



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (PNHS) 2026–2035:

**“Un camino para alcanzar, con
calidad, una salud humanizada”**

**Oficina de Calidad
Ministerio de Salud y Protección Social
Julio de 2026**





GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA

Secretario general (E)

ANA MILENA MONTES CRUZ

Jefe (E) Oficina de Calidad

Equipo Técnico Oficina de Calidad

John Edward Cruz Molina

Carlos Antonio Botero Botero

Iván Javier Angarita Gálvez

Claudia Silenia Niño Rey

Luz Adriana Zuluaga Salazar

Lesly Milena Guasmayán Cruz

Nelsy Daniela Ávila Galindo



Reconocimiento a las dependencias del MSPS, a los actores del sistema de salud, a los grupos de valor y partes interesadas por los aportes en la formulación de la PNHS

Al Despacho del Ministro, Despacho del Viceministro de Protección Social, Despacho del Viceministro de Salud y Prestación de Servicios, Oficina de Promoción Social, Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación, Dirección de Promoción y Prevención, Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, Dirección de Financiamiento Sectorial, Dirección de Epidemiología y Demografía, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, Dirección de Financiamiento Sectorial.

Así mismo, a las diferentes Entidades Territoriales, Municipales y Distritales de Salud del país, IPS, EAPB, academia, grupos de valor, partes interesadas, comunidad organizada, expertos nacionales y expertos internacionales.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (PNHS) 2026 – 2035: “Un camino para alcanzar, con calidad, una salud humanizada”

Oficina de Calidad

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32-76 Bogotá - Colombia





CONTENIDO

DEFINICIONES	1
PRESENTACIÓN	4
INTRODUCCIÓN	5
1 MARCO DE REFERENCIA	7
1.1 ANTECEDENTES	7
1.1.1 LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL	8
1.1.2 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	10
1.1.3 EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD	11
1.2 MARCO NORMATIVO	12
1.2.1 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	12
1.2.2 MARCO NORMATIVO NACIONAL	14
1.3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES	23
1.3.1 LOS MARCOS MENTALES - GEORGE LAKOFF	25
1.3.1.1 Ser humano	27
1.3.1.2 Humanización y humanización en salud	28
1.3.1.3 Humanización y calidad en salud	29
1.3.1.4 Cuidado humanizado en salud	30
1.3.1.5 Gestión ética de situaciones -GES-	31
1.3.1.6 Ética comunicativa / comunicación constructiva	32
1.3.1.7 Vida saludable	33
1.3.1.8 Hechos institucionales y política	34
1.3.1.9 Legitimidad y gobernanza	35
1.3.1.10 Instituciones virtuosas	37
1.3.1.11 Atención centrada en las personas	39
1.3.2 PRINCIPIOS	42
1.3.2.1 Equidad en las actividades en salud	43
1.3.2.2 Disposición - acción solidaria	43
1.3.2.3 Relacionamiento constructivo en salud	43
1.3.2.4 Responsabilidad compartida	43
1.3.2.5 Transversalidad	43
1.3.2.6 Calidad en salud	43
1.3.3 ENFOQUES	44



1.3.3.1	Derechos Humanos	44
1.3.3.2	Curso de vida	44
1.3.3.3	Persona, familia y comunidad	44
1.3.3.4	Poblacional, territorial e intercultural	44
1.3.3.5	Valores	45
1.4	DISEÑO METODOLÓGICO PARA LOS ESPACIOS DE APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO	45
1.4.1	METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	45
1.4.2	METODOLOGÍA PARA LA VALIDACIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO Y AVANCES DE LA PROPUESTA DE FORMULACIÓN	48
2	<u>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – DEFINICIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO</u>	51
2.1	LA HUMANIZACIÓN EN SALUD, UNA NECESIDAD SENTIDA EN EL MUNDO	51
2.2	HAY QUE ENFRENTAR LA DESHUMANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	54
2.3	LAS FALLAS EN LA HUMANIZACIÓN COMPROMETEN NEGATIVAMENTE LA SALUD DE LAS PERSONAS EN COLOMBIA	56
2.3.1	UNA EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA	57
2.3.2	LA ENCUESTA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MSPS) PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO EN SALUD	58
2.3.3	EL SISTEMA EVALUACIÓN DE ACTORES SEA (2024)	59
2.3.4	RANQUIN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS), 2024	62
2.3.5	INFORME TUTELAS EN SALUD 2024 ORDEN TRIGÉSIMA DE LA SENTENCIA T- 760/08	64
2.4	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO QUE BUSCA RESOLVER LA POLÍTICA	69
3	<u>OBJETIVOS, ALCANCE Y META</u>	74
3.1	OBJETIVO GENERAL	74
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	74
3.3	ALCANCE	74
3.4	META	75
4	<u>EJES ESTRATÉGICOS</u>	75
4.1	EJE 1. CUIDADO INTEGRAL Y ATENCIÓN HUMANIZADA EN SALUD CENTRADO EN LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES	77



4.1.1	LÍNEA OPERATIVA DE "GOBERNANZA EN EL CUIDADO INTEGRAL Y HUMANIZADO DE LA SALUD"	77
4.1.1.1	Acciones de la línea operativa	78
4.1.2	LÍNEA OPERATIVA DE "COMUNICACIÓN SOLIDARÍA CONSTRUCTIVA"	79
4.1.2.1	Acciones de la línea operativa	80
4.2	EJE 2. ÉTICA COMUNICATIVA	81
4.2.1	LÍNEA OPERATIVA DE "HOSPITALIDAD"	82
4.2.1.1	Acciones de la línea operativa	82
4.2.2	LÍNEA OPERATIVA DE "PROFESIONALISMO"	83
4.2.2.1	Acciones de la línea operativa	84
4.3	EJE 3. CULTURA COLABORATIVA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD	85
4.3.1	LÍNEA OPERATIVA DE "FORMACIÓN DE LÍDERES PARA LA HUMANIZACIÓN EN SALUD"	85
4.3.1.1	Acciones de la línea operativa	86
4.3.2	LÍNEA OPERATIVA DE "CONCIENCIA DE COLECTIVIDAD EN SALUD"	87
4.3.2.1	Acciones de la línea operativa	87
4.4	EJE 4. LEGITIMIDAD EN SALUD	88
4.4.1	LÍNEA OPERATIVA DE "PENSAMIENTO FILOSÓFICO - CIENTÍFICO"	89
4.4.1.1	Acciones de la línea operativa	89
4.4.2	LÍNEA OPERATIVA DE "FORMACIÓN EN HABILIDADES RELACIONALES - COMUNICATIVAS"	90
4.4.2.1	Acciones de la línea operativa	90
4.5	EJE 5. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN HUMANIZACIÓN DE LA SALUD	91
4.5.1	LÍNEA OPERATIVA DE "MEJORAMIENTO CONTINUO EN SALUD"	92
4.5.1.1	Acciones de la línea operativa	92
4.5.2	LÍNEA OPERATIVA DE "INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN COLABORATIVA"	93
4.5.2.1	Acciones de la línea operativa	94
5	<u>MECANISMO DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PNHS</u>	95
6	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	98



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Contexto normativo internacional para la PNHS -----	13
Tabla 2. Contexto normativo nacional para la PNHS -----	14
Tabla 3. Categorías y subcategorías para causas y soluciones-----	47
Tabla 4. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita medicina y odontología general 2022 -2024 -----	60
Tabla 5. Atención en urgencias de paciente clasificado como Triage II 2022 – 2024-----	61
Tabla 6. Tiempo de espera de las especialidades 2022- 2024-----	61
Tabla 7. Distribución de problemas jurídicos, causas y pretensiones de las tutelas interpuestas a los diferentes actores del SGSSS-----	65
Tabla 8. Tutelas del año 2024 clasificadas por problema jurídico-----	65
Tabla 9. Distribución porcentual de las pretensiones reportadas por las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2024 -----	67
Tabla 10. Espacios de apropiación social para el diagnóstico y planteamiento de alternativas de solución -----	70
Tabla 11. Espacios de apropiación social para validación de la propuesta inicial de las Políticas -----	70



INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama Sistema Conceptual PNHS -----	26
Figura 2. Marco conceptual para servicios de salud integrados centrados en las personas -----	40
Figura 3. Interdependencia de las cinco directrices estratégicas para apoyar los servicios de salud integrados y centrados en las personas -----	40
Figura 4. Representación gráfica de la adaptación del método Bowtie para análisis de problemas-----	46
Figura 5. Consolidado de Priorización necesidades – problemática en los espacios de apropiación 2024-----	71
Figura 6. Problemáticas priorizadas en los espacios de apropiación 2024-----	72
Figura 7. Problemáticas priorizadas en los espacios de apropiación 2024-----	72
Figura 8. Distribución porcentual de causas y soluciones 2024 -----	73





SIGLAS

ADRES	Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
APS	Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CONFEMEL	Confederación Médica Ibero-Latinoamericana
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ET	Entidades Territoriales
GES	Gestión Ética de Situaciones
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ONCAS	Observatorio Nacional de Calidad en Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNHS	Política Nacional de Humanización en Salud
PNMCS	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud
PPTHs	Política Pública de Talento Humano en Salud
RIIS	Redes Integrales e Integradas de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIC	Sistema de Información para la Calidad
SUA	Sistema Único de Acreditación
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPC	Unidad de Pago por Capitación



DEFINICIONES

Actores en salud: hace referencia a aquellas personas e instituciones que, de manera directa o indirecta, intervienen en el proceso de atención y gestión en salud. Estos pueden agruparse en las siguientes categorías:

Atención centrada en las personas: un enfoque de atención que adopta las perspectivas de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades de manera activa en el sistema de salud que responde a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística. La atención centrada en las personas también requiere que las personas reciban la educación y el apoyo necesarios para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. Se organiza en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas, más que a las enfermedades que padecen (World Health Organization, 2015).

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

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

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

Cuidado integral de la salud: proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la



enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. Se fundamenta en la participación incidente entre los actores del sector salud, los otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las realidades poblacionales y territoriales. Este proceso se implementa a través de las redes integrales e integradas de salud y se desarrolla bajo el liderazgo de la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces y demás actores del territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

Entidades responsables de la gestión del aseguramiento en salud: Incluye las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las entidades adaptadas y los regímenes especiales y de excepción;

Entidades gubernamentales y de control: Agrupa a las instituciones del orden nacional y territorial que ejercen funciones de rectoría, regulación, planeación, seguimiento y control sobre el sistema de salud, incluyendo al MSPS, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, y los entes de control y vigilancia competentes (Randall P. et al., 2014).

Humanización: en el MSPS de Colombia, se toma el término humanización como la sustantivación del verbo humanizar que hace referencia a toda actividad orientada a promover, contribuir y fortalecer el desarrollo humano, basadas en el respeto, la dignidad humana, la solidaridad y la corresponsabilidad de las relaciones entre personas y los actores del sector salud.

Humanización en Salud: para este Ministerio, la humanización en salud se entiende como la aplicación, en la práctica del personal de salud, de un conjunto de actitudes, aptitudes y habilidades morales que promueven y guían el relacionamiento solidario y constructivo entre los diferentes actores del sector salud. Esto implica aplicar las mejores maneras de articular acciones y recursos disponibles, con el fin de garantizar los cuidados necesarios para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener unas vidas saludables. La humanización en salud se proyecta hacia un horizonte amplio, que integra aspectos biológicos e intencionales -metabólicos, psicológicos y espirituales-, con los entornos medioambientales, culturales, educativos, políticos y sociales, para realizar sus actividades de manera profesional, armónica y habilidosamente ética.



Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, Gestores farmacéuticos y servicios de apoyo: a las personas naturales o jurídicas que realicen total o parcialmente los procesos de la cadena de abastecimiento de tecnologías en salud, medicamentos, insumos, dispositivos médicos y servicios tercerizados (alimentos, aseo, vigilancia, tecnología, entre otros) que apoyan el funcionamiento del sistema de salud.

Personal de Salud: recoge a todo el personal que interviene en la promoción, educación, información en salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud (Congreso de Colombia, 2007). Sumado a lo anterior, el trabajo colaborativo interprofesional (TCI) se ha transformado en el mecanismo del THS para mejorar el trabajo articulado entre los diferentes perfiles y profesiones de la salud, lo que ha favorecido el desarrollo de las habilidades del equipo (habilidades de comunicación, liderazgo, identificación de roles y actitudes, resolución de conflictos, toma de decisiones), el posicionamiento de la persona, la familia y la comunidad en el centro de la atención, la satisfacción del paciente y el logro de una atención integral e integrada (Macías Inzunza et al., 2020).

Prestadores de servicios de salud: comprende a cualquier persona natural o jurídica, públicas, privadas o de naturaleza mixta, que se encuentran debidamente habilitadas conforme a la normatividad vigente para prestar servicios de atención en salud intramural o extramural. Estos servicios se ofrecen a través de una, capacidad instalada definida, que comprende infraestructura física, consultorios, sedes de clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios, centros de diagnóstico o tratamiento, salas de procedimientos, camas hospitalarias, unidades móviles y ambulancias, entre otros

Usuarios del sector salud: incluye a las personas afiliadas al régimen contributivo, régimen subsidiado, regímenes especiales y excepcionales, así como a quienes cuentan con planes de medicina prepagada; y las personas no afiliadas a ningún sistema de aseguramiento, quienes acceden a los servicios conforme a los mecanismos de atención definidos por la normativa vigente.



PRESENTACIÓN

La **Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS) 2026-2035**, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), tiene como propósito **posicionar la humanización en salud** como un principio transversal en las políticas, programas, proyectos y acciones del sector salud. Busca instaurar y fortalecer prácticas y dinámicas humanizadoras que orienten la gestión, la atención y la interacción entre los diferentes actores del sistema de salud, promoviendo el respeto por la dignidad humana y el desarrollo integral de las personas.

Esta política se enmarca en la garantía del derecho fundamental a la salud y busca centrar sus esfuerzos en la promoción del **desarrollo humano hasta alcanzar y mantener para todos unas vidas saludables**, así mismo, **fortalecer la gestión ética de situaciones entre los actores del sector salud** y las personas que requieren un cuidado integral de la salud, optimizar la experiencia de interacción solidaria entre las personas; plantear, promover e **instaurar un cambio cultural de humanización en el sistema de salud**, para que contribuya a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, la protección de la vida y la dignidad humana.

La PNHS ha sido el resultado de un trabajo colaborativo multidisciplinario e interinstitucional, liderado por la Oficina de Calidad del MSPS, con la participación de diferentes actores como entidades territoriales en salud, entidades promotoras de salud, la academia, gremios, distintas organizaciones, asociaciones de pacientes, proveedores de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, entre otras. Igualmente se toma en consideración la heterogeneidad de la nación colombiana, sus características culturales y territoriales, las múltiples experiencias con la atención en salud, los espacios de participación ciudadanía y su corresponsabilidad en todos estos procesos.

Además, la PNHS resalta el compromiso del MSPS por mejorar y fortalecer la experiencia de la participación de las personas en el sector salud colombiano, promoviendo escenarios de diálogo y de corresponsabilidad que permitan mejorar la experiencia de las personas en el sistema de salud y reducir las brechas existentes en el acceso, la calidad y la atención.

INTRODUCCIÓN

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946 se declaró que “el goce del grado máximo de salud [vida saludable] que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

En concordancia con este principio internacional, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo, cuya garantía debe orientarse al disfrute del más alto nivel de salud posible, mediante acciones integrales, continuas y articuladas dentro y fuera del sistema de salud.

En este marco, la PNHS reconoce la integralidad de cada persona en su entorno natural, familiar y social, y promueve una atención centrada en la dignidad humana, en concordancia con los principios establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, particularmente los de dignidad, igualdad, oportunidad y enfoque diferencial.

La PNHS orienta sus acciones a garantizar que todas las personas alcancen y mantengan vidas saludables, entendidas como una expresión esencial del disfrute efectivo del derecho fundamental a la salud.

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

La PNHS busca que más allá de un aprendizaje del *saber qué* y del *saber cómo* de la humanización en salud, alcance un aprendizaje verdaderamente transformacional, que comprometa a distintos sectores, sea en su rol de educar, brindar atención, de recibirla, de gestionarla o de colaborar con ella acorde a sus posibilidades. Esta política promueve una acción colectiva orientada a que todas las personas puedan alcanzar y mantener vidas saludables, y pretende que, mediante la implementación de acciones específicas, concretas y articuladas, se avance en un proceso de optimización integral del sector salud, orientado al bien común y al desarrollo humano.

Cabe mencionar que la PNHS, pretende la consolidación de una cultura de humanización, que invite a directivos, gerentes, líderes y funcionarios de las entidades de salud, para ser actores de primera línea en la realización y puesta en práctica de dinámicas de transversalización de los contenidos de esta política a nivel institucional, teniendo en cuenta el cumplimiento de la normatividad



vigente y que reglamenta la Responsabilidad Social Empresarial. Igualmente es importante el fomento de la creatividad, la innovación y la investigación, vinculados a los procesos de aprendizaje transformacional, que deriva de la experiencia acumulada que surge de la puesta en práctica de las dinámicas de atención en salud humanizadas.

En resumen, la PNHS está dirigida a los actores del sistema de salud en el ámbito público, privado, mixto e invita a otros actores del sector salud y los diferentes sectores relacionados con el cuidado integral de la salud, así como a la ciudadanía en general, a participar en la construcción y ejecución de acciones conjuntas que contribuyan a satisfacer las necesidades en salud de la población y fortalecer el ejercicio del derecho a la salud en el país.

1 MARCO DE REFERENCIA

1.1 Antecedentes

La normatividad y jurisprudencia actuales consideran el derecho a la salud como un elemento estructural de la dignidad humana. En el año 1991, en Colombia se llevó a cabo una “constituyente”, mediante la cual se reformó la constitución de 1886 y se aprobó como principio fundamental 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”.

Además, el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia señaló que *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”,* y que corresponde a este *“(…) organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”* (Constitución Política de Colombia, 1991).

En el año de 1993, Colombia realizó la reforma en salud a través de la Ley 100 de 1993, creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con él, se crea un modelo de competencia regulada por el Estado con un enfoque empresarial de mercado. Su orientación frente a la atención en salud pretende alcanzar, para todos los ciudadanos, la seguridad social en salud. El sistema se enfoca, además, en la eficiencia y la calidad a través de una atención en salud humanizada y en desarrollar mecanismos y estrategias para atender a la población en general.

Por su parte, la Ley 1438 de 2011 que reformó el SGSSS, en el artículo 1. tiene como objeto *“(…) el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”* (Congreso de Colombia, 2011).

Así mismo, como principios del SGSSS, en el artículo 3 de la Ley en cita, definió la igualdad como *“El acceso a la Seguridad Social en Salud [que] se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por*

razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños”, y la corresponsabilidad en el sentido en que “Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio”. Esto significa, ni más ni menos, que rescatar esta dimensión de la atención en salud —la humanización— como un elemento central para mejorar los resultados en salud no solo es necesario sino urgente.

En el 2016, el MSPS mediante documento técnico estableció el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), bajo el lema *“Por un Sistema de Salud con un propósito humano hacia la innovación y la excelencia”*. Aunque este terminó su vigencia en 2022, planteaba fortalecer la calidad de los servicios de salud en el país, garantizando acceso equitativo, atención centrada en el usuario y mejores resultados en salud. Este plan se consideró como *“una apuesta de política pública en materia de calidad, para fortalecer la cultura del mejoramiento continuo y facilitar la articulación de los demás direccionamientos estratégicos del sector”*, y es el único antecedente existente sobre una PNHS para Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

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

Dicha ley estableció como principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la calidad, definiendo que *“Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”*.

1.1.1 La cobertura sanitaria universal

La resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de octubre de 2019 subraya la importancia de fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) como base para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y

cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En dicha resolución, la ONU insta a los Estados a invertir en sistemas de salud sólidos, priorizando la prevención, la promoción, la participación comunitaria y el acceso equitativo a servicios seguros y de calidad. Asimismo, resalta que la implementación efectiva de la APS exige una acción articulada entre gobiernos, organismos internacionales y actores locales (Naciones Unidas: Asamblea General, 2019).

