1. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud (periodo 2017-2018). Tomado del Informe La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018 Defensoría del Pueblo.

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

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

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

- Falta de resolutoria en el primer nivel de atención,
- Multiplicidad de remisiones a subespecialidades y equipos interdisciplinarios.
- Disponibilidad de personal de salud,
- Agendamiento de pacientes con tratamientos ya instaurados,
- No existe oferta de servicios de salud en el lugar donde reside el usuario,
- Dificultades para articular en transporte, hotelería, cuidador del paciente y el servicio de salud en traslados,
- Prestadores de servicios de salud que en algunas regiones incrementan el costo del servicio, exigiendo pago anticipado, negándose a asignar y agendar,
- Prestadores de servicios de salud que se niegan a prestar los servicios no incluidos en el PBS, por no pago de la EPS,



- Usuarios que exigen la atención en salud por fuera de la red prestadora,
- la libre elección del paciente, en ocasiones satura la disponibilidad de un prestador específico,
- Incumplimiento de citas por parte de los usuarios,
- Exigencias de los usuarios de insumos que no están incluidos en el PBS,
- Usuario acude directamente a la acción de tutela,
- Trámites y demoras en autorizaciones de algunos servicios,
- Dificultades para la radicación ante los entes territoriales de los recobros,
- Tercerización del suministro de medicamentos e insumos,
- Solicitud de medicamentos que no están incluidos en el PBS y/o no se encuentran con registro INVIMA,
- Inducción del uso de la tutela por prestadores de servicios de salud,
- Limitaciones del conocimiento médico por parte de los jueces de tutela,
- Discrepancias interpretativas con respecto al concepto de “integralidad” por parte de los diferentes agentes,
- Traslados masivos por liquidación de EPS.

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

- Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada con 149.525;
- Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No Pos con 45.461;
- Restricción de la libre escogencia con 42.400;
- Falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel con 38.141;
- Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos POS con 32.538;
- Demora en la referencia o contrareferencia con 28.403;
- Falta de oportunidad en la programación de cirugía 23.542;
- Demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos con 23.409;
- Demora de la autorización de consultas médicas especializadas 19.848;
- Demora de la autorización de cirugía POS con 15.458.

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

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



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

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

6.2 Calidad en el Sector Salud

La humanización recoge aspectos de calidad, pero no solo eso y ni a todos. En Colombia, a través del Decreto 1011 de 2007 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual define la calidad como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”, haciendo uso de atributos como los de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

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

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

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

De igual manera, la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia del World Bank Group de 2019 (World Bank Group, 2019), resalta el logro en el incremento de la cobertura de la atención en salud desde 1993 hasta el 2010 al pasar de un 94% a un 96%. Incluso la Encuesta de Calidad de Vida 2018 del DANE muestra que el 93,4% de las personas se encuentran afiliadas, superando la reducción de la cobertura



que se da en los años 2016 y 2017. Presenta, sin embargo; dificultades relacionadas con la calidad de la atención en el sector salud en Colombia, las cuales constituyen un reto clave para la sostenibilidad del sector. Un estudio reciente de la Comisión de Salud Global de Lancet sobre Sistemas de Salud de Alta Calidad (2018) estima que más de 22.000 colombianos mueren cada año debido a la mala calidad de la atención en salud, y cerca de 12.000 más mueren debido a la falta de acceso al beneficio de los servicios. Estos resultados negativos en salud y en su calidad afectan la humanización, de cara a la dignidad humana y al goce efectivo del derecho fundamental en salud, los cuales siguen siendo peores que en la mayoría de los demás países OCDE. En este orden de ideas, es conveniente mencionar también que la tasa de mortalidad materna en Colombia es más alta que en todos los demás países de la OCDE y que los años de vida perdidos debido a la neumonía también superan a casi todos los demás países de la OCDE como se evidencia en los siguientes gráficos, con una marcada diferencia en las áreas rurales, hospitales públicos y regiones con ingresos más bajos.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER OCDE (2016)

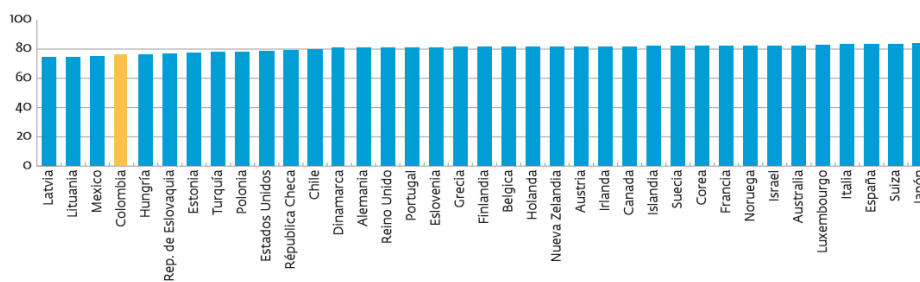


Gráfico 2. Esperanza de Vida al Nacer OCDE (2016), tomado de la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia del World Bank Group de 2019

MORTALIDAD MATERNA OCDE (2016)

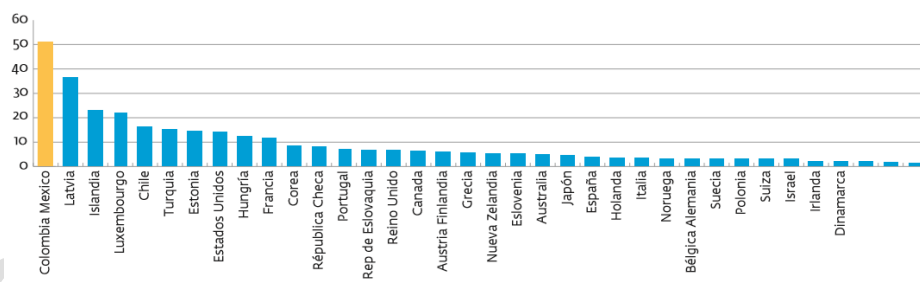


Gráfico 3. Mortalidad Materna OCDE (2016), tomado de la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. (World Bank Group. 2019)

NEUMONÍA: AÑOS PERDIDOS, /100 000 POBLACIÓN, EDAD 0-69 OCDE (2015)

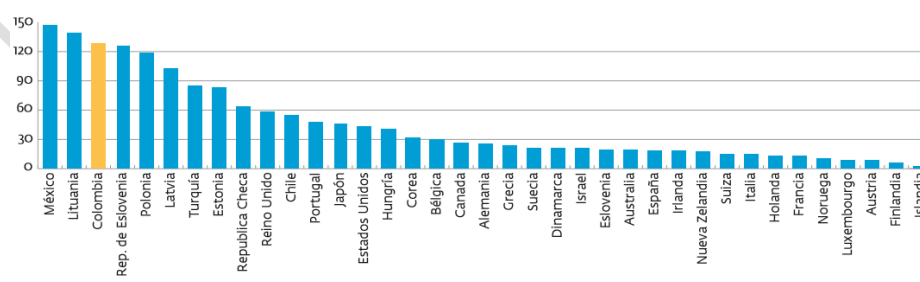


Gráfico 4. Neumonía: Años Perdidos/100.000 Población, Edad 0-69 OCDE (2015), tomado de la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. (World Bank Group. 2019).



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

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

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

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

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

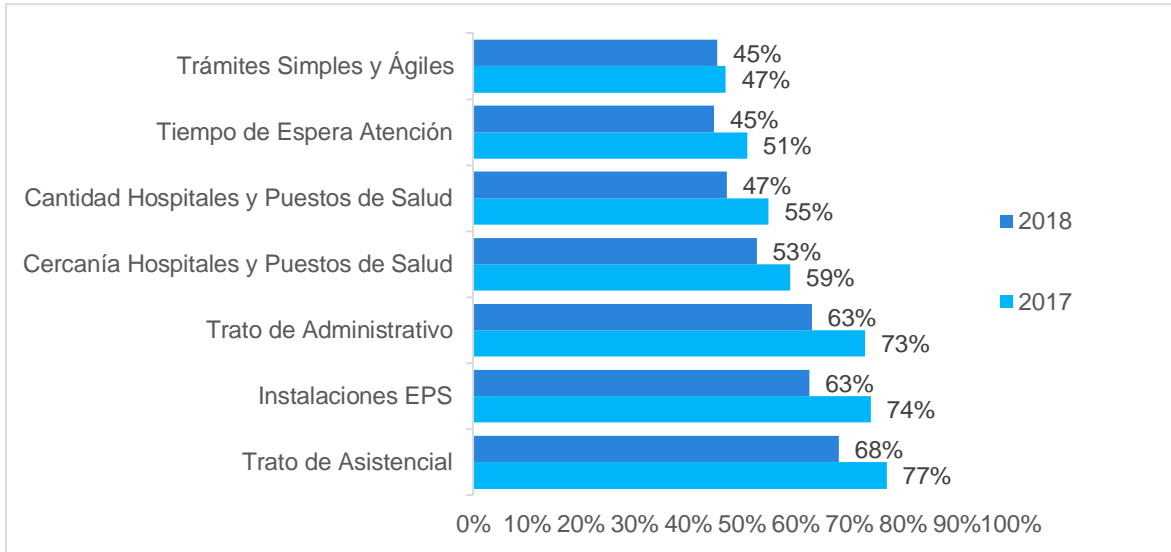
Entre el 2017 y 2018 se evidencia que, para los usuarios, en los primeros cinco puestos, se encuentra el trato amable del personal de salud, los tiempos de espera, el trato amable del personal administrativo, simplicidad y agilidad en trámites y la cercanía de las instituciones de salud.



Figura. Evaluación de las Personas a los servicios de las Entidades Promotoras de Salud 2018, Importancia atribuida por los usuarios a los factores de servicio

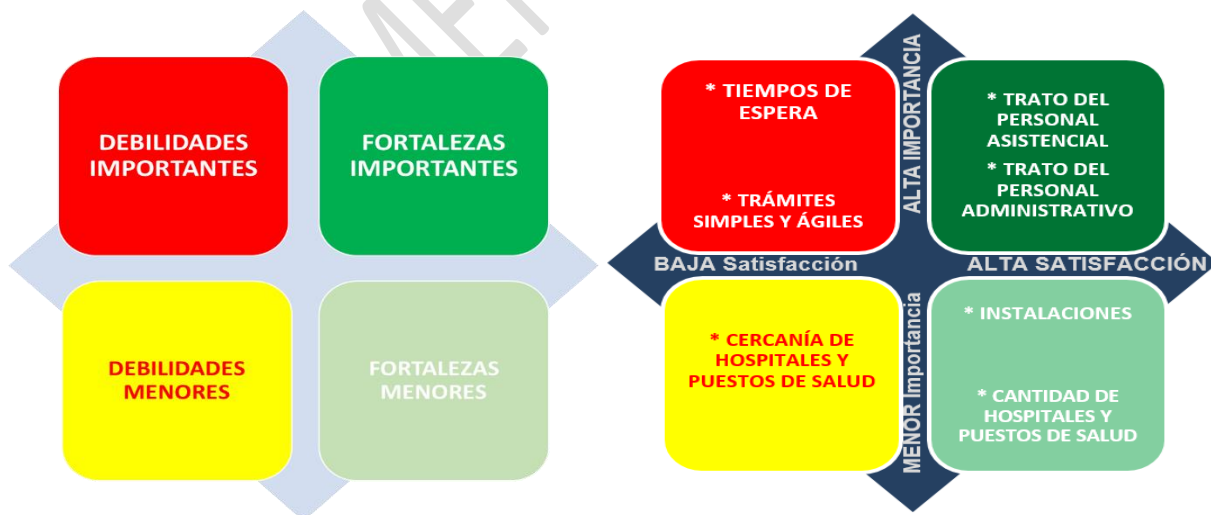


Por otro lado, indica que entre 2017 a 2018 se presenta una disminución en la satisfacción de los factores que inciden en la humanización de los servicios. Estuvieron por debajo del del 70% el trato de talento humano e instalaciones y por debajo del 53% la cercanía de centros de salud, la cantidad de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



Gráfica 5. Evaluación de las Personas a los servicios de las Entidades Promotoras de Salud 2018, Satisfacción Total Nacional 2018 - 2017

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



Gráfica 6. Evaluación de las Personas a los servicios de las Entidades Promotoras de Salud 2018, Mapa Bidimensional Satisfacción vs. Importancia

Así mismo un elemento que contempla la humanización se evidencia con el 40% de insatisfacción de los usuarios ante la demora para recibir servicios, del 14% ante los

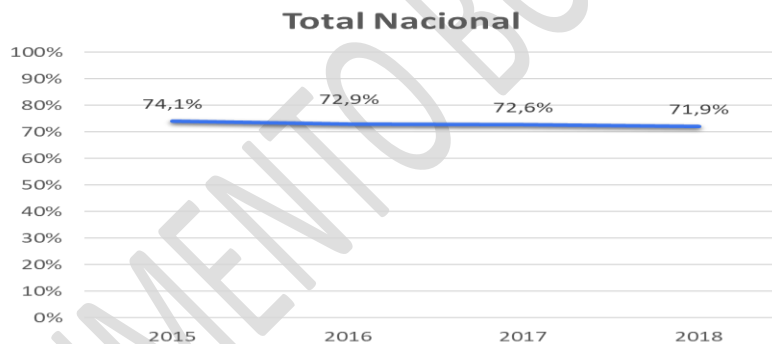


trámites para acceder, del 10% por disminución de la red de atención, del 6% la cercanía, del 5% mejor servicio en otra EPS, del 4% eficacia en el manejo de la oportunidad y trato amable del personal.

