

**Una mirada a la Humanización de los Servicios de Salud en el Marco de la
Acreditación en Colombia**

**A look at the Humanization of Health Services in the Accreditation
Framework in Colombia**

**Sara Morales Galeano
Bibiana Torres Román**

Monografía para optar al título de Especialistas en Auditoria en Salud

**Asesor
Luis Eybar López Salazar
Doctor en Salud Pública
Profesor Universidad de Antioquia**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2018**

Tabla de contenido

Lista de Cuadros.....	3
Resumen	4
Abstract	5
1. Introducción	6
2. Planteamiento del problema	7
3. Objetivos.....	9
4. Marco Legal y Normativo	10
5. Marco Teórico.....	12
5.1 Sistema de Salud en Colombia.....	12
5.2 Calidad y humanización en los servicios de salud	13
5.3 Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en salud	17
6. Metodología.....	22
6.1 Tipo de Estudio.....	22
6.2 Criterios de Inclusión	22
6.3 Estrategia de Búsqueda.....	22
6.4 Consideraciones Éticas	22
7. Resultados.....	23
7.1 Factores que afectan La Humanización tomando como referente la acreditación en Colombia.	23
7.2 Fortalezas relacionadas con el trato humanizado en el sistema de salud basado en la acreditación en Colombia.....	33
7.3 Logros de una Institución Prestadora Servicios de Salud, en materia de humanización en el marco de la acreditación en Colombia.....	38
Conclusiones	57
Recomendaciones.....	59
Referencias bibliográficas.....	60

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en salud ..	23
Cuadro 2. La humanización de la Atención en los servicios de salud: Un Asunto De Cuidado (2015)	26
Cuadro 3. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. (2016)	29
Cuadro 4. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia	31
Cuadro 5 Estándares de planeación de la atención	38
Cuadro 6. Estándares de ejecución del tratamiento	47
Cuadro 7. Estándares de Dirección	48
Cuadro 8. Estándares de Gerencia.....	50
Cuadro 9. Estándares de Talento Humano	52
Cuadro 10. Estándares de Gerencia del ambiente físico	54
Cuadro 11. Estándares de Gestión de la Tecnología	55
Cuadro 12. Gerencia de la Información	56

Resumen

Objetivo: Revisar el abordaje de la humanización de los servicios de salud en el marco de la acreditación en Colombia. **Métodos:** Revisión bibliográfica de artículos con respecto a la humanización de los servicios de salud, en las bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud como: Scielo, Pubmed y Lilacs, por medio de un análisis de (4) artículos investigativos que permitieron el amplio conocimiento y abordaje de la humanización en el marco de la acreditación. Adicionalmente se realizó un análisis de relación del modelo de humanización de la IPS Universitaria “Amor por la vida”, con los estándares de acreditación. **Resultados:** En los artículos revisados se encontraron diferentes factores que afectan la humanización de los servicios de salud como la tecnificación de los servicios y la dependencia de ella, la poca preparación y sensibilización del personal asistencial, entre otras, que se relacionan principalmente con los estándares 32, 104 y 109 del Manual de acreditación. Se hallaron fortalezas en los mismos artículos revisados que posibilitan un acercamiento a la Humanización y que de igual forma se relacionan con los estándares. La IPS Universitaria implementa un modelo de humanización del servicio en el cual desarrolla por medio de estrategias cada uno de los estándares de acreditación. **Conclusiones:** Se encuentra una estrecha relación entre la humanización y la acreditación, toda vez que los criterios de cada estándar apuntan a mejorar los factores que la afectan y a seguir fortaleciendo aquellos aspectos que ayudan a que la prestación de los servicios de salud se brinde con un trato humanizado.

Palabras Clave: Humanización de los servicios de salud, acreditación, trato digno, trato humanizado, estándares.

Abstract

Objective: Review the approach to the humanization of health services in the framework of accreditation in Colombia. **Methods:** Bibliographic review of papers regarding the humanization of health services, in the databases related to Health Sciences such as: Scielo, Pubmed and Lilacs, by means of an analysis of (4) research papers that allowed a broad knowledge and the approach to humanization within the framework of accreditation. Additionally, an analysis of the humanization model of the University IPS (IPS Universitaria) "Amor por la vida" was carried out, with accreditation standards. **Results:** In the reviewed papers, different factors were found that affect the humanization of health services, such as the technification of services and dependence on it, the scarce preparation and sensitization of the healthcare personnel, among others, that are mainly related to standards 32, 104 and 109 from the Accreditation Manual. Strengths were found in the same reviewed papers that allow an approach to Humanization and that are similarly related to standards. The University IPS (IPS Universitaria) implements a humanization model of the service, in which it develops through strategies, each of the accreditation standards. **Conclusions:** There is a close relationship between humanization and accreditation, since the criteria of each standard aim to improve the factors that affect it and to continue strengthening those aspects that help the provision of health services to be provided with a humane treatment.

Keywords: Humanization of health services, accreditation, dignified treatment, humanized treatment, standards.

1. Introducción

Para los estudiantes de la Especialización en Auditoría en salud de la Universidad de Antioquia es importante la elaboración de un trabajo de grado donde se visualice el entorno en el cual se desenvuelve la profesión, además que aporte elementos que amplíen el conocimiento en los temas relacionados con la auditoría. Por tal motivo con esta monografía se revisó el abordaje de la Humanización de los servicios de salud, en el marco de la acreditación en Colombia.

La Acreditación en salud en Colombia es una herramienta que propone un acercamiento al tema de humanización en salud; a través de la construcción de una política que desarrolla estrategias que permiten un abordaje más apropiado, una transformación cultural¹. Cuyo objetivo es fortalecer el trato digno y humano del personal administrativo y asistencial hacia el paciente, el cual es un ser vulnerable por su condición de salud y por lo tanto merece ser tomado como un ser integral. Basados en la acreditación se realizó un análisis que permitió identificar los factores que afectan en gran medida la humanización, además de describir las principales fortalezas relacionadas con el trato humanizado en la prestación de los servicios de salud en Colombia.

Esta monografía es un punto de referencia para todos aquellos que directa o indirectamente tienen que ver con la prestación de los servicios de salud en Colombia, como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS). Igualmente es un elemento útil para la academia y especialmente para los estudiantes que aspiren indagar más sobre un tema tan importante como lo es la Humanización de los servicios en salud, tomando como referente la acreditación en Colombia.

2. Planteamiento del problema

Según la Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud", más específicamente en su Artículo 3°, se encuentra la Calidad como un principio para la prestación de los servicios de salud, la cual es definida como: *"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"* ².

A pesar de esto, este principio no se cumple totalmente por múltiples situaciones que afectan de alguna manera la atención con un trato digno y humano. Como lo define Bermejo Higuera la humanización es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. ³

En definitiva el Sistema de Salud Colombiano tiene grandes dificultades para garantizar una atención humanizada en salud a la población; en primer lugar cada día la salud es comercializada y percibida como un negocio, sus dirigentes le dan más importancia a aspectos financieros y administrativos olvidando que la salud es un derecho fundamental. Son muchas las circunstancias que llevan a esta problemática, por ejemplo, aunque la tecnología sea un avance importante para la salud, también ha puesto barreras administrativas que son innecesarias, separando día a día el paciente del profesional, considerando que este último debe registrar paso a paso la atención, lo cual genera una disminución en el tiempo del examen físico y del trato al paciente de una forma más humana. Esta situación aqueja no sólo al paciente sino que además desmotiva al profesional asistencial quien debe cumplir con extensas jornadas laborales y múltiples tareas delegadas aumentando así más la situación. ⁴

Hay que mencionar también que la humanización implica una confrontación entre diferentes modos de ver la vida y el mundo, lo que posiblemente puede dificultar la comunicación eficaz entre el médico y el paciente y en algunas ocasiones generando discriminación entre ambos por sexo, edad, raza, género entre otros más ⁴. No se puede olvidar que estas realidades presentadas en la prestación de los servicios de salud, traen consigo consecuencias no solo costosas para el sistema, como el incremento de las tutelas, sino además consecuencias que afectan aún más la salud y la enfermedad de los colombianos y las cuales pueden ser irreparables como el incremento de la morbimortalidad y las dificultades en la oportunidad de la atención.