No obstante, la cobertura sanitaria universal no es sinónimo de acceso efectivo al derecho a la salud. Conforme a la jurisprudencia constitucional colombiana — especialmente la Sentencia T-760 de 2008, que ordena superar las barreras de acceso y garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (DAAC) de los servicios; y la Sentencia C-313 de 2014, que reafirma el carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud—, la cobertura debe traducirse en garantías reales de acceso, oportunas y sin discriminación. Este enfoque fue consolidado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que establece que el derecho a la salud comprende no solo la prestación de servicios, sino también las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, sin barreras de tipo administrativo, geográfico, económico o cultural.

En coherencia con este marco normativo y constitucional, la resolución de la ONU reafirma el compromiso global con sistemas de salud sostenibles, integrados y centrados en las personas. Avanzar hacia la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas accedan efectivamente a los servicios que necesitan sin enfrentar barreras financieras o administrativas, y que estos servicios se presten de manera integral y con resultados positivos en salud.

La calidad y humanización de la atención constituyen pilares esenciales para materializar el derecho a la salud. Estas se expresan en la seguridad del paciente, la adherencia a guías basadas en evidencia, la capacidad de respuesta a necesidades individuales, el trato digno, y el uso eficiente y transparente de los recursos. Alcanzar sistemas de salud que combinen cobertura universal, calidad y humanización requiere enfoques integrados que fortalezcan la infraestructura, desarrollen competencias del personal de salud y promuevan la participación social y comunitaria en la toma de decisiones y en el cuidado de la salud, tal como lo reconocen la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia constitucional.

1.1.2 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible

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

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

El ODS 3 plantea metas específicas, como: i) asegurar la cobertura sanitaria universal, incluyendo acceso a servicios esenciales de salud y medicamentos seguros y asequibles, ii) reducir la mortalidad materna e infantil, iii) combatir enfermedades transmisibles y no transmisibles y iv) garantizar la equidad en el acceso a servicios de salud, especialmente para poblaciones vulnerables. Para lograr estas metas, es necesario tener en cuenta los siguientes enfoques relacionados con la calidad en salud:

- **Acceso a atención sanitaria de calidad.** La calidad en la atención médica es un componente esencial para lograr el ODS 3 "Asegurar que las personas tengan acceso a servicios de salud efectivos, oportunos, adecuados y seguros es fundamental para la prevención de enfermedades y el tratamiento de las mismas". Esto implica la formación continua de los profesionales de la salud, la inversión en infraestructura sanitaria y la mejora en la tecnología médica.
- **Cobertura Universal de Salud.** Un principio clave en el ODS 3 es la cobertura sanitaria universal, que implica que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud necesarios sin enfrentar dificultades financieras. Esto aboga por un sistema de salud equitativo donde la calidad no dependa del nivel socioeconómico de las personas.
- **Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad.** La promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades son

aspectos clave para alcanzar una buena calidad en salud. Esto incluye programas para la promoción de una alimentación equilibrada, hábitos de vida saludable, así como, programas de prevención para combatir el tabaquismo, la obesidad, la contaminación ambiental, entre otros. Además, la salud mental, que muchas veces ha sido desatendida, está ganando visibilidad y atención institucional para fortalecer la calidad de vida y bienestar de las personas.

- **Innovación tecnológica y gestión de datos.** Las innovaciones tecnológicas en la salud, como la telemedicina, los registros electrónicos de salud y las aplicaciones móviles de salud, pueden mejorar la calidad de los servicios al hacerlos más accesibles y eficientes. Estas herramientas pueden ayudar a monitorizar la salud, facilitar diagnósticos más rápidos y mejorar la gestión de los sistemas de salud.

1.1.3 Evaluación y monitoreo de la calidad en salud

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

Tampoco hay un acuerdo universal sobre un conjunto mínimo de indicadores estandarizados para monitorear el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud. Sin embargo, se han desarrollado iniciativas significativas para abordar esta necesidad, como el Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención de Salud de la OCDE, los Indicadores de Prestación de Servicios del Banco Mundial, el Observatorio Mundial de Salud de la OMS y las Encuestas Demográficas y de Salud. Estas iniciativas buscan identificar indicadores que apoyen los esfuerzos de mejora de la calidad en los niveles nacional, regional e internacional.

En Colombia, el sistema de monitoreo de la calidad en salud se viene realizando a través de la Resolución 256 de 2016, la cual hace seguimiento a 4 dominios: i) Efectividad, ii) Experiencia de la atención, iii) Gestión del riesgo y iv) Seguridad. En cada uno de estos dominios, se establecieron indicadores para el monitoreo de la calidad en salud de acuerdo con cada actor del sistema. Estos indicadores permiten evaluar el desempeño y los resultados con el fin de fortalecer el Sistema de Información de Calidad en Salud, brindar información

objetiva a los ciudadanos para que puedan elegir libremente a sus prestadores de salud y aseguradores y promover acciones de mejoramiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c).

1.2 Marco Normativo

La PNHS se fundamenta en un conjunto articulado de disposiciones de carácter internacional, constitucional, legal, jurisprudencial y reglamentario, que reconocen la dignidad humana como eje estructural del derecho fundamental a la salud.

La humanización en salud no constituye un desarrollo aislado ni discrecional de la política pública, sino una implementación normativa derivada de obligaciones superiores que imponen al Estado el deber de garantizar servicios de salud accesibles, aceptables, de calidad, continuos, oportunos y culturalmente pertinentes. En este sentido, la PNHS se inscribe dentro del marco del SGSSS, y como política orienta al sistema para poner en el centro a las personas, sus familias y sus comunidades en cada proceso de atención.

Desde el ámbito internacional, Colombia ha adoptado instrumentos que consagran la dignidad humana, la equidad, la bioética y el bienestar como principios rectores de los sistemas sanitarios. En el orden nacional, se reconoce la salud como un servicio público esencial y derecho fundamental orientado a la eliminación de barreras, la garantía de calidad y el trato digno. El desarrollo legal y jurisprudencial ha consolidado la obligación estatal de formular políticas públicas que aseguren la efectividad del derecho fundamental a la salud y la permanente mejora continua de la atención humanizada. A su vez, la normativa sectorial ha incorporado la humanización como un componente del talento humano en salud y eje transversal de la gestión en salud territorial.

El presente capítulo expone de manera sistemática el normograma que sustenta la PNHS, evidenciando la coherencia jerárquica y funcional de las disposiciones aplicables y facilitando su implementación armónica por parte de los actores del sistema de salud.

1.2.1 Marco normativo internacional

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

Tabla 1. Contexto normativo internacional para la PNHS

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
Declaración Universal de Derechos Humanos	1948	ONU	Declara: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”, además, “promete a todas las personas unos derechos jurídicos, económicos, sociales, políticos, religiosos, culturales y cívicos que sustenten una vida sin miseria y sin temor”.
Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural	2001	UNESCO	Asume la cultura como conjunto de rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social, la cual adquiere formas diversas, se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades.
Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos	2005	UNESCO	Declara las cuestiones éticas de los profesionales de la salud, de las ciencias de la vida y de las tecnologías conexas de aplicación humana y que inciden en la dignidad, la protección de los derechos y la vida de los seres humanos.
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	2015	ONU	Se relaciona, especialmente, con el Objetivo 3. “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades: promulga el bienestar superando las brechas en la calidad y cobertura en salud, fortaleciendo el primer nivel de atención para el acceso efectivo y la articulación entre agentes”; y con el Objetivo 16. “Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas, fortalecer la democracia, reconciliación social y la confianza en las instituciones en la lucha contra la corrupción como núcleos en la reconstrucción del tejido social”.
Carta de identidad y principios de la profesión Médica Latino-Iberoamericana y del Caribe	2016	CONFEMEL	La carta incluye el “Principio de humanización de la asistencia”, lo que implica un servicio incondicional por, para y con la persona y se traduce en atender integralmente el ser humano con motivación, altruismo compasivo,

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
			dedicación y respeto, así como a través de una relación empática y de calidez en el trato.
Declaración de Astaná: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible	2018	OMS y UNICEF	Los mandatarios de estado se comprometen a priorizar la salud y el bienestar de las personas, la atención primaria de salud y los servicios de salud seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, con una prestación basada en la compasión, respeto y dignidad por parte del talento humano en salud, el cual ha de contar con una adecuada formación, competencia, motivación y compromiso, quienes desempeñan su labor en entornos favorables para la salud.

Fuente: Elaboración propia. Oficina de Calidad. MSPS 2025

1.2.2 Marco normativo nacional

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

Tabla 2. Contexto normativo nacional para la PNHS

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
Constitución Política de la República de Colombia	1991	Asamblea Nacional Constituyente	En el Artículo 48 dispone que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio, bajo la responsabilidad del Estado, el cual le ha de garantizar este derecho irrenunciable a todos sus habitantes. Además, el Artículo 49, determina “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” y que “Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.
Resolución 13437, por la cual se	1991	Ministerio de Salud y	En el artículo 1, el cual, adopta como postulados básicos para propender por la

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes		Protección Social de Colombia	humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, así mismo, establece el decálogo de los derechos de los pacientes de la atención en salud.
Ley 100, por la cual se crea el Sistema de seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones	1993	Congreso de la República de Colombia	Establece la garantía de los derechos para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, para lo cual, se han de constituir mecanismos facilitadores de una atención oportuna, personalizada, humanizada, integra, continua, digna al ser humano, confidencial e íntima como se observa en el Artículo 153. En cuanto al Artículo 186 el Gobierno propicia la conformación de un sistema de acreditación de las IPS, para promover el mejoramiento de la calidad y sus estándares incluyendo el de humanización de la atención en salud.
Ley 1164, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud	2007	Congreso de la República de Colombia	La relevancia del componente de humanización en el talento humano en salud se regirá, en el Artículo 2, por los principios éticos de equidad, solidaridad, calidad, integralidad, concertación, unidad, efectividad. A ello se suma lo estipulado en los siguientes artículos: Artículo 34. referido al contexto ético de la prestación de los servicios, que se guía por el cuidado respetuoso de la vida y de la dignidad de cada ser humano. Artículo 35. el cual consagra los principios de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, tales como la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto. Artículo 36. en el cual contempla como valor, la humanidad, dignidad, responsabilidad.

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
			Artículo 37. en el cual contempla los derechos de la objeción de conciencia, la protección laboral, el compromiso ético. Artículo 38. a través del cual define deberes tales como la protección de los lazos afectivos de la persona, la promoción de una cultura ética, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud.
Sentencia T-760	2008	Corte Constitucional de Colombia	Reconoce la salud como derecho fundamental, eliminando la interpretación restringida que obligaba a demostrar conexidad. Ordena superar barreras de acceso que vulneran la dignidad humana (administrativas, económicas, geográficas, de información). Exige que los servicios de salud cumplan criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (DAAC) – dimensiones centrales de la atención humanizada. Resalta la importancia de la información clara al usuario, la transparencia y el respeto por la autonomía. Obliga a garantizar continuidad en la atención, evitando interrupciones que comprometen el bienestar del paciente. Promueve la participación ciudadana en la actualización de los planes de beneficios. Cuestiona prácticas que implican trato indigno o deshumanizado hacia los usuarios.
Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	2011	Congreso de la República de Colombia	El Artículo 3 - Principios del SGSSS incluye en el numeral 3.8. la Calidad indicando que “<i>Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.</i>” De otra parte, en el Artículo 107 - Garantía de calidad y resultados en la atención en el SGSSS, establece que, en desarrollo del principio de calidad del SGSSS y en el marco

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
			del SOGC de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados.
Sentencia C-313 de 2014	2014	Corte Constitucional de Colombia	Declara la exequibilidad del proyecto de Ley Estatutaria que consolidó la salud como derecho fundamental autónomo. Fortalece el principio de dignidad humana como eje de la prestación de servicios. Reitera que el derecho a la salud debe ejercerse sin barreras y con enfoque de igualdad y no discriminación. Respaldó los principios de la Ley Estatutaria: acceso efectivo, calidad, oportunidad, continuidad, información, autonomía y trato digno. Refuerza el mandato de que las decisiones en salud se basen en evidencia científica, ética y enfoque centrado en las personas. Reconoce la importancia de procesos humanizados, seguros y respetuosos de la voluntad del paciente.
Ley 1751. Ley estatutaria en Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	2015	Congreso de la República de Colombia	El Artículo 2. establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. El Artículo 5 señala que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: "b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
			garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema"
Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS) del Artículo 107 de la Ley 1438 de 2011	2016	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	El Plan fue desarrollado por MSPS con una vigencia 2016 – 2021, en el cual se incorporó 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 actores del sector salud.
Decreto 780, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Compila el Decreto 1011 de 2006, el sector regula el Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad -SOGC- del SGSSS	2016	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	En la parte 5, capítulo 2 artículo 2.5.1.2.1. define: "las acciones que desarrolle el SOGCS se orientaran a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en la persona, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados". Así mismo, la parte 5, capítulo 2, artículo 2.5.1.2.2. define los cuatro componentes del SOGCS, uno de ellos es el Sistema Único de Acreditación -SUA-, mediante la Resolución 5095 de 2018 adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, a través de este, se desarrolla un enfoque de humanización en el proceso de atención a la persona y familia, sustentado en estándares que favorezcan la dignidad humana, el fortalecimiento de las buenas prácticas y la participación en el cuidado con el suministro de información a las personas y sus familias.
Ley 1966, por medio del cual se adoptan medidas	2019	Congreso de la República de Colombia	El artículo 1, busca adoptar medidas a fin de mejorar la transparencia, vigilancia, control y aplicación del uso de los recursos financieros

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.			del SGSSS, elementos estrechamente vinculados con la humanización en salud, en la medida en que favorecen condiciones de confianza hacia el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud. Aunque la ley es de naturaleza administrativa y financiera, su finalidad es mejorar la fluidez del sistema para evitar afectaciones en la atención, protegiendo el acceso efectivo y la continuidad, dimensiones fundamentales de la humanización.
Resolución 229, por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- y de la carta de desempeño en las Entidades Promotoras de Salud -EPS- de los regímenes contributivo y subsidiado	2020	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	El objetivo es expedir los lineamientos que deben tener en cuenta las EPS para la elaboración y entrega de la carta de derechos y deberes a las personas afiliadas en el SGSSS y de la carta de desempeño, que les permita a las personas afiliadas contar con información adecuada y suficiente para el ejercicio de sus derechos en salud.
Resolución 755, por la cual se adoptan la "Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031" para el fortalecimiento del	2022	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	El Artículo 4. Enfoques de la política, dispone entre los elementos fundamentales y orientadores para el desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería a través de los planes, programas, proyectos y acciones para el progreso de la misma, el enfoque de humanización de la atención de enfermería.

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
			determinantes sociales, aspectos clave para la humanización del cuidado. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque comunitario: La humanización se expresa en la promoción de relaciones cercanas, respetuosas, interculturales y orientadas a la construcción colectiva del bienestar y del autocuidado. Inclusión de lineamientos para trato digno, accesibilidad y eliminación de barreras: Los capítulos modificados promueven estrategias intersectoriales y acciones diferenciales que buscan reducir inequidades y garantizar acceso oportuno, respetuoso y de calidad. Perspectiva diferencial y enfoque territorial: Se refuerzan lineamientos para atender a grupos poblacionales con necesidades específicas (mujeres, niños, jóvenes, pueblos étnicos, personas mayores, personas con discapacidad), lo cual es central en la humanización de la atención.
Ley 2294, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 “Colombia, potencia mundial de la vida”	2023	Congreso de la República de Colombia	El artículo 3 establece el Eje “Seguridad humana y justicia social”, en el documento técnico de la ley citada, se relaciona el catalizador B. correspondiente a la “Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar”. También en alcanzar una mayor gobernanza en salud bajo un esquema de participación nacional y territorial, con la implementación de políticas para asegurar la disponibilidad, acceso, continuidad, calidad, y uso seguro y adecuado de tecnologías en salud, e incentivar el desarrollo tecnológico e investigación en salud. El Plan de Desarrollo señala que el modelo de salud preventivo y predictivo incluye un

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
			componente de promoción orientado a generar condiciones para el goce efectivo de la salud y el desarrollo integral de la población. Esta apuesta fortalece la articulación interinstitucional situando a las personas en el centro del sistema de salud.
Resolución 100, por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015	2024	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	La Resolución 100 de 2024 actualiza y redefine el marco de la Planeación Integral para la Salud (PIS) desde una perspectiva de derechos, participación, territorialidad y enfoque en determinantes sociales. Aunque su objeto principal es técnico y programático, incorpora principios y orientaciones directamente vinculadas con la humanización de los servicios y de la gestión en salud.
Decreto 351, por el cual se adiciona la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 780 del 2016 relativo al Plan Nacional de Salud Rural -PNSR	2025	Gobierno Nacional – Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	El PNSR se fundamenta en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, promoviendo una garantía real de acceso efectivo, trato digno, continuidad y calidad para poblaciones históricamente excluidas, lo cual es un eje esencial de la humanización. El decreto establece acciones para superar barreras geográficas, administrativas, culturales y económicas. La eliminación de estas barreras es un componente crítico de la atención humanizada. La norma incluye estrategias de APS rural, pertinencia cultural, diálogo de saberes y participación comunitaria, todas coherentes con los principios de la PNHS.
Resolución 1444, por la cual se adopta la Política Pública del Talento Humano en Salud	2025	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	En el Artículo 2. Objetivos de la Política Pública del Talento Humano en Salud. El numeral 2.3 establece la conexión directa con la humanización en salud, señalando lo siguiente: "Articular estrategias de formación integral del Talento Humano en Salud con énfasis en Atención Primaria en Salud (APS), para la atención integral, familiar, comunitaria, preventiva, predictiva, resolutive y

NORMATIVIDAD	AÑO	EXPEDIDA POR	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PNHS
			especializada, en función del análisis situacional de salud de la población y las prácticas de humanización de los servicios de salud en los territorios.” Este artículo integra la humanización como parte de la formación integral del talento humano, vinculándola con la APS y el modelo actual. Artículo 9. Formación del Talento Humano en Salud, orienta a garantizar una formación integral, descentralizada y contextualizada con las realidades territoriales, bajo un enfoque de atención primaria en salud “integral, familiar, comunitaria, preventiva, predictiva y resolutive”
Resolución 1597, por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud—APS	2025	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	En el numeral 16.6 del Artículo 16. Cuidado humanizado: Define como brindar cuidados centrados en la persona con énfasis en respeto, dignidad, empatía, atención integral y comprensión de sus particularidades. Además, en este Artículo, relaciona otros atributos como: 16.1 Oportunidad, 16.2 Seguridad, 16.3 Continuidad, 16.4 Coordinación, 16.5 Adaptabilidad, los cuales, orientan a que se brinde una atención humanizada.

Fuente: Elaboración propia. Oficina de Calidad. MSPS 2025

1.3 Fundamentos Teóricos y Conceptuales

La humanización va más allá del buen uso del lenguaje de las normas, ella nace en la heurística de una intuición natural para la noción del daño, del cual surge

el deseo de que no nos dañen y de no dañar a los demás, la noción del dolor, de la necesidad de que nos cuiden y de cuidar de los demás, del malestar, del bienestar, del goce de dar, recibir y compartir. En este sentido, es posible afirmar que se está hablando de la espiritualidad humana, de una habilidad que invita, además, a establecer con claridad y precisión una cuidadosa conciencia de los límites para todos los actos humanos, o, si se quiere, la habilidad para gestionarlos de maneras éticas, amorosas, inteligentes y armónicas.

Ya en el siglo XIII, los cabalistas hablaban acerca de un Dios Creador que quería encarnar y que para poder hacerlo había creado a “un animal especial al que le puso un alma que habla para que pudiera materializar pensamientos”. Mitología o no, lo que no se puede negar, es que el ser humano es el único animal conocido en el mundo, que, al mirar volar a las aves, piensa en ellas y hace aviones, mira nadar a los patos, piensa en ellos y hace barcos, huele las flores, piensa en ellas y hace perfumes, se encuentra a sí mismo, se mira, piensa en sí mismo, y hace instituciones. Fue a través de la vida institucional que se dio el gran salto de la vida en manadas a la vida en sociedades, y es en esta poderosa herramienta que hoy se le da legitimidad a la naturaleza humana para institucionalizar dinámicas de humanización.

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

La importancia de considerar una cierta imagen del fenómeno humano haciendo políticas, se debe a que en este documento se aborda la elaboración de una PNHS.