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

Tabla 1 Evaluación de las Personas a los servicios de las Entidades Promotoras de Salud 2018, Motivos por los que Algunos Usuarios Quieren Cambiar de EPS

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



Gráfica 7. Evaluación de las Personas a los servicios de las Entidades Promotoras de Salud 2018, Calificación de la Experiencia Global con los Servicios de Salud Recibidos a través de la EPS

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

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

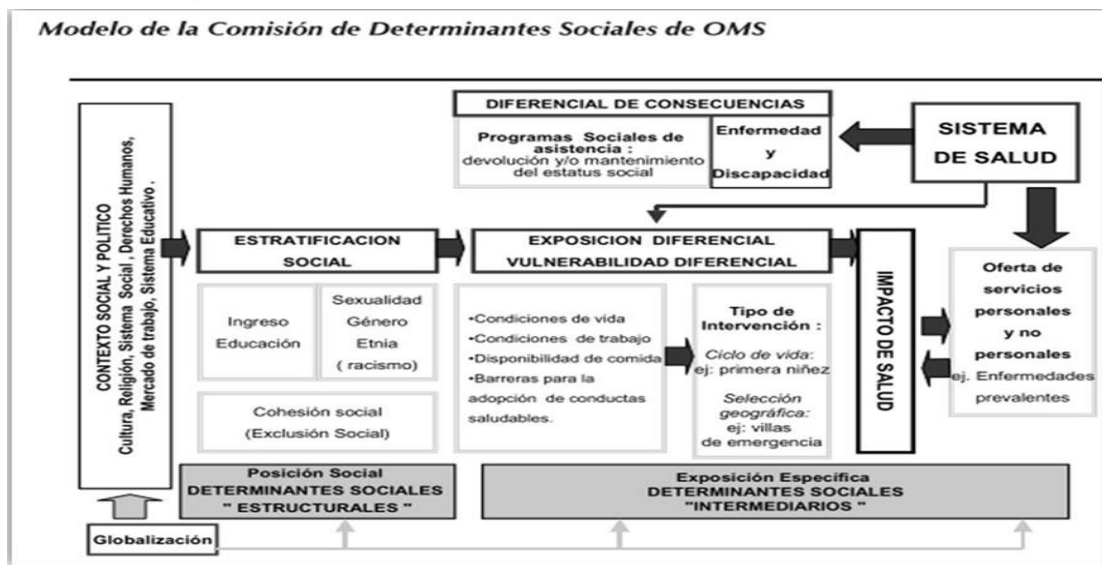


Figura 1. Marco conceptual de los DSS según la OMS, Fuente: Solar e Irwin

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

Dicha experiencia demostrativa contó con la participación de más de 784 personas, entre personal asistencial y personal administrativo de IPS privadas y de ESEs públicas, así como referentes de calidad, auditores de calidad, gerentes de salud, referentes de programas, coordinadores de servicios, líderes en humanización de Secretarías de Salud municipal, Secretarías de Salud Departamental, la academia, entre otros.

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

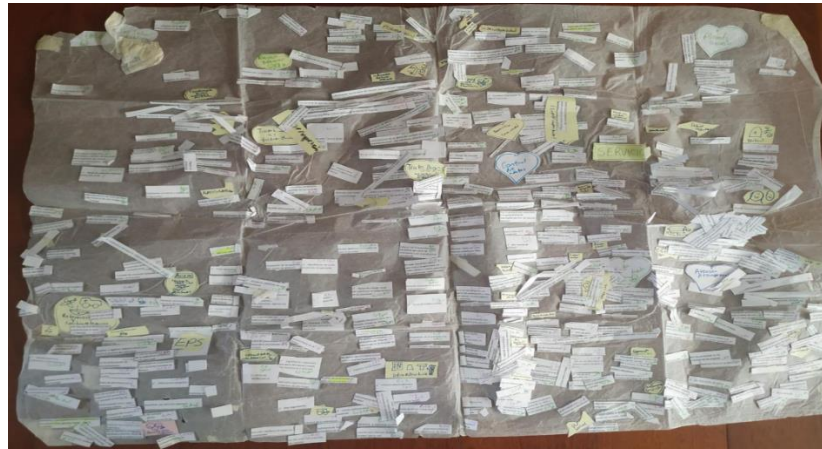


Figura 2. Mapeo de Puntos Críticos de Construcción Colectiva. Realizado con los aportes de la Red Colaborativa 2019.

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



Figura. 3 Consolidado y Priorización de los Determinantes de Prácticas Humanizantes y Deshumanizantes Construido en los Nodos de Humanización en la Prueba Piloto ruta materno - perinatal.

Como causas estructurales y se enunció en todos los nodos, es con relación al **Talento Humano en salud** como uno de los principales determinantes. No es posible llevar a cabo procesos de humanización sin tener en cuenta la doble vía de las acciones que se dan entre quienes brindan la atención y quienes la reciben. Las personas pueden llegar a desconocer el trasfondo de cualquier actitud percibida como deshumanizada en el



personal de salud que lo puede atender, como pueden ser el encontrarse laborando en condiciones inadecuadas, como la modalidad de contratación, la falta de dotación, los turnos extensos, la sobrecarga laboral, la falta de reconocimiento y capacitación, los riesgos que pueden terminar en el síndrome de Burnout se desarrolla por agotamiento emocional, ansiedad y depresión, la desmotivación por el trabajo con la sensación de ineficacia, todo lo cual puede derivar en pérdida de idealismo y deshumanización, que con el tiempo puede generar malestar y agresividad con las personas y el trabajo (Díaz F., Carolina I., 2016).

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

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

Tabla 2 Riesgos psicosociales emergentes

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

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



Figura 4. Cadena de Valor Construcción Minsalud



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

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

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

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

Tabla 2. Quejas Aplicativo SIGEME SDS 2019

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

6.5 La Voz de los Pacientes

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

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



Figura 4. Metodología de Análisis Rio Arriba, Rio Abajo 2019.

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

- Brechas en la oportunidad para consulta de especialista con mayor proporción de personas con enfermedades de alto costo.
- Brechas en la oportunidad y accesibilidad en la demora o no autorización de las tecnologías, lo cual convierte en un viacrucis para el paciente.
- Brechas en la prestación de servicios complementarios como transporte, entre otras.
- Brechas en la inspección, vigilancia y control por la superintendencia de salud para solucionar barreras que contrarían los atributos de calidad.
- Brechas en el goce efectivo fundamental de la salud, evidenciado en derechos de petición para su acceso, tutelas u otros medios jurídicos.
- El tipo de La contratación entre las EAPB e IPS terminan afectando la continuidad, oportunidad y accesibilidad de los tratamientos de las personas.
- La Red de prestadores de las EPS no son suficientes y más para personas con enfermedades de alto costo o huérfanas.
- La falta de escucha y comunicación entre los mismos agentes del sector salud, dificultades en el trato y la vocación de profesionales o del talento humano en salud con pacientes y familia y de los pacientes y familia con el talento humano en salud.
- Brechas en el cumplimiento de la Ley 1751 de 2015 Ley Estatutaria de Salud por parte de los agentes del sector.
- Brechas en la administración de los recursos por las EAPB en proteger el derecho fundamental a la salud de los colombianos.
- Brechas en la fuente de financiación de los servicios complementarios que requieren las personas más vulnerables del país.

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

De las fuentes consultadas, el informe de la Defensoría del Pueblo (Defensoría del Pueblo, 2020) permite identificar aspectos sensibles en los servicios de urgencias



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

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

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

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

- Infraestructura, edificaciones inadecuadas, rampas ausentes o inadecuadas, sin vías de acceso apropiadas para el ingreso de vehículos de emergencia.
- Falta de claridad en la información suministrada a los usuarios y familiares
- Migrantes sin documentos.
- Trámites administrativos ante las EPS engorrosos y no claros.
- Negación del servicio por no ser calificado como de vital urgencia.
- Exigencia de pago para la atención, en especial a la población pobre no afiliada.
- Falta de convenio con las aseguradoras a la que se encuentran afiliadas las personas.
- Por especialidad, ejemplo, cuando la IPS solo atiende un tipo de patología.
- Por sobreocupación se rechaza a la persona y se le sugiere ir a otra institución sin mediar un proceso de coordinación.

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



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

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

Así mismo, la aceptabilidad en los servicios de urgencias, en referencia a la ética profesional, el 3,2% del talento humano, manifestó haber sido obligado a ejercer impropios de la profesión, sea por causa del sistema o en razón a las personas y familiares. A este respecto se observa lo siguiente:

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



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

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

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

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

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

Se puede considerar que las IPS carecen en un alto porcentaje de garantías para la custodia de la intimidad de los usuarios, afectando el concepto de dignidad humana e integridad del paciente.

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

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

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

¹⁹ Paulo Coelho de Souza



7. MARCO NORMATIVO Y ESTRATEGICO

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

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

7.1 Marco Internacional

Desde esta perspectiva global, es importante destacar como antecedente y como marco orientador, la estrecha relación de la humanización que impulsa la presente propuesta, con los fundamentos y postulados la declaración sobre los derechos humanos de 1948, que brota de la bondad del ser humano ante la desolación y del sufrimiento causado por la crueldad y la sinrazón de sus guerras. En dicha declaración, vigente en la actualidad, la unión y el consenso de un conjunto de naciones declaran que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²⁰. En la presentación de su edición ilustrada del 2015,²¹ Yacine Ait Kaci (YAK) plante que “la Declaración Universal de Derechos Humanos²² sigue siendo igual de pertinente hoy día que en 1948”, además, “promete a todas las personas unos derechos jurídicos, económicos, sociales, políticos, religiosos, culturales y cívicos que sustenten una vida sin miseria y sin temor”, conforme a la dignidad humana.

²⁰ Declaración Universal de Derechos Humanos.

²¹ Edición ilustrada de la DUDH fue creada y diseñada en una colaboración entre el artista Yacine Ait Kaci (YAK) creador de Elyx, el Centro Regional de Información de las Naciones Unidas (UNRIC), y la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos –Oficina Regional Europa- (OACDH). Esta edición ilustrada de la DUDH puede ser reproducida y/o traducida en su totalidad o en parte sin permiso previo, siempre que sea distribuida sin coste (Distribución gratuita). Los editores deberán eliminar el emblema de Naciones Unidas e incluir sus propios créditos. Las traducciones deberán llevar el siguiente aviso legal: “El presente trabajo es una traducción no oficial de la cual los editores se hace totalmente responsables”.



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

Así mismo, la defensa de la diversidad cultural se constituye como un imperativo ético, inherente al respeto de la dignidad humana tal como la contempla la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural, de noviembre 2001. La UNESCO en este documento asume la cultura como conjunto de rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social, la cual adquiere formas diversas, se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades.

De igual manera, en el año 2000 se formulan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales en el 2015 se extienden, mediante los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a la calidad de retos para el 2030, los cuales hacen parte de la propuesta de compromiso del objetivo 3. Por su parte, el objetivo 13 nos convoca a: “garantizar la vida sana y a promover bienestar superando las brechas en la calidad, en la oportunidad, continuidad, acceso, cobertura en salud, fortalecimiento del primer nivel para el acceso efectivo y la articulación entre agentes”. De “Adoptar medidas para el cambio climático en sensibilización en los efectos, compromiso para la conservación del ambiente en el uso sostenible de la tierra, los recursos naturales y control de emisiones de gases nos habla el objetivo 16. “Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas fortalece la democracia, reconciliación social y la confianza en las instituciones en la lucha contra la corrupción como núcleos en la reconstrucción del tejido social; y del objetivo 17. En “revitalizar la asociación mundial para el desarrollo sostenible en impulsar las alianzas y cooperación entre todo tipo de organizaciones, países, organizaciones públicas y privadas, con la academia y comunidades locales como estrategia para superar los retos”.