Por otro lado las Instituciones Prestadores de Salud centran sus esfuerzos en la habilitación, la cual es un requisito de obligatorio cumplimiento para la prestación de los servicios de salud, pero no se enfoca en la calidad del mismo; a diferencia de la acreditación, la cual es una práctica voluntaria que plantea que las instituciones tengan un proceso de calidad que genere resultados

centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos, fortaleciendo el mejoramiento de la calidad de la atención en salud con enfoque en la seguridad y la excelencia clínica¹. La humanización utiliza la acreditación como herramienta de mejoramiento continuo, siendo este un eje fundamental que le da una visión integral al ser humano, la cual incluye reconocimiento de su situación y su entorno social⁵.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

- Revisar el abordaje de la humanización de los servicios de salud en el marco de la acreditación en Colombia.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores que afectan la humanización de los servicios de salud tomando como referente la acreditación en Colombia.
- Describir las principales fortalezas relacionadas con el trato humanizado en el sistema de salud basado en la acreditación en Colombia.
- Identificar logros de una Institución Prestadora Servicios de Salud, en materia de humanización en el marco de la acreditación en Colombia.

4. Marco Legal y Normativo

4.1 Constitución Política de Colombia: La Constitución Política de Colombia de 1991, enmarca la calidad en salud en sus artículos 48, 49 y 365, donde se describe la garantía del acceso a la salud bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad; también señala al Estado como responsable de la dirección y reglamentación de la prestación de los servicios de salud.⁶

4.2 Ley 100 de 1993: En su Artículo 153. Fundamentos del Servicio Público En su numeral 9. Calidad. “El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”⁷

4.3 Ley 1122 del 2007: Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.⁸

4.4 Ley 1393 del 2010: Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud.⁹

4.5 Ley 1438 de 2011: En su **Artículo 3°. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Calidad. 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

4.6 Ley 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.¹⁰

4.7 Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.¹¹

4.8 Decreto 093 de 2014: Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. ¹²

4.9 Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Colombia. Dirección General de Calidad de Servicios Unidad Sectorial de Normalización en Salud. ¹³

4.10 Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Plan estratégico 2016-2021. Por un sistema de salud con un propósito humano de innovación y excelencia. ¹⁴

5. Marco Teórico

5.1 Sistema de Salud en Colombia

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el plan de Beneficios. El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada.¹⁵

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual SGSSS.¹⁵

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993 con la Ley 100. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.⁷

La ley 100 de 1993, que como se ha dicho fue producto de una conciliación entre dos modelos de la seguridad social en salud, el Bismarckiano y el neoliberal, agregó, además, una concepción descentralizada sobre la administración pública de los servicios sociales. Todo ello se reflejó en el principio que la ley sustenta y desarrolla en sus artículos 2 y 153.¹⁶

De la concepción Bismarckiana clásica se heredaron los siguientes principios

1. La integralidad
2. La universalidad
3. La obligatoriedad
4. La solidaridad y la equidad
5. La unidad

De la concepción neoliberal modernizadora del Estado:

1. La libre elección
2. La eficiencia
3. La calidad

• Artículo 2: Eficiencia: “Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.”⁷

• Artículo 153 : Calidad: “El sistema establecerá los mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional”⁷

• Artículo 153: Libre escogencia: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios”⁷

Y de la reforma descentralista de la administración pública se adaptaron:

1. La descentralización
2. La subsidiariedad , la complementariedad y la concurrencia
3. La autonomía de las instituciones
4. La participación comunitaria

Pero a pesar de heredar principios Bismarckianos y neoliberales que buscan la integralidad y el cumplimiento del derecho a la Salud, el sistema de Salud Colombiano ha tenido dificultades para prestar los servicios poniendo barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud.

El acceso a los servicios de salud, uno de los retos más importantes que tienen principalmente los sistemas de salud de los países de mediano y bajo ingreso, se entiende como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica

Colombia ha significado una experiencia interesante pues en el país se busca que el acceso pueda realizarse mediante la cobertura del seguro de salud. Luego de más de veinte años de haberse iniciado el proceso de reforma, el país está cerca de la cobertura universal del seguro. Sin embargo, es creciente la preocupación sobre el acceso, sobre la equidad y sobre la calidad, así que la propia legislación y la jurisprudencia han hecho más explícito el propósito esencial de garantizar el acceso y han reconocido a la salud como un derecho humano fundamental. .¹⁶

5.2 Calidad y humanización en los servicios de salud

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"¹⁷.

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. ¹⁷.

Pero cuando hablamos de calidad indiscutiblemente hay que hablar de humanización, el cual es un tema que en Colombia todavía hay dificultades con la manera como se prestan los servicios de salud afectando el trato digno y humanizado hacia el paciente.

Para humanizar la práctica médica, el profesional debe actuar como humano. ¹⁸ Cuando se habla de humanizar la atención en salud, se hace referencia, en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre. ²⁰ Ariza Olarte enfatiza en que el usuario, el paciente y su familia, ante todo son personas, es decir, que no solamente tienen una dimensión somática, psicológica y sociocultural, poseen también una parte espiritual que les da unidad y los integra al mundo de los valores y principios fundamentales de la vida; son seres con dignidad que merecen respeto. ¹⁹ El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que pueden ser aplicados al ejercicio de todos los profesionales de la salud, para hacer que éste sea humano. ¹⁹

Arredondo Gonzales y colaboradores consideran que en ocasiones, el contexto dificulta la relación profesional-paciente y la deshumanización del cuidado aparece como un asunto multifactorial. Profesionales y estudiantes del área de la salud, han tratado de encontrar y explicar las causas a la pérdida de humanismo en el ámbito asistencial. ²¹ Barnard A y Sandelowski M, coinciden en que existen múltiples factores que interactúan entre sí en la deshumanización del cuidado, además, en que la responsabilidad de tal fenómeno es compartida por el entramado social, la estructura sanitaria y la formación académica. ²²

Sobre el entramado social, puede decirse que el proceso de globalización ha desencadenado en un choque de valores entre la cultura de las instituciones sanitarias y las instancias sociopolíticas, relaciones virtuales protagonizan la

actual era tecnológica ²¹. La tecnificación de los servicios de salud, la prioridad por la eficiencia y el control del costo, han hecho que el personal de salud anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano. ⁴ Una de las características de nuestra época es el gran desarrollo tecnológico en particular en las ciencias de la salud y de la vida. Este hecho, sumado a la hegemonía de ciertos valores de nuestra sociedad, ha propiciado la pérdida de la visión central del hombre en los procesos asistenciales, llegando en ocasiones a situaciones de deshumanización que vulneran la dignidad de las personas. ²¹ Favorecer la atención centrada en la tecnología más que en la persona, conduce a los profesionales de la salud a perpetuar del fenómeno deshumanizante.