Toda política, para su ejecución, requiere soportarse con un sistema conceptual coherente y susceptible de ser traducido en acciones específicas, concretas y coordinables. Uno de los primeros pasos, para la elaboración de la PNHS será establecer el punto de partida y el punto de llegada. Enfrentados a dos racionalidades aparentemente disímiles como son, una racionalidad de la moral

y una racionalidad instrumental, y no pudiendo renunciar a ninguna de las dos, se relacionaron entre ellas a través de la **disposición-acción solidaria**, el cual permitió proponer un uso discrecional, que con criterios morales y de pertinencia, conveniencia y suficiencia instrumental, abriera el camino para poder alcanzar el punto de llegada, y que éste sería el de alcanzar, para todas las personas, una vida saludable.

Para conectar el punto de partida con el de llegada, se hizo necesario conformar y esclarecer un camino, que, con unos conceptos intermedios, delineara el trayecto que se habría de recorrer para alcanzar el punto de llegada. En primer lugar, una **disposición acción solidaria** tendría que abordar el conocimiento de las **necesidades de las personas**, como un presupuesto básico, para poder **determinar cuáles son los cuidados necesarios** que habría que realizar, para los **beneficios** que conducen a que todas las personas puedan **alcanzar una vida saludable**.

A estas alturas del sistema conceptual de soporte para la PNHS y con el incremento progresivo de elementos de juicio, que, además, necesitan aumentar, se ve la necesidad de comenzar a articular todos estos elementos a través de una estructura que permita ordenarlos de manera comprensible y funcional.

1.3.1 *Los Marcos Mentales (George Lakoff)*

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

Los hechos se interpretan a través del sentido que las personas les asignan. Los Marcos son las metáforas con las que se enmarcan las ideas y son fundamentales para que éstas se entiendan adecuadamente. Los Marcos también pueden clasificarse para poder ordenarlos. En este sentido se consideran, a lo largo de esta política, tres tipos de Marcos: los Marcos profundos, los Marcos Subordinados y los Marcos de Superficie, estos últimos, vinculados directamente con las actividades o, si se quiere, con las acciones concretas.

Para comprender el diagrama elaborado como mapa de la PNHS, se han establecido en los Marcos Profundos cuatro categorías: 1. las políticas de

humanización y calidad, 2. la humanización 3. la calidad y 4. la vida saludable (ver Figura 1).

Para el marco profundo de la humanización se estableció la racionalidad de la moral considerando la formación del personal de salud en cuatro marcos subordinados: 1. habilidades intrapersonales, 2. habilidades interpersonales, 3. habilidades espirituales y 4. habilidades profesionales.

Para el marco profundo de la calidad apoyados en una racionalidad instrumental, se consideraron tres marcos subordinados: 1. la cantidad y calidad de los recursos disponibles y necesarios; 2. la naturaleza, grado y cumplimiento de los compromisos; y 3. la inteligencia del diseño institucional. Para el marco profundo de la vida saludable se requiere un entorno sustentable.

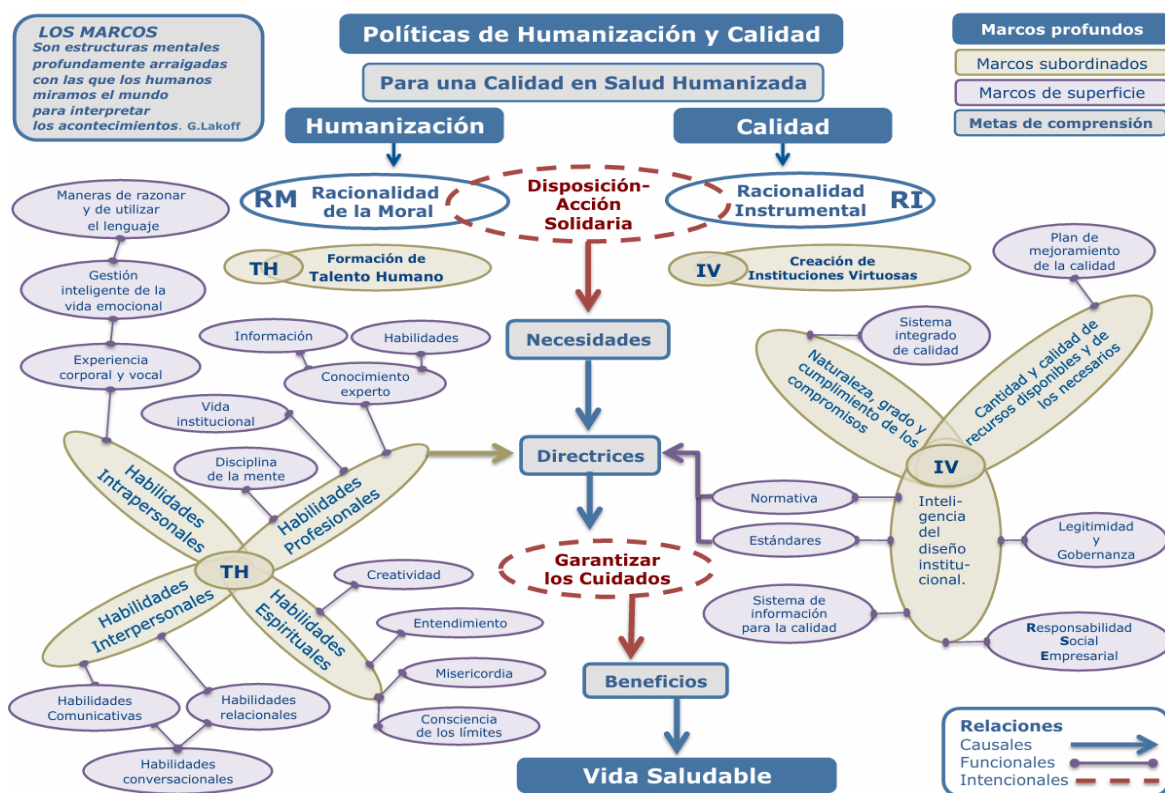


Figura 1. Diagrama Sistema Conceptual PNHS

Fuente: Elaboración Propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2025

Para avanzar con este propósito, es necesario precisar y conectar algunos **eslabones conceptuales o marcos subordinados** que permitan constituir un entorno que le dé un sentido al concepto de humanización, pues una expresión

como "*humanización del humano*" podría ser interpretada por algunas personas como algo redundante y carente de sentido. Estos eslabones conceptuales que se presentan a continuación buscan ofrecer un soporte teórico y relacional que posibilite comprender la humanización como un proceso dinámico, intencional y situado:

1. Ser humano
2. Humanización y humanización en salud
3. Humanización y calidad en salud
4. Gestión ética de situaciones
5. Ética comunicativa / Comunicación constructiva
6. Vida saludable
7. Hechos institucionales y política
8. Legitimidad y gobernanza
9. Atención centrada en la persona

1.3.1.1 Ser humano

Una antigua aproximación a la descripción del "ser humano" extraída de uno de los textos conocidos como los rollos del Mar Muerto, y con más de 2.000 años de antigüedad, decía así: "*Cuando Dios vio lo que había hecho [la creación] sintió ganas de encarnar, y para poder hacerlo creó un animal especial al que le puso un alma que habla, para que pudiera materializar pensamientos*". Parece ser pues, que los autores de aquellos textos en aquellos días reconocieron en el ser humano una especialidad única entre los demás animales que conocían y que hoy todos nosotros podemos constatar "*El ser humano crece en el seno de una comunidad de la cual hereda o en la que adquiere sus imágenes del mundo, adopta sus formas de vida y aprende su lenguaje*" (Botero Cadavid et al., 2020, p. 237).

El camino que condujo al ser humano desde el aprendizaje del lenguaje hasta llegar a la vida institucional tuvo que hacer un largo recorrido. Para las personas, en la etapa de su infancia, el lenguaje es una actividad que se asemeja mucho al adiestramiento, pues nace con la confianza hacia aquellos que se lo enseñan sin tener que ponerlo en tela de juicio. Se extiende en esta característica propia del fenómeno humano, por el hecho de que, sin unos fundamentos morales como la confiabilidad, la credibilidad y el compromiso, indispensables para esa confianza primigenia, el lenguaje no sería posible, y la vida institucional tampoco.

Es posible entonces concluir que el lenguaje es una habilidad ética, y, por lo tanto, sus ingredientes constitutivos de confiabilidad/confianza, credibilidad y compromiso, son el presupuesto básico para constituir y desarrollar la realidad institucional.

1.3.1.2 Humanización y humanización en salud

En la actualidad, el término *humanización* ha ocupado un espacio relevante de estudio y debate, convirtiéndose en un tema central en muchos escenarios, tanto a nivel nacional e internacional, como producto del surgimiento de una creciente demanda ética por parte de diversos sectores, tanto privados como públicos. Para avanzar hacia la implementación de la PNHS, se comienza por asignarle a expresiones como humanización y humanización en salud un sentido que permita utilizarlas en las dinámicas de formulación de políticas. En este caso: PNHS.

En el MSPS de Colombia, se tomó el término humanización como la sustantivación del verbo humanizar que hace referencia a toda actividad orientada a promover y contribuir al desarrollo humano. De igual manera, para este Ministerio, la humanización en salud se entiende como la aplicación, en la práctica del personal de la salud, de un conjunto de actitudes, aptitudes y habilidades morales que promueven y guían el relacionamiento solidario y constructivo entre los diferentes actores en salud. Esto implica aplicar las mejores maneras de articular acciones y recursos disponibles, con el fin de garantizar los cuidados necesarios para que todas las personas, en sus entornos naturales, familiares y sociales, puedan alcanzar y mantener unas vidas saludables.

Además, la humanización en salud se proyecta hacia un horizonte amplio, que integra aspectos biológicos e intencionales -metabólicos, psicológicos y espirituales-, con los entornos medioambientales, culturales, educativos, políticos y sociales, para realizar sus actividades de manera profesional, armónica y habilidosamente ética.

En concordancia con el párrafo anterior, y con el fin de dinamizar experiencias de relaciones solidarias y constructivas entre los diferentes actores en salud, se hace necesario un cambio cultural orientado a generar beneficios que permitan alcanzar y mantener, para todas las personas, una vida saludable.

1.3.1.3 Humanización y calidad en salud

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

Para poder elevar el nivel de comprensión de la racionalidad de la moral y la racionalidad instrumental, dada la necesidad de garantizar su aplicabilidad, se hace necesario elevarlos a la categoría de Marcos subordinados a la PNHS, pues ellos expresan los valores, define los temas de los que se debe hablar y las acciones que se llevarán a la práctica. Según Lakoff (2008) *"Los Marcos son estructuras mentales profundamente arraigadas, que configuran la comprensión del mundo para entender los hechos"*.

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

La racionalidad de la moral para la humanización en salud es normativa, pero se realiza, llevándola a la práctica, mediante una habilidad ética enactiva, o, si se quiere, encarnada. Esto vale la pena resaltarlo, ya que, para muchos observadores desapercibidos, la ética, por lo general, se considera como algo mental y entonces surge el problema de cómo vincularla a la vida corpórea. La ética enactuada es una habilidad propia de la naturaleza humana, es parte de ella y al igual que cualquier otra habilidad, puede ser educada y entrenada como si se tratara de un deporte (Varela, 1996).

La racionalidad instrumental para la calidad en salud se valida con explicaciones funcionales y explicaciones causales. Es decir, requiere de un pensamiento con un lenguaje filosófico-científico aplicado a desarrollos tecnológicos y diseños institucionales, lo que permite obtener y administrar con eficiencia recursos económicos, locativos, técnicos y administrativos. No obstante, la racionalidad

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

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

1.3.1.4 Cuidado humanizado en salud

El MSPS en la Resolución 1597 de 2025 artículo 16, numeral 16.6 define el cuidado humanizado como "... la práctica de brindar cuidados centrados en la persona con énfasis en el respeto, la dignidad, la empatía, la atención integral y la comprensión de sus sistemas de pensamiento y comportamiento diferencial".

La práctica del cuidado ha marcado las distintas civilizaciones en el mundo, brindar los cuidados representa la supervivencia y la conservación de la especie humana, hasta nuestros días. El cuidado humanizado implica comprender al ser humano de manera holística teniendo en cuenta su proceso de vivir, su especificidad y su integridad, lo cual, compromete que el personal de salud brinde los cuidados necesarios bajo la responsabilidad de reconocer la autonomía, la individualidad, el grado de independencia y la capacidad de autocuidado de todas las personas, familia y comunidad para que puedan alcanzar y mantener una vida digna y saludable (Montealegre Gómez, 2014).

Brindar cuidado se ve dificultado por múltiples factores como la demanda excesiva para la atención y los servicios en salud, así mismo, el concepto que cada persona tenga de que, y quien es el ser humano (Poblete Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007), entre otras, de esto depende a que se relegue la comunicación, las relaciones de ayuda, la interacción permanente con la persona y su familia (Ariza Olarte, 2018).

Sin duda, brindar cuidados humanizados favorece a las relaciones interpersonales, a la personalización de atención y el reconocimiento del otro

como ser humano, lo cual genera un cambio en el sector salud, al poner en el centro la persona y su familia, acorde a resolver las necesidades en salud.

1.3.1.5 Gestión ética de situaciones (GES)

"Mi planteamiento inicial es que la ética se aproxima más a la sabiduría que a la razón, más al conocimiento de lo que es ser bueno que a un juicio correcto en una situación dada" (Varela, 1996).

Podemos afirmar, también, que la habilidad ética es consustancial al entendimiento, una conciencia de mucho más alto nivel que el simple intelecto y, que, de maneras espontáneas, sin que medie reflexión alguna, nos dice con claridad: cuándo intelecto sí y cuándo es mejor que no, cuándo decir que sí y cuándo decir que no, o hasta donde avanzar y cuando parar. En ese sentido, un gestor ético de situaciones es una persona con la habilidad suficiente para incorporar en la práctica de todas sus actividades, el tipo de sabiduría que sostiene a este renovado concepto de la ética.

La GES permite monitorear, comprender y responder de maneras solidarias a las necesidades de los demás en cualquier momento y en situaciones habituales. Está incorporado a la vida cotidiana y no se basa en reglamentos estrictos ni razonamientos complejos, sino que funciona como una refinada intuición. Para poner a existir el camino de ese darse cuenta, es necesaria una mirada que permita al ser humano sentir, para vivir, en las necesidades de los demás. Es el único camino para poder existir con el otro y en el otro y poder comprender lo que se debe hacer durante toda actividad en salud. El camino de la humanización en salud se nutre de la mirada. Ver y mirar no son lo mismo, los ojos solamente sirven para ver, el entendimiento es el que mira, y lo hace, apoyado, también, en todo lo que seamos capaces de pensar y de sentir.

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

La forma más visible y cruel de oportunismo es la corrupción, [ante tal afirmación, creemos que] la variación en corrupción a través de los países se explica en gran medida por el grado de compromiso público de sus funcionarios

y no por la inteligencia del diseño institucional; dos países pueden tener el mismo diseño institucional y la misma mezcla de motivaciones individuales y sin embargo uno de ellos estar plagado por la corrupción y el otro no (Elster, 1996).

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

1.3.1.6 Ética comunicativa / comunicación constructiva

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

Todo tipo de comunicación constructiva exige de cada uno de los actores o participantes en los diálogos, una hábil disposición-acción, destinada a constituir en cada uno de los otros, a un legítimo “otro” en convivencia, parafraseando la definición de acción amorosa del profesor Maturana (1992) “*Quien apuesta a la comunicación se compromete, razonablemente, a clarificar cooperativamente el significado de lo expresado verbalmente y lo que se pretende con expresiones significativas*” (Hoyos Vásquez, 1996).

Se puede afirmar que la humanización en salud es consustancial con el concepto de comunicación constructiva; mejor aún, de ética comunicativa. Pero, además, si comunicación es coordinación conductual, entonces se trata de una habilidad, y, por lo tanto, al igual que todas las demás habilidades humanas, se puede educar y entrenar como si se tratara de un deporte, para lo cual es necesario un nuevo modelo pedagógico en acción. Sin una renovada pedagogía de sólidos significados y valores en la práctica diaria, una precaria educación comunicativa equivale a una precaria educación existencial.

En efecto, para Ángela Uribe, la comunicación abre las posibilidades, la necesidad misma de llegar a entendimiento mutuo, a consensos no coactivos, fruto de la persuasión, con respecto a un mundo de objetos, a un mundo de



relaciones sociales y a un mundo de deseos, sentimientos e intenciones personales.

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

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

Como plantea José Carlos Bermejo *"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"* (Bermejo Higuera & Durbán, 2013).

1.3.1.7 Vida saludable

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

La Oficina de Calidad del MSPS reconoce que una vida humana saludable se configura a partir de acontecimientos naturales que derivan en un organismo, con un genoma y un fenotipo humanos, un metabolismo homeostático en un cuerpo autopoyético, capaz de materializar pensamientos con lenguaje y en un estado de plenitud y armonía con sus entornos personales, familiares y sociales, dotado de creatividad, entendimiento, y una misericordiosa conciencia de los

límites, con unas emociones constructivas, un lenguaje solidario, y un sólido compromiso con el “desarrollo humano sustentable”¹.

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

1.3.1.8 Hechos institucionales y política

El compromiso institucional de alcanzar, para cada una de las personas, una vida saludable, reclama un renovado modelo pedagógico para activar dinámicas de reformulación cultural. Un cambio cultural no se consigue con decretos, en contraste, una institución debe confiar en individuos con intereses propios, ya que las decisiones institucionales pueden ser fácilmente desviadas y distorsionadas por las conductas interesadas de algunos de los actores.

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

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

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

De acuerdo con lo mencionado por Ángela Uribe (1995) “La principal y más básica fuente de legitimación política está en la defensa y el cuidado de los

¹ El desarrollo sustentable es un término acuñado desde el informe de Brundtland de 1987 (por la Doctora Gro Harlem Brundtland quien lo llamó originalmente “Nuestro Futuro Común”). La frase que resume Desarrollo Sustentable en el informe es el siguiente: “Satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las del futuro para atender sus propias necesidades”. Los tres pilares que se relacionan en el Desarrollo Sustentable son la economía, el medio ambiente y la sociedad

derechos humanos, la cultura moderna no cuenta con la fuente de la divinidad como legitimación, de ahí que el problema de la legitimación política sea esencialmente moral y está ligado al tipo de razonamiento moral de la modernidad”.

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

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

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

1.3.1.9 Legitimidad y gobernanza

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

En ese sentido, la legitimidad de una institución de salud no emana solo del cumplimiento formal de normas, sino de su capacidad para sostener una

gobernanza ética, inclusiva y abierta al escrutinio público. La confianza social se construye cuando los actores perciben que sus voces son escuchadas y que las decisiones reflejan un equilibrio entre el conocimiento técnico y los valores compartidos por la comunidad y los resultados esperados *versus* los resultados obtenidos. Así las cosas, la rendición de cuentas es una herramienta que garantiza la legitimidad, al tiempo que los compromisos asumidos por la institución puedan ser evaluados, cuestionados y, si es necesario, corregidos mediante procesos participativos y mecanismos de control social.

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

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

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

La gobernanza, en el marco de la PNHS, debe ser entendida como un proceso dinámico y participativo que articula múltiples niveles y actores tanto institucionales como comunitarios para la toma de decisiones, la formulación de políticas y el seguimiento de sus resultados. No se trata únicamente de una estructura jerárquica de control, sino de un entramado de relaciones cooperativas donde convergen gestores, promotores de salud, profesionales de la salud, pacientes, organizaciones civiles y comunidades locales; esta

gobernanza requiere mecanismos deliberativos, transparencia en la información y canales efectivos de participación ciudadana, que permitan al entorno social incidir de manera real en las decisiones que afectan su bienestar.

El fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas en el marco de la PNHS tiene como finalidad consolidar estructuras y procesos institucionales que garanticen una gestión ética, participativa, transparente y orientada a resultados. En este contexto, una institución socialmente responsable se define por su capacidad de establecer y mantener un acoplamiento armónico y dinámico con su entorno social, cultural y natural, en una relación de co-definición que fundamenta la legitimidad de su actuación.

Este ajuste constituye el núcleo de una ética institucional situada, que debe reflejarse en mecanismos de gobernanza efectivos, entendidos como marcos normativos y operativos que articulan la participación de múltiples actores, facilitan la toma de decisiones compartida y promueven la corresponsabilidad en la prestación de servicios. Así mismo, la rendición de cuentas debe estructurarse como un componente transversal del modelo de gestión, mediante sistemas de monitoreo, evaluación, retroalimentación y control social que aseguren la transparencia en el uso de recursos, el cumplimiento de metas y el goce de los derechos de los usuarios y comunidades.