Por último, como antecedente que se relaciona con la humanización está la Declaración de Astaná de octubre 2018 de la Alma-Ata, orientada hacia la Cobertura Universal en Salud y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en la cual los mandatarios de estado se comprometen a priorizar la salud y el bienestar de las personas, la atención primaria de salud y los servicios de salud seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, con una prestación basada en la compasión, respeto y dignidad por parte del talento humano en salud, el cual ha de contar con una adecuada formación, competencia, motivación y compromiso, quienes desempeñan su labor en entornos favorables para la salud, a través de los cuales promueven con las personas y las comunidades el empoderamiento y corresponsabilidad en el mantenimiento y mejora de su salud. A este respecto, las asociaciones y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo al cumplimiento de las políticas,



estrategias y planes de salud nacionales dirigidas al fortalecimiento del compromiso en favor de tomar decisiones de políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores, de empoderar a las personas y a las comunidades, y de alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.

7.2 Marco Nacional

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

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

En este orden de ideas, en la carta de identidad y principios de la profesión Médica Latino-Iberoamericana presentada en Roma el 9 de junio de 2016, se incluye el principio de humanización de la asistencia, el cual involucra un servicio incondicional por, para y con la persona, cuyas implicaciones se traducen en atender integralmente el ser humano con motivación, altruismo compasivo, dedicación y respeto, así como con una relación empática y de calidez en el trato.

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

Así mismo, en su artículo 48 dispone que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio, bajo la responsabilidad del Estado, el cual le ha de garantizar este derecho irrenunciable a todos sus habitantes. Además, en el artículo 49 establece, entre otras, que “la atención de la salud está a cargo del Estado y debe propender por:

- “Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad en Salud y su naturaleza de derecho social



- Ampliar la cobertura, acceso a la educación, información y fomento de la salud.
- Establecer la atención básica en salud gratuita y obligatoria.
- Organizar los servicios de salud con participación de la comunidad”.

La Resolución 13437 de 1991, por su parte, nos convoca a la adopción del decálogo de los derechos de los pacientes, mediante los cuales se propende por la humanización de la atención en salud y se ha de garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas.

De igual manera, la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema de Seguridad Social Integral, plantea la necesidad de garantizar los derechos conforme a la dignidad humana, para lo cual se han de constituir mecanismos facilitadores de una atención oportuna, personalizada, humanizada, integra, continua, dignificadora del ser humano, confidencial e íntima.

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

- Su artículo 34 referido al contexto ético de la prestación de los servicios, que se guía por el cuidado respetuoso de la vida y de la dignidad de cada ser humano.
- Su artículo 35, el cual consagra los principios de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, tales como la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto.
- Su artículo 36, en el cual contempla como valor, la humanidad, dignidad, responsabilidad.
- Su artículo 37, en el cual contempla los derechos de la objeción de conciencia, la protección laboral, el compromiso ético.
- Su artículo 38 a través del cual define deberes tales como la protección de los lazos afectivos del paciente, la promoción de una cultura ética, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud.

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



talento humano en salud, la formalización y mejores condiciones laborales y el fortalecimiento institucional.

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

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

De igual manera, la Sentencia T-760 2008 El derecho a la Salud^[23], señala que “la salud es un derecho fundamental”, lo cual implica y argumenta que todo colombiano tiene el derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, con indicadores que deben incorporar la medición del goce efectivo del derecho a la salud.

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

“todas las acciones que se desarrollen estén orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”.

²³ En torno al Derecho a la Salud, la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760 de 2008, mediante la cual resolvió veintidós acciones de tutela, en las que se solicitaba proteger el derecho a la salud. Veinte de ellas fueron presentadas por personas que requerían acceder a un servicio de salud. Los dos restantes fueron presentados por una EPS (Sanitas) que pedía al Ministerio de la Protección Social, en un caso, y al Consejo Superior de la Judicatura, en otro, que se ajustara la regulación en materia de recobros al Fosyga.



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

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

El Ministerio de Salud y Protección Social, viene trabajando de manera participativa, lúdica y pedagógica a nivel nacional con instituciones privadas, públicas y mixtas de salud, colegios, universidades, instituciones del Estado y medios de comunicación, bajo la premisa de armar una gran acción colectiva para fortalecer y cuidar de los recursos de la salud, de igual manera, como parte de la reflexión y construcción colectiva, se firmó el Pacto por la transparencia y por una Cultura de la Seguridad Social en Salud corresponsable. Esta iniciativa, señala que, la razón suprema del sistema de salud es el paciente que "no debe ser instrumentalizado para favorecer intereses financieros, o de cualquier índole, de empresa alguna, pública o privada, institución o persona".

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

Adicionalmente, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS), establecido por la Ley 1438 de 2011, conlleva a una reflexión sobre el enfoque actual del Sistema de Salud, cuyo enfoque está centrado en los agentes y en sus transacciones financieras, dejando de lado a las personas que son su finalidad. El Plan en mención incorpora a la humanización como principio orientador, entendido como mandato que direcciona el comportamiento de las personas y de las organizaciones, centrando su accionar en el sujeto; recuperando principios éticos que encausan la gestión de los agentes y del sistema; planteando la necesidad de que enfoquen su misión en el cumplimiento del derecho fundamental a la salud, en el respeto por la dignidad humana y en el fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general, todo lo cual se traduzca en una transformación de la manera de pensar, dirigir y actuar del Sistema.



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

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

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

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

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

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

- Al ser declarada derecho fundamental autónomo, la salud se convierte en una responsabilidad suprema del Estado y goza del amparo de todas las instituciones que la conforman. La Corte, además, declara inadmisibles las expediciones de normas que menoscaben los mecanismos de protección de este derecho, como la acción de tutela.



- El concepto de salud incluye promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Los usuarios del sistema deben recibir lo necesario de forma integral.
- La sostenibilidad financiera no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario.
- De los derechos de los usuarios, el acceso a los recursos integrales, una información clara, un trato digno, la intimidad, el respeto de su voluntad y no asumir trabas administrativas son derechos del usuario.
- De los deberes de los usuarios, cuidar su salud, seguir las recomendaciones médicas y cumplir con las normas.
- El sistema de salud debe organizarse en redes integrales de servicios, eso quiere decir que los hospitales tienen que unirse funcionalmente, de acuerdo con sus capacidades, su objetivo es que las personas puedan fluir por esa red, con trámites expeditos.
- Se acaba la solicitud de autorizaciones para servicios de urgencias.
- Las personas accederán a lo que requieren para recuperarse. Solo se negarán el pago de los servicios expresamente excluidos.
- La autonomía médica ampara las decisiones propias del ejercicio, sin limitaciones de ninguna naturaleza, amparándose en la ética, autorregulación y la evidencia científica, de igual manera, la norma ampara la decisión de los profesionales sobre los tratamientos de sus pacientes.
- El Estado debe generar políticas específicas para las zonas desprotegidas. Los hospitales públicos no se evaluarán por sus rendimientos, sino por su beneficio social.
- El sistema da prelación a población vulnerable y minorías, garantiza condiciones dignas de trabajo en el sector, aboga por regular los precios de tecnologías y prohíbe el embargo de recursos de la salud y su uso en actividades distintas a su objeto.
- El Estado debe regular los precios en toda la cadena que interviene en el mercado de los medicamentos, desde la fabricación hasta la dispensación. De este modo se busca que haya disponibilidad, calidad, oportunidad y precios razonables de este insumo que para la Corte es pilar fundamental de la atención en salud.
- Los recursos económicos de la salud son dineros públicos, de destinación específica, sólo para pagar las prestaciones en salud, y son declarados inembargables.”

Con la Resolución 2626 de 2019 crea el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) como complemento a la Política de Atención Integral de Salud (PAIS), el cual, deroga la Resolución 429 de 2016 y la Resolución 489 de 2019, y lo compila en un solo acto administrativo.

En lo que concierne a la PAIS, cuya intención es la de mejorar las condiciones de salud de la población mediante la intervención de los agentes dirigida a propiciar el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad”. Contempla la integralidad como igualdad de trato y oportunidad de acceso, con sus cuatro componentes, como lo son: La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria; el cuidado; la gestión integral del riesgo en salud; y el enfoque diferencial de



territorios y poblaciones; lo cual ha de permitir la armonización con la presente propuesta de política, porque concibe la articulación entre agentes, la generación de políticas y programas en salud de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, ya que pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, explícitamente en los componentes de: caracterización de la población, fomento de redes integrales, mejoramiento del rol de los aseguradores en los territorios, fortalecimiento del talento humano en salud de acuerdo a la formación, cuidado integral y en la gestión, planificación y mejoramiento de las condiciones laborales, como último, los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento

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

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

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

Adicionalmente, el Decreto 2106 de 2019 cuyo objeto es el de simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la Administración Pública, con el propósito de garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes de las personas. Se relaciona algunos trámites que disminuyen barreras de acceso como es el caso del artículo 99 que establece la prohibición en la exigencia de carné o certificado de afiliación al Sistema de Salud para la prestación de los servicios; del artículo 102 que establece que la solicitud de copia de historia clínica deberá ser entregada máximo en cinco días calendario o remitida por medios electrónicos; o del artículo 105 el cual plantea que la autorización de servicios electivos, ambulatorio u hospitalario, se



realizará directamente por el prestador de servicios de salud con el responsable de pago, no superior a cinco (5) días calendario.

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

8. ENFOQUES DE LA POLÍTICA

La propuesta de Política Nacional de Humanización desarrolla su abordaje conceptual mínimo, el cual, espera sea incorporado, promocionado y ejecutado frente a los componentes más relevantes de la humanización en salud en el territorio nacional. De ninguna manera, los enfoques propuestos, son de carácter restrictivo, teniendo en cuenta experiencias significativas en humanización, se concluye que para su abordaje puede ser desde otros enfoques, por ejemplo, desde un enfoque teológico o desde un enfoque más dinámico y artístico como es la musicoterapia, logoterapia, risa terapia..., así mismo, otros enfoques que se trabajan en diferentes normativas, como el enfoque de curso de vida que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de cada una de las etapas del desarrollo humano y de reconocer las experiencias acumuladas a lo largo de la vida; el enfoque de género que reconoce y valora la diversidad y heterogeneidad de las mujeres y de los hombres; el enfoque multidisciplinario el cual busca proveer cuidados integrales y continuos desde la participación de múltiples disciplinas del conocimiento, entre otros.

Además, el abordaje se puede realizar con uno o varios enfoques, lo que permite que la propuesta de política, poder contar con una flexibilidad conceptual teniendo presente la realidad territorial en los diferentes departamentos, municipios, distritos, organizaciones públicas, privadas y mixtas, comunidades, entre otras, que han desarrollado avances significativos en humanización en salud u organizaciones que inicien un cambio cultural en humanización.

8.1 Enfoque de Derechos Humanos

Después de la nefasta representación de los actos inhumanos que representó la primera y segunda guerra mundial, el cual, manifestó actos sin límites de desprecio 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, se caracteriza en reconocer que todos como seres humanos nacemos libres e iguales en

²⁴ Viktor E. Frankl, El Hombre en Busca de Sentido.



dignidad y derechos, así mismo, reconoce la libertad otorgado de razón, conciencia y comportamiento fraterno individual y colectivo.

En el preámbulo de la Constitución de la OMS declara 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”.

Por lo anterior, su estrecha relación con la humanización, ya que reconoce la libertad y la igualdad en dignidad y derechos como seres humanos, de igual manera trasciende a la salud, la justicia, la economía, la política, la cultura, el ambiente y la sociedad, como ser humano en lo individual y colectivo frente a su dignidad, su valor intrínseco, su autonomía, su independencia y su libertad que sobrepone a cualquier adversidad. Por lo tanto, oriente en generar propuestas que fortalezcan la humanidad de la persona y las comunidades, de forma holístico. De igual manera, en cualquier ámbito, con unos mínimos de respeto, garantías humanas que no debe transgredir los valores que fundamentan socialmente la dignidad de las personas y la protección de la vida.

Es menester comprender que la humanización puede observar cuando hay un reconocimiento universal de los derechos humanos, sin llegar a sesgar o a condicionar el derecho en la concepción absolutista de lo que es ser persona, en categorizar a los seres humanos o sobreponer el derecho sobre otros, acabando en una paradoja deshumanizante.

8.2 Enfoque Ecosistémico

El presente Enfoque, permite una lectura más integral y holística del abordaje de la humanización, genera un conocimiento integral entre el entorno con lo biológico, físico, cultural, económico, político y social en relación a las problemáticas identificadas, para lo cual, aborda el pensamiento sistémico, del trabajo multidisciplinario e intersectorial, de la participación colectiva, reconociendo las particularidades y las generalidades, la sostenibilidad con la generación de alternativas por la sociedad afectada, la equidad social y el fomento de procesos de investigación. De igual manera, se convierte en un proceso complejo, abierto, cambiante, dinámico y transformador, donde todo repercute en todo, y por tanto, la mirada del problema va más allá del problema por sí mismo, o de las causas por sí mismo, resalta el esfuerzo deliberado en soluciones que integren diferencias en salud, a través de redes colaborativas, diálogo de saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos, ancestrales y complementarios, que posibilite la transformación y el cambio en su entorno (Betancourt O., Mertens F., Parra M., 2016).