En la organización y funcionamiento en el interior de las estructuras sanitarias, se encuentran algunos factores que influyen en la práctica deshumanizante, entre ellos destaca que el hospital funciona, en general, de la misma manera para todos los pacientes, por tanto, no hay asistencia individualizada. La persona enferma, al ingresar a un servicio sanitario, pierde su identidad y se le reconoce como carga y estadística. ²¹ Gutiérrez Meléndez coincide que dentro de la unidad médica, el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, sus sentimientos y valores no se toman en cuenta y pasa a ser un número de habitación o expediente clínico o una patología o diagnóstico, quedando en el olvido su dimensión emocional y personal única en cada paciente o individuo. ²³ adicionalmente expone que es un problema que día a día afecta al paciente y preocupa tanto a los trabajadores como al personal directivo, precisamente por la imagen y la percepción que se tiene del personal de salud respecto a que el paciente se convierte en objeto una vez que ingresa a una unidad hospitalaria a recibir servicios. ²³

Un estudio realizado por enfermeras en el quirófano de un hospital público en la ciudad de Belo Horizonte, en Brasil, da cuenta de cómo durante la estancia del paciente, se ignoran sus problemas individuales y es tratado como un caso más, quedando la familia excluida también, de tal manera que, su trato y tratamiento es impersonal (Heluy de Castro y cols, 2004). ²⁴ Los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias, es decir un cuidado humanizado. ²³

En el estudio desarrollado por Escudero (2003) se da a conocer que otro factor deshumanizante en la estructura sanitaria, lo representa las estrategias de gerencia y gestión puestas en marcha por las instituciones de salud. Las altas tecnologías, producto de la prioritaria inversión de las instituciones para modernizar los servicios asistenciales y proporcionar diagnósticos y tratamientos oportunos, pueden introducir graves desequilibrios en la vida humana ²⁵.

Las características socio-económicas que influyen en la humanización en salud son: la concepción de los servicios de salud como mercancía costosa que deja de lado su labor humanitaria ²⁶ y la inadecuada remuneración y/o sobrecarga

laboral a la cual está expuesto el personal de la salud, lo que llega a afectar sus niveles de autoestima, motivación, expectativas de superación personal y competitividad²⁶⁻²⁷. Hoyos Hernández (2008) exhibe que a nivel organizacional, los factores que influyen de manera negativa en la humanización en salud son la falta de la estabilidad laboral, por las políticas actuales de contratación, la fragmentación del ser humano, el recorte de personal, el aumento en el volumen de pacientes, entre otros.²⁸

Ariza Olarte argumenta que las instituciones deben buscar de manera permanente los mecanismos para motivarlos e incentivarlos para que sientan gusto y placer de ejercer su profesión, así como suprimir las barreras organizativas y administrativas innecesarias, para alcanzar una resolución eficiente y de excelencia. Asimismo sería importante considerar las condiciones laborales que actualmente dichas instituciones ofrecen: contratos por tiempo limitado lo cual produce incertidumbre laboral, salarios insuficientes que conllevan a la necesidad de tener que contar con varios empleos a la vez, recargo de responsabilidades administrativas que impiden en algunas ocasiones, poder dedicar el tiempo justo a cada una de las personas que solicitan la atención en salud.¹⁹

Los aspectos educativos relacionados con la humanización hacen referencia a la formación académica que reciben los profesionales de la salud, generalmente enfocada más en los aspectos técnicos y tecnológicos. Asimismo, la concepción de ser humano que subyace a la formación es cada vez más reduccionista, privilegiando al órgano enfermo,²²⁻²³ lo que contribuye a que el profesional se descentre de la relación con la persona. Aunque a los profesionales en formación se les instruye teóricamente sobre la integridad del ser humano, en la práctica encuentran modelos y referentes de atención deshumanizada.²⁸

La aparente carencia de contenidos filosóficos en los currículos académicos no es el único factor deshumanizante que se deriva de la formación de los profesionales.²¹ La formación centrada en el desarrollo de habilidades técnicas, con escasos contenidos filosóficos o antropológicos humanistas tiene como resultado, profesionales con elevado saber científico y gran pericia técnica, pero a veces, incapaces de reconocer a la persona enferma como fin en sí misma.²⁰

A nivel político, la Ley 100 de 1993, en Colombia, ha tomado un rumbo errático que ha desencadenado el incumplimiento de los propósitos para los cuales fue orientada inicialmente, es decir, generar condiciones de calidad, eficiencia, equidad y acceso para todos.²⁹ Esta Ley afecta la humanización en salud al exigir al personal sanitario, por ejemplo, atender una gran cantidad de personas en unidades de tiempo mínimas, lo cual ocasiona atención inadecuada desde el punto de vista ético y de baja calidad.³⁰

Los discursos de todos los actores convergen al considerar que relaciones adecuadas entre usuarios-personal de salud-administrativos, significan calidad.³¹ Sandelowski, afirma que una atención de calidad intentaría aliviar la ansiedad

del paciente al transmitirle informaciones que faciliten su enfrentamiento a la intervención con más seguridad y menos miedo. Para ello, es esencial la individualización del cuidado, es decir, sería necesario estar atento a lo que ocurre con cada paciente que llega a la unidad.²²

Este proceso de humanización de las instituciones es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta. Para que la atención brindada por dichas instituciones de salud, sea de calidad el grupo de profesionales encargado de hacerlo, debe tener en cuenta su preparación, sus conocimientos, no solamente desde el punto de vista científico sino desde todas las dimensiones del hombre: costumbres, cultura, creencias religiosas, etc., las cuales en un momento determinado caracterizarán la atención que éste requiera.²⁰ Asimismo es necesario considerar las necesidades y el bienestar integral de los pacientes, teniendo como base, la idea que el humanizar las instituciones de salud va más allá de adquirir tecnología, y por eso se deben practicar el respeto, la hospitalidad, el civismo, la buena comunicación²⁹ aspectos de unas relaciones empáticas: amabilidad, calidez, comunicación, afecto y confidencialidad.²³⁻³¹

Por otra parte, Nizama establece como objetivos y estrategias el promover en el personal de la salud la sensibilidad humana, la solidaridad, la calidez, la sapiencia, el respeto por sí mismo y la interiorización y acción en pro de la ética, la moral y los derechos humanos del paciente y su familia.²⁷ Para lograr lo anterior se necesita escucha activa, motivación para cultivar una adecuada imagen personal y desempeñarse como líder en su ocupación.²⁶ Ariza Olarte afirma que las instituciones universitarias formadoras, quienes además de transmitir los conocimientos científicos, están llamadas a inculcar los valores morales y éticos como eje transversal a través de todo el proceso formativo, con el propósito de lograr la excelencia y el mejor adiestramiento posible.¹⁹

El ejercicio de la salud en Colombia, a pesar de que hay pocos registros en materia de humanización de la salud, se ha convertido para efectos de la calidad de la atención clínica, en el ejemplo más claro de lo que últimamente los usuarios reclaman de las instituciones: un tratamiento más humano y digno.³²

Santacruz Bravo, filósofo y psicólogo afirma que es posible recuperar la dignidad humana a partir de concentrar todos nuestros esfuerzos en la persona del paciente y no en su exterior³²

5.3 Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en salud

Mediante el Decreto 1011 de 2006, se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cuyo artículo 4° se contemplaron como componentes de éste, el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la

Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. ¹¹

Sistema único de acreditación

Conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Entidades Administradoras de Riesgos Laborales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, las cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. ¹²

La acreditación en salud en Colombia, según su director, el Dr. Carlos E. Rodríguez, viene proponiendo un acercamiento al tema; se trata de proponer soluciones prácticas y visibles a los problemas reconocidos e impulsar a las instituciones en el abordaje de la problemática ⁵

Tal como lo afirma Rodríguez “La salud está atravesando por una crisis humanitaria” los servicios de salud se han convertido en una mercancía, ⁵ la salud es comercializada y percibida como un negocio. ⁴ La tecnología, que se supone al servicio de las personas ha distanciado la relación entre los seres humanos que prestan el servicio y los que lo reciben y dicha relación ha pasado a ser mediada por máquinas⁵ El lenguaje empleado por los profesionales también ha sido una causal de distanciamiento entre el profesional y el paciente, ya que las personas escuchan en los servicios de salud, términos que desconocen y que se refieren a su propio cuerpo. ⁵ El talento humano en salud, cada vez con mayores presiones laborales, con dificultades salariales, pérdida del ingreso y dificultades para mantener su estatus, reaccionan ante su propia situación, a veces agravando la distancia. ⁵ Se destaca la importancia de la Acreditación en salud en Colombia, la cual ha sido una herramienta que ha propuesto un acercamiento al tema; a través de reflexiones sobre aspectos puntuales de la humanización que desarrolla estrategias que permitan un abordaje más apropiado en este sensible tema.