1.3.1.10 Instituciones virtuosas

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

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

El sistema conceptual de las políticas de humanización y de calidad en salud es consustancial con el concepto de una justicia social, y, por lo tanto, deberá comprometer la creación de instituciones justas. John Rawls propone que “el papel de la justicia es el de regular los sistemas de cooperación social forjando instituciones virtuosas que le permitan a la ciudadanía la realización imparcial de sus planes racionales de vida”. Y agrega que *“los principios de justicia no se*

concibieron para hacer virtuosas a las personas, sino para las instituciones, pues estas deben regular los conflictos e identidades de intereses de la sociedad, garantizando con su imparcialidad el sistema de cooperación social que la rige y la estructura general ordenada que debe caracterizarla” (Botero et al., 2005).

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.1.11 Atención centrada en las personas

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



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

Fuente: Tomado de (World Health Organization, 2015)

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

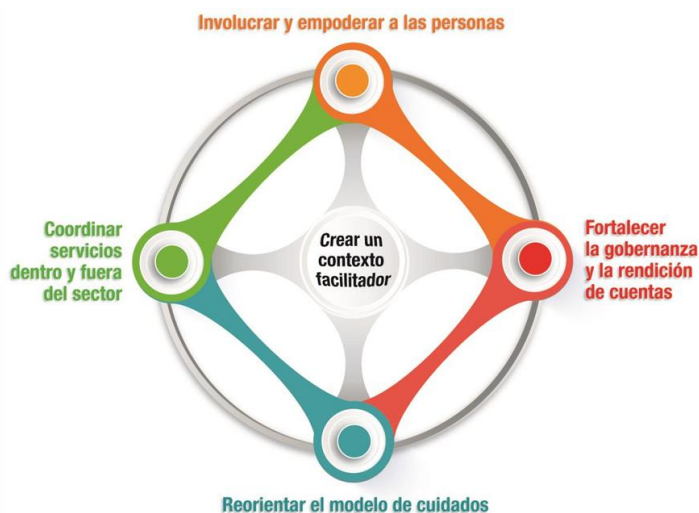


Figura 3. Interdependencia de las cinco directrices estratégicas para apoyar los servicios de salud integrados y centrados en las personas

Fuente: Tomado de (World Health Organization, 2015)

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

Respecto al segundo objetivo estratégico, **Fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas**, se debe resaltar que una institución socialmente responsable se define, en la medida en que persiga en todo momento, un acople armonioso con el entorno y que, al mismo tiempo, es definido por ella.

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

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

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

Esta política deja de lado, sin subestimarla, la teoría que dice que la persona no es más que un nebuloso título honorífico que gustosamente se aplica a sí mismos y a los demás y también, la que sostiene que ser persona depende de la actitud que los demás adoptan hacia ella. Es decir, que uno es persona porque los demás lo tratan como persona. Se supone que persona es algo más que lo anterior y que ese algo más constituye lo que debe tenerse en cuenta para poder brindar una atención en salud centrada en la persona. Las dificultades que genera el que

haya más de un concepto de persona, incita a investigar y considerar algunas condiciones necesarias y suficientes para poder establecer compromisos con ellas. Se pueden acumular cualidades necesarias para reconocer que un ser humano es una persona, el asunto es cómo determinar cuándo esas condiciones necesarias ya son suficientes, pues podría no bastar con acumular cualidades de persona tomadas al azar.

Es necesario aceptar que ser personas es poder tratarse como personas y que tratarse como personas es tratarse moralmente. Para actuar y tratarse moralmente se debe hacer uso de una habilidad muy especial y propia del ser humano: la habilidad ética. Otra cualidad de persona es poseer un cierto tipo de conciencia, conciencia de responsabilidad, de que es responsable de la manera como guía sus actos y de que es ella la que se está haciendo cargo de su vida. Estos refinamientos de la conciencia también alcanzan el nivel de ser conscientes de que estamos siendo conscientes.

Las personas también son racionales, y, además, tienen unas ciertas maneras de ser intencionales; con información y deseos que las hace capaces de elaborar creencias, sin las cuales no existiría el desarrollo cultural, ni tecnológico ni social. Todo lo anterior, por supuesto, contando con aquello que ya se mencionó en la presentación de este documento y que los antiguos llamaron “el alma que habla para materializar pensamientos”.

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

1.3.2 Principios

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

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



1.3.2.1 Equidad en las actividades en salud

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

1.3.2.2 Disposición - acción solidaria

Es una actitud cooperativa entre los actores del sector salud previa y durante la realización de los cuidados necesarios y la responsabilidad de las personas, con sus entornos naturales, familiares y sociales para alcanzar y mantener unas vidas saludables.

1.3.2.3 Relacionamiento constructivo en salud

Es el vínculo de todos los actores del sector salud orientando y sumando sus esfuerzos para contribuir al crecimiento y desarrollo de todas las actividades que promuevan alcanzar y mantener unas vidas dignas y saludables.

1.3.2.4 Responsabilidad compartida

Consiste en que cada uno de los actores del sector salud asuma y aporte su responsabilidad personal en cada una de las actividades que compromete su función en promover alcanzar y mantener unas vidas dignas y saludables.

1.3.2.5 Transversalidad

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

1.3.2.6 Calidad en salud

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

1.3.3 Enfoques

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

1.3.3.1 Derechos Humanos

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

1.3.3.2 Curso de vida

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

1.3.3.3 Persona, familia y comunidad

Se fundamenta en el reconocimiento de la importancia de los vínculos, redes y relaciones en la constitución de la realidad de las personas, considerando sus entornos naturales, familiares y sociales de manera integral. Se centra en el cuidado y la responsabilidad de las personas dentro de estos entornos. En consecuencia, las actividades en salud, individuales y colectivas, estarán determinadas por las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, incorporando sus preferencias, modos de vida y la corresponsabilidad sobre su propio cuidado para alcanzar y mantener unas vidas saludables.

1.3.3.4 Poblacional, territorial e intercultural

Se sustenta en reconocer y poner en consideración las interacciones y las relaciones entre los aspectos demográficos, socioambientales, culturales, educativas, económicas y políticas, y la comprensión de las necesidades en las distintos grupos poblacionales y sociales que comparten en los territorios, con el ánimo de plantear para resolver las problemáticas que se generan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo.

1.3.3.5 Valores

Son el conjunto de razones a partir de las cuales se procede a fundamentar y validar los planteamientos de la PNHS y su implementación por parte de los actores del sector salud. En cuanto a los valores, son las actitudes, aptitudes y habilidades en el personal de salud y la creación de unas instituciones virtuosas encargadas de brindar atención humanizada en salud para satisfacer las necesidades y los cuidados necesarios en poder alcanzar y mantener en las personas una vida saludable.

1.4 Diseño metodológico para los espacios de apropiación social del conocimiento

1.4.1 Metodología del diagnóstico de necesidades y expectativas

Con el propósito de generar espacios de participación y legitimación en la formulación de la PHNS, se implementó una metodología de trabajo colaborativo desarrollada en distintos escenarios de apropiación del conocimiento con diversos grupos de interés, entre ellos: aseguradores, prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, instituciones académicas, gremios y asociaciones del sector, asociaciones de usuarios, entidades territoriales en sus niveles departamental, distrital y municipal, así como la entidad nacional de inspección, vigilancia y control.

Estos espacios permitieron recopilar y analizar insumos fundamentales para: i) comprender el fenómeno de la humanización en salud en el país; ii) identificar las principales problemáticas asociadas a este ámbito; iii) reconocer las necesidades en materia de humanización en los diferentes territorios; iv) plantear alternativas de solución a las problemáticas identificadas; y v) validar el problema público y el marco estratégico de la política.

La metodología se desarrolló en dos escenarios de aplicación: a) encuentros en regiones a los que asisten representantes de los diferentes actores del sector salud y otros sectores presentes en los municipios, distritos y departamentos (visitas de asistencia técnica), y b) reuniones con colaboradores del MSPS y de otras entidades del orden nacional.

En cada espacio de participación y apropiación del conocimiento se inicia con la contextualización a los asistentes sobre el objetivo del encuentro y aspectos

generales de la situación actual, y luego se explica la metodología, que consta de seis (6) pasos:

- **Paso 1.** Aplicación de encuesta de necesidades para la calidad en salud. Cuestionario online, en cada pregunta la persona debe escoger las 5 opciones que considere son las más relevantes².
- **Paso 2.** Conformación de los grupos de discusión. Organizados por departamento o distrito, por afinidad de actores.
- **Paso 3.** Socialización de resultados en gráficas. Se describen los gráficos generados por el cuestionario online con los resultados de la encuesta.
- **Paso 4.** Socialización de resultados de la encuesta. Se deben mostrar las 5 opciones más votadas en cada pregunta, y luego que cada grupo escoja 3, sobre estas se harán los siguientes pasos.
- **Paso 5.** Análisis de causas y propuesta de posibles soluciones. A cada una de las 3 repuestas se le realizará un análisis de causa y se formularán posibles alternativas de solución, usando una adaptación de la metodología Bowtie (o del corbatín, en español) como se puede ver en la Figura 4.



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

Fuente: Elaboración Propia. Oficina de Calidad. MSPS 2025

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

² La encuesta es una técnica de recolección de datos a través de la interrogación de los sujetos, "(...) para obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida" (López-Roldán & Fachelli, 2015).

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

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

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

Tabla 3. Categorías y subcategorías para causas y soluciones

CATEGORÍA PRINCIPAL	SUBCATEGORÍA
Estructurales:	• Regulación • Financiero • Modelo de atención • Incentivos para la calidad • Sistemas de pago de servicios • Oferta de servicios de salud • Suficiencia y distribución del Talento Humano • Injerencia política en el sector • Otras
Operativas:	• Contratación de servicios • Medicamentos • Referencia y Contrarreferencia • Historia y registros clínicos • Gestión clínica • Inspección, vigilancia y control • Otras
Transversales:	• Formación del talento humano • Condiciones laborales • Contratación del talento humano • Calidad de la información • Infraestructura del sistema de información • Humanización de la salud • Otras
Externas:	• Determinantes estructurales • Cultura ciudadana • Corrupción • Otras

Fuente: Elaboración Propia. Oficina de Calidad. MSPS 2025

1.4.2 Metodología para la validación del problema público y avances de la propuesta de formulación

Metodológicamente, la validación de las necesidades, expectativas y avances de la PNHS, se desarrolló en el periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2024, la Oficina de Calidad continuó con el ejercicio colaborativo-participativo de validación con los diferentes actores territoriales relacionado con: el problema público, los principios, los enfoque y los ejes estratégicos y los lineamientos estratégicos propuestos, teniendo en cuenta, entre otros, los resultados obtenidos en la aplicación de la metodología diseñada para la identificación de necesidades, problemáticas, causas y posibles soluciones realizada en el periodo abril – diciembre 2024.

Para la validación se consideraron los siguientes escenarios y públicos de participación:

- **Expertos nacionales e Internacionales.** Personas que, dada su experiencia, trayectoria en cargos directivos o de toma de decisiones, y conocimiento del sistema de salud, podían aportar ideas a la construcción de los instrumentos de política pública en curso.
- **Representantes de los grupos de valor y partes interesadas del país.** Personas convocadas a los encuentros territoriales a realizarse en el segundo semestre del 2024, los cuales se realizarían en ciudades y departamentos diferentes a aquellos en los que se hizo la lectura de necesidades.

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

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

Para la validación con expertos internacionales, la Oficina de Calidad, con el apoyo de la representación nacional del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), llevó a cabo una reunión con especialistas del Banco. Previamente, se les envió un cuestionario con preguntas orientadoras, diseñado para recopilar sus

percepciones sobre los avances conceptuales y metodológicos de la Política. Durante la sesión, se presentó el progreso alcanzado en la formulación de los instrumentos de política pública en curso, lo que permitió contextualizar la discusión y enriquecer el análisis.

Posteriormente, se desarrolló un conversatorio con los expertos, en el cual se recogieron sus apreciaciones, observaciones y recomendaciones para fortalecer el trabajo en curso y orientar las siguientes fases del proceso.

En cuanto a la validación con representantes de los grupos de valor y partes interesadas, esta se efectuó en el marco de los encuentros territoriales, mediante la aplicación de una metodología participativa estructurada en nueve pasos, que integró diversos métodos e instrumentos de recolección y análisis de información, que se describe a continuación:

- **Paso 1.** Presentación de los resultados de la identificación de necesidades y expectativas: Se explicó a los asistentes el resultado de la identificación de las necesidades y expectativas producto de la revisión de la literatura, que se mostró en los encuentros como grandes problemáticas del sector salud. En seguida, la selección realizada por las personas de esas problemáticas, el análisis de las causas y las soluciones planteadas en los grupos de discusión que hubo en los diferentes encuentros regionales, y la categorización hecha por la Oficina de Calidad de esos resultados.
- **Paso 2.** Conformación de los grupos de discusión: Una vez finalizada la presentación se dividió el grupo en mesas de trabajo, por cada uno de los instrumentos de política pública. En condiciones ideales un grupo debería ser de máximo 10 a 12 personas. El grupo debía ser plural, es decir, con representantes de todas las partes interesadas y debía designar un moderador para que organizara el ejercicio, el cual estaba apoyado por un facilitador con experiencia en el uso de herramientas de calidad.
- **Paso 3.** Lectura de la Guía de Definiciones: El grupo debía hacer lectura de la Guía de Definiciones, que era un documento donde se plasmaron los términos necesarios para entender el avance presentado, y los contenidos desarrollados para cada uno de los instrumentos de política pública. La guía relaciona definiciones generales para la política en su marco estratégico.
- **Paso 4.** Discusión en grupo: En este paso los asistentes debían discutir la pertinencia de las propuestas de las políticas y del sistema integrado de calidad según correspondiera, teniendo en cuenta las definiciones, y las necesidades del país y de su territorio, y la perspectiva de cada actor.

A cada moderador se le entregó un formato en papel para que registrara los principales argumentos y las propuestas del grupo, para complementar las respuestas que se registraban en el formulario online.

- **Paso 5.** Responder la encuesta de validación: Luego de la discusión, cada asistente de forma individual debía responder la encuesta en línea, pero considerando los argumentos esgrimidos en la discusión. De esta manera, la persona debía manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo con los contenidos del instrumento de política asignado: en el caso de la política, con la priorización de las necesidades y expectativas que están sintetizadas en el problema público, como también con los principios, enfoques y ejes estratégicos propuestos.
- **Paso 6.** Registrar recomendaciones, sugerencias y líneas operativas: Adicionalmente, los asistentes debían registrar las recomendaciones o sugerencias sobre los elementos validados, en especial sobre ajustes, cambios, supresiones o adiciones que consideraran importantes, y para las políticas, proponer Líneas Operativas para cada Eje Estratégico planteado.
- **Paso 7.** Tabulación y procesamiento de los datos con la conformación de bases de datos y repositorios. Los datos se organizaron en las bases de validación por expertos nacionales y la base de validación participantes en los territorios mediante un formulario en línea con la herramienta de Microsoft Forms; y una carpeta con la transcripción de las recomendaciones realizadas en los encuentros territoriales.
- **Paso 8.** Plan de análisis: Para el aprovechamiento de los datos recopilados se procedió al análisis de los datos de las bases de datos de frecuencia simple de respuestas “Totalmente en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo, Neutro (Ni en desacuerdo, ni en acuerdo), parcialmente de acuerdo y totalmente de acuerdo”, para el problema público, los principios, enfoques y ejes estratégicos de la política.
Paso 9. Visualización de datos: La información se presentó en tablas y graficas según el caso y pertinencia, en cada uno de los informes que entregaron los diferentes colaboradores de la Oficina de Calidad. No obstante, se dejaron las tablas y gráficas en un archivo de Microsoft Excel donde se puedan modificar y hacer nuevas combinaciones.

2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – DEFINICIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO

Del análisis de la información recopilada por la Oficina de Calidad del MSPS, a partir de las consultas realizadas con múltiples actores interesados en diferentes regiones del país, se identificó que la principal dificultad señalada en el sistema de salud está asociada al talento humano en salud.

Este hallazgo fue recurrente y transversal entre los participantes, quienes destacaron problemáticas relacionadas con la insuficiencia y distribución desigual de los profesionales de la salud en el territorio nacional, la calidad de la formación académica, la vocación y orientación humanista durante el pregrado, así como las condiciones de precarización laboral que afectan a este sector.

En conjunto, estos factores pueden interpretarse como determinantes de la deshumanización en las relaciones entre los usuarios, los aseguradores y los prestadores de servicios de salud. Esta situación repercute negativamente en aspectos fundamentales del ejercicio sanitario, como la sensibilidad humana, el cuidado, la solidaridad, el trato digno, la gestión centrada en la persona y la dignificación del paciente y su familia durante el proceso de atención en salud (Defensoría del Pueblo, 2020).

2.1 La humanización en salud, una necesidad sentida en el mundo

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

De acuerdo con la OMS, el 15% del gasto y la actividad hospitalaria en países de la OCDE se atribuye a fallas de seguridad. La evidencia sugiere que aproximadamente uno de cada tres eventos adversos en países con ingresos bajos y medios ocurren en situaciones no complejas, y hasta el 83% pueden ser prevenibles; en cuanto a las necesidades y satisfacción de las personas en los servicios de salud, la mayoría de las personas en países de la OCDE reportan una experiencia positiva, recibir explicaciones fáciles de entender, tener la oportunidad de manifestar inquietudes y participar en su atención. En contraste, el cuidado respetuoso y compasivo no es tan extendido en países con ingresos bajos y medios, donde se presentan malas interacciones de las personas con los

prestadores, y una sensación de ser excluidas en la toma de decisiones sobre su atención (Organización Mundial de la Salud et al., 2020).

En el informe de la World Health Organization & World Bank (2017), se destaca que la cobertura universal de salud se alcanza cuando todas las personas, comunidades y grupos sociales tienen acceso a los servicios de salud que necesitan con un grado efectivo de calidad y que las personas no sean vulnerables a las dificultades financieras. En el año 2019, al menos la mitad de la población mundial no tenían cobertura total de servicios de salud esenciales. La falta de protección financiera empuja a unos 100 millones de personas a la pobreza en todo el mundo y casi mil millones gastan más del 10% de los presupuestos del hogar en gastos relacionados con la salud.

En el informe de la OECD & The World Bank (2020) se enfatiza que para el año 2019, ya sea por demora en obtener citas, la mala calidad del servicio, la ubicación geográfica de los centros de atención y la complejidad de los trámites administrativos, el 26% de las personas no recibió o no solicitó atención en salud; a su vez, para el año 2020 la dificultad en la disponibilidad de personal de salud colombiano contó con 2,2 médicos por cada 1.000 habitantes, cifra inferior al promedio de 3,5 en los países de la OCDE, y de 1,3 enfermeros por cada 1.000 habitantes, comparado con los 9,6 de la OCDE, una dificultad significativa en el acceso a los servicios de salud.

En Colombia a través de la Ley 100 de 1993, la cual creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se adoptó un modelo de competencia controlada o regulada, orientando un pluralismo estructurado y con un enfoque de mercado, en contraste con las posturas que consideran que la salud se debe entender como un derecho fundamental de la humanidad (Botero López et al., 2012).

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

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

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

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

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

Sobre este aspecto, la OMS ha llamado la atención a sus países miembros para que desarrollen políticas, estrategias y planes nacionales para garantizar cobertura universal en salud a su población, para mejorar los resultados en salud, apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y solucionar otros problemas de salud prioritarios, fortaleciendo la Atención Primaria de Salud,

buscando que la atención esté centrada en las personas, que la misma haga énfasis en la salud pública, e incluya en la respuesta a otros sectores de la sociedad con responsabilidades en el abordaje de los determinantes sociales de la salud (World Health Organization, 2021).

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

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

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

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

2.2 Hay que enfrentar la deshumanización del sistema de salud

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

Se discute que el modelo planteado excluye a las personas para la atención e incluye a las enfermedades; que hay debilidad en buscar resultados en salud, o de lograr una prestación de servicios de salud en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución; y que la fórmula de un mercado de servicios de salud no aplica en salud, ya que

el consumo de servicios no resulta de interés cuando la persona no está enferma (Franco Agudelo et al., 2007; García-Ubaque et al., 2012).

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

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

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

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

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

tradicional e indígena). Las personas en el quintil de riqueza más pobre fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y de falta de disponibilidad de recursos (Báscolo et al., 2020).