Con lo anterior, su relación con la humanización consiste en la interacción permanente del ser humano con el entorno y en doble vía, más allá de parámetros biofísicos, al considerar el ser humano integral y holístico, en la construcción de conocimiento y cocreación de acciones y estrategias que conlleven a mejorar las condiciones en salud como bien común, a través de la participación sistémica, el empoderamiento colectivo, la generación de soluciones concertadas y la investigación acorde a su entorno reconociendo en que la solución no parte de una sola causa, sino de múltiples causas, contempla de igual manera, la identificación de variables, las diferentes funciones de los agentes en salud, los modelos de atención, la estructura e infraestructura institucional, el buen gobierno, entre otras.



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

8.3 Enfoque Ética y Bioética

Junto con el Enfoque de Derecho y Enfoque Humanístico, permite visualizar, en gran medida, la relación en considerar al ser humano como un ser individual, social y como especie, que encuentra su bien propio, capaz de razonar, conocer, nombrar, distinguir, jerarquizar, reconocer lo justo de lo injusto, de establecer leyes y el alcance de su bienestar. Por su parte, el enfoque tiene que ver con el carácter o comportamiento de las personas en sociedad, si bien, el derecho cumple una función reguladora, es necesario establecer unas condiciones de convivencia, que surja de la decisión libre de los seres humanos que deciden ser más humanos, para el logro de la dignidad en sociedad.

De igual manera, la bioética pone su interés en la vida humana, la relación entre seres humanos y los espacios de convivencia, lo que permite reflexionar sobre el quehacer cotidiano del personal de salud, invita a reflexionar sobre la vida y sus complejas situaciones, con fundamento en la promoción de los valores humanos.

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”, resaltando 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”, con criterios éticos, la integración de saberes acorde a la protección de los derechos humanos. Elementos como la reflexión ética, el diálogo e interacción como posibilidad de intercambio de saberes y el buen vivir con otros seres humanos. Al ser parte de la sociedad, todas las personas estamos llamadas a buscar el bienestar que repercute en cada uno de nosotros, aportar y empoderarnos, el cual, permite vernos como semejantes.

El desarrollo del Enfoque Ético y Bioético tiene una relación imperante con la humanización, ya que el actor principal que antecede a las responsabilidades de los diferentes agentes son las personas, por ello, se recrea las condiciones humanas en salud, las cuales, los seres humanos establecen relaciones con otros, teniendo en cuenta el respeto por los demás, como menciona Fernando Guzmán “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 salud²⁵(Franco S., Arrivillaga M., Aristizábal C., Moreno M., 2007).

En la resolución de conflictos interpersonales, promueve la solidaridad y una ética pública basada en el respeto por la dignidad de las personas, en cualquier escenario que elimine

²⁵ Por el interés diferente al bienestar del paciente, deja de ser un todo y se convierte en un número de cama, un número de historia, una fuente de ingreso o un órgano inconexo con el resto de la realidad



la discriminación, la segregación y segmentación de las personas, y mejor, convoque a cada uno de los participantes en entender las particularidades y las semejanzas de cada uno situado en un entorno vital, justo, democrático y armónico entre las personales y colectivos. Se trata de humanizar la relación entre los agentes y las personas, aunque no depende solamente de la ética de la persona, puede estar asociadas a cómo opera las instituciones, al brindar atención o servicios de salud, su compromiso ético impera con la sociedad, en asumir responsabilidades para satisfacer la calidad, oportunidad, aceptabilidad, acceso y equidad, posibilitando una gestión fundada en valores éticos inherentes a lo humano.

8.4 Enfoque Humanístico

Visualiza una aproximación epistemológica y teológica que humanizó el concepto de persona, luego de que corrientes filosóficas y psicológicas radicales determinarán al ser humano como un dueño a medias de su libertad y su autonomía, como escuela importante en el estudio de la conducta, la personalidad y en general del ser humano. Comprende al 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 el ser humano mismo considera como sus propias posibilidades, pero es capaz de orientar un propósito, por tanto, otorgar el derecho de asignarle un significado a la vida, sin lugar a duda, situado en una circunstancia, un entorno, un espacio existencial, dispuesto a trascenderse a sí mismo y orientar su vida a los demás, al mundo, al medio ambiente, a la pura admiración del acto creado, y de toda la creación a través de momentos, experiencias y circunstancias que evocan lo genuino y singular de cada ser.

La importancia del enfoque frente a la humanización, es que reconoce la multidimensionalidad del ser humano, desviando los esfuerzos reduccionistas del mercado en el sector salud con sus condicionantes y limitantes, por ende, permite comprender diferentes esfuerzos en poner al ser humano en el centro de la salud, su libertad y la responsabilidad como ser social, como parte intrínseca e inherente a su propia existencia, de manera tal, contempla la humanización en actos de creación continua, cambiante, dinámica, abierta, transversal a muchas características, variables, situaciones, posibilidades y puntos de vista, así mismo, reconoce a las personas dentro de la orientación de metas superior individual, compartida, colectiva, comunitaria, donde el relacionamiento, vocación, afecto, amor, coherencia, responsabilidad social, ética y libertad como punto de partida y llegada.

8.5 Enfoque Diferencial, Poblacional e Intercultural

El presente Enfoque se relaciona por acoger, respetar, proteger y reconocer a los seres humanos de forma individual y colectivo, considera la inclusión de las personas desde su integridad, vulnerabilidad, diversidad en la población y semejanzas entre las personas, así mismo, la promoción de los derechos universales y su contexto político, social, educativo, religioso, económico, cultural y ambiental. Reconoce, así mismo, la diversidad sexual y de género, la etnia, la cultura, las personas en situaciones diversas como de discapacidad, 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 personalización, la autonomía e interdependencia de la persona, así mismo, el fomento de las potencialidades y grupos específicos (grupos étnicos, población con discapacidades, niños, niñas, mujeres gestantes, personas con discapacidad, adultos mayores, víctimas, desmovilizados, entre otros).

Frente a el 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, es necesario el respeto por las diferencias culturales existentes en cada territorio, contar con dinámicas que derivan a relaciones interculturales, que busca integrar y complementar las diversas características culturales y sociales en salud²⁶, las condiciones de vida, la cosmovisión, la concepción de salud y de ser humano, con los diversos saberes, prácticas y medios tradicionales y ancestrales, alternativos, para generar acciones propias a cada realidad poblacional.

La importancia de dicho enfoque frente a la humanización, es por contemplar las dinámicas poblacionales con las condiciones socioeconómicas, ambientales, políticas y culturales, así como sus diferencias, su diversidad, sus semejanzas y realidades, al integrar y complementar las relaciones interculturales a través del dialogo de saberes, la orientación de esfuerzos individuales y colectivos, en la apropiación de las problemáticas predominantes, el planteamiento, implementación y evaluación de estrategias propias, creativas, inspiradoras e innovadoras en humanización en salud.

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

9. PROPUESTA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN

9.1 La humanización en salud desde la propuesta de Política Pública

De los aportes colaborativos, de la literatura y la documentación consultada, se puede concluir que la propuesta de Política Nacional de Humanización, no está centrada en la conceptualización de la humanización, por su amplitud y por ser entendida por cada persona de acuerdo a su preparación, su cultura, su sentido de vida, vocación y voluntad, por ende, requiere asumir por la totalidad de los agentes del sector salud involucrados directa o indirectamente, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, el

²⁶ Colombia a través de la ley 100 de 1993 crea el SGSSS, en compromiso del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Anexo IV.C-1.1 de la Ley 1450 de 2011) concerta con las autoridades y organizaciones indígenas, a través del Decreto 1953 de 2014, la estructuración, desarrollo e implementación de SISPI.

²⁷ Albert Einstein.



cumplimiento en la práctica de aspectos como: derechos y deberes, normativos, éticos, técnicos, tecnológicos, entre otros, que permitan hacer realidad la contribución y garantía de la humanización de la salud, de igual manera, en incidir aspectos relevantes que permita generar cultura de humanización en el sector salud de nuestro país, convencidos que la propuesta es estructural, que permite salir del reduccionismo de la humanización entendida como trato, por ello:

“Podemos decir que un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las desigualdades sanitarias, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud²⁸”

La propuesta de Política Nacional de Humanización reconoce la humanización en salud como un proceso complejo que comprende necesariamente la integralidad de ser humano, el respeto a su autonomía como persona y el protagonismo de la misma como sujeto de cuidado y familia en la dinámica del sector salud, que va desde la cultura hasta la política, la cual, hace un llamado a los diferentes agentes sociales en la construcción conjunta de la humanización como imperativo del Sector Salud, a concebir la humanización en salud como parte esencial del ser humano integral, en impulsar su actuar desde la expresión artística y genuina para el planteamiento de alternativas en la formación, en las prácticas de atención, servicios asistenciales y administrativos del sector salud, en el aseguramiento, en el mejoramiento de las relaciones de confianza entre los agentes del sector, las entidades intersectoriales relacionadas y la comunidad, que garanticen el derecho fundamental de la salud, la protección de la vida y la dignidad humana, se traduce en garantizar:

- El valor y la dignidad del ser humano y el entorno de forma integral y holística, en la promoción de la salud y la protección de la vida, en robustecer las capacidades, mejorar los comportamientos, orientar la gestión y medidas estratégicas que favorezca el goce efectivo del derecho fundamental de la salud sin distinción alguna.
- La satisfacción de las personas habiendo hecho lo correcto, además, traducir y discernir cualquier norma, ley o derecho, en una experiencia que dignifique a cada persona, y en las organizaciones, trascender la obligatoriedad de las normas, centrando sus esfuerzos en las personas, independientemente de la función en el que participen.
- La consolidación de las relaciones entre el talento humano en salud y las personas y familia, entre el diferente personal de las organizaciones de salud, áreas y servicios, entre, entre los distintos agentes y entre los múltiples sectores.
- La inclusión paulatina de diferentes sectores de forma activa-participativa que favorezca la dignidad, la protección de la vida y el goce del derecho fundamental de la salud de la población, además, el empoderamiento de la gerencia y/o las directivas institucionales.

²⁸ Dr. Francesc Raventós, Director General del Instituto Nacional de Salud INSALUD, España 1984



- La participación de los agentes, academia y comunidad que favorezca la ética, el respeto al trato de la persona y la familia en doble vía, la confianza, la corresponsabilidad, el empoderamiento y la cocreación de acciones de mejora de la calidad y condiciones de salud de la población.
- La cultura organizacional de humanización y la transversalización de la humanización en el desarrollo de proyectos, programas, planes de desarrollo, políticas y lineamientos en salud a nivel nacional, territorial, municipal e institucional de salud.
- Las acciones, estrategias, medidas y reorientación de modelos de gestión y atención en salud que se centre en la persona y familia o red de apoyo,
- La integración de diferentes servicios institucionales, la articulación entre los diferentes agentes, otros sectores y la ciudadanía que favorezca la dignidad y condición humana, además, de la construcción de herramientas prácticas que mejoren las condiciones de salud.
- La formación académica para el personal de salud en formación y en ejercicio, que oriente a mejorar las capacidades y los comportamientos acordes a los valores y principios, que fortalezca el trato respetuoso y la comunicación, la ética, la empatía, el acogimiento y hospitalidad en las instituciones.
- El reconocimiento de bienestar y mejoramiento de las condiciones laborales que dignifique la labor y el relacionamiento entre el talento humano en salud con la persona y la familia, y en doble vía.
- La asignación de presupuesto dirigido a estrategias de mejoramiento de las prácticas humanizadas que comprometa la integralidad del ser humano.
- La creatividad, innovación e investigación que dignifique la realidad en salud de los territorios, reconociendo la interculturalidad de la población colombiana en la que se motive autonomía, la integralidad y la complementación entre el SGSSS y el SISPI, de igual manera involucre el intercambio de conocimiento y dialogo de saberes entre los agentes, la academia y la comunidad, el protagonismo y visibilidad de líderes, instituciones y/o territorios que trabajan por la humanización en el sector salud.