Vertientes de abordaje de la humanización de los servicios de salud

Primera vertiente: Constituida por trabajo que desde hace décadas realizan algunas comunidades religiosas católicas, han dedicado buena parte de sus esfuerzos al cuidado de la salud y especialmente a aspectos de la humanización del servicio tales, como la acogida (hospitalidad), el diálogo, el apoyo espiritual y emocional, la escucha activa y el consuelo ante la tragedia. ⁵

Segunda vertiente: Inspirada en la reivindicación de los derechos y los deberes, la autonomía y el respeto de la voluntad de los pacientes, como eje de la atención humanizada. Este segundo abordaje, parte especialmente de los

principios y aplicación de la bioética y de la reflexión jurídica y filosófica, pues orientan las actuaciones de los profesionales de la salud hacia el respeto de la dignidad y de la autonomía de la persona.⁵

Tercera vertiente: Es una tendencia intermedia que ve la humanización de la atención en salud, como un reto de calidad de las instituciones, La humanización surge entonces como una política institucional que debe dar respuesta a necesidades singulares de usuarios y trabajadores.⁵

Rodríguez E. en su artículo publicado en el año 2017 expone que el principal aporte de la acreditación se basa en plantear requisitos de calidad apropiados a las realidades, y que los mismos se conozcan, apliquen y se midan los resultados. También propone una participación cada vez mayor de los actores; por ejemplo avanzar en vínculos entre instituciones acreditadas y sus pacientes, ya que esos tienen mucho que decir sobre las condiciones como son atendidos.⁵

5. Marco Conceptual

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.⁶

Humanización de los servicios de salud: Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.⁷

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud: Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país ¹¹.

Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes: 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad. ¹¹

El Sistema Único de Acreditación en Salud: Conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. ¹²

Principios El Sistema Único de Acreditación en Salud se orientará por los siguientes principios ¹²

- **Gradualidad:** El nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. ¹²
- **Manejo de información:** La información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación. ¹²

- **Integralidad:** La acreditación sólo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación.¹²

Certificación: Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos.³³

Estándar: Manera escrita y definida de hacer una cosa. Son normas, parámetros, objetivos a cumplir.³³

Acreditación: Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función.³³

6. Metodología

6.1 Tipo de Estudio

Revisión Bibliográfica

Esta monografía se realizó a través de una revisión bibliográfica con respecto a la humanización de los servicios de salud en el marco de la acreditación en Colombia, en las bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud como: Scielo, Pubmed y Lilacs, a las cuales tiene acceso la Universidad de Antioquia por medio del portal del sistemas de Bibliotecas, pagina web del Ministerio de Salud y Protección social; artículos de revisión y opinión, publicaciones relacionadas con los factores que afectan la humanización de los servicios de salud, entre otros más que fueron útiles en la revisión bibliográfica. Adicionalmente se revisó el modelo de humanización la IPS Universitaria “Amor por la vida”.

6.2 Criterios de Inclusión

Los artículos que se seleccionaron para la revisión bibliográfica cumplieron con los siguientes criterios:

- Literatura disponible en español.
- Resumen o texto completos y disponibles.
- Publicaciones de trabajos originales, artículos de revisión y de opinión relacionados con la humanización de los servicios de salud en Colombia.

6.3 Estrategia de Búsqueda

Con respecto a la realización de la monografía Humanización de los servicios de salud en el marco de la acreditación en Colombia, se adaptaron palabras a un lenguaje científico para facilitar su búsqueda en las bases de datos Scielo, Pubmed y Lilacs.

Se realizaron visitas a la IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia, con el fin de obtener la información relacionada con el modelo de humanización que vienen implementando.

6.4 Consideraciones Éticas

Se protegieron todos los derechos de autor de los estudios que se revisaron para la realización de la monografía, se citaron los nombres y títulos conservando la creación intelectual.

Se cumplió además con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

7. Resultados

Se eligieron 4 artículos según los criterios de búsqueda de la monografía. A continuación se describe según los autores, los factores que afectan la humanización tomando como referencia la acreditación.

7.1 Factores que afectan La Humanización tomando como referente la acreditación en Colombia.

Cuadro 1. Enfoque de Humanización de la Atención desde la Acreditación en Salud

<p>Artículo 1. Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en salud-- por: Dr. Carlos Édgar Rodríguez, Director de acreditación en salud, ICONTEC.</p>	<p>Estándares de acreditación con los que se relaciona</p>
<p>El Doctor Carlos Edgar Gaviria en su artículo de Enfoque de Humanización en salud desde la acreditación menciona diferentes factores que han afectado la humanización y los cuales de una u otra forma se encuentran relacionados con los estándares de acreditación. Carlos Edgar considera que el problema de la Humanización de los servicios de salud en Colombia no es desde luego un problema exclusivo del personal de salud o de las instituciones, sino que es un problema que compete a todo el sector, a la sociedad y al mundo entero.</p>	<p>Estándar 32. Código: (AsPL11) En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:</p>
<p>Las principales causas que afectan la Humanización según el artículo, en primer lugar es la concepción en el momento de la salud como una mercancía, las implicaciones del desarrollo tecnológico y la excesiva dependencia de él, las relaciones humanas en general y las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. El autor afirma que estos factores se han agravado con el paso del tiempo y por tanto requiere de una intervención urgente.</p>	<p>*Desarrollo a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.</p>
<p>La salud todos los días es vista como una mercancía y como fuente de ingresos, a tal punto que cuando se habla de usuarios se piensa solo en términos económicos (unidad de pago, casos catastróficos). Para abordar este factor causante de la deshumanización el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia plantea diferentes estándares que buscan que las instituciones de salud</p>	<p>*Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.</p>

<p>Artículo 1. Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en salud-- por: Dr. Carlos Édgar Rodríguez, Director de acreditación en salud, ICONTEC.</p>	<p>Estándares de acreditación con los que se relaciona</p>
<p>tengan en cuenta al ser humano y que por lo tanto se planee la atención en salud que se va a brindar, que se construya una política de atención Humanizada donde el respeto, la privacidad y la dignidad sean un elemento fundamental, que las instituciones tengan procesos estandarizados y que permitan al usuario diferentes puntos de vistas de su enfermedad, que desde la alta dirección se promuevan acciones orientadas a la atención humana y centrada en el paciente y en su familia.</p> <p>Estos estándares van orientados a que las instituciones prestadoras de servicios de salud trabajen día a día en la excelencia y en el mejoramiento continuo pero principalmente en cambiar la idea de los profesionales de salud, de los mismos usuarios, de la sociedad en general, que la salud no es una mercancía y que el paciente es un ser humano que siente, piensa y razona. Otro de los factores que afectan en mayor medida la humanización es la tecnología, la cual ha llevado a un distanciamiento entre los seres humanos, toda vez que las llamadas son atendidas por contestadoras o máquinas lo cual desplazan el diálogo y la cercanía; por este motivo dentro del manual de acreditación se encuentran los estándares de gerencia de la tecnología y la cual incluye la humanización en su Estándar 119. Otro factor grave según el autor que ha deshumanizado más los servicios de salud, ha</p>	<p>Estándar 119. Código: (GAF1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:</p> <p>*Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.</p>