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

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

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

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

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

2.3 Las fallas en la humanización comprometen negativamente la salud de las personas en Colombia

Colombia ha logrado alcanzar un 99,6% de cobertura en aseguramiento en salud, consolidando uno de los mayores avances del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en las últimas décadas³. Este logro ha permitido garantizar, en términos normativos y financieros, el acceso formal de la población a la atención y a los servicios en salud, constituyéndose en un pilar

³ Ministerio de Salud y Protección Social en su boletín No. 373 de 2022



fundamental del derecho a la salud y en un elemento central para la equidad social.

No obstante, a pesar de esta amplia cobertura, persisten diversas fallas estructurales y operativas que comprometen los principios de la humanización en salud y limitan la posibilidad de alcanzar y mantener una vida saludable para toda la población, en condiciones de dignidad y bienestar. Estas falencias se expresan en brechas de acceso efectivo a los servicios, fragmentación en la atención, déficit en el talento humano en salud, debilidades en la gestión del cuidado, inequidades territoriales y en la pauperización en las condiciones laborales que afectan la atención humanizada, el trato, los cuidados necesarios y la empatía hacia las personas, sus familias y la comunidad.

Asimismo, se evidencian diferencias significativas entre regiones y grupos poblacionales, tanto en la calidad de la atención como en la oportunidad y continuidad del cuidado integral de la salud, lo que refleja la necesidad de avanzar hacia un modelo de salud centrado en las personas y sus contextos socioculturales.

Estos elementos se corroboran en distintas fuentes de información y ejercicios de diagnóstico como las evaluaciones de calidad percibida, los informes de la Defensoría del Pueblo, los estudios de satisfacción de los usuarios, los análisis del MSPS, y las consultas territoriales realizadas en el marco de la formulación de la PNHS, las cuales evidencian que, más allá de los logros en el aseguramiento de las personas, la experiencia de los ciudadanos en el sistema de salud sigue marcada por las debilidades en el acceso, el trato digno, la comunicación, la empatía y el cuidado a la persona, su familia y a la comunidad.

2.3.1 Una Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia

En el año 2019 el Banco Mundial aportó a Colombia una Evaluación de la calidad de la atención en el sector salud, en ella se resaltó el incremento de la cobertura de la atención en salud, sin embargo, reconoce diferentes dificultades relacionadas en la calidad de la atención en el sector salud del país.

Se estimó 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 (World Bank Group, 2019). Además, recomiendan cambios a nivel del sistema para garantizar una atención en salud efectiva, segura y humanizada, se relacionan a continuación:

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

2.3.2 La encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano en salud

En el presente informe se observan datos que favorecen a identificar fortalezas, debilidades y barreras en el acceso, calidad y equidad de estos servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023), para guardar coherencia con la PNHS se destaca la siguiente información:

El 26,53% de las personas encuestadas afirman haber recibido información por parte de su EPS sobre la carta de derechos y deberes, mientras que el 73,47% no han sido informadas, conlleva a desconocimiento frente al sistema de salud y podría impactar en la misma experiencia de la atención en salud.

En cuanto a la satisfacción global correspondió al 72,9% de la población encuestada como “buena” o “muy buena”, mientras que el 5,2% de la población encuestada manifestaron entre mala y muy mala los servicios de salud recibidos. En comparación de la encuesta del 2022 con un 65% de los usuarios consideraron buena y muy buena la atención recibida, incremento para el 2023 a un 72,9% en satisfacción de los usuarios. El 13% de las personas, ha considerado colocar una PQRS o tutela a su EPS debido a las diferentes fallas que se presenta en la atención en salud.

El 66.64% de los usuarios, declaró que no se le dificultó acceder a servicios de salud a través de su EPS, el 56.43% consideró que fue “fácil” y “muy fácil” el 10.21%, mientras que el 5.99% expresó que tuvo dificultad para acceder a algún servicio de salud de su EPS.

El 9,16% del total de las personas encuestadas, manifestaron que no acudieron a su EPS en todas las ocasiones que lo necesitaron. Las acciones tomadas por las personas que no solicitaron o no recibieron atención en salud por su EPS para tratar un problema de salud, el 44,1% señalaron acudir de forma particular a un servicio de salud, el 25,7% indicaron que aplicaron remedios caseros, un 10% indicó auto medicación y un 10,8% de los encuestados no tomó ninguna acción y el 9,5% acudió a medicina tradicional. En ese sentido, las principales causas señaladas por las personas encuestadas fueron: demora en la asignación de la cita con un 25,8%; mientras el 16,9% consideraron leve su problema de salud; mientras que un 10,3% de las personas encuestadas manifestó las largas esperas para ser atendidos; y el 9,1% de las personas indicaron muchos trámites para agendar cita.

En cuanto a la clasificación y priorización para la atención de pacientes en urgencias, el 60,15% de los encuestados conoce, un 39,85% desconoce, alterando la optimización del acceso a urgencias. En cuanto a la experiencia en hospitalización, el 57,45% de las personas encuestadas manifestaron “buena”, un 17,41% “muy buena”, mientras que un 15,09% manifestó ni buena ni mala y el 10,05% manifestó una mala experiencia.

2.3.3 El Sistema Evaluación de Actores SEA (2024)

En el informe (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024) se presentan los resultados en salud relacionados con tres componentes clave del desempeño del sistema: i) el cumplimiento en el reporte de monitoreo del Sistema de Información para la Calidad, ii) la oportunidad con la que se ofrecen los servicios de salud, y iii) la satisfacción de los usuarios frente a aspectos cruciales de la gestión de los actores en el sistema sanitario que reflejan la eficacia, la calidad y la humanización.

Estos resultados no solo evidencian el desempeño operativo del sistema, sino que inciden directamente en la experiencia de atención de los pacientes, constituyéndose en un factor determinante para el acceso oportuno a tratamientos, la prevención de complicaciones, y, en última instancia, la mejora del estado de salud y bienestar de la población.

De acuerdo con el reporte establecido por la Resolución 256 de 2016, el monitoreo de la calidad en salud se realiza a través de 110 indicadores distribuidos en cuatro dominios: accesibilidad, oportunidad, seguridad y satisfacción. Estos indicadores permiten evaluar el desempeño institucional y

territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de manera integral, con base en información reportada por las entidades responsables.

En el dominio de acceso a los servicios, la información correspondiente al año 2024, comparada con la de 2023 y 2022, muestra variaciones relevantes en los siguientes indicadores:

1. Asignación de citas de medicina general y odontología, como medida de la accesibilidad, disponibilidad y oportunidad básica de la atención primaria;
2. Atención de urgencias (Triage II), que refleja la capacidad de respuesta y priorización en situaciones críticas;
3. Disponibilidad de especialidades básicas, indicador de la oportunidad en la atención especializada;
4. Satisfacción del usuario, relacionada con la percepción global frente a la atención recibida como el cuidado, el trato, la comunicación y la calidad del servicio; y
5. Comportamiento de las PQRD (Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias), como expresión de los niveles de insatisfacción y de la respuesta institucional para gestionar las necesidades de las personas.

El análisis de estos indicadores permite identificar no solo los avances en cobertura y desempeño operativo del sistema, sino también las brechas persistentes que afectan la accesibilidad, la oportunidad de la atención por ende la humanización del cuidado y la percepción ciudadana frente a la atención en salud, constituyéndose en un insumo esencial para la formulación y validación de la PNHS.

1. Tiempo promedio en espera para asignación cita de medicina y odontología en Colombia 2022- III Trimestre 2024

La Resolución 1552 de 2013, establece un tiempo máximo de espera de tres días para la asignación de estas citas. El comportamiento de este indicador se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 4. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita medicina y odontología general 2022 -2024

Servicio	2022	2023	2024
Medicina general	3,25	3,25	(3,74)
Odontología genera	3,92	3,98	(3,64)

Fuente: Informe Goce Efectivo del Derecho a la Salud 2024 MSPS

Para el 2024 el tiempo de espera para medicina general fue de 3,61 días con una variación de 0.36 con respecto al 2023 y para odontología general fue de 3,2 días, con una disminución de 0,7 días.

2. Tiempo de espera para la atención en urgencias de paciente clasificado como Triage II

Según la Resolución 5596 de 2015 el tiempo de espera máximo para esta atención debe ser de 30 minutos.

Tabla 5. Atención en urgencias de paciente clasificado como Triage II 2022 – 2024

Servicio	2022	2023	2024
Atención en urgencias de paciente clasificado como Triage 2	26,1 min	24,9 min	24,09 min

Fuente: Elaboración propia. Oficina de Calidad reporte resolución 256 / 16 Repositorio SIC. MSPS 2025

Para el 2024 el tiempo fue de 24,09 minutos, disminución de 0,81 min con respecto al 2023.

3. Tiempo de espera para la atención en consultas médicas especializadas

Para el 2024, en Medicina Interna se observa una disminución con relación al 2023 en 0,97 días y cirugía general en 0,4 días. En Pediatría, se observa una disminución de 1,47 días del 2022 en comparación al 2023 y de este con relación al 2024 en 0,59 días. En Ginecología se observa una disminución de 0,62 días de 2022 con relación al 2023 y de 0,93 días entre el 2023 con relación al 2024. En Obstetricia entre el 2022 y el 2023 se observa un incremento de 0,4 días, mientras que en comparación al 2024 se observa una reducción de 1,31 días.

Tabla 6. Tiempo de espera de las especialidades 2022- 2024

Servicio	2022	2023	2024
Medicina Interna	13,79 días	12,27 días	11,3 días
Cirugía general	12,80 días	10,74 días	10,34 días
Pediatría	8,27 días	6,80 días	6,21 días
Ginecología	10,97 días	10,35 días	9,42 días
Obstetricia	9 días	9,45 días	8,14 días

Fuente: Informe Goce Efectivo del Derecho a la Salud 2024 MSPS

4. **Satisfacción del Usuario:** el porcentaje de usuarios satisfechos al cuarto trimestre de 2024 es del 95,8; para el 2023 el porcentaje de usuarios satisfechos fue del 96,10%, para el 2022 fue del 96%.

De acuerdo con la información de quejas de la Superintendencia Nacional de Salud con corte al año 2022, se presentaron un total de 1.247.137 PQRD y para el año 2023 se presentaron un total de 1.417.221 PQRD. En los años 2022 y 2023 los motivos de mayor número de PQRD estuvo asociado con: restricción en el acceso a los servicios de salud con un porcentaje de 84,7 % (2022) y un 83,6% (2023); en la deficiencia en la efectividad de la atención en salud para el 2022 representó un 6,3% y para el 2023 fue del 2,8% con una disminución porcentual; con relación: en la insatisfacción del usuario con el proceso administrativo fue en el 2022 del 6,6% y del 4,3% para el 2023.

Para el año 2024, se presentaron un total de 1.728.069 reclamos en salud y 1.152.289 solicitudes de información ante la Supersalud. Los macro motivos definidos fueron el 90,8% barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud y otros elementos complementarios para la atención del usuario, seguido por el 7,29% con la insatisfacción del usuario respecto a los procesos administrativos. En ese sentido, se puede relacionar los cinco principales motivos que representa más del 60%, estos son: negación de citas; falta de oportunidad en la asignación de citas; negación de entrega de tecnologías en salud autorizadas; falta de oportunidad en atención de otros servicios de salud; y la falta de oportunidad de entrega o incompleta de tecnologías en salud.

De acuerdo con (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024) en el año 2022, de un total de 11.750 IPS habilitadas, según el REPS, el 47,7% (5.604) incurrieron en vulnerar el derecho el derecho a la salud, mientras que el 52,3% (6.146) no vulnero el derecho. Del total de las 5.604 IPS que vulneraron el derecho a la salud, se observó que el 76.1% (4.263) incurrieron en prácticas que afectaron negativamente en "Acceso a la información" y "Accesibilidad", mientras que el 25,7% (1.438) de estas IPS incurrió en prácticas que afectaron negativamente en la subcategoría "Oportunidad" y categoría "Calidad".

2.3.4 *Ranquin de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), 2024*

En cumplimiento de la orden vigésima de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, se elaboró el ranquin nacional de Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como instrumento

de transparencia y control social frente a las reiteradas barreras de acceso y negaciones en la atención y suministro de servicios de salud a los que tiene derecho la población. Esta medida respondió a las fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) identificadas por la Corte, especialmente las relacionadas con la articulación y desempeño entre EPS e IPS.

El informe (Ministerio de Salud y Protección Social & Superintendencia Nacional de Salud, 2024) analizó 10.912 IPS distribuidas en todo el territorio nacional. De estas, el 4,2% (457) se ubican en zonas rurales, mientras el 95,8% (10.419) corresponden a zonas urbanas, evidenciando una marcada concentración de la oferta en los centros urbanos. En cuanto a la naturaleza jurídica, el 90,7% (9.896) de las IPS son privadas, el 9,2% (999) son públicas y apenas el 0,2% (17) son mixtas, lo que pone de evidencia la alta privatización de la red prestadora de servicios y su debilidad en la gestión institucional de brindar una atención en salud a la población que habita en zonas rurales y dispersas; y en la red pública, las limitaciones que hay de que acceda la población a una atención en salud en zonas rurales y dispersas.

Respecto a los indicadores de satisfacción global de los usuarios, se observó que el 44,4% de las IPS reportan niveles de satisfacción del 100%, mientras que un 25,5% registran 0%, reflejando fuertes disparidades en la calidad percibida en la atención en salud. De manera similar, en el indicador de usuarios que recomendarían su IPS, el 46,5% de las instituciones obtuvieron una recomendación del 100%, en contraste con un 26% que no serían recomendadas por sus usuarios. Estos resultados revelan importantes brechas en la experiencia del usuario y en la atención humanizada dentro de las instituciones prestadoras.

Por otro lado, los datos sobre densidad del talento humano en salud muestran diferencias significativas entre instituciones y territorios. El 34% de las IPS cuentan con aproximadamente 2,6 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes-departamento. En el caso de la medicina general, el 15,4% de las IPS dispone de alrededor de 4,4 médicos por cada 1.000 habitantes-departamento, mientras que un 10,9% alcanza una densidad cercana a 6 profesionales médicos por cada 1.000 habitantes-departamento. Estas cifras reflejan no solo desigualdades en la distribución del recurso humano, sino también la necesidad de fortalecer las capacidades territoriales para garantizar el acceso de la población a una atención oportuna, continua y humanizada.

Los hallazgos del ranquin de IPS 2024 dejan en evidencia que, a pesar de los avances en cobertura y aseguramiento, persisten brechas estructurales en el

acceso, la calidad y la experiencia de las personas, asociadas a la concentración urbana, la predominancia del sector privado frente a la red pública y en concentración, distribución e insuficiencia del talento humano en salud en el país. Estos factores se constituyen en determinantes críticos de deshumanización en la prestación de servicios de salud y sustentan la necesidad de fortalecer políticas públicas orientadas a la dignidad humana, a la equidad, al cuidado y a la calidad.

2.3.5 Informe Tutelas en Salud 2024 Orden Trigésima de la Sentencia T- 760/08

El Informe (Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de Calidad, 2025), da cumplimiento a la Orden Trigésima de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, la cual dispuso la presentación periódica de informes que permitan monitorear el comportamiento de las tutelas interpuestas por presuntas vulneraciones al derecho fundamental a la salud.

Durante el año 2024, se observó una tasa de 4,50 tutelas por cada 1.000 habitantes y 4,75 tutelas por cada 1.000 afiliados, lo que representa un incremento bruto del 0,94 y 0,71 punto, respectivamente, en comparación con el año 2023. En total, se registraron 237.210 tutelas, de las cuales el 87,46% se dirigieron contra EPS, el 11,59% contra IPS y el 0,95% contra ET.

Estas cifras reflejan la persistencia de tensiones estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), particularmente entre los actores del sector salud responsables de la garantía efectiva del derecho a la salud, y evidencian que una proporción importante de las controversias judiciales están asociadas a fallas en la oportunidad, continuidad y acceso efectivo a que se brinde una atención en salud.

Con base en el análisis de los expedientes, se identificaron 287.925 problemas jurídicos, 307.269 causas y 318.040 pretensiones, ya que una misma tutela puede involucrar más de una causa o solicitud. La siguiente tabla resume la distribución por tipo de actor del sistema:

Tabla 7. Distribución de problemas jurídicos, causas y pretensiones de las tutelas interpuestas a los diferentes actores del SGSSS

Actor	Tutelas únicas	Problemas	Causas	Pretensiones
EPS	207.465	257.403	276.559	286.964
IPS	27.493	28.254	28.440	28.804
ET	2.252	2.268	2.270	2.272
TOTAL	237.210	287.925	307.269	318.040

Fuente: Informe tutelas 2024. Datos base a la Circular Externa 001 de 2025

A continuación, en la Tabla 8, se observa la distribución porcentual de las tutelas en el año 2024, clasificadas por los problemas jurídicos establecidos por la Corte Constitucional:

Tabla 8. Tutelas del año 2024 clasificadas por problema jurídico

Problema Jurídico	Descripción (Síntesis)	Nº de Tutelas	%
Nº 9	Falta de oportunidad de los servicios.	117.625	40,9
Nº 14	No prestar los servicios implícitamente incluidos en el plan de beneficios.	53.751	18,7
Nº 1	No autorización de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.	39.135	13,6
Nº 4	Incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud,	17.710	6,2
Nº 16	Reclamo de servicios, tecnologías e insumos.	11.244	3,9
Nº 17	Negación pago incapacidades médicas, licencias de maternidad y paternidad, pese a que se efectuaron los aportes de manera oportuna.	11.188	3,9
Nº 8	Interrumpir el suministro de los servicios porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado	8.572	3,0
Nº 13	No haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio garantice el acceso efectivo al mismo	6.905	2,4
Nº 7	No reconocimiento y pago de prestaciones económicas (licencias de maternidad, paternidad e incapacidades) por demora en el pago de los aportes de salud.	5.091	1,8
Nº 5	Entidad que no le autoriza el acceso a un servicio de salud que aquella requiere, hasta tanto no cancele el pago moderador	3.839	1,3

Problema Jurídico	Descripción (Síntesis)	N° de Tutelas	%
N° 3	Negación servicio requerido cuando fue ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva, pero es especialista en la materia	3.804	1,3
N° 10	Negarse a responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos y, por tanto, sostener las condiciones indispensables para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud	3.345	1,2
N° 18	Inconsistencias en Base de Datos que conlleva barreras de acceso y/o demoras en afiliaciones, traslados, movilidad, portabilidad.	2.795	1,0
N° 15	No implementar en el nuevo sistema las reglas fijadas por la Ley para determinar las exclusiones	1.536	0,5
N° 12	No haber tomado las medidas para garantizar que puedan acceder a un plan de servicios de salud que no difiera de los contenidos contemplados en el plan obligatorio de salud para el régimen contributivo	562	0,2
N° 11	Negación para afiliar a una persona, a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse	311	0,1
N°6	No se autoriza a un niño o una niña un servicio que requiere y sus responsables no lo pueden costear, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud o porque la vida o la integridad personal del menor no dependen de la prestación del servicio	294	0,1
N° 2	Este problema se fusionó con el Problema Jurídico N°1	218	0,1

Fuente: Informe tutelas 2024. Datos base a la Circular Externa 001 de 2025

Del total de tutelas analizadas, la falta de oportunidad en los servicios de salud (Problema Jurídico N° 9) fue la causa más frecuente, con el 40,9% de los casos, seguida por la no prestación de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) (Problema Jurídico N° 14) con el 18,7% y la no autorización de servicios no incluidos en el PBS (Problema Jurídico N° 1) con el 13,6%. En conjunto, estos tres problemas representan más del 70% del total de tutelas interpuestas.

La distribución porcentual muestra que aproximadamente el 80% de los casos judicializados se relacionan con servicios y tecnologías ya financiados por el PBS, mientras que solo el 20% corresponde a prestaciones no incluidas dentro de dicha cobertura. Este hallazgo evidencia que las barreras administrativas,

retrasos en la autorización y la falta de oportunidad en la atención son los principales detonantes de la judicialización del derecho a la salud.

En términos de oportunidad, este patrón sugiere una fractura entre la cobertura formal del aseguramiento y el acceso real a la atención efectiva y oportuna, lo que obliga a miles de ciudadanos a recurrir a la vía judicial como mecanismo de protección afectando a que les brinden una atención y los cuidados necesarios para alcanzar y mantener una vida saludable.