9.2 Prioridades y retos a considerar desde la propuesta de Política Nacional de Humanización

En su cumplimiento y exigibilidad reglamentaria que conlleva la adopción de la propuesta de Política, esta debe trascender la obligatoriedad de las normas como agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia y la comunidad, centrando sus esfuerzos en las personas que las comprenden, independientemente del rol en el que participen, de igual manera, a mejorar de la experiencia de las personas, la generación de cambios culturales, de actitud y de aptitud, del reconocimiento de las necesidades del ser humano, de las condiciones justas en el talento humano en salud, del mejoramiento en el relacionamiento entre los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia y la comunidad. Se considera que es polisémica la humanización y ampliamente conceptual, para la propuesta de política, su abordaje se orienta desde múltiples enfoques teniendo en cuenta las brechas relacionadas con la humanización; en el desarrollo armónico eco-sistémico entre los agentes del sector salud, sectores



relacionados como la academia y la ciudadanía; en fortalecer los valores y principios éticos y bioéticos de los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia y la comunidad; en mejorar los esfuerzos para centrar el ser humano y su entorno en el sector salud; y en la equidad en salud de la población teniendo en cuenta las diferencias, las semejanzas, las necesidades, el territorio, la interculturalidad.

De los aportes colaborativos, de la literatura, la documentación consultada y del análisis situacional identificadas, establece cinco pilares: Ser, Humano – Ser Humano; Bien Común; Servicio Público Esencial; Responsabilidad Social; y Construcción Continua. Entre cada pilar se complementan, se relacionan e inspiran la definición de los ejes y estrategias con sus respectivas acciones a ejecutar en los próximos años.

De igual manera, a través de sus ejes en el periodo comprendido entre 2021 al 2031, pretende generar avances significativos en mejorar la experiencia de las personas y cultura de humanización del sector salud, a partir del fortalecimiento en el relacionamiento interpersonal entre las personas y familia - el talento humano – la organización – entre organizaciones del sector salud – entre sectores relacionados – entre la comunidad, así mismo, con el ambiente y el uso de la tecnología; de la consolidación de escenarios que favorezca la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia y ciudadanía, dinamizado a través de la conformación y activación de la Red Colaborativa y los Nodos Departamentales en humanización; del empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía, teniendo en cuenta la responsabilidad de los directivos, gerentes, líderes y personal de la salud y la transversalización en el desarrollo de lineamientos nacionales, territoriales y organizacionales; la formación y la generación de escenarios de opinión que contribuya al conocimiento, capacidades y habilidades de talento humano en salud y la ciudadanía, a través de la educación formal, educación informal y educación para el trabajo y desarrollo humano; el fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo sistémico-colaborativo a partir de su realidad territorial-poblacional, diversidad y cultura; la formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud; y de la reorientación a modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad.

De igual manera, el abordaje de la humanización en el sector salud representa un desafío conceptual, poblacional, social, económico, educativo, ético y político, estamos conscientes de la incursión de la humanización en la realidad que vivimos en salud es un reto permanente que requiere de continuidad, conciencia y persistencia, como menciona José Carlos Bermejo “para humanizar una realidad hay que impregnarla de valores genuinamente humanos”. A continuación, se identifican retos a trabajar en la implementación de la humanización en el sector salud:

- Mejorar la experiencia de las personas, haciendo correcto, además, traducir y discernir cualquier norma o ley, en una experiencia que dignifique a las personas, que trascienden la obligatoriedad de las normas, centrando sus esfuerzos en las personas que las comprenden. De ese modo, tendremos organizaciones seguras, transparentes, legítimas y constructivas con promesas de valor que abarquen todas las dimensiones del ser humano y su entorno planetario.



- Lograr involucrar sectores que tienen injerencia en la salud de la población y que favorecen a cierres de brechas presentadas en el sector salud.
- Obtener la participación de los múltiples agentes del sector cuya función se relaciona con el aseguramiento, la prestación de servicios, la atención en salud, la provisión de tecnología en salud y la gestión de la salud, a través del trabajo colaborativo que mejore la confianza, articulación, unidad, coordinación, relaciones entre los agentes, entre otras.
- Generar espacios de participación y trabajo articulado con la ciudadanía en estrategias y herramientas que centre en las necesidades de la población.
- Motivar a los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, en adoptar y cocrear la propuesta de Política Nacional de Humanización de acuerdo a su realidad, así mismo en generar cultura de humanización en sus respectivas realidades.
- Asignar recurso que favorezcan la creación, innovación e investigación que orienten acciones, prácticas, medidas, estrategias, proyectos, programas, planes de desarrollo y/o políticas en humanización, considerando la realidad de la población, del territorio y de la interculturalidad.
- Dignificar al talento humano en salud, relacionado a las condiciones laborales y contractuales de las organizaciones en salud, al bienestar al trato respetuoso de la ciudadanía, a las oportunidades formativas que contribuyan al crecimiento personal y profesional.
- Formular y reorientar modelos de gestión en salud que centre los esfuerzos a las necesidades de las personas, sus familias y al personal de salud.
- Participar y comprometer líderes, gerentes y directivas para que en el buen gobierno estructuren la generación de cultura de humanización en las organizaciones y transversalización en los diferentes lineamientos, proyectos, programas, planes de desarrollo y políticas públicas nacionales, territoriales, municipales, distritales y organizacionales.

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

10. PRINCIPIOS Y VALORES DE LA POLÍTICA PÚBLICA

La Propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana”, incorpora y promueve como mínimo los valores y principios

²⁹ Agnes Gonxha Bojaxhiu, Madre Teresa de Calcuta.



válidos para todos los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, en todos los momentos y etapas del proceso, como en la orientación de los componentes y funciones correspondientes. Los principios y valores que atañe la propuesta de política, favorecen al dinamismo que mueve al hombre a crecer en conciencia, libertad, responsabilidad, sentido social, sentido común, como también, en promover los valores humanos “todo ser humano está llamado a hacerse cada vez más humano”.

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

10.1 Principios

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

Interculturalidad en la humanización: Se respalda en lo definido por la Ley 1751 de 2015, el cual, implica el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, de igual manera, con la humanización garantiza la personalización de la atención de acuerdo a la construcción de mecanismos que integren las diferencias en salud, la autonomía de las personas, las condiciones de vida y los accesos a la atención integral de la salud territorial, teniendo en cuenta el reconocimiento de los saberes, las prácticas y medios tradicionales, alternativos, la integración y complementación de lo dispuesto por el SGSSS y el SISPI en garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

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

Cocreación: Favorece el logro de la construcción de conocimiento conjunto, colectivo y continuo entre los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, de igual manera, en el logro de la humanización en salud que favorece, la mejora de experiencia de las personas, en la cultura de humanización, en la personalización de la atención y servicio, en la corresponsabilidad del autocuidado de las



personas con su propia salud, teniendo en cuenta el desarrollo de lineamiento, proyectos, programas, planes y políticas organizacionales.

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

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

Reconocimiento social: Confiere el reconocimiento de la ciudadanía al personal de salud, al personal de apoyo asistencial y administrativo, de los diferentes agentes del sector salud en cumplimiento ético de la labor, fundado en los valores y principios, en la participación y cumplimiento de normas fundamentadas en la justicia social, en la transparencia del uso adecuado de recursos disponibles para el sector, en la coordinación centrada en la articulación de esfuerzos para el bien común, en la seguridad que se brinda para evitar, reducir y paliar daño a las personas en las diferentes prácticas asistenciales y administrativas, concierne a fortalecer la relación y el trato con la ciudadanía, la confianza con la sociedad y la promoción de una cultura en el que integre el conocimiento técnico-científico, el valor humano, los principios éticos y las capacidades y habilidades de relacionamiento.

Relaciones humanizadas: Es un principio privilegiado en la humanización en salud, se establece entre persona y persona, conlleva a la personalización de la atención en salud, a compartir decisiones, a brindar servicios centrados en las personas y familias, en efectuar prácticas de cuidado integral, en crear vínculos de confianza, a compartir información, a la comunicación efectiva, a transmitir emociones, a aceptar las diferencias, a reconocer la igualdad entre seres humanos, a la empatía, a la espontaneidad, a la flexibilidad, a la resolución de conflictos entre los agentes del sector, con otros sectores y la ciudadanía.

Integralidad: Comprende su carácter colectivo e involucra en su construcción integral a los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y la comunidad, considerando la diversidad territorial, poblacional, intercultural, diferencial, en el fortalecimiento de la articulación, seguridad, coordinación, transparencia, entre otros, favoreciendo el compromiso institucional, comunitaria y territorial.

10.2 Valores

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



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

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

Solidaridad: Es el lazo que une al ser humano en el desarrollo de la sociedad, la cual debe construir de acuerdo a los intereses comunes para el bienestar de todos, además, comprende las necesidades fomentando la comunicación, el relacionamiento, el trato amable, la empatía, que impulsa a realizar proyectos comunes.

Participación social: Es completamente incluyente y de alta importancia en la transformación de la humanización en salud, la cual estimula a cada persona a entregar lo mejor en beneficio común, a su vez, es un derecho que debemos ejercer como lo contempla la Ley 1751 de 2015 y como lo indica la Política de Participación Social en Salud, todos los actores sociales hacen parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema en salud, lo cual, enriquece los grupos humanos con los aportes relacionados al dialogo de saberes, la transferencia de conocimiento y experiencias, la construcción conjunta de conocimiento, el empoderamiento a través de la información, la formulación conjunta de acciones, el entendimiento de las diferentes realidades y el seguimiento de la disminución de brechas.

“No hay una descripción única que sea capaz de expresar cabalmente lo que es ese ser humano, temeroso, esperanzado, y a menudo en estado lastimoso, que es el paciente. Para unos es un simple número, para otros un caso; para algunos es una unidad estadística, para otros un corazón que late; para unos es un fastidio, una molestia; para otros un espectro; y para él mismo es un enigma, que con frecuencia ignora su propia condición y estado, con grandes aprensiones en cuanto a sus perspectivas y desconcertado con respecto a la situación en que se encuentra”³⁰.

³⁰ E. Todd Wheeler. 1976. Diseño funcional y Organización de Hospitales.



11. PROPÓSITO

La propuesta de política presentada, tiene como propósito, hacer un llamado a los diferentes agentes del sector salud, otros sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, para orientar los esfuerzos en mejorar la experiencia de las personas en el sector salud colombiano, generando cambios culturales en la gestión centrada en el ser humano y constituyendo la humanización como principio orientador y fundamento esencial del Sector Salud, lo anterior implica, centrarnos más en las personas de forma integral, a través de impulsar su actuar desde los valores humanos, la creatividad, innovación, las expresiones artísticas y genuina para el planteamiento de alternativas relacionadas a la formación, al respeto del personal de salud con la ciudadanía y en doble vía, al mejoramiento de prácticas de atención y servicios asistenciales y administrativos humanizados en el sector salud, en fortalecer las relaciones empáticas entre los agentes del sector, otros sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, que conduzca a mejorar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, la protección de la vida en general y la dignidad humana.

“Haz un hábito de dos cosas: ayudar; o al menos no hacer daño”³¹ .

12. ALCANCE

Las disposiciones presentes en la propuesta de Política Nacional de Humanización, están dirigidas a los agentes del sector salud, a sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, a que contribuyan en la humanización del sector salud, lo cual, conlleva a mejorar la experiencia de las personas, con la generación de una cultura de humanización en la que centre la atención en la persona y su familia, en un periodo comprendido entre el año 2021 al 2031. Su alcance está mediado a partir del fortalecimiento en el relacionamiento interpersonal entre las personas y familia - el talento humano – la organización – entre organizaciones del sector salud – entre sectores relacionados – entre la comunidad, así mismo, con el ambiente y el uso de la tecnología; de la consolidación de escenarios que favorezca la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia y ciudadanía, dinamizado a través de la conformación y activación de la Red Colaborativa y los Nodos Departamentales en humanización; del empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía, teniendo en cuenta la responsabilidad de los directivos, gerentes, líderes y personal de la salud y la transversalización en el desarrollo de lineamientos nacionales, territoriales y organizacionales; la formación y la generación de escenarios de opinión que contribuya al conocimiento, capacidades y habilidades de talento humano en salud y la ciudadanía, a

³¹ Hipócrates.



través de la educación formal, educación informal y educación para el trabajo y desarrollo humano; el fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo sistémico-colaborativo a partir de su realidad territorial-poblacional, diversidad y cultura; la formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud; y de la reorientación a modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad.

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

13. OBJETIVO

Mejorar la experiencia de las personas en el sector salud colombiano, teniendo en cuenta la diversidad, las diferencias, las semejanzas, las necesidades y particularidades de las personas en los diferentes territorios, generando cambios en la gestión centrada en el ser humano al reconocer en cada persona su integralidad y su característica esencial en la interacción permanente con su propio ser, con otros individuos de su especie, con la naturaleza, con otras especies.

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

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

³² José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética.

³³ José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética.