<p>Artículo 1. Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en salud-- por: Dr. Carlos Édgar Rodríguez, Director de acreditación en salud, ICONTEC.</p>	<p>Estándares de acreditación con los que se relaciona</p>
<p>sido la trivialización creciente de las relaciones humanas y el distanciamiento cada vez mayor en el trato y la comunicación, específicamente en el Estándar 32 en su criterio de desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares; con este criterio se trata de mitigar este factor que afecta profundamente la humanización en la prestación de los servicios, además se incluye al personal asistencial o de apoyo a ser parte de la institución y a tener sentido de pertenencia hacia ella, generando así una prestación de servicio más humano y eficiente.</p> <p>Por otra parte los medios de comunicación también han aportado a que los servicios de salud se vean afectados por la deshumanización, toda vez que, hacen con frecuencia eco de los casos en los que la negligencia y la insensibilidad terminan haciendo daño a un paciente, sin analizar el contexto y sin evaluar la posición de la contraparte, por eso igualmente en el Estándar 32 en su criterio de Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los paciente, se exige a las instituciones que quieren contar con la acreditación que la información de los pacientes sea tratada de forma respetuosa.</p> <p>Finalmente Carlos Edgar agrega otro factor que considera igual o de mayor gravedad que los anteriores y es el flujo de recursos, que restringe de alguna manera las actuaciones de los profesionales, la alta rotación del personal, los cambios en la forma de contratación , las modificaciones al sentido de pertenencia institucional y hasta las agresiones de pacientes y familia. Todos estos factores que afectan la prestación de los servicios de salud de forma humanizada, de alguna u otra manera se encuentran implícitos positivamente dentro de los estándares de acreditación.¹</p>	

Cuadro 2. La Humanización de la atención en los servicios de salud: Un asunto de cuidado.

<p>Artículo 2. La Humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado (2015) Por: Martha Liliana Correa Zambrano Enfermera. Especialista en Epidemiología. Universidad Autónoma de Bucaramanga</p>	<p>Estándares de acreditación con los que se relaciona</p>
<p>La enfermera y especialista en epidemiología Martha Liliana Correa Zambrano presenta en su artículo La humanización en los servicios de salud: Un asunto de cuidado (2015) algunos factores que afectan la humanización. La autora considera que aspectos como la tecnificación de los servicios de salud, la prioridad por la eficiencia y el control del costo, han hecho que el personal de salud anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano.⁴ Dentro del manual de acreditación se encuentran los estándares de gerencia de la tecnología la cual contempla la humanización en el Estándar 119.</p> <p>Otro de los factores que afecta en mayor medida la humanización lo constituye la falta de preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, para que de este modo se pretenda atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social,⁴ este factor se encuentra directamente relacionado con el los estándares de recurso humano; más específicamente en el Estándar 106.</p>	<p>Estándar 119. Código: (GAF1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:</p>
<p>La autora considera que la actitud del cuidado solamente ocurre cuando la existencia de alguien tiene importancia para el otro, entonces se dispone a participar de la vida de este, nunca como acto enteramente consciente, intencional o controlable. Desde la perspectiva de los usuarios existen dificultades en la atención brindada por los profesionales de salud, especialmente en su integridad, esta situación puede presentarse como consecuencia del sistema de salud, donde la persona como sujeto de derecho es cada vez más invisible.⁴</p> <p>La humanización de la salud implica una confrontación entre dos culturas distintas, entre</p>	<p>*Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.</p> <p>Estándar 106. Código: (TH4) Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución,</p>

<p>Artículo 2. La Humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado (2015) Por: Martha Liliana Correa Zambrano Enfermera. Especialista en Epidemiología. Universidad Autónoma de Bucaramanga</p>	<p><i>Estándares de acreditación con los que se relaciona</i></p>
<p>dos maneras de ver el mundo. ⁴ Por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos. Otro de los factores lo constituye la concepción que ha dado el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia a la humanización, ya que esta es concebida solo como un imperativo ético para el Sistema de Salud y no como un atributo que debe tener de la prestación del servicio, ⁴ en este factor actúa positivamente el estándar 96, el cual orienta a las organizaciones a la implementación de la política de humanización y al cumplimiento del código de ética.</p>	<p>profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <p>*Las competencias deben incluir: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.</p> <p>Estándar 96. Código: (GER.9) : La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la</p>

<p>Artículo 2. La Humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado (2015) Por: Martha Liliana Correa Zambrano Enfermera. Especialista en Epidemiología. Universidad Autónoma de Bucaramanga</p>	<p><i>Estándares de acreditación con los que se relaciona</i></p>
	<p>aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dignidad personal. • Privacidad. • Seguridad. • Respeto. • Comunicación.

Cuadro 3. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. (2016)

<p>Artículo 3. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. (2016) Por: Julián Darío Santacruz Bravo: Filósofo, Psicólogo, Esp. Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud.</p>	<p>Estándares de acreditación con los que se relaciona</p>
<p>Una de las mayores preocupaciones que afrontan los profesionales y pacientes de los sistemas de salud, es la humanización, por esto el autor enuncia en su artículo “Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. (2016) Algunos factores que la afectan. Resolución 13437 DE 1991: Por la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adoptan el decálogo de los derechos de los pacientes.</p>	<p>Estándar 32. Código: (AsPL11) En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:</p>
<p>El autor considera que la falta de sensibilización frente a los procesos sociales, que incluyen un adecuado tratamiento de los procedimientos en salud, infiere la presencia de algunos elementos que atentan contra la calidad de vida de los usuarios, el usuario de la salud sigue siendo entendido como un organismo enfermo, aislado, un cuerpo desprovisto de su singularidad y restringido al conocimiento técnico-científico que rodea la experiencia clínica lo que lo aleja cada vez mas de sus derechos fundamentales en el marco de una democratización de la salud.³²</p>	<p>*Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.</p>
<p>Otro de los factores lo constituye la conducta dirigida a centrar la atención más en la enfermedad que en el cuidado de la salud, desatendiendo a la persona en su integridad lo que se conoce como el desconocimiento absoluto de “ese otro” y de sus derechos, el sujeto borrado, el sujeto anulado.³²</p>	<p>*La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.</p>
<p>La concepción tradicional que aún manejan las facultades de medicina donde “el doctor sabe más”, “el doctor decidirá”, o el “paciente no necesita saber”, siguen siendo temas controvertidos en el entrenamiento del profesional y juegan un papel legítimo en la práctica médica,³² en los hospitales el enfermo es sujeto de su enfermedad, es decir que se trata de</p>	<p>Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la</p>

<p>Artículo 3. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. (2016) Por: Julián Darío Santacruz Bravo: Filósofo, Psicólogo, Esp. Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud.</p>	<p>Estándares de acreditación con los que se relaciona</p>
<p>un caso; en la clínica,</p> <p>Santacruz Bravo expresa en el artículo que desde los tiempos del juramento hipocrático, se planteaban aspectos relacionados con la importancia de conservar el concepto de humanidad;³² tal es el caso de principios como: el respeto al paciente, la confidencialidad, la accesibilidad y la competencia profesional, dichos principios guardan estricta relación con el estándar 32 de acreditación en salud, donde se plantea que las organizaciones deben asegurar que existe una política de confidencialidad y privacidad frente a la información del usuario y que dicha información será tratada de forma respetuosa, también guarda relación con el estándar 78 donde se menciona la política de atención humanizada, el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad.</p>	<p>seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p> <p>*La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>