Durante la vigencia 2024, las entidades reportaron un total de 318.040 pretensiones, de las cuales las más frecuentes fueron (Tabla 9.):

- Citas médicas (18,6%),
- Procedimientos y tecnologías en salud (15,7%),
- Medicamentos (11,1%), y
- Otras pretensiones diversas (12,5%).

Estas pretensiones reflejan que la mayoría de las solicitudes judiciales están orientadas a obtener servicios esenciales y de carácter básico, lo que reafirma la persistencia de barreras de acceso en los componentes más elementales de la atención.

- En cuanto a los resultados procesales, del total de tutelas interpuestas:
- El 19% (45.073) fueron impugnadas, de las cuales el 84,5% (38.073) fueron concedidas totalmente,
- El 9,4% (4.245) fueron concedidas parcialmente, y
- Solo el 5,7% (2.573) se declararon hecho superado.

Asimismo, se instauraron incidentes de desacato en el 10,3% de los casos (2.436 tutelas), lo que indica que en el 89,7% de las decisiones judiciales las entidades cumplieron los fallos sin requerir intervención adicional.

Tabla 9. Distribución porcentual de las pretensiones reportadas por las entidades obligadas a reportar, Colombia, 2024

Pretensiones	Número	Porcentaje
Citas médicas	59059	18,6
Procedimientos y tecnologías	49994	15,7
Otras pretensiones	40035	12,5
Medicamentos	35306	11,1
Servicio complementario	30098	9,5
Servicio transporte, viáticos alimentación y hospedaje	21675	6,8

Pretensiones	Número	Porcentaje
Prestaciones económicas	12543	3,9
Exámenes	12176	3,8
Atención domiciliaria	9437	3
Continuidad en la prestación de los servicios	9109	2,9
Tratamiento integral	6861	2,2
Maestro sombra o sombra terapéutica	4530	1,4
Servicio de enfermería o cuidador	4377	1,4
Terapias	3792	1,2
Medicamentos UNIRS	3299	1
Exoneración de copagos y cuotas moderadoras	3260	1
Alimentos con propósitos médicos nutricionales	2258	0,7
Insumos, dispositivos, materiales quirúrgicos u otros necesarios para la realización de procedimientos	2012	0,6
Afiliación a EPS	1966	0,6
Implementos de aseo	1708	0,5
Libre escogencia de la IPS	1171	0,4
Derecho a escoger médico tratante	1014	0,3
Traslado de EPS	882	0,3
Movilidad o portabilidad	846	0,3
Solicitud de financiación de los servicios de salud a petición del beneficiario	342	0,1
Tratamiento estético con finalidad funcional	270	0,1
Terapias con enfoque diferencial de ABA	20	0
Total	318040	100

Fuente: Información de tutelas 2024 recolectas en base a la Circular Externa 001 de 2025.

Los resultados del informe de tutelas 2024 confirman que la judicialización del derecho a la salud continúa siendo un síntoma estructural de la falta de articulación y eficiencia del sistema, más que una simple anomalía operativa. El predominio de causas asociadas a demoras, falta de oportunidad, negación injustificada o trabas administrativas revela un problema de fondo en la humanización del sistema de salud colombiano, en la medida en que el acceso

al cuidado sigue mediado por la gestión burocrática y no por las necesidades de las personas.

De esta manera, las tutelas se constituyen no solo en un mecanismo de garantía del derecho fundamental a la salud, sino también en un indicador de la falta de sensibilidad institucional y de la persistencia de brechas en la empatía institucional, el trato digno y la accesibilidad en la atención y cuidado, aspectos esenciales de la PNHS.

2.4 Definición del problema público que busca resolver la política

Con bastante frecuencia las personas tienden a confundir las dificultades con los problemas, y esto puede conducir a errores de juicio y a generar mucha confusión a la hora de tener que tomar decisiones, de ahí que sea necesario esclarecer su distinción:

- Los problemas son planteamientos que comprometen una metodología lógica que sigue ciertas reglas: enunciar el problema, definirlo, plantearlo, proponer mínimo dos variables y concluir mínimo con una pregunta.
- Las dificultades, en cambio, son acontecimientos, cada uno de los cuales puede ser el origen de una verdadera infinitud de problemas.

Cuando una dificultad está causando una gran cantidad de problemas, se deben realizar dos tipos de actividades, a saber: en primer lugar, la más importante, es neutralizar o sortear la dificultad para que no cause más problemas y, en segundo lugar, abordar el planteamiento correcto de los problemas ya causados para solucionarlos. Al conjunto de las dificultades con sus problemas se les denomina como “la problemática”.

Es fácil concluir que, si la premura en la solución de problemas ciega para encontrar la dificultad que los está ocasionando, las actividades y los recursos podrían no dar abasto, mientras que abordando la dificultad que los está causando, se podría evitar un gran derroche de actividad y de recursos; peor aún si la dificultad persiste como una fuente inagotable de nuevos problemas.

Con base en la información y el contexto proporcionado en el diagnóstico situacional, así con la información recolectada en los espacios de apropiación social del conocimiento-elementos para el diagnóstico, planteamiento de alternativas de solución y validación de la propuesta del problema público a partir de las consultas realizadas a los diversos actores en salud, que previamente

fueron identificados y definida su participación con aportes a la política⁴, durante el proceso de ajuste de la misma.

Tabla 10. Espacios de apropiación social para el diagnóstico y planteamiento de alternativas de solución

Entidades Territoriales	Fecha 2024	Participantes
Bogotá D. C.	Abril 30	74
Atlántico, Bolívar, La Guajira, Magdalena	Mayo 3	75
Caldas, Quindío, Risaralda	Mayo 8	63
Antioquía	Mayo 10	82
Cauca, Valle del Cauca	Mayo 17	89
Tolima	Junio 12	70
Santander	Junio 27	45
Córdoba, Sucre	Junio 27	26
Cundinamarca	Junio 28	43
Arauca, Caquetá, Casanare, Guaviare, Meta Putumayo, Vaupés, Vichada	Julio 24	47
Total: 24 entidades territoriales		614

Fuente: Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

Tabla 11. Espacios de apropiación social para validación de la propuesta inicial de las Políticas

Entidades Territoriales	Fecha 2024	Participantes
Huila	Agosto 22	51
Archipiélago de San Andres y Providencia	Agosto 27	22
Boyacá	Agosto 30	57
Nariño	Septiembre 11	84
Norte de Santander	Septiembre 19	41
Amazonas	Septiembre 24	23

⁴ Referencia, Documento identificación de grupos de Interés para la formulación de la Política de Calidad en Salud y la Política de Humanización en Salud, Oficina de Calidad del MSPS, Feb 2025.

Entidades Territoriales	Fecha 2024	Participantes
Cesar	Septiembre 30	30
Casanare	Octubre 16	23
La Guajira	Octubre 22	28
Caquetá	Noviembre 6	32
Putumayo	Noviembre 13	30
Chocó	Noviembre 20	20
Arauca	Noviembre 27	19
Guaviare Guainía	Diciembre 13	18
Total: 15 entidades territoriales		478

Fuente: Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

A través de la aplicación metodológica, se logró la recopilación de inquietudes, sugerencias, aportes, recomendaciones y opiniones de los participantes convocados en los territorios visitados entre los meses de abril a diciembre del año 2024, que aportaron al planteamiento de la problemática.

6. ¿Qué aspectos de la calidad en salud considera que el sistema no está abordando en la actualidad o no lo hace adecuadamente, y deberían hacer parte de la formulación de la Política Pública de Calidad en Salud, la Política de Humanización, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, y el Sistema Integrado de Calidad en Salud?

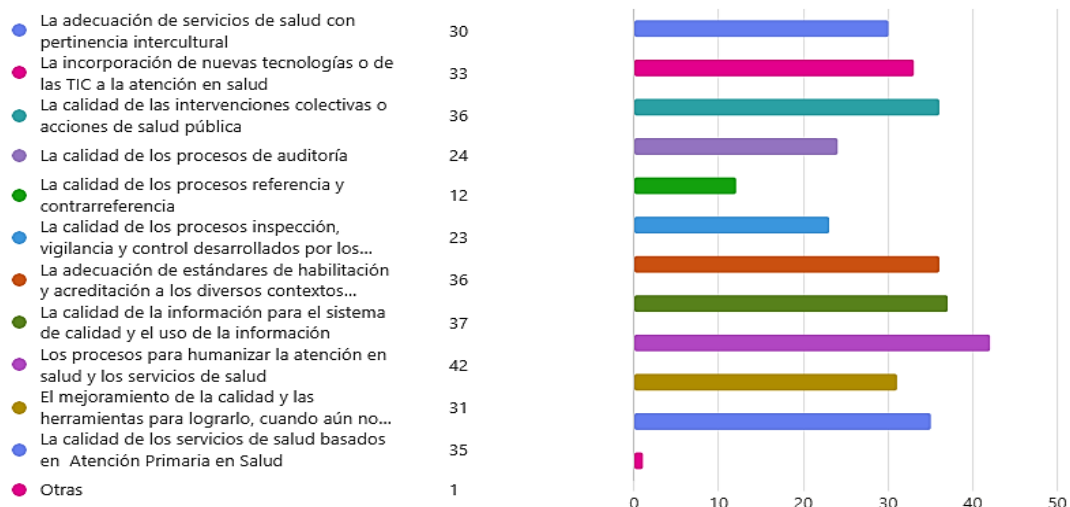


Figura 5. Consolidado de Priorización necesidades – problemática en los espacios de apropiación 2024

Fuente: Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

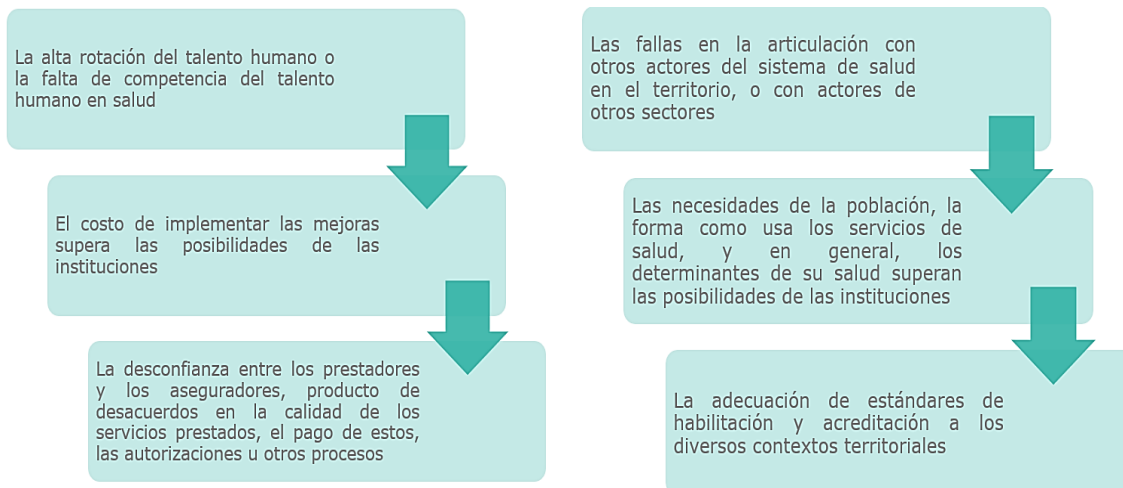


Figura 6. Problemáticas priorizadas en los espacios de apropiación 2024

Fuente: Elaboración propia Equipo Técnico Oficina de Calidad - MSPS 2024

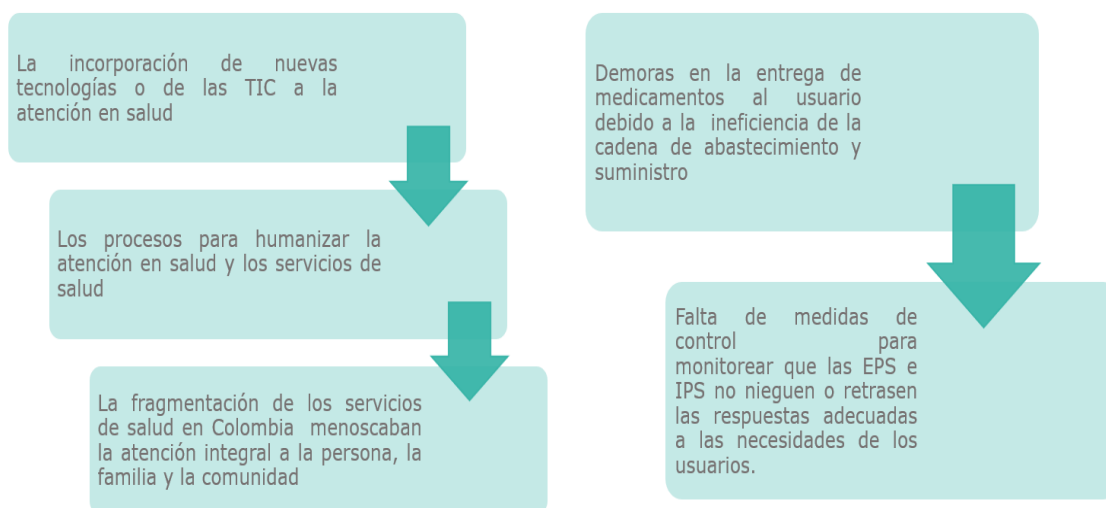


Figura 7. Problemáticas priorizadas en los espacios de apropiación 2024

Fuente: Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

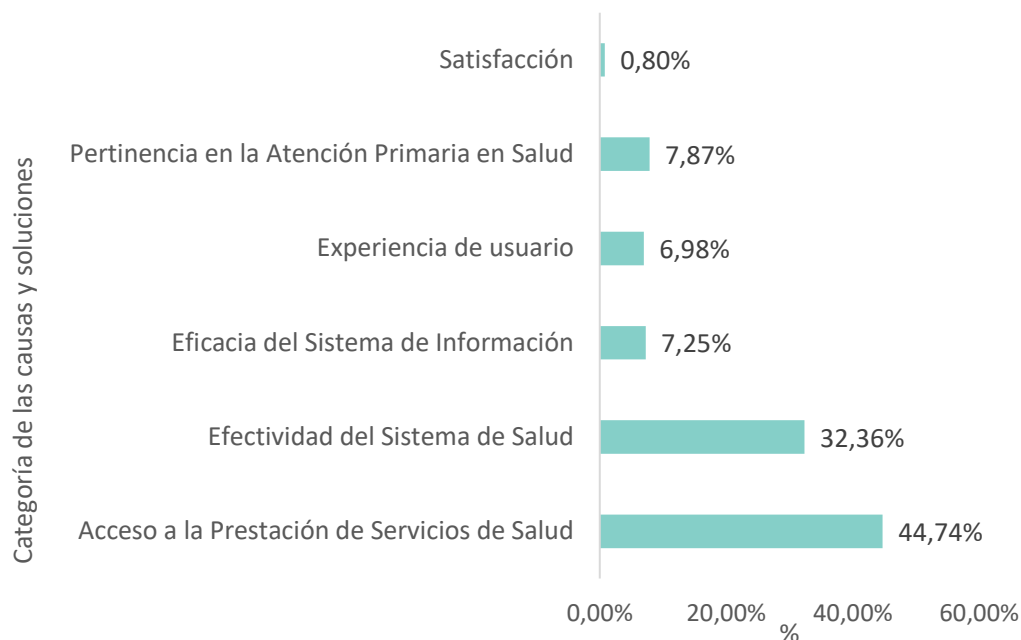


Figura 8. Distribución porcentual de causas y soluciones 2024

Fuente: Elaboración propia. Equipo Técnico Oficina de Calidad. MSPS 2024

A partir de las dinámicas de participación y concertación con los actores en salud⁵, logró plantear el problema público que busca resolver la PNHS, como el:

"Acceso inequitativo de la población al cuidado integral de la salud, un precario apoyo institucional a la solución de sus necesidades en salud y a la dotación de equipos multidisciplinarios comprometidos, además, con la necesidad de promover en el sector un desempeño responsable, eficiente y habilidosamente ético, de las acciones propias de la humanización en salud y en concordancia con los fundamentos y propósitos del sistema de salud".

⁵ Referencia, Documentos de validación avances formulación Política de Calidad, Política de Humanización y Sistema Integrado de Calidad, Oficina de Calidad - MSPS, Agos-Dic 2024.

3 OBJETIVOS, ALCANCE Y META

3.1 Objetivo general

Incorporar a los procesos del sistema de salud colombiano, el desarrollo de lineamientos estratégicos para su aplicación en la práctica de la humanización en salud, mediante un cambio cultural que comprometa a los actores en salud en la mejora del acceso, la calidad y la experiencia del cuidado integral de la salud, elevando el personal de salud a los niveles de destreza necesarios para constituir una institucionalidad virtuosa, y que con una disposición - acción solidaria, brinden los cuidados necesarios para que todas las personas, sus familias y comunidades puedan alcanzar y mantener una vida digna y saludable.

3.2 Objetivos específicos

1. Fortalecer habilidades intrapersonales, interpersonales, espirituales y profesionales en el personal de los actores en salud orientadas a identificar las necesidades en salud de las personas, para que brinden un cuidado integral de la salud y una atención humanizada en salud centrada en las personas, sus familias y su comunidad.
2. Fomentar mecanismos de coordinación, de consenso solidario y de corresponsabilidad de los actores en salud en la construcción de entornos saludables y de bienestar para el personal de salud, las personas, sus familias y su comunidad, mediante prácticas colaborativas y sostenibles.
3. Generar la creación de espacios para el ejercicio racional de una moral solidaria y constructiva que guíe los comportamientos de los actores en salud hacia un cambio cultural con prácticas de humanización en salud.
4. Implementar lineamientos estratégicos que orienten el funcionamiento de instituciones de salud virtuosas y una gestión en salud con prácticas de humanización y calidad en salud.
5. Impulsar el mejoramiento continuado en el conocimiento y creación de avances técnico-científicos y humanísticos para lograr que todas las personas puedan alcanzar y mantener unas vidas dignas y saludables.

3.3 Alcance

La PNHS incorpora las acciones, prácticas y procesos de humanización en salud, que orienta a un cambio cultural profundo en la organización, gestión y prestación de los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social



en Salud. Su implementación abarca a los actores en salud, incluyendo entidades aseguradoras, prestadores de servicios de salud, entidades territoriales, talento humano en salud y demás instituciones públicas, mixtas y privadas que participan en la atención y el cuidado de las personas.

El alcance de esta política se extiende a los diferentes complejidades y ámbitos de prestación de los servicios de salud, promoviendo la articulación entre el uso eficiente de los recursos disponibles y una perspectiva ética y humanista que oriente las prácticas de cuidado y atención. En este marco, la política busca que las necesidades, experiencias y condiciones de las personas, sus familias y comunidades se constituyan en el eje orientador de los procesos de atención y cuidado, contribuyendo al goce efectivo del derecho fundamental a la salud y al logro de condiciones de vida dignas y saludables, en concordancia con los principios de equidad, respeto por la vida y corresponsabilidad social.

3.4 Meta

Al 2035, lograr la implementación efectiva de la PNHS en los niveles nacional y territorial, garantizando que los actores del Sistema de Salud incorporen en sus procesos institucionales proyectos, programas, planes, políticas, y estrategias para la práctica de la humanización en salud y así brindar un cuidado integral de la salud y una atención humanizada en salud centrada en las personas, sus familias y su comunidad, con mecanismos de seguimiento, evaluación y mejora continua liderados por el MSPS.

4 EJES ESTRATÉGICOS

Los ejes estratégicos constituyen los pilares conceptuales sobre los cuales se estructura la PNHS. Surgen de la consulta de las necesidades y de las posibles soluciones identificadas en los diferentes territorios, de la robustez y análisis de las fuentes de información primaria y secundaria, de la solidez conceptual, de los principios y los enfoques que fundamentan la política pública, las cuales orientan el desarrollo de sus lineamientos estratégicos y acciones en todos los niveles del sistema.

Cada eje expresa una dimensión clave de la humanización en salud, articulando los componentes éticos, morales, técnicos, relacionales e institucionales que deben fortalecerse para generar un cambio cultural que comprometa a los actores de salud en el cuidado y en garantizar experiencias de atención dignas,



solidarias y centradas en las personas, familias y comunidad. Los ejes estratégicos de la PNHS son los siguientes:

1. **Cuidado integral y atención humanizada en salud centrado en las personas, familias y comunidades:**

Impulsa la corresponsabilidad de los actores en salud en brindar los cuidados necesarios y de la gestión entre los prestadores de servicios de salud para garantizar experiencias de atención dignas, solidarias y centradas en las personas, familias y comunidad. Además, promueve la atención humanizada desde un enfoque centrado en las personas reconociendo su dignidad, autonomía, su contexto familiar y su entorno comunitario.