14. PILARES DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA

La propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud “**Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana**”, establece, de acuerdo al análisis de situación de salud, de la literatura consultada, de la validación externa generada en los Nodos Cundinamarca, Cauca, Ibagué y Bogotá y de la validación interna con funcionarios del Minsalud, un entretejido formulado inicialmente como líneas de trabajo. A través del desarrollo de la propuesta de política se orientó como pilares por su relevancia y sentido social, que a su vez, son bases que permiten cimentar los ejes, las estrategias formuladas y las acciones que favorezca la implementación de la propuesta de política y la cocreación de la misma, de igual manera, los cinco pilares entre sí son interdependientes, los cuales se presentan a continuación: **Ser, Humano, Ser Humano**, porque el comportamiento y la esencia como especie humana, fundamenta el reconocernos y reconocer al otro en los sistemas sociales; **Bien Común**, porque favorece a crear una ética colectiva; **Servicio Público Esencial**, porque se manifiesta con la responsabilidad que el Estado tiene con toda la población del territorio nacional; **Responsabilidad Social**, porque la humanización en salud y el bienestar de las personas es el fin de la gestión de los agentes del sector salud; y **Construcción Continua**, porque se requiere de un dinamismo continuo, artístico, genuino e innovador que favorezca el reconocimiento de la integralidad del ser humano, la integración técnico-científico con los valores humano y la complementación de los diferentes saberes. A continuación, se describe cada uno de los pilares:

14.1 Pilar - Ser, humano, Ser Humano

El presente pilar, cimienta al ser humano de forma integral y holístico como centro de los esfuerzos del sector salud, así mismo, reconocernos y reconocer al otro en su esencia como especie y en los comportamientos humanos frente a diferentes situaciones y circunstancia. El fortalecimiento de capacidades, habilidades y valores humanos en el personal de salud favorecen a reconocer la integralidad de la persona, el respeto a las creencias y valores de los sujetos de cuidado, familia y equipo de trabajo, el espíritu vocacional, el cuidado de la persona, la comunicación efectiva, la empatía, la ética profesional, las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo, entre otros.

Como especie humana, somos capaces de transformar el entorno, el propio desarrollo y realizar cambios sociales de forma individual y colectiva, considerando las diferencias y semejanzas, las limitaciones y posibilidades, la ilusión, el deseo y los sueños realizados. Cada ser humano - durante toda su vida - se encuentra en estado permanente de indagación y creación, bajo los principios de reciprocidad, interdependencia y complementariedad con los demás y con su entorno, de comportamientos, conocimientos y saberes, como ser formador y creador de su propia realidad, de amor, afectos, actitudes y vínculos sociales; de acciones, realizaciones y productos; de sueños, utopías y visiones positivas de futuro; así como de consciencia de sí mismo, de su existencia y trascendencia, como seres individuales y sociales que lo conducen a estados superiores de bienestar y desarrollo humano para sí, sus seres queridos y su entorno natural y humano.



14.2 Pilar - Bien Común

El siguiente pilar, cimienta la conciencia colectiva como parte del beneficio común en la ejecución de actividades y funciones de cada agente del sector salud, sectores relacionados como la academia y la comunidad, conlleve a lograr resultados en conjunto, teniendo en cuenta la confianza entre participantes, el reconocimiento de las responsabilidades en las brechas, como la construcción de propósitos que favorezca el bienestar común. Compromete a la sociedad en la constitución de estado social de derecho, democrático, participativo y pluralista, que oriente los esfuerzos a la dignidad humana, la garantía de los derechos y la prevalencia del interés colectivo.

14.3 Pilar - Servicio Público Esencial

El presente pilar, cimienta la responsabilidad que el Estado tiene a su cargo en disponer la Seguridad Social y la Prestación de los Servicios de Salud a los habitantes del territorio nacional (Ley 10 de 1990), se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación, inspección, vigilancia y control del Estado (Ley Estatutaria 1751 de 2015), así mismo, este servicio público esencial debe ser garantizado por ser un derecho fundamental a la salud, en lo individual como en lo colectivo, que comprende la salud con calidad y humanización.

14.4 Pilar - Responsabilidad Social

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

14.5 Pilar - Construcción Continua

El último pilar, cimienta el dinamismo permanente en la construcción de estrategias que favorecen la implementación de la humanización a mejorar la experiencia de las personas y la generación de una cultura de humanización en las diferentes organizaciones, agentes del sector, sectores relacionados como la academia y la comunidad, impulsando la inspiración, la creatividad y la innovación del personal, que conlleve a la participación individual y colectiva en la complementación de diferentes saberes e integración intercultural, a la aplicación constante del ciclo del mejoramiento continuo y al logro de empoderamiento frente a las dificultades que se presentan en humanización en las distintas realidades poblacionales del país.



Figura 5. Pilares propuesta de Política Nacional de Humanización, construcción propia Minsalud 2019.

“El amor es mejor maestro que el deber.”

15. EJES Y ESTRATEGIAS DE LA PROPUESTA DE POLITICA PÚBLICA

La propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana”, teniendo en cuenta el análisis de situación de salud, de la literatura consultada relacionada a humanización de la salud, de las brechas identificadas, de las discusiones, el análisis y la validación generada en las pruebas piloto de la Ruta Materno Perinatal en los Nodos Cundinamarca, Cauca, Ibagué y Bogotá, información consolidada en la Matriz de Correlación determinantes en que favorece las prácticas humanizadas, y por último la Mesa de Trabajo de propuesta de Política de Humanización. Se orienta en su formulación especialmente en la Constitución Política de Colombia de 1991 determina, en su artículo 1, somos un Estado Social de Derecho y la Ley 1751 de 2015 que establece la salud de los colombianos como un derecho fundamental. La presente propuesta, definió siete ejes complementarios entre si y once estrategias con sus respectivas acciones, que se relacionan a continuación:

1. Fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud.

³⁴ Albert Einstein.



2. Consolidación de escenarios que favorezca la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía.
3. Empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía.
4. Formación y escenarios de opinión que contribuya en fortalecer las capacidades y habilidades en humanización en salud.
5. Fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de la Humanización en salud.
6. Formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud.
7. Reorientación a modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad.

Busca motivar a los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y la comunidad, en hacer presente la Política de Humanización, así mismo, en su adopción, en su continua cocreación, ajustes o adecuaciones que sean pertinentes y el continuo reconocimiento del ser humano integral como centro de esfuerzo en las diferentes políticas, lineamientos, proyectos, programas, planes, modelos de atención, como fundamento de la generación de cultura en humanización en el sector salud.

Las estrategias formuladas son una base inicial para mejorar la experiencia de las personas y de generar cultura de humanización en el Sector Salud, sin dejar a un lado los avances frente a la humanización en salud de instituciones que lograron la acreditación u otras organizaciones que en su misión contemplan la humanización en salud y han dado pasos gigantes en la cultura de humanización dentro de las mismas, de igual forma, en avances en la implementación de estrategias que conllevan a resultados y oportunidades de mejora, en gran medida, que conciba por parte de las personas un sector con un propósito humano, de innovación y de excelencia; por lo tanto, dichas instituciones pueden adoptar, adaptar o complementar la presente propuesta de política, de igual forma, ser referentes institucionales en los distintos departamentos para las diferentes instituciones, con el fin de motivar, acompañar y potenciar experiencias en humanización.

15.1 EJE 1. Fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud.

Es un eje exclusivo y privilegiado de la humanización en salud, con una característica central de articulador estratégico con los ejes formulados, ya que permite visibilizar la persona en toda su integralidad, contribuye a estimular vínculos de confianza y manejo de recursos, centra los esfuerzos en la persona más que en el mercado de servicios, mejora la experiencia de las personas en la atención asistencial y administrativa, reconoce el respeto a la dignidad humana entre la persona y su familia con el personal de salud en doble vía, entre el mismo personal de salud, entre el personal de salud con la organización, entre los agentes del sector salud, entre sectores y con la comunidad.

El eje en mención, media favorablemente al buen uso de los recursos, en el cuidado integral de la persona y familia, en la hospitalidad, acogimiento y trato humano en relación con cada agente, en la intimidad y confidencialidad de la persona y familia, en la calidad



de la atención y de los servicios, en el confort de espacios e instalaciones teniendo en cuenta las necesidades de la persona, en el reconocimiento de la persona como sujeto de derecho, de igual manera, en la dignificación laboral y calidad de vida del personal de salud, en acciones y decisiones ética en el buen gobierno de la administración y gerencia de las entidades de salud, entre otras. El presente eje incluye la adecuación de entornos y el uso tecnológico que favorezca el acogimiento y personalización de la atención de los servicios administrativos y asistenciales de los agentes del sector.

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

Objetivo

Potenciar capacidades en el personal de salud asistencial, administrativo y de apoyo que favorezca el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y de escucha, el cuidado integral, la actitud de servicio, la empatía, el uso tecnológico orientado a conservar la personalización, entre otras, teniendo en cuenta la adecuación de entornos que facilite la relación entre las personas y familias y el personal de la salud.

Acción 1. Diseñar Plan de Humanización en los diferentes agentes del sector, en las asociaciones de usuarios y en los planes territoriales que oriente proceso formativo continuo y constante en capacidades como la escucha, trabajo en equipo, la empatía, el servicio, habilidades para la vida, el cuidado integral, la comunicación asertiva y efectiva, inteligencia emocional y espiritual, entre otras.

Acción 2. Promover en las entidades y al interior de las mismas, equipos de colaboradores líderes en sus áreas que generen estrategias y fomenten la cultura en humanización.

Acción 3. Adecuar de entornos en las entidades, que favorezcan a las personas y a sus familias, y el talento humano, en el proceso de atención y servicios frente a espacios saludables, acogedores y confortables, que favorezca el respeto al encuentro entre personas, la privacidad, el silencio, el duelo, el dolor, el sufrimiento, la alegría del nacimiento, el parto humanizado, entre otros.

Acción 4. Mejorar el uso de la tecnología de información, comunicación y en salud, que garantice la veracidad, interoperabilidad y resultados en la calidad, (oportunidad, continuidad, accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia) en pro de favorecer la personalización.

15.2 EJE 2. Consolidación de escenarios que favorezca la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía.

El presente Eje responde al artículo 12 de la ley 1751 de 2015 en la garantía del derecho fundamental a la salud, garantiza el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sector salud que la afectan o interesan. Orienta la conformación o activación de espacios colaborativos en los diferentes territorios que motive a participar a los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía; en consolidar nodos departamentales aplicando una



metodología de trabajo participativo-colaborativo orientado a generar cultura de Humanización.

Estos espacios colaborativos, los llamaremos Red Colaborativa de Humanización y Nodos Departamentales de Humanización, son escenarios fundamentales para la implementación de estrategias y acciones planteadas en la presente propuesta de política, así mismo, su configuración está mediada por la Metodología de la Cultura de Humanización en Salud, herramienta que permite la orientación y la operación para la participación y empoderamiento de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y la comunidad.

A su vez, motiva a visibilidad los esfuerzos de los agentes como experiencias significativas, la transferencia de conocimiento entre las instituciones acreditadas en salud públicas, privadas y mixtas u otras instituciones públicas, privadas y mixtas en los diferentes departamentos, que desarrollen avances significativos en humanización, comportándose como referentes para el abordaje de la misma a organizaciones que orienten sus esfuerzos en la humanización en salud.

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

15.2.1 Estrategia 2. Conformación y activación de Nodos Departamentales y Red Colaborativa de Humanización.

Objetivo

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

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

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



15.2.2 Estrategia 3. Desarrollo de iniciativas que favorezcan la transferencia de conocimiento entre entidades de salud que favorezca avances significativos en humanización en salud.

Objetivo

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

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

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

Acción 2. Fortalecer, crear o activar secciones web, módulos web, portales web o redes virtuales de conocimiento dirigida a la difusión de la Humanización en Salud en el sector salud.

Acción 3. Implementar en el portal o sitios web en el Observatorio de Calidad Nacional, territorial y municipal que promueva los avances en Humanización en Salud.

15.3 EJE 3. Empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía.

El Eje orienta a los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, a empoderar a las personas a partir de un compromiso colectivo, fortalecimiento de capacidades individuales, participación continua de opinión y decisión, con el fin de generar objetivos comunes. Hace un llamado a los directivos, gerentes, líderes y personal de las entidades en contribuir a la cultura de la humanización en salud, relacionado con la participación activa en procesos, en fomentar habilidades en el personal orientado a la toma de decisiones, autonomía, creatividad, empatía, autonomía, entre otros, en la reformulación de la gestión en salud y la transversalización de la humanización en las diferentes entidades.

De igual manera, motiva apoyar y exaltar la labor de los líderes y personal de humanización con sus diferentes responsabilidades asistencial, administrativo y formativa, que puedan evidenciar ante sí y ante los demás su poder transformador, su sentido de pertenencia y la buena relación interpersonal con los procesos de atención a las personas, en visibilizar y escuchar la voz de las personas y sus familias, personal de salud, comunidades, en reconocer el protagonismo de la persona y su familia, en misma dignificación laboral del personal de la salud. El eje se desarrolla en dos estrategias.



15.3.1 Estrategia 4. Cumplimiento normativo en concordancia con las competencias y las responsabilidades de los diferentes agentes del sector salud que favorezca la humanización.