Cuadro 4. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia

<p>Artículo 4. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia Cano SM, Giraldo A, Forero C.</p>	<p>Estándares de acreditación con los que se relaciona los factores que afectan la humanización</p>
<p>En este artículo se describen los resultados de una investigación realizada a los usuarios del régimen subsidiado residentes en la comuna 16 de la ciudad de Medellín, Colombia, en el año 2010, el cual comprende las experiencias y significados que tienen los beneficiarios sobre calidad de la atención en los servicios de salud.</p> <p>En este estudio se definieron 4 fases de la atención en salud para que los encuestados respondieran su percepción acerca de la calidad en los servicios prestados. La primera Fase es la Pre-atención en esta los participantes identificaron barreras institucionales que dificultan el acceso a los servicios, tales como: la imposibilidad de la consecución de citas porque no contestan al teléfono o las fichas que distribuyen para asignar los turnos, son insuficientes, otras barreras están relacionadas con comportamiento del usuario generado por desconocimiento.³⁴</p> <p>En la segunda fase del proceso es la atención inicial es en el cual el usuario ya consiguió la cita y tiene contacto directo con la institución, en este los participantes de este estudio identificaron obstáculos e incomodidades como los daños en el sistema, excesivos trámites, esperas largas e incómodas, silla y baños insuficientes, falta de aseo y espacios estrechos.</p> <p>La tercera fase es la atención inicial, esta es donde los usuarios reciben atención médica y espera a encontrar solución a su problema, ayuda y comprensión; en este los participantes de este estudio afirman que el personal de salud se</p>	<p>Estándar 32. Código: (AsPL11) En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:</p> <p>*Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información,</p> <p>*El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.</p> <p>*Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.</p> <p>*Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.</p> <p>Estándar 106. Código: (TH4) Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias</p>

<p>Artículo 4. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia Cano SM, Giraldo A, Forero C.</p>	<p>Estándares de acreditación con los que se relaciona los factores que afectan la humanización</p>
<p>convierte en un interrogador y juez, además de que su lenguaje es muy técnico y esto no permite una comprensión mutua entre usuarios y empleados del sistema, convirtiéndose en una barrera más en el proceso de atención.³⁴</p> <p>Finalmente se encuentra la fase de Post atención donde se identifican factores o barreras similares a la de la fase de pre atención, el cual exige a los usuarios a tener conocimientos de la normatividad, conocimiento de las ubicaciones de los diferentes servicios dentro y fuera de la institución, tiempo y paciencia.</p> <p>Todas estas barreras que identificaron los participantes de una u otra manera apuntan a los factores que deshumanizan cada día la atención de los servicios de salud.</p>	<p>también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <p>*Las competencias deben incluir: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.</p> <p>Estándar 110. Código: (TH8) La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con:</p> <p>*Humanización del servicio.</p>

7.2 Fortalezas relacionadas con el trato humanizado en el sistema de salud basado en la acreditación en Colombia

Para este objetivo se analizaron los mismos 4 artículos según los criterios de búsqueda de la monografía, de la parte anterior, esto con el fin de visualizar como el autor identifica factores que afectan la humanización pero a la vez la identificación de aquellas fortalezas que hacen que la humanización sea cada vez más incorporada en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.

A continuación se describe las fortalezas identificadas en cada uno de los artículos y su vínculo con la acreditación.

Artículo 1. Enfoque de Humanización de la Atención desde La Acreditación En Salud-- Por: Dr. Carlos Édgar Rodríguez, Director de Acreditación en Salud, ICONTEC.

El autor de este artículo además de resaltar los factores que afectan la humanización de los servicios de salud, también resalta algunas fortalezas o factores positivos que dan lugar a que se avance día a día en el tema. Menciona que actualmente las ciencias de la salud viven hoy un momento estelar en términos de **Capacidad de respuesta** a complejos problemas de salud, que en el pasado llevaban directamente a la muerte, esto lo relaciona con el desarrollo de la tecnología que cada día sorprende y aumenta las expectativas de vida del ser humano. La tecnología a pesar de que también es pensada como un factor que afecta de alguna forma la humanización, a la vez y en muchas circunstancias se convierte en una gran fortaleza, esta se relaciona con el **Estándar 119**, el cual refiere que se debe utilizar la tecnología disponible para beneficios y riesgos de los usuarios.

Rodríguez propone entender dos vertientes tradicionales del abordaje de la humanización; en la primera vertiente considera que muchas instituciones de salud tradicionales y reconocidas se encuentran fundadas bajo preceptos de hospitalidad, apoyo espiritual, diálogo, escucha y consuelo, lo que acerca al término de humanización actual, ya que dentro del **Estándar 32** se encuentra contemplado que la institución que desee obtener la acreditación debe plantear estrategias que aborden el apoyo espiritual, emocional y el diálogo como una forma de humanización hacia los usuarios internos y externos.

Una segunda vertiente que el autor plantea es la inclusión de Sentencias y fallos de la Corte Constitucional y las demás instancias jurídicas que reivindican los derechos de los ciudadanos a recibir atención humanizada y sensible a sus necesidades; estas sentencias orientan a que los profesionales actúan con respeto de la dignidad y autonomía de los usuarios. Estas sentencias se pueden considera como una fortaleza del abordaje de la humanización de los

servicios de salud y la cual se encuentra relacionada con el Estándar del Talento Humano **110**.

Finalmente Carlos Edgar propone una tercera vertiente que es la Acreditación, la cual ve la humanización en salud como un reto de calidad de las instituciones, además de que contribuye con buenas prácticas a generar la mejor experiencia para un paciente y su familia. La exigencia de la política de seguridad del paciente fue un paso inicial del proceso de acreditación en salud y de la humanización, ya que para hablar de humanización primero se debe hablar de seguridad.¹

Artículo 2. La Humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado (2015) Por: Martha Liliana Correa Zambrano Enfermera. Especialista en Epidemiología. Universidad Autónoma de Bucaramanga

La enfermera y especialista en epidemiología Martha Liliana Correa Zambrano presenta en su artículo *La humanización en los servicios de salud: Un asunto de cuidado (2015)* algunos factores y estrategias que favorecen el trato humanizado en los servicios de salud.

La autora propone **la comunicación** como elemento principal que propicia los encuentros entre quienes participan en la recepción y oferta del cuidado, “Cuidado es inherente a la vida, ningún tipo de vida puede subsistir sin cuidado, cuidar es ayudar a vivir e intentar evitar el sufrimiento y también, ayudar a morir”.⁴ Plantea que **el cuidado humano** debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. El cuidado implica entonces **la comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad y en su integridad.**⁴

Correa Zambrano afirma que otro elemento fundamental es **la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios**, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de modo que se pretenda atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social,⁴ explica que es fundamental que todos los profesionales **orienten su conocimiento al servicio de los demás, situando en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado, resaltando la dignidad humana**⁴ y ofreciendo una óptima atención, comunicación e información a los usuarios, pacientes, familias y otros profesionales involucrados en el sistema.