2. **Ética comunicativa:**

Fomenta el diálogo bidireccional entre los actores en salud de manera clara, confiable y transparente. Busca coordinar las relaciones humanas basadas en la responsabilidad moral favoreciendo la confianza, la escucha activa, la claridad en la información y la toma de decisiones compartidas, como fundamento para alcanzar y mantener una vida digna y saludable.

3. **Cultura colaborativa de humanización en salud:**

Plantea y promueve un cambio cultural de humanización en el sistema de salud que optimice la experiencia de interacción solidaria entre los actores en salud, centre sus esfuerzos en la promoción del desarrollo humano y contribuya en garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, la protección de la vida y la dignidad humana hasta alcanzar y mantener para todos unas vidas saludables.

4. **Legitimidad en salud:**

Orienta la acción institucional e implica un proceso de validación colectiva hacia el bien común, la transparencia, la rendición de cuentas y la construcción de confianza social. Este eje promueve la coherencia entre la misión pública del sistema de salud, la gestión ética de los recursos y la participación efectiva de la ciudadanía en la gobernanza de la salud.

5. **Investigación e innovación en humanización de la salud:**

Impulsa la generación y aplicación de conocimiento para fortalecer la humanización en salud, mediante la investigación interdisciplinaria, la sistematización de experiencias exitosas y el desarrollo de innovaciones



organizacionales, técnicas – científicas – humanísticas, formativas y tecnológicas que potencie el mejoramiento continuo del sistema de salud y para el cambio cultural que promueve la humanización en salud.

4.1 Eje 1. Cuidado integral y atención humanizada en salud centrado en las personas, familias y comunidades

Fortalecer habilidades intrapersonales, interpersonales, espirituales y profesionales en el personal de los actores en salud orientadas a identificar las necesidades en salud de las personas, para que brinden un cuidado integral de la salud y una atención humanizada en salud centrada en las personas, sus familias y su comunidad.

La realidad humana es una dinámica de relaciones familiares, comunitarias y sociales que sustentan la experiencia del cuidado. Desde las primeras etapas de la vida, los humanos desarrollan una intuición de los daños que pueden sufrir y los que pueden causar a los demás. Además, aprenden a beneficiarse accediendo a los cuidados que les brinden y a los que pueden brindar. De esta manera, la experiencia del daño es co-emergente con la experiencia de los cuidados tanto para ellos, como para su familia y su comunidad, constituyéndose en el fundamento de la convivencia humana y del bienestar colectivo.

Este eje promueve el cuidado integral y atención humanizada centrada en las personas, sus familias y sus comunidades, reconociendo la diversidad territorial, cultural y social del país, en armonía con el modelo de salud y en articulación de las estrategias del cuidado integral de la salud con enfoque territorial. La humanización se expresa en que el sistema de salud responda a las necesidades reales de las personas, anticiparse a los riesgos, resolver los problemas de salud de la población y garantizar los cuidados necesarios y en garantizar experiencias de atención dignas y solidarias.

4.1.1 Línea operativa de "Gobernanza en el cuidado integral y humanizado de la salud"

Esta línea operativa impulsa la gobernanza del cuidado integral y humanizado, promoviendo la participación democrática de los actores en salud, integrando los principios de corresponsabilidad, participación, transparencia y rendición de cuentas. Su propósito es que los diferentes actores (institucionales, comunitarios y ciudadanos) coordinen acciones basadas en evidencia para mejorar el cuidado

integral y la atención humanizada en salud desde los micro territorios de salud y los diferentes territorios, en armonía con el modelo de salud.

La gobernanza en el cuidado humanizado debe consolidar estructuras que promuevan la toma de decisiones éticas, el fortalecimiento de capacidades locales y el empoderamiento del personal de salud, reconociendo que la salud se construye colectivamente en los territorios.

4.1.1.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.1.1 Línea operativa de "Gobernanza en el cuidado integral y humanizado de la salud"	a. Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación territorial (métodos, instrumentos, herramientas, indicadores de resultado como línea base) para las instituciones prestadoras de servicios de salud que permita conocer la experiencia de la atención de personas y sus familias, que integren como mínimo valoraciones cuantitativas, cualitativas y participativas, de los avances y resultados de la implementación de prácticas de cuidado integral y atención humanizada recibida, el trato recibido, los entornos humanizados, integrando indicadores de bienestar laboral y desarrollo profesional del personal de salud, en coherencia con la PPTHS.	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
	b. Crear una instancia colegiada nacional para la gobernanza de la calidad y la humanización en salud con participación de los actores en salud, otros sectores interesados como la academia y organizaciones de usuarios, que oriente la definición de lineamientos, estrategias, acciones, así como mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados de las prácticas.	Ministerio de Salud y Protección Social Superintendencia Nacional de Salud Instituto Nacional de Salud Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos Grupos de valor y partes interesadas
	c. Incluir en los espacios de rendición de cuentas y en espacios de socialización	Entidades Territoriales de Salud

	de resultados en salud con los actores del territorio, los avances en el mejoramiento de la calidad y la humanización salud, la experiencia de los usuarios y sus familias, basándose en la analítica de datos cuantitativos y cualitativos, promoviendo la participación de los actores en salud y el trabajo colaborativo para la toma de decisiones.	Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas Ciudadanía
	d. Hacer partícipe a organizaciones comunitarias y de la sociedad civil en el análisis, concertación en la definición de acciones, estrategias, mecanismos de seguimiento y evaluación para el cuidado integral y atención humanizada y el mejoramiento de la calidad, fortaleciendo la apropiación social del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Organización de usuarios Grupos de valor y partes interesadas

4.1.2 Línea operativa de "Comunicación solidaria constructiva"

La comunicación constituye la base del tejido social y la condición esencial de toda actividad colectiva. En salud, la comunicación solidaria constructiva es un componente transversal de la humanización, pues permite reconocer, comprender y fortalecer la confianza entre los actores en salud, el vínculo terapéutico y la corresponsabilidad en el cuidado integral de la salud para responder a las necesidades de las personas, sus familias y comunidades.

Esta línea promueve una comunicación solidaria alineada con la normatividad vigente, en la que la interacción entre los actores del sector salud se base en el diálogo, la empatía y la cooperación, y en la que el personal de salud desarrolle competencias relacionales, conversacionales y éticas que favorezcan la resolución temprana de necesidades y el acompañamiento humano durante los procesos de atención.

4.1.2.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.1.2 Línea operativa de "Comunicación solidaria constructiva"	a. Promover e incorporar entre todos los actores del sector salud la formación en el personal de salud y administrativo, como mínimo, una comunicación solidaria constructiva, hábitos saludables de autocuidado, cuidado al personal de salud, inclusión de la familia en el acompañamiento de la persona en los procesos de cuidado integral y atención humanizada, promoción en la toma de decisiones concertadas en salud, alineados a la PPTHS.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud Demás integrantes del sector salud
	b. Incorporar y desarrollar en la práctica, los programas y módulos de formación continua institucional dirigido a todo el personal, temas relacionados con habilidades comunicativas, relacionales y conversacionales, y en la resolución temprana de conflictos entre los usuarios, familias, personal de salud, instituciones y comunidad, alineados a la PPTHS y a los principios de esta política para un cuidado integral y atención humanizada en salud centrado en las personas, sus familias y su comunidad.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud Grupos de valor y partes interesadas
	c. Diseñar e implementar estrategias territoriales de comunicación entre los diferentes actores en salud, que faciliten la confianza, la coordinación, las alianzas y la reconciliación.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud Superintendencia Nacional de Salud Organización de usuarios Grupos de valor y partes

		interesadas
	d. Desarrollar comunidades de práctica y redes de aprendizaje entre el personal de salud, para compartir experiencias exitosas territoriales de comunicación solidaria, innovación, de cuidado integral y atención humanizada en la salud.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud Organización de usuarios Grupos de valor y partes interesadas

4.2 Eje 2. Ética comunicativa

Fomentar unos mecanismos de coordinación, de consenso solidario y de corresponsabilidad de los actores del sistema de salud en la construcción de entornos saludables y de bienestar para el personal de salud, las personas, sus familias y su comunidad, mediante prácticas colaborativas y sostenibles.

La ética comunicativa constituye la base moral y racional de toda interacción en salud. Implica la responsabilidad moral frente a las acciones comunicativas, entendidas como acciones que coordinan las relaciones entre personas, familias, comunidades e instituciones. Su propósito es garantizar que el lenguaje y la comunicación para brindar el cuidado integral y la atención humanizada en salud sean claros, confiables, empáticos y enriquecedores, favoreciendo la comprensión mutua, la toma de decisiones compartidas y el respeto por la dignidad humana.

En el marco actual de atención, la ética comunicativa adquiere una dimensión operativa como es: el diálogo se convierte en herramienta para anticipar riesgos, promover el cuidado y resolver las diferentes necesidades de salud en los territorios de manera oportuna y digna. La comunicación ética permite reconocer al “otro” —usuario, profesional o institución— como un legítimo interlocutor en convivencia, fundamento indispensable para la confianza social y la humanización del sistema.

Este eje se articula, además, con la PPTHS, promoviendo el desarrollo de competencias comunicativas y éticas en todos los niveles de formación y ejercicio profesional, y con el cuidado integral de la salud, al fortalecer los lazos de confianza y cooperación entre los actores en salud.

4.2.1 Línea operativa de "Hospitalidad"

Esta línea busca promover acciones de acogimiento, calidez y empatía entre todos los actores en salud, como principios rectores de las relaciones humanas en salud para brindarse cuidados y apoyo mutuo de maneras protectoras y amables, para alcanzar en todas las personas una vida saludable. La hospitalidad se expresa en los gestos, los comportamientos, los entornos y las prácticas cotidianas que permiten a las personas sentirse reconocidas, protegidas y valoradas durante su atención. La hospitalidad trasciende la infraestructura física: implica un esfuerzo para mejorar la capacidad instrumental de las instituciones de salud en los territorios para generar entornos seguros, cálidos y resolutivos, donde el cuidado se brinde con humanidad.

4.2.1.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.2.1 Línea operativa de "Hospitalidad"	a. Definir y desarrollar lineamientos o estándares nacionales de mejora en hospitalidad en salud que orienten a los actores en salud en la adopción de estrategias institucionales basadas en la evidencia en materia de humanización, como mínimo, en facilitar el acceso a la información acorde a la normatividad vigente y de los criterios éticos, en la realización de rondas de humanización, en la importancia del acompañamiento familiar presencial o virtual, en la adecuación de ambientes, entornos laborales seguros y confortables, cuidado al personal de salud, trato digno, uso de ropa y medidas adecuadas preservando el acogimiento, la intimidad y confidencialidad de las personas y sus familias.	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
	b. Identificar, reconocer, evaluar y divulgar las mejores prácticas territoriales de humanización y calidad en salud del país, desarrolladas por los actores en salud.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras

		de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud Grupos de valor y partes interesadas
	c. Elaborar información documentada (guías, procedimientos, protocolos, lineamientos y/u otros documentos) que determine desde su bienvenida al personal disponible de acogimiento, información y acompañamiento humanizado para las personas, familias y comunidades en los distintos momentos del curso de vida y los diferentes momentos de atención, orientados hacia el cuidado integral de la salud.	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas
	d. Diseñar e incorporar en las estrategias de evaluación de la experiencia del usuario, las dimensiones de profesionalismo y hospitalidad, trato digno, confort emocional y con los ambientes, entre otras, que permitan conocer el mejoramiento de la humanización y calidad en salud.	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

4.2.2 Línea operativa de "Profesionalismo"

El profesionalismo ético constituye la síntesis entre el rigor y la pulcritud técnico-científica y la moral para el ejercicio de los roles de los actores en salud y del personal de salud requeridas para la realización de las prácticas en la atención en salud. Esta línea promueve el desarrollo integral de las habilidades humanísticas, científicas y relacionales. El profesionalismo ético se entiende como una práctica anticipatoria, colaborativa y resolutoria, que busca prevenir el daño, cuidar la vida y dignificar la atención en cada contacto asistencial.

En coherencia con la PPTHS, esta línea impulsa el fortalecimiento de las competencias éticas, técnicas y comunicativas de los trabajadores del sector, a través de procesos de educación continua, liderazgo reflexivo y autocuidado profesional.

4.2.2.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.2.2 Línea operativa de "Profesionismo"	a. Establecer y desarrollar directrices o estándares para el cuidado integral y la atención humanizada en salud, que orienten el actuar del personal de salud promoviendo la discrecionalidad reflexiva para actuar de manera flexible, ética y creativa en la toma de decisiones en los diferentes contextos.	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
	b. Incorporar en los modelos de atención de los actores en salud, prácticas y herramientas basadas en la evidencia a nivel nacional o internacional en materia de humanización, que fortalezcan su efectividad en la implementación y en los resultados de cuidado integral y atención humanizada en salud.	Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud Otros prestadores de servicios de salud
	c. Diseñar e implementar procesos de autoevaluación ética y de desempeño por la realización de prácticas humanizantes, que permitan al personal de salud, identificar fortalezas, áreas de mejora y oportunidades de formación continua.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Otros prestadores de servicios de salud
	d. Incorporar criterios de profesionalismo ético y humanizado en los procesos de habilitación, acreditación y reconocimiento institucional.	Ministerio de Salud y Protección Social
	e. Incluir en los acuerdos con los actores nacionales y regionales que tienen incidencia en los procesos formativos del personal de salud, contenidos pedagógicos para mejorar las competencias en la atención humanizada en salud, en el marco de la	Ministerio de Salud y Protección Social Actores con incidencia en los procesos formativos del talento humano en salud.

	PPTHs.	
--	--------	--

4.3 Eje 3. Cultura colaborativa de humanización en salud

Generar la creación de espacios para el ejercicio racional de una moral solidaria y constructiva que guíe los comportamientos de los actores en salud hacia un cambio cultural con prácticas de humanización en salud.

Consolidar una cultura de humanización es vincular a directivos, gerentes, líderes y funcionarios de las entidades de salud, para ser actores de primera línea en la realización y puesta en práctica de dinámicas de transversalización de la humanización a nivel institucional, es decir, las instituciones virtuosas se encargan de realizar en la práctica, una transformación cultural.

Un cambio cultural no se consigue con decretos, implica nuevos juegos de lenguaje, nuevas metáforas, transformaciones valorativas, comportamientos no habituales y cambios políticos (Sierra Mejía, 2008), una institución debe confiar en individuos con intereses propios, ya que las decisiones institucionales pueden ser fácilmente desviadas y distorsionadas por las conductas interesadas de algunos de los actores.

Desde esta perspectiva, una cultura de humanización en salud, al estar fundada en la racionalidad de una moral, no permite la reglamentación de sentimientos, emociones, deseos, creencias, o preferencias, pero sí es posible ponerse de acuerdo entre todos en un sistema de cooperación social que regule lo que se puede y no se puede hacer los demás, con cada comportamiento.

4.3.1 Línea operativa de "Formación de líderes para la humanización en salud"

Esta línea impulsa la importancia de que los actores del sector salud capaciten a su personal en prácticas humanizantes en salud, para lograr una gestión inteligente, armónica y habilidosamente ética.

El objetivo de capacitar corresponde a que personas, al interior de sus instituciones de salud, logren fortalecer unas habilidades comunicativas y relacionales para dirigir acciones de trabajo grupal y colaborativas, de manera coordinada, disciplinada y dentro del mejor ánimo solidario para incrementar la eficiencia de las actividades que realizan cada uno de colaboradores dentro de sus instituciones.

En coherencia con la PPTHS, esta línea impulsa el fortalecimiento de las competencias y habilidades relacionales, éticas, humanísticas y comunicativas de los trabajadores del sector, a través de la formación continua para el liderazgo en humanización.

4.3.1.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.3.1 Línea operativa de "Formación de líderes para la humanización en salud"	a. Fomentar en las instituciones en salud la conformación de un equipo de profesionales con experiencia para la identificación y difusión de buenas prácticas en liderazgo solidario y trabajo colaborativo para incluir, impulsar, promover y generar planes y estrategias conducentes a la transformación de una cultura institucional humanizada ⁶ .	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
	b. Establecer programas de formación en liderazgo, mentoría o de expertos en ética profesional para el talento humano en su desarrollo técnico-humanístico, con enfoque reflexivo sobre su práctica cotidiana, especialmente en los hospitales universitarios.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas
	c. Promover la conformación y activación de redes colaborativas o alianzas estratégicas en las diferentes regiones y departamentos del territorio nacional, a través del desarrollo, adopción o adaptación de instrumentos, herramientas, modelos o metodologías, en donde se convoque a participar actores en salud, otros sectores incluyendo la academia, interesados en	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes

⁶ Los entornos humanizados se refieren a espacios diseñados y adaptados para promover el bienestar, la comodidad y la dignidad de las personas que los habitan o utilizan. Implican considerar aspectos físicos, emocionales, sociales y culturales... [además, de funcional y la estética] (Ceballos Casas et al., 2020, p. 17).

	una transformar a una cultura de relaciones solidarias, armónicas y constructivas.	interesadas
	d. Mejorar y promocionar en los actores en salud una cultura digital en el conocimiento, uso adecuado y apropiación de tecnologías de información, de comunicación y de salud, de tal manera que se garantice el acogimiento, la veracidad, la interoperabilidad, la personalización de la atención administrativa y asistencial y el conocimiento de los resultados en la calidad y humanización en salud.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud

4.3.2 Línea operativa de "Conciencia de colectividad en salud"

Esta línea impulsará la construcción de una mentalidad colectiva y solidaria en el sistema de salud colombiano, mediante prácticas que reconcilien, reparen y fortalezcan las relaciones entre los actores del sector salud. Su propósito es promover un compromiso en la práctica y una corresponsabilidad ética, reconociendo que la salud es una construcción social y que su cuidado exige acciones coordinadas, dialogadas y transparentes.

4.3.2.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.3.2 Línea operativa de "Conciencia de colectividad en salud"	a. Identificar, sistematizar y divulgar experiencias exitosas de trabajo colaborativo desarrolladas por los actores en salud, que hayan mejorado el cuidado integral y la atención humanizada en salud, las relaciones constructivas entre las personas, familias, comunidades e instituciones.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud Grupos de valor y partes interesadas
	b. Facilitar encuentros territoriales	Entidades Territoriales de

	entre instituciones, usuarios, comunidades y organizaciones sociales para identificar necesidades colectivas, construir confianza y promover alianzas para la humanización.	Salud
	c. Desarrollar campañas de sensibilización sobre corresponsabilidad en salud, confianza y reconciliación entre los actores en salud que fortalezcan el sentido de comunidad, solidaridad y legitimidad en salud.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Superintendencia Nacional de Salud Grupos de valor y partes interesadas Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud
	d. Integrar prácticas de humanización en salud y hábitos saludables para el autocuidado, cuidado colectivo, cuidado al personal de salud y acción comunitaria en los Planes Territoriales de Salud acorde a las necesidades en salud de la población en sus territorios.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas

4.4 Eje 4. Legitimidad en salud

Implementar lineamientos estratégicos que orienten el funcionamiento de instituciones de salud virtuosas y una gestión en salud con prácticas de humanización y calidad en salud.

Para Ángela Uribe, PhD, la legitimidad en el uso público de una razón se funda en el hecho de que aquel que la promulgue por lo menos él este creyendo firmemente en ella (Uribe Botero, 2002). La legitimidad en salud se fundamenta en la confianza institucional y social, la participación democrática y el sentido de justicia que las personas y los actores en salud otorgan a las decisiones que estructuran la atención en salud.

La legitimidad en salud implica un proceso de validación colectiva, en el cual los actores —instituciones, personal de salud, usuarios, familias, comunidades y organizaciones sociales— participan activamente en la construcción,

implementación y evaluación de la PNHS, a través de una disposición–acción solidaria, orientada al bien común y al reconocimiento mutuo. La legitimidad se fortalece mediante la resolutiveidad de las necesidades en salud de la población en los territorios, la corresponsabilidad y la eliminación de barreras que han generado una desconfianza entre el Estado, las instituciones y la ciudadanía.