Objetivo

Reconocer las normas en concordancia con las competencias y las responsabilidades de los diferentes agentes del sector salud, para facilitar las actuaciones de los mecanismos y organismos de control.

Acción 1. Armonizar la normatividad en concordancia con las competencias y las responsabilidades que conlleven asumir decisiones e intervenciones directa o indirectamente por los diferentes agentes del sector salud, sectores relacionados y comunidad, frente a la causalidad que favorezca la humanización en salud.

Acción 2. Divulgar derechos y deberes de las personas y sus familias, en la atención y participación en el sector salud.

15.3.2 Estrategia 5. Impulsar en el buen gobierno, lineamientos organizacionales o relacionados que fomente la Cultural de Humanización en Salud.

Objetivo

Incluir ajustes en el marco del buen gobierno institucional y estratégico que fortalezca la participación del personal en salud e impulse la cultura de humanización en salud, en coherencia a la normatividad vigentes y políticas del sector salud.

Acción 1. Adoptar la propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud en las entidades del sector salud, sectores relacionados como la academia y comunidad organizada.

Acción 2. Articular con los planes a nivel territorial para la inclusión que favorezca la humanización en salud.

Acción 3. Promover ajustes en la plataforma estratégica y procesos de transparencia financiera, misional y de apoyo en las entidades u organizaciones que impulsen la cultura de humanización.

Acción 4. Gestionar escenarios en las entidades del sector salud, que fortalezca la participación, autonomía, liderazgo, empatía, toma de decisión, entre otros, al personal de salud y comunidad organizada para la implementación, desarrollo, seguimiento, evaluación y financiamiento de la propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud.

Acción 5. Incorporar, articular y armonizar la propuesta de política pública con la normatividad vigente y en el desarrollo de lineamientos normativos, proyectos, programas, planes y políticas públicas a nivel nacional, territorial, municipal y distrital, orientados a los agentes del sector en sus líneas estratégicas, misionales, de apoyo.



15.3.3 Estrategia 6. Formación de Forjadores de Humanización en la construcción de la cultura organizacional

Objetivo

Motivar a los agentes del sector salud a reconocer la labor de líderes en humanización y en realizar prácticas, procesos, programas, planes, políticas entre otros, en humanización, de forma inspiradora, creativa, innovadora, dinámica y/o participativa, que generen cambios progresivos, sólidos y permanentes en cultura de humanización en las diferentes entidades.

Acción 1. Fortalecer las capacidades en grupos de forjadores de humanización en las institucionales (líderes de área con su par) y actores sociales y comunitarios, que fomenten la cultura de humanización en salud en las diferentes áreas, entidades del sector salud, sectores relacionados como la academia y comunidad.

Acción 2. Impulsar y apoyar la implementación de la propuesta de Política Nacional de humanización en la institución y participar en los nodos de humanización departamental.

Acción 3. Promover un programa de formador de formadores en humanización en salud, con el enfoque que determine abordar.

15.4 EJE 4. Escenarios educativos de participación activa de agentes del sector salud que contribuya a la opinión pública y la formación de conocimiento, capacidades y habilidades en humanización en salud.

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

De igual manera hace un llamado a la academia como agente fundamental en generar cultura de la humanización desde la formación con la integración del conocimiento técnico-científico y el valor humano, los principios éticos, las capacidades y habilidades de relacionamiento y empatía, entre otros, que impulsan coherente el saber tratar, hablar, leer, observar y escuchar en programas teórico y práctico en salud, entre otras.



Figura 7. Habilidades Formativas en el Talento Humano en Salud, construcción propia Minsalud 2019

El cambio de actitud y aptitud en el relacionamiento con las personas y sus familias, entre el equipo de trabajo, en las relaciones de poder de las entidades del sector y otras entidades de sectores relacionados como la academia y la comunidad en los diferentes territorios, conlleva a gestionar escenarios desde la formación académica, la formación en



la educación para el trabajo y el desarrollo humano, y en la educación informal con participación de la comunidad en escenarios de opinión. El eje se desarrolla en dos estrategias.

15.4.1 Estrategia 7. Gestión de escenarios formativos en humanización.

Objetivo

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

Acción 1. Promover la participación de la academia a través de la red colaborativa y nodos territoriales para generar alianzas, para repensar los currículos donde se promuevan programas de formación en humanización y para fortalecer capacidades en el valor humano del personal de salud en formación y en ejercicio.

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

Acción 3. Propiciar y generar escenarios de educación informal en humanización (como seminarios, foros, congresos, simposios, diplomados, entre otros) articuladas entre entidades del sector salud, asociaciones de pacientes o grupos de interés y espacios académicos dirigido a agentes del sector, sectores directamente relacionados como la academia y ciudadanía, con agenda y desarrollo teniendo como base los ejes de la propuesta de Política Pública.

15.5 EJE 5. Fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de la humanización en salud

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

Del mismo modo, su abordaje estructural, al reconocer que cualquier persona desde el lugar en el que se encuentre, cuenta con potencialidades y propósitos que le permite transformar las condiciones de su entorno relacionado a estados individuales y colectivos de bienestar, desarrollo humano, el logro del goce efectivo del derecho fundamental de la salud, la protección de la vida y la dignidad humana. El eje se desarrolla en la siguiente estrategia:

15.5.1 Estrategia 8. Prácticas Inspiradoras, Creativas e Innovadoras Humanizadas

Objetivo

Impulsar a los diferentes agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia y la comunidad, la inspiración creativa, innovadora e investigativa, a través de



la integración entre el conocimiento técnico-científico, el valor humano, los principios éticos y las capacidades y habilidades de relacionamiento entre agentes, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, que conlleve a la comprensión integral de realidades en sus territorios y transformar las condiciones de su entorno relacionados a estados individuales y colectivos de bienestar.

Acción 1. Fomentar la creatividad, innovación e investigación que permita a cada agente del sector, sectores relacionados convocados como la academia y ciudadanía, para generar estrategias teniendo en cuenta los diversos saberes, las prácticas alternativas, medios tradicionales y ancestrales, la integración poblacional e intercultural, la unión del conocimiento técnico-científico con el valor humano, los principios éticos, para el abordaje integral de realidades territorios.

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

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

Acción 4. Buscar alianza estratégica con comunidad académica, grupos de interés en científicos y de investigación, en la gestión de convenios de cooperación, desarrollo de proyectos y encuentros de investigación.

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

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

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

El presente Eje tiene se apoya en la Ley 1751 de 2015 artículo 18. “estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos” y se armoniza con la estrategia 6.4. Formalización y mejores condiciones laborales de la Política Nacional de Talento Humano en Salud y de la Política Atención Integral en Salud en su Modelo Integral de Atención en Salud contempla la estrategia de Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud, los cuales, orienta a favorecer la humanización en las condiciones justas y respetuosas del trabajador y en general del talento humano en salud.

La Organización Mundial de la Salud, considera las siguientes características en el entorno de trabajo saludable: 1. Ambiente físico de trabajo; 2. El ambiente psicosocial de trabajo: entorno psicosocial del trabajo, la cultura organizacional, el espacio laboral y condiciones laborales; 3. Los recursos personales de salud: disponibilidad de recursos, servicios, oportunidades y flexibilidad en el espacio laboral; y 4. La participación de la



empresa en la comunidad. Con lo anterior, la humanización en el talento humano en salud esta medida en la consolidación de condiciones de inclusión en los equipos de salud, equidad en los mecanismos de vinculación, capacitación continua, trabajo justo, decente y digno. El eje se desarrolla en la siguiente estrategia:

15.6.1 Estrategia 9. Transformación de la humanización laboral del trabajador en general de la salud.

Objetivo

Promover procesos de identificación de necesidades, distribución del talento humano a nivel nacional, gestión y planeación en la formación y actualización en prácticas humanizantes, vinculación laboral, mejoramiento de condiciones, desempeño y entornos laborales saludables que favorezca el desarrollo en el talento humano en salud.

Acción 1. Conformar, reactivar, participar y avanzar en mesas intersectoriales y multidisciplinaria territorial o nacional en donde la propuesta de política pública sea pilar en la armonización en los adelantos de la normatividad vigente frente a las necesidades del talento humano, distribución del talento humano, continuidad en la formación y actualización, meritocracia, incentivos, vinculación laboral, condiciones laborales, entornos laborales saludables institucionales, entre otros.

Acción 2. Promover en las entidades de salud, políticas de bienestar social dirigido al talento humano y su familia donde incluya entre otras, cumplimiento en la remuneración al personal en general, condiciones de la jornada laboral, y de descanso, meritocracia, distribución laboral de acuerdo a capacidades y competencias, carga laboral justa y respetuosa, vinculación laboral que ofrezca estabilidad, incentivos basados en el trabajo en equipo que contribuya de forma efectiva en humanización, calidad y excelencia en salud en la atención, servicios y entidades de resultados que reconozca la comunidad.

Acción 3. Adecuación de entornos en las entidades, que favorezcan el goce del talento humano de espacios de trabajo saludable.

Acción 4. Conformar, reactivar, participar y avanzar en mesas de trabajo en la formulación de modelos de incentivos para el talento humano del sector salud a nivel territorial o nacional.

15.7 EJE 7. Reorientación a modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad

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

Es necesario reconocer la autonomía y la independencia de las personas, cuidadores y familia para la toma de decisión compartida y en orientar asertivamente acciones que favorezca el cuidado de la salud de las personas, de igual manera, entender las necesidades y expectativas de las personas. Así mismo, contemplar diferentes enfoques y



prácticas de atención que vayan de la mano con el reconocimiento integral del ser humano, hilado con forme a su realidad. El eje se desarrolla en dos estrategias:

15.7.1 Estrategia 10. Gestión centrada en la persona y familia

Objetivo

Lograr la coordinación, articulación e integración entre la atención, administración y gestión que invite y motive a la reorientación de modelos de atención participativos que centre esfuerzos en las personas, familia y la comunidad.

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

Acción 2. Desarrollar, consolidar y ejecutar planes de humanización institucional, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, encaminados a la adopción y cocreación de la Política Nacional de Humanización en Salud, la cual motiva, entre otras cosas, la innovación de la humanización por agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia y la comunidad, ya sea en la atención, en procesos administrativos, en servicios asistenciales de acuerdo a la naturaleza de las entidades de salud, que favorezca la gestión centrada en la persona y familia.

Acción 3. Reorientar modelos de gestión en salud que predomine la integralidad de las personas, la autonomía, independencia y participación de la persona y familia en el cuidado de la salud, la articulación de acciones entre agentes y sectores relacionados para intervención comunitaria de determinantes de la salud, integración de redes de atención, coordinación de servicios y alianzas contractuales entre agentes, sistema tecnológico de comunicación e información (interoperabilidad), entre otras.

Acción 4. Motivar la reorientación de teoría y práctica académica, en apoyo a modelos de gestión centrado en la persona y familia en el sector salud, que reconozca al ser humano de forma integral.

Acción 5. Fortalecer el mejoramiento continuo de la calidad y excelencia en salud, a partir de las actualizaciones del SOGCS y la adopción de estrategias para la aplicación del Sistema Único de Acreditación en las entidades del sector salud en prácticas orientadas a humanizar la salud.

15.7.2 Estrategia 11. Organización de un sistema de registro de situaciones con identificación de causalidades y de agentes del sector salud relacionados

Objetivo

Disponer de un sistema de registro de situaciones que identifique la causalidad y los agentes del sector salud relacionados a ellas, que contribuya a definir líneas de investigación y procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad que favorezca a un progreso significativo en la humanización de la salud en los diferentes territorios.

Acción 1. Desarrollar, adoptar o adaptar metodologías, herramientas e instrumentos que permita identificar situaciones de causalidades y agentes del sector salud



relacionados a ellas, que contribuya a la humanización de la salud en los diferentes territorios.

Acción 2. Implementar un sistema de registro de situaciones con identificación de causalidades y agentes del sector salud relacionado a ellas, que contribuya a definir líneas de investigación y procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad en humanización.

“Sólo aquellos que intentan el absurdo pueden lograr lo imposible”³⁵.

16. RESPONSABILIDADES DE LOS AGENTES DEL SECTOR SALUD INVOLUCRADOS EN LA GESTIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN

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

1. Ministerio de Salud y Protección Social

- Articular y coordinar la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Monitorear y evaluar los resultados de la propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales departamentales para la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Revisar, ajustar y actualizar los componentes de la propuesta de Política Nacional de Humanización, con una periodicidad concertada.

2. Entidades territoriales en salud: Departamentos, distritales y municipales

- Gestionar la propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Garantizar la implementación la propuesta de Política.
- Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano en salud que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones de salud en el territorio.
- Desarrollar, Adoptar, Adaptar o cocrear metodologías, lineamientos e instrumentos definidos, por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación y monitoreo propuesta de Política Nacional de Humanización.