La autora propone como estrategia para favorecer la humanización que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, **implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean**

fundamentadas en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global.⁴

Otra estrategia propuesta por Correa Zambrano para favorecer la humanización en salud, es un **cambio en las estructuras de las organizaciones y cambios de comportamiento**, no solo de quienes prestan los servicios de salud, sino de quien crea las políticas y programas en salud y educación, ya que el **cambio debe ser estructural, debe involucrar todos los sectores a nivel político, social y cultural** para lograr el perfeccionamiento del sistema.⁴ Dicha estrategia guarda estricta relación con el estándar 104 Proceso para la planeación de talento humano, el cual propone mejoramiento en la seguridad el paciente, humanización y un cambio en la estructura organizacional.

Una tercera estrategia es lograr la **articulación de los servicios de atención en salud, de manera que puedan estar organizados y proceder de la forma más apropiada**⁴ a satisfacer las expectativas de los usuarios, profesionales y gestores de salud.

La autora afirma que la humanización de la salud apunta al objetivo central de **orientar la actuación en el mundo de la salud hacia el servicio de la persona enferma, considerándolo en su globalidad personal** y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidez, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual.⁴

Correa Zambrano concluye que Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano. Siendo más enfáticos, fundamentalmente es el **reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, que logre sentirse valorado como persona con todos sus derechos**, cuando se le deje de ver como un número y cuando la salud deje de percibirse como un negocio.⁴

Se evidencia una fuerte relación con varios estándares de acreditación que tienen como elemento principal dentro de los criterios a evaluar *la humanización del servicio* durante la atención del usuario y su familia, teniendo en cuenta principios tales como dignidad personal, privacidad, seguridad, respeto y comunicación; también se toman en cuenta el desarrollo de habilidades en los profesionales para la comunicación y el diálogo.

Artículo 3. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. (2016)

Por: Julián Darío Santacruz Bravo: Filósofo, Psicólogo, Esp. Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud.

Una de las mayores preocupaciones que afrontan los profesionales y pacientes de los sistemas de salud, es la humanización, por esto el autor enuncia en su artículo *“Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991.”* (2016) Algunos factores favorecen el trato humanizado en los servicios de salud.

Santacruz Bravo propone como elementos fundamentales para favorecer el trato humanizado principios como: el **respeto al paciente**, la **confidencialidad**, la **accesibilidad** y la **competencia profesional**,³² afirma que **el paciente debe ser escuchado** e introyectado con todos los canales de comunicación que vayan más allá de las consabidas “encuestas de satisfacción”, “buzones de sugerencias” o de “quejas y reclamos”.³²

El autor propone que los profesionales deben **aprender a ver en el paciente como un otro**, como un **ser autónomo**,³² para el que cada día tienen que esforzarse en aprender de él, escucharlo y entenderlo, prometer mantener los más altos estándares de integridad personal y competencia y **tener compasión por las personas que requieren de su atención**.³²

El personal de salud está ahora impulsado a reforzar sus habilidades como comunicadores, **defensores de los pacientes, de sus derechos y conciliadores entre los sistemas y sus expectativas**. Es un deber del personal de salud recolectar esta información, protegerla, considerarla y resolverla para tener un conocimiento más cercano a esas necesidades y expectativas de los pacientes, **mejorar la gestión de los servicios de salud con un verdadero enfoque hacia el usuario**.³²

Se propone como estrategia para impulsar la humanización de los servicios de salud la **difusión de una cultura de la salud** a través de la **publicación de artículos científicos, cuya política este dirigida a rescatar a la salud** y con ella, al paciente, como un ser humano integral, más allá de la enfermedad o trauma que lo aqueje,³² también se propone un cambio que incluya la creación de un Centro de Escucha para la Humanización de la Atención al Paciente, el cual está coordinado por un tutor de área con **funciones estrictamente humanitarias** y de calidad de la atención clínica en salud, y cuya cobertura, estará dirigida a dos tipos de población: los sujetos y los promotores de los servicios de salud, de modo que la asistencia dentro, y aún fuera del consultorio, adquiera un sentido “holístico” para los que aspiran a satisfacer sus expectativas en la atención.³²

Claramente se observa una estrecha relación entre los factores que favorecen el trato humanizado y varios estándares de acreditación que promulgan la implementación de una política de atención humanizada, el respeto al paciente, su privacidad y su dignidad. Se tiene en cuenta el desarrollo de habilidades en los profesionales para la comunicación y el dialogo y la aplicación de los derechos y deberes de los pacientes.

Artículo 4. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia Cano SM, Giraldo A, Forero C

Este estudio realizado en el año 2015, se encuentran como los usuarios del régimen subsidiado de la comuna 16 Belén de Medellín utilizan diferentes estrategias para acceder a los servicios de salud y logra superar la barreras, entre ellas se encuentran la Tutela, está según los participantes del estudio, es la solución a los problemas de acceso y un mecanismo de defensa para todos aquellos usuarios a los cuales se les niega la atención y la salud, como derecho fundamental, entre las entrevistas realizadas a usuarios se plasta la siguiente: “Con todo lo de la tutela yo estoy aquí contando la historia, porque si no hubiera sido por la tutela, no hubiera podido realizarme los exámenes, ni la cirugía. Entonces uno tiene que recurrir a una tutela, para poder que lo pueda atender a uno bien” (E2).³⁴

La acción de **tutela** se ha convertido en una fortaleza para la humanización ya que como se menciona en el artículo 1 de este mismo objetivo, las sentencias y los fallos de la corte constitucional orientan a que los profesionales actúan con respeto de la dignidad y autonomía de los usuarios por eso lo relacionamos con el **Estándar 110** de los estándares de Talento Humano.

7.3 Logros de una Institución Prestadora Servicios de Salud, en materia de humanización en el marco de la acreditación en Colombia.

Este ejercicio se llevó a cabo con el modelo de humanización de la IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia, en el cual se comparó con los estándares que apuntan directamente a la humanización.

A continuación se muestra en los diferentes cuadros el grupo de estándares con sus respectivos análisis según el modelo “Amor Por la Vida”.

Cuadro 5 Estándares de planeación de la atención

Estándares de planeación de la atención		
Estándar 32. Código: (AsPL11)		Modelo de Humanización “Amor por la vida”*
N°	Criterios	Análisis
1	Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.	Dentro del modelo de humanización de la IPS no hace referencia a este criterio
2	La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).	Según el criterio de que la privacidad debe ser tanto visual como auditiva, el modelo plantea una Política para la reducción de contaminación visual y auditiva , en la Línea de direccionamiento y gerencia , esta política lleva a que el ambiente y paisaje institucional sea agradable y respetuoso para todos. Igualmente en la Campaña: “Mirar y escuchar sanamente” de la Línea de Ambiente y recursos físicos se trabaja la generación de conciencia en el personal para hacer

* Modelo de Humanización “Amor por la Vida”, IPS Universitaria, Medellín, 08/11/2016