4.4.1 Línea operativa de “Pensamiento filosófico - científico”

Esta línea busca legitimar la toma de decisiones en salud a partir del diálogo entre lo técnico-científico humanístico, la reflexión ética, los saberes comunitarios e interculturales, garantizando decisiones concertadas, sostenibles y moralmente fundamentadas.

4.4.1.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.4.1 Línea operativa de “Pensamiento filosófico - científico”	a. Promover la formación del personal de salud sobre prácticas que articulen el pensamiento filosófico–científico y los procedimientos para una atención humanizada en salud, como apoyo en la toma de decisiones.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas
	b. Realizar los análisis de casos clínicos y de salud pública desde múltiples perspectivas —científica, ética, social, cultural, comunitaria y territorial— incluyendo la participación de la persona y la familia como corresponsables del cuidado integral de la salud.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Superintendencia Nacional de Salud Instituto Nacional de Salud Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
	c. Fortalecer los comités de ética-bioética, para el análisis, resolución de casos complejos y en la emisión de orientaciones desde un enfoque	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces

	interdisciplinario.	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Superintendencia Nacional de Salud
	d. Impulsar mecanismos de diálogo y comunicación ética entre las evidencias científicas e interculturales para incluir criterios de saberes en salud en los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la calidad, como componente de legitimidad institucional en la atención humanizada.	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Superintendencia Nacional de Salud Grupos de valor y partes interesadas

4.4.2 Línea operativa de "Formación en habilidades relacionales - comunicativas"

Busca la coordinación conductual armónica en la relación entre los actores en salud. Corresponde en potenciar la confianza institucional y social, la participación democrática y el sentido de justicia que las personas y los actores en salud validan colectivamente a través de habilidades en el relacionamiento, fundamentada en la dignidad humana, fortaleciendo la interacción permanente entre las personas, las familias, las comunidades, el personal de salud y las instituciones.

4.4.2.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.4.2 Línea operativa de "Formación en habilidades relacionales - comunicativas"	a. Desarrollar procesos de formación continua para el personal de salud en competencias relacionales, ética del cuidado y enfoque centrado en las personas, con base en modelos o estándares nacionales o internacionales de calidad-humanización.	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas

	b. Fortalecer la gestión ética institucional y territorial en todos los actores en salud, en componentes morales que surgen de la habilidad ética, incorporando valores de responsabilidad empresarial, justicia, equidad y solidaridad para la toma de decisiones.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud
	c. Incluir el desarrollo de prácticas y metodologías educativas y de formación para el entrenamiento del personal de salud y administrativos en habilidades comunicativas, relacionales y conversacionales, en el marco de los acuerdos con las instituciones formadoras del personal de salud.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas

4.5 Eje 5. Investigación e innovación en humanización de la salud

Impulsar el mejoramiento continuado en el conocimiento y creación de avances técnico-científicos y humanísticos para lograr que todas las personas puedan alcanzar y mantener unas vidas dignas y saludables.

La investigación y la innovación constituyen motores esenciales para el mejoramiento continuo en los procesos institucionales, en el cuidado integral y la atención humanizada para la transformación cultural que exige la humanización en salud.

Este eje reconoce la necesidad de producir, gestionar, traducir y aplicar conocimiento técnico-científico, tecnológico, social y humanístico, que permita superar las barreras que impiden que todas las personas alcancen y mantengan vidas dignas y saludables. En coherencia a la normatividad y al modelo de salud vigentes, la investigación y la innovación deberán orientar a los actores en salud hacia la anticipación del daño, la intervención oportuna y la resolución efectiva de las necesidades en salud de la población en los territorios, fortaleciendo la capacidad institucional para tomar decisiones basadas en evidencia.

Asimismo, este eje se articula con el enfoque territorial del cuidado integral de la salud y promueve, entre otros, la investigación territorial, intercultural y comunitario; y con la PPTHS, impulsando capacidades investigativas y de

innovación en el personal de salud como parte del desarrollo de competencias profesionales, éticas y relacionales.

4.5.1 Línea operativa de "Mejoramiento continuo en salud"

Esta línea promueve la innovación permanente en los modelos de atención, los procesos administrativos-asistenciales y las prácticas de cuidado integral y atención humanizada en salud, integrando los avances científicos, tecnológicos y humanísticos al servicio del bienestar de las personas. Busca consolidar una cultura organizacional que aprende, innova, mide, evalúa, corrige y mejora, colocando al ser humano y su dignidad en el centro de la transformación como avances en el campo del conocimiento y el desarrollo humano.

4.5.1.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.5.1 Línea operativa de "Mejoramiento continuo en salud"	a. Promover el desarrollo de planes, programas o proyectos colaborativos o tutorías en investigación entre instituciones con experiencia y/o reconocimientos en humanización y calidad como instituciones acreditadas y aquellas instituciones interesadas en fortalecer sus prácticas, incorporando la participación de las personas, sus familias y comunidades para recoger sus experiencias y traducirlas en mejoras efectivas en salud.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas
	b. Identificar y poner en marcha los mecanismos necesarios para mejorar el cuidado, las condiciones laborales y el bienestar de los trabajadores en salud en el marco de la PPTHS y la normatividad vigente.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas
	c. Establecer alianzas con instituciones académicas para el diseño de indicadores cualitativos y cuantitativos de humanización, que complementen	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces

	los indicadores de calidad.	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas
	d. Fortalecer y actualizar el Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS) incorporando un Módulo de Humanización en Salud, que permita consolidar como mínimo una biblioteca de información en humanización, la identificación y monitoreo de prácticas, avances, resultados, brechas e innovaciones territoriales.	Ministerio de Salud y Protección Social
	e. Incluir, dentro de los procesos de formación continua del personal de salud, competencias en investigación, innovación y análisis crítico, articuladas y alineadas con la PPTHs, fortaleciendo la cultura en humanización incluyendo el pensamiento técnico-científico, humanístico e intercultural, gestión del conocimiento y el aprendizaje colaborativo.	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas

4.5.2 Línea operativa de "Investigación e innovación colaborativa"

Esta línea promueve la investigación e innovación colaborativa reconociendo la importancia de un dialogo de saberes entre la evidencia técnico-científica y humanística con los saberes interculturales propios de su población, necesaria para la resolución de necesidades en salud de la misma, fortaleciendo de esta manera una cultura de humanización en salud al integrar, además, el pensamiento científico humanístico con el saber colaborativo para que los tomadores de decisiones generen políticas públicas, prácticas solidarias institucionales y territoriales propias de las realidades en salud.

4.5.2.1 Acciones de la línea operativa

Línea operativa	Acción	Entidades Corresponsables en la ejecución
4.5.2 Línea operativa de "Investigación e innovación colaborativa"	a. Crear, fortalecer o actualizar en las páginas web de las Entidades Territoriales y demás actores en salud, la incorporación de un Módulo de Humanización en Salud que permita identificar y monitorear prácticas, avances, resultados, brechas e innovaciones.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud
	b. Promover alianzas para la investigación en humanización en salud y del cuidado integral, con actores en salud vinculando redes académicas, organizaciones científicas, organizaciones comunitarias y territoriales interesadas para generar conocimiento a través de un dialogo de saberes entre técnico-científico y humanístico, con saberes interculturales y orientación a los tomadores de decisiones en la generación de políticas públicas, prácticas solidarias institucionales y territoriales.	Ministerio de Salud y Protección Social Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas
	c. Desarrollar investigaciones aplicadas sobre los efectos de las innovaciones humanísticas, organizacionales y tecnológicas, incluyendo mínimamente la telemedicina, salud digital, inteligencia artificial, tecnologías en salud, modelos de atención, para garantizar que las transformaciones tecnológicas-científicas y humanísticas, faciliten —y no sustituyan— las prácticas humanizantes.	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Grupos de valor y partes interesadas Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud
	d. Realizar estudios para conocer la experiencia, satisfacción, necesidades y expectativas de la ciudadanía en las	Entidades Territoriales de Salud Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus

	organizaciones en salud.	veces Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Gestores Farmacéuticos Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud
--	--------------------------	---

5 MECANISMO DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PNHS

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

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

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

La PNHS, contará con un Plan de Acción para su implementación, el cual, se ejecutará a través del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, en este Plan de Mejoramiento se desarrollará las acciones establecidas en la PNHS, asignando responsabilidades de acuerdo con las competencias de los diferentes actores en salud, así como las metas y los indicadores de resultado correspondientes, con análisis anuales desagregado, según el alcance de las acciones. La información será utilizada para alimentar las evaluaciones

periódicas de resultados, identificar brechas frente a las metas establecidas, y adoptar los ajustes requeridos para garantizar la pertinencia, oportunidad y efectividad de la política.

Para el seguimiento de la PNHS, se implementará un proceso sistemático de monitoreo, análisis y evaluación, orientado a identificar el avance en el cumplimiento de las metas, el desempeño de los indicadores y el nivel de implementación de las acciones en los diferentes territorios del país. En ese sentido, de considerarse necesario, establecer de manera participativa, una construcción y un consenso de indicadores de impacto con base a los lineamientos de la PNHS, que permita la apropiación por parte de los actores en salud acorde a las realidades territoriales. El objetivo central es valorar la evolución de la humanización en salud en el sistema de salud, fortalecer la toma de decisiones informada y garantizar la mejora continua, en coherencia con la normatividad vigente.

La Oficina de Calidad del MSPS liderará el proceso de seguimiento, consolidación y análisis, con la concurrencia de las demás dependencias del Ministerio según sus competencias. Para el reporte y análisis operativo de los indicadores, se empleará un instrumento o herramienta que defina el MSPS y se articule con los demás sistemas de información del sector, asegurando trazabilidad, transparencia, interoperabilidad y oportunidad en la toma de decisiones.

El proceso de monitoreo empleará preferiblemente indicadores del SIC, del Observatorio de Talento Humano en Salud, del ONCAS, y aquellos que puedan construirse a partir de las fuentes disponibles en la Oficina de Calidad, el SISPRO, y otros repositorios oficiales del MSPS. Estos indicadores combinarán mediciones de estructura, proceso y resultado, permitiendo una lectura integral del avance en la humanización, tanto desde la experiencia de las personas, su familia y su comunidad, como desde el desarrollo del personal de salud y la implementación institucional de las acciones.

En cuanto a la evaluación, se propone realizar una evaluación de medio término al cumplirse cinco (5) años desde el inicio de la implementación, con el propósito de valorar avances, dificultades, aprendizajes y ajustes necesarios para el logro de los objetivos. Adicionalmente, se realizará una evaluación final al completar diez años de implementación, con el fin de obtener una valoración integral de la pertinencia, resultados e impacto, así como del nivel de articulación logrado con otras políticas nacionales y sectoriales.

Estas evaluaciones se fundamentarán en los indicadores definidos y en las fuentes técnicas descritas previamente, pero podrán complementarse con estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos, que permitan una comprensión más profunda de fenómenos no capturables por los sistemas rutinarios de información. Ambas evaluaciones seguirán el procedimiento GPPP04 y la Guía GPPG01, o los procedimientos vigentes a la fecha de ejecución del ejercicio, garantizando el rigor metodológico y trazabilidad.

La evaluación incorporará, además, mecanismos de participación ciudadana, control social y veeduría, reconociendo a los usuarios, familias, asociaciones de pacientes, veedurías y organizaciones sociales como actores legítimos del proceso evaluativo. Los resultados serán publicados y divulgados de manera clara y accesible, fortaleciendo la transparencia, la confianza social y la legitimidad de la política.

El ciclo completo de Gestión (Monitoreo → Evaluación → Decisión → Ajuste → Mejora continua) se desarrollará bajo los principios de pertinencia, sensibilidad, confiabilidad, comparabilidad, desagregabilidad, oportunidad y trazabilidad, contribuyendo a la sostenibilidad cultural, institucional y operativa de la PNHS, y al propósito superior de que las personas, sus familias y la comunidad puedan alcanzar y mantener unas vidas dignas y saludables.

6 BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Faneite, S. F. (2023). Los enfoques de investigación en las Ciencias Sociales. *Revista Latinoamericana Ogmios*, 3(8), 82–95. <https://doi.org/10.53595/rlo.v3.i8.084>
- Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817–2828. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110020>
- Alexander, F. M. (2008). *La constante universal de la vida*. La Liebre de Marzo.
- Ariza Olarte, C. (2018). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería Universitaria*, 9(1), 45–51. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2012.1.245>
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>
- Bermejo Higuera, J. C., & Durbán, M. V. (2013). El Compromiso de la Humanización en las Instituciones Socio Sanitarias. *Fundación Caser para la Dependencia*, 3–12.
- Botero Cadavid, J. J., Díaz, J. A., Flórez, A., Holguín, M., Meléndez, R., Ramos Arenas, J., Cardona, C. A., & Castañeda, F. (2020). *El pensamiento de L. Wittgenstein —una presentación—* (J. J. Botero, Ed.; 2nd ed.). Editorial Aula de Humanidades, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas.
- Botero, J. J., Mejía Quintana, Ó., Cepeda, M., Uribe, Á., Arango, R., Cortés, F., & Hernández, A. (2005). *Con Rawls y contra Rawls: una aproximación a la filosofía política contemporánea*. Universidad Nacional de Colombia.
- Botero López, C. A., Rendón Torres, L. B., & Herrera Giraldo, A. C. (2012). La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad? *Revista Médica de Risaralda*, 18(2), 183–184. <http://www.proesa.org.co>
- Ceballos Casas, M. A., Caicedo Bucheli, M. A., Cardozo Duarte, M., Flores Díaz, G. D., Mopán Chito, P. A., Orozco Guerrero, Y. Y., Castro, D., Ortiz, C., Palacios, D., Ballesteros, A., Barrera, S., Bazante, J., Becerra Martínez, M. A., Bolaños Quilindo, M. I., & Patiño Calambas, A. P. (2020). *Humanizar el*

- contexto hospitalario: Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica* (M. A. Ceballos Casas & M. A. Caicedo Bucheli, Eds.; 1st ed.). Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán. <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/view/107/478/6886>
- Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1164, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. Diario Oficial.
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. In *Diario Oficial* (Number (Issue 47.957)).
- Congreso de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. In *Diario Oficial* (Number (Issue 49.427)).
- Constitución Política de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia, Gaceta Constitucional No. 116. In *Imprenta Nacional* (Vol. 2).
- Defensoría del Pueblo. (2020). Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia. In *Informe Defensorial* (pp. 62–100). Disponible en: https://forseti.defensoria.gov.co/gestor/compilacion/docs/pdf/doc_dp_0005_2020.pdf
- Dennett, D. C. (1989). Condiciones de la cualidad de persona. In *Cuadernos de crítica* (Number 45). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Di Virgilio, M., & Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales* (F. Repetto & S. Waisgrais, Eds.). CIPPEC & UNICEF. <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1415.pdf>
- Elster, J. (1996). *Tuercas y tornillos: una introducción a los conceptos básicos de las ciencias sociales* (A. Bonanno, Tran.; 2nd ed.). Editorial Gedisa S.A.
- Franco Agudelo, S., Arrivillaga Quintero, M., Aristizábal Tobler, C., & Moreno Angarita, M. (2007). *Bioética y salud pública: encuentros y tensiones* (pp. 31–50). Universidad Nacional de Colombia. https://www.researchgate.net/publication/281320201_BIOETICA_Y_SALUD_PUBLICA_ENCUENTROS_Y_TENSIONES
- García-Molina, M., & Chicaíza-Becerra, L. A. (2010). Salud, Estado y mercado. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 38(4), 439–442. [https://doi.org/10.1016/S0120-3347\(10\)84002-X](https://doi.org/10.1016/S0120-3347(10)84002-X)

- García-Ubaque, J. C., García-Ubaque, C., & Benítez, L. F. (2012). Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación. *Revista de Salud Pública*, 14(5), 878–890. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33213>
- Graglia, J. E. (2012). *En la búsqueda del bien común: manual de políticas públicas* (1st ed.). Konrad Adenauer Stiftung. https://www.kas.de/documents/287460/287509/7_file_storage_file_17509_4.pdf
- Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J. C. (2002). Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education*, 36(6), 568–574. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x>
- Haidt, J. (2019). *La mente de los justos: por qué la política y la religión dividen a la gente sensata* (A. García Maldonado, Tran.; 1st ed.). Editorial Planeta S.A.
- Hoyos Hernández, P. A., Cardona Ramírez, M. A., & Correa Sánchez, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación En Enfermería*, 26(2), 218–225. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447004.pdf>
- Hoyos Vásquez, G. (1996). *Derechos humanos, ética y moral* (2nd ed.). Corporación S.O.S. Colombia.
- Lakoff, G. (2008). *Puntos de reflexión: manual del progresista* (J. Wells, Tran.; 1st ed.). Ediciones Península.
- Macías Inzunza, L., Rocco Montenegro, V., Rojas Reyes, J., Baeza Contreras, M., Arévalo Valenzuela, C., & Munilla González, V. (2020). Formation in Interprofessional Education in Nursing and Medical Students Globally. Scoping review. *Investigación y Educación En Enfermería*, 38(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e06>
- Maturana, H. (1992). *El sentido de lo humano* (4th ed.). Pedagógicas Chilenas.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Decreto número 780 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"* (p. 985). <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/decreto-unico-minsalud-780-de-2016.aspx>



- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS)*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016c). *Resolución 256, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016d). *Resolución 0429, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios Frente a los Servicios de las EPS 2022. In *Observatorio Nacional de Calidad en Salud* (pp. 1–28). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-satisfaccion-servicios-eps-2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Sistema de Evaluación y Calificación de Actores. Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud 2024. In *Observatorio Nacional de Calidad en Salud* (pp. 20–74). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/sistema-evaluacion-calificacion-actores.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Resolución 1597 de 2025. Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud—APS*.
- Ministerio de Salud y Protección Social, & Oficina de Calidad. (2025). Informe de tutelas por vulneración del Derecho a la Salud 2024 Orden Trigésima Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. In *Observatorio Nacional de Calidad en Salud*. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-vulneracion-derecho-salud-2024.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, & Superintendencia Nacional de Salud. (2024). Ranquin de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) 2024. In *Observatorio Nacional de Calidad en Salud* (pp. 9–38). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/ranquin-ips-2022.pdf>

- Montealegre Gómez, D. C. (2014). Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Revista CUIDARTE*, 5(1), 79–88. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.106>
- Naciones Unidas. (2019). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/5bd13e17-8ccf-40b1-b1ff-805a48225b2b>
- OECD. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- OECD. (2023). *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-based Management in Sustainable Development (Second Edition)* (2nd ed.). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/632da462-en-fr-es>
- OECD, & The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud: Glosario* (1st ed.). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OCDE, & Banco Mundial. (2020). *Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. <https://iris.who.int/handle/10665/340027>
- Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499–503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
- Randall P., E., Tianxu, C., & Calvin E., L. (2014). Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries. In *Working Papers Series* (Vols. Wp2014-010). Boston University - Department of Economics. https://blogs.bu.edu/ellisrp/files/2013/04/2013_EllisChenLuscombe_Comparisons_EHE_20130425b.pdf
- Sierra Mejía, R. (2008). *La crisis colombiana. Reflexiones filosóficas* (1st ed.). Universidad Nacional de Colombia.
- UN Economic and Social Council. (2000). *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto*

- Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*).
<https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>
- Uribe Botero, Á. (2002). Berito Cobaria: ¿El otro de la inclusión discursiva? . In R. Sierra Mejía & A. Gómez-Müller (Eds.), *La filosofía y la crisis colombiana* (1st ed., 10). Distribuidora y Editora Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A.
- Varela, F. (1996). *Ética y acción* (C. Santa Cruz, Tran.). Dolmen Ediciones S.A.
- Wagstaf, A., Cotlear, D., Hoang-Vu Eozenou, P., & Buisman, L. R. (2015). *Measuring progress towards Universal Health Coverage: With an application to 24 developing countries*.
<https://documents1.worldbank.org/curated/pt/917441468180851481/pdf/WPS7470.pdf>
- World Bank Group. (2019). Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. In *World Bank Group* (pp. 28–79).
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*.
<https://iris.who.int/handle/10665/155002>
- World Health Organization. (2021, July 6). *Supporting national health policies, strategies, plans*. <https://www.who.int/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=Supporting%20national%20health%20policies%2C%20strategies%2C%20plans&wordsMode=AnyWord>
- World Health Organization, OECD, & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>
- World Health Organization, & World Bank. (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report: executive summary. *World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank*, 7–10.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260522/WHO-HIS-HGF-17.2-eng.pdf?sequence=1>