³⁵ Albert Einstein.



- Definir, promover, coordinar, articular y participar en escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo de la gestión en salud y que induzcan a los agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia y comunidad, para la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Formular los planes de gestión para la aplicación la propuesta de Política.
- Orientar y brindar asistencia técnica a las entidades territoriales municipales para la gestión la propuesta de Política.
- Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución de la propuesta de Política.

3. Entidades Administradoras de Planes de Beneficio

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

4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Prestadores de Salud

- Adoptar, cocrear y aplicar la propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Participar en la elaboración de metodologías, lineamientos e instrumentos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para el monitoreo la propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Armonizar la propuesta de Política Nacional de Humanización con las estrategias de gestión organizacional.
- Vincularse a los escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo de la gestión en salud y que induzcan a los agentes del sector, sectores



relacionados convocados como la academia y comunidad, para la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización.

- Realizar análisis y monitoreo a los resultados de la propuesta de Política Nacional de Humanización y proponer acciones de mejoramiento.
- Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano en salud que contribuyan a humanizar la gestión de la organización y de sus sedes.
- Participar y fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución de la propuesta de Política Nacional de Humanización.

5. Proveedores

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

6. Organismos de Inspección, Vigilancia y Control

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

7. Sectores relacionados convocados como organizaciones académicas

- Contribuir, impulsar y participar en la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización en escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo de la gestión en salud, la articulación y alianza con los agentes del sector, sectores relacionados convocados y comunidad.
- De la contribución en la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización, involucrarla en la formación del talento humano idóneo, en el nivel de educación superior, pregrado y postgrado.
- Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano que contribuyan a humanizar la gestión de la organización.
- Fortalecimiento y promoción de la investigación y la creación de cultura de la humanización en salud.



8. Comunidad

- Conocer la Política Nacional de Humanización, adoptarla, contribuir en la gestión y velar por su cumplimiento.
- Fortalecer habilidades y capacidades que contribuyan a humanizar la gestión de la comunidad organizada.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que ponga en riesgo la dignidad de las personas, la protección de la vida y el goce del derecho fundamental en salud.
- Respetar al personal de la salud asistencial, formativo y administrativo de las diferentes entidades del sector, sectores relacionados como la academia y con otras personas que se relacione en el sector salud.
- Participar en las estrategias que se relacionan en la Política Nacional de Humanización que contribuya en generar cultura, fortalecimiento en el conocimiento, capacidades y habilidades en humanización de las personas.
- Articular la gestión de la comunidad organizada con la Política Nacional de Humanización en salud.

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

17. IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA

Busca la operatividad integral de la propuesta de Política a los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y comunidad, a nivel Nacional, Departamental, Distrital y Municipal, a fin de incorporar en los planes de desarrollo, planes territoriales u otros instrumentos de planeación y gestión, las acciones tendientes a generar la cultura de humanización, el goce efectivo del derecho a la salud, la protección de la vida y la dignidad de las personas.

El proceso de implementación a seguir de la propuesta de Política Nacional de Humanización, requerirá de la continua cocreación, ajustes o adecuaciones que sean pertinentes de acuerdo a las características de su población, a su interculturalidad, sus condiciones de desarrollo, económico, social, cultural y a sus características político-administrativas de cada territorio. De esta forma, busca que la implementación, siendo un reto importante en la generación de política pública, tenga una adecuada apropiación. El

³⁶ Leo Buscaglia.



Ministerio de Salud y Protección Social para facilitar el proceso de implementación, dispondrá de un documento de Metodología de la Cultura de Humanización y la Guía para la Formulación, Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas.

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

18. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN

Para el seguimiento y evaluación consideramos necesario establecer una construcción y consenso de indicadores de impacto con base a los Ejes, estrategias y acciones, que permita la apropiación por parte de la sociedad, de igual manera poder establecer una base inicial, pertinente y comparable a ser utilizado a nivel nación y por cada uno de los territorios, así mismo, deberán ser seguidos por las entidades territoriales, que periódicamente concertado deberán presentar un informe de avance sobre la gestión de la propuesta la Política a la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

Con la evaluación se pretende identificar los avances y retrocesos en su aplicación, se debe concebir de forma continua, con cortes y reuniones que permitirán revisar y analizar el proceso de gestión de la propuesta de Política.

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

³⁷ Albert Einstein.

³⁸ Anónimo.



REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

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



- salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. 7 de diciembre de 2007.
18. Decreto 1011 de 2008, Ministerio de la protección social, Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad (SOGC), por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3 de abril de 2006. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
 19. Decreto 2106 de 2019, Departamento Administrativo de la Función Pública, Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública. 22 de noviembre de 2019. Disponible en internet: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%202106%20DEL%202022%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202019.pdf>.
 20. Defensoría del Pueblo, 2020. Informe defensorial - Derecho a la salud monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia, Informe defensorial. pág. 81-100
 21. Díaz Amado Eduardo, 2017. La humanización de la salud, conceptos, críticas y perspectivas. pág. 9-59, 61-65, 135-149.
 22. Díaz Bambula Fátima, Carolina Gómez Ingrid, 2016. La Investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010, vol. 33, n 1, enero-abril 2016. pág. 114, 115.
 23. Ellis, R., Chen, T., Luscombe, C.E., 2014. Health Insurance Systems in Developed Countries, Comparisons of, in: Culyer, A.J. (Ed.), Encyclopedia of Health Economics. Elsevier, San Diego. pág. 396–406.
 24. European Agency for Safety and Health at Work, 2007. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
 25. Franco A., 2012. La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, Rev. Salud pública Vol.14 no.5, Bogotá Septiembre/Octubre. 2012. pág. 2-7.
 26. Franco Agudelo Saúl, Arrivillaga Quintero Marcela, Aristizábal Tobler Chantal, Moreno Angarita Marisol, 2007. Bioética y Salud Pública: Encuentros y tensiones, Universidad Nacional de Colombia, programa interfacultades doctorado en Salud Pública. pág. 31-50
 27. García Ubaque Juan C, García Ubaque César A, Benítez C Luisa F, 2012. Reforma colombiana en salud propuesta de ajuste de aseguramiento y financiación, Rev. Salud Pública vol.14 no.5 Bogotá Sept/Oct. pág. 2-5
 28. González Juárez Liliana, Velandia Mora Ana Luisa, Flores Fernández Verónica 2009, Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica, Revista CONAMED, Suplemento de Enfermería 2009. pág. 40-43.
 29. Gómez R, 2005. Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia, Ponencia presentada en el seminario internacional “El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud”, Facultad Nacional de Salud Pública marzo de 2005, Medellín. pág. 5, 6.
 30. 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



31. Guzman F, 2003, Ética y Humanidad en la medicina contemporánea. pág. 21
32. Haidet P, Dains J, Paterniti D, Hechtel L, Chang T, Tseng E, 2002. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Educ Med.* 2002, 36(6). pág. 568-574.
33. Herranz G. 1998, El hospital como organismo ético. *Pers Bioet*; 2(3). pag.43-67
34. Hooft P., 2002, Bioética y derechos humanos, en bioética y conflicto armado. Colombia: Bios y Ethos, Universidad del Bosque. pág. 45-47
35. 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.
36. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, UNASUR, 2012. *Sistemas de Salud en Suramérica desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad* mayo 2012. pág. 21-23
37. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, 23 de diciembre de 1993. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
38. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. 3 de octubre de 2007. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
39. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. 19 de enero de 2011. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
40. Ley 1502 de 2011. Por la cual se promueve la cultura en seguridad social en Colombia, se establece la semana de la seguridad social, se implementa la jornada nacional de la seguridad social y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. 29 de diciembre de 2011. Disponible en internet: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley150229122011.pdf>
41. 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
42. Ley 1955 de 2019 Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. 19 de enero de 2011. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201955%20de%202019.pdf
43. Londoño Juan Luis, Frenk Julio, 1997. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, *Salud y Gerencia* No 15, Universidad Javeriana.
44. Magliozzi P., 2016, Humanizar para una nueva salud y sanación hoy, *ARS Medica Revista de Ciencias Médicas.* pág. 1-13.
45. 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.



46. Maslow Abraham, 1991. Motivación y personalidad. pág. 3-47
47. Mello I., 2008. Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil conhecimentos básicos para estudantes e profissionais, Inaiá Monteiro Mello, Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Subcomitê de Humanização. pág. 15,16, 59-64.
48. Ministério da Saúde, 2010. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização 4ª edição. pág. 11-47.
49. Ministerio de Salud, 2004. Marco Conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Informe Final. pág. 452-560.
50. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014. Anexo técnico: calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
51. Molina M., Chicaíza L., 2010. Salud, Estado y mercado: el sistema colombiano actual visto desde la economía, Rev. Col. Anest. Nov 2010 - Ene 2011, Vol. 38 - No. 4. pág. 440 y 441.
52. Monteiro Mello Inaiá, 2008, Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. pág. 9-17
53. ONU - Organización de Naciones Unidas, 2012. El sistema de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (ACNUDH), Folleto informativo N° 30 (Rev.1), agosto 2012, No. 30/Rev.1. pág. 1-10. Disponible en internet: <https://www.refworld.org/es/docid/5289d4104.html> [Accesado el 13 agosto 2020].
54. OPS - Organización Panamericana de la Salud, 1996. El movimiento de municipios saludables: una estrategia para la promoción de salud en América Latina. Washington: OPS
55. OPS - Organización Panamericana de la Salud, 2005. Llamada a La Acción de Toronto: 2006- 2015 Hacia Una Década de Recursos Humanos En Salud Para Las Américas. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/llamadoaccion-toronto.pdf>.
56. Oyuela M., 2010, La importancia de la reconciliación entre eficiencia y equidad, para los sistemas de salud, desde una perspectiva ética, Revista Latinoamericana de Bioética, Bioética, tecnología y sociedad, Universidad Militar Nueva Granada, volumen 10, número 2, edición 19, Julio-Diciembre. pág. 100-107.
57. Orjuela de Deeb, 2002. Prepárese para ofrecer servicios humanos, una necesidad del sector salud, Organización para la Excelencia en Salud, Revista Vía Salud, Numero 20. pág. 4-8.
58. Resolución 1841 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. 28 de mayo de 2013. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>



59. Resolución 429 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. 17 de febrero de 2016. Disponible en internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf
60. Resolución 2626 de 2019. Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE. 27 de septiembre de 2019. Disponible en Internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf.
61. Raventos Torras F., 1985 "La Organización Sanitaria al Servicio del Ciudadano", en: "Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD", Madrid INSALUD, 1985. pág. 12.
62. Redrado J L., 1998, Humanicemos el hospital. Bogotá: Cencapas. pág. 47-79)
63. Redrado J. L., Gurina J. Gol, Marchesi P., Bolech P., Brusco A., 2003. Humanización en Salud, editorial San Pablo Selare, 1ra edición. pág. 15-29.
64. República de Colombia, 1991. Constitución Política de Colombia, julio de 1991 (Colombia).
65. Resolución 13437 de 1991, Ministerio de Salud, Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes,
66. Rodrigo Gutiérrez Fernández, 2011, (Des)Humanización en (de) la atención sanitaria Régimen Sanitatis 2 "Mírame diferente", Régimen Sanitatis 2.0. pág. 1-8. Disponible en internet: <http://www.regimen-sanitatis.com/2011/12/deshumanizacion-en-de-la-atencion.html>
67. Rodríguez C., 1999. Calidad de atención en salud y ley 100 de seguridad social. En: Escobar J, compilador. Bioética y Justicia Sanitaria. Bogotá: Ediciones del Bosque; 1999. pág. 147-182.
68. Política de Atención Integral de Salud (PAIS). "Un sistema de salud al servicio de la gente" (2016). Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
69. Schansberg D., 2014. The Economics of Health Care and Health Insurance. Indep. Rev. 1. pág. 401–420
70. Van de Ven W., Beck K., Buchner F., Schokkaert E., Schut F., Shmueli A., Wasem J., 2013. Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: ¿are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? Health Policy 109. pág. 226–245. Disponible en internet: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.002>.
71. 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.
72. 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.
73. WHO World Health Organization. 2015a. Global Strategy on People Centered and Integrated Health Services 2016-2026, Executive Summary, Placing people and communities at the centre of health services



74. WHO World Health Organization. 2015b. Global Strategy on People Centered and Integrated Health Services 2016-2026. Interim report 2015.
75. WHO World Health Organization, United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2018. Declaración de Astaná octubre 2018, Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud desde el Alma-Ata hacia la Cobertura Universal en Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. pág. 5-10.
76. WBG World Bank Group, 2019. Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. Versión final 17 de julio de 2019. pág. 28-79.

DOCUMENTO BORRADOR