Estándares de planeación de la atención	
Estándar 32. Código: (AsPL11)	Modelo de Humanización “Amor por la vida”*
3	<p>La privacidad debe ser visual y auditiva.</p> <p>de los espacios un ambiente de silencio y agradable ante los ojos. Dentro las dimensiones y derechos de la humanización se expone la Dignidad, en esta se tiene como objetivo tratar al paciente por su nombre, generar espacios de intimidad para desvestirse, respetar y tener en cuenta la cultura y el contexto de cada persona.</p>
4	<p>Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.</p> <p>En la Línea de ambiente y recursos físicos y de la tecnología incluyente se encuentra la estrategia Diseño e implementación del programa de inclusión, en esta se aborda este criterio brindando atención con calidad y eficiencia a todos los usuarios desde el concepto de diversidad, independiente de su situación y condición social, económica, religiosa o de salud, generando valor agregado en su relación con el entorno, la minimización de barreras y una mayor satisfacción, este programa tiene que ver con los espacios y la señalización requerida para las personas con situaciones de dificultad visual, auditiva, de desplazamiento.</p>
5	<p>La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.</p> <p>En la línea de Gestión de la Información y comunicaciones, se aborda este criterio a partir de la estrategia de Procedimiento manejo de la información: este procedimiento orienta a que la información entregada a los medios de comunicación sobre los pacientes se haga de forma respetuosa y no vaya a afectar la integralidad del usuario o de su familia y que sea una información que guarde total confidencialidad. Igualmente se aborda con la estrategia de Confidencialidad de la información en la cual no se da solamente en la política institucional sino además se da en todos los procedimiento de atención realizados en la IPS.</p>
6	<p>En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de</p> <p>La IPS Universitaria tiene en cuenta este criterio al momento de realizar el modelo ya que en su Línea de ambiente y recursos físicos y de la tecnología incluyente se desarrolla la estrategia Espacios con condiciones de privacidad, en la cual todos los procedimientos realizados dentro de la institución cuentan con privacidad y se garantiza que se sientan tranquilos y seguros.</p>

Estándares de planeación de la atención	
Estándar 32. Código: (AsPL11)	Modelo de Humanización “Amor por la vida”*
	muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
7	<p>Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.</p> <p>La Línea de ambiente y recursos físicos y de la tecnología incluyente la estrategia de horarios de visitas cuenta con un procedimiento para la definición de horarios que dan respuesta a las necesidades y preferencias de las personas usuarias, donde los niños, adultos mayores, gestantes y usuarios en condiciones críticas tienen prelación.</p>
8	<p>Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.</p> <p>Este criterio está alineado en el modelo con la estrategia de Procedimiento para atención nutricional de personas hospitalizadas, en la cual se garantiza al paciente hospitalizado una adecuada evaluación por Nutrición y Dietética, mediante la realización de actividades estandarizadas, con el fin de favorecer el estado nutricional, evitar deterioro del mismo y comorbilidades relacionadas a la molturación, en este procedimiento además se identifican las consideraciones, gustos y preferencias de los pacientes en su dieta. Esta estrategia hace parte de la Línea de Prestación y atención del servicio.</p>
9	<p>Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.</p> <p>El modelo cumple completamente con estos dos criterios, toda vez que, en su Línea de Prestación Atención del Servicio, se tiene una estrategia llamada Programa de apoyo emocional a las personas usuarias; esta aporta a mejorar la situación emocional y reducción del dolor de los usuarios. Este programa inicia</p>

Estándares de planeación de la atención		
Estándar 32. Código: (AsPL11)		Modelo de Humanización “Amor por la vida”*
10	Desarrollo a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.	desde el momento en que se identifica la necesidad de un usuario o de su familia que requieran de apoyo emocional, el personal que identifica el caso lo reporta de manera inmediata a psicología o trabajo social para hacer intervención inmediatamente. En esta estrategia se hace estos tres tipos de acompañamiento. <ol style="list-style-type: none"> 1. Acompañamiento a la persona moribunda y apoyo al buen morir. 2. Acompañamiento emocional a familiares y a la muerte de un ser querido. 3. Apoyo emocional a personas usuarias y sus familias ante una noticia desagradable.
11	Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.	En la Línea de Gestión de la Información y Comunicaciones se contempla la estrategia de Procedimiento manejo de la información: en este procedimiento orienta a que la información entregada a los medios de comunicación sobre los pacientes se haga de forma respetuosa y no vaya a afectar la integralidad del usuario o de su familia y que sea una información que guarde total confidencialidad.
12	Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.	Este criterio es tomado en cuenta en el modelo de humanización de la IPS Universitaria, se aborda a partir de la estrategia llamada Programas de abordaje integral del manejo del dolor , el cual garantiza un manejo pertinente de los usuarios que presentan dolor al momento de la consulta, en el momento de la prescripción y administración de medicamentos los horarios son articulados con el reposo del paciente, vías de administración que consideren comodidad y dolor.
13	Abordaje integral del manejo del dolor.	

Estándares de planeación de la atención		
Estándar 32. Código: (AsPL11)		Modelo de Humanización “Amor por la vida”*
14	Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.	Este criterio se cubre con la estrategia de Modelo de atención Integral basado en el ser , en este se busca que se dé la humanización desde los procesos de prescripción y administración de medicamentos mediante horarios articulados con reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y dolor. Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables. Este se da en la Línea de prestación atención de los servicios .
15	Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.	Este criterio está alineado con el modelo, en la Línea de ambiente y recursos físicos y de la tecnología incluyente , se encuentra la estrategia de Sala de paz y respeto por el cadáver , este es un espacio donde se lleva el cadáver para que su familia transitoriamente este con él mientras se realicen las diligencias pertinentes. Con respecto al apoyo emocional a la familia se aborda desde la Línea de Prestación Atención del Servicio , donde se hace acompañamiento emocional a familiares y a la muerte de un ser querido.
16	Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.	En el modelo de humanización de la IPS se tiene una Política para la reducción de contaminación visual y auditiva , la cual permite que el ambiente y el paisaje institucional sean agradables y respetuosos para todos. Esta se incluye dentro de la Línea de direccionamiento y gerencia . Igualmente se tiene para el cumplimiento de este criterio la Campaña: “Mirar y escuchar sanamente” , esta campaña está dentro del programa “más Humanos por amor a la vida”, su objetivo es generar conciencia en el personal para hacer de los espacios un ambiente de silencio y agradable ante los ojos. Esta hace parte de la Línea de ambiente y recursos físicos y de la tecnología incluyente .

Estándares de planeación de la atención		
Estándar 32. Código: (AsPL11)		Modelo de Humanización “Amor por la vida”*
17	Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).	Diseño e implementación del programa de inclusión es una estrategia que brinda atención con calidad y eficiencia a todos los usuarios desde el concepto de diversidad, independiente de su situación y condición social, económica, religiosa o de salud, generando valor agregado en su relación con el entorno, la minimización de barreras y una mayor satisfacción, este programa tiene que ver con los espacios y la señalización requerida para las personas con situaciones de dificultad visual, auditiva, de desplazamiento. Además Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc. Esta estrategia se encuentra en la Línea de Ambiente y recursos físicos.
18	El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.	En la Línea de Prestación y Atención de los Servicios , en el cual se hace referencia que la prestación de los servicios debe ser verdaderamente orientado hacia el ser humano, donde se proporcione todo el acompañamiento necesario para lograr sus metas en salud. Esta línea trabaja la estrategia Procedimiento apoyo espiritual y religioso , donde se tienen en cuenta las tradiciones y creencias de los usuarios; ya que en esta se tiene un convenio con la iglesia para la distribución de la comunión y de los sacramentos de confesión y de in artículo moví. Además se incluye en la Línea de Ambiente y recursos físicos en su estrategia de espacio de encuentro y reflexión , la IPS Universitaria cuenta con un espacio dedicado a la oración y reflexión independiente del credo a religión que profese tanto los colaboradores como las personas usuarias. Este espacio se encuentra ubicada en bloque uno y bloque tres.

Estándares de planeación de la atención		
Estándar 32. Código: (AsPL11)		Modelo de Humanización “Amor por la vida”*
19	Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.	Diseño e implementación del programa de inclusión, es una estrategia que brinda atención con calidad y eficiencia a todos los usuarios desde el concepto de diversidad, independiente de su situación y condición social, económica, religiosa o de salud, generando valor agregado en su relación con el entorno, la minimización de barreras y una mayor satisfacción, este programa tiene que ver con los espacios y la señalización requerida para las personas con situaciones de dificultad visual, auditiva, de desplazamiento. Además Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc. Esta se en cuenta en la Línea de Ambiente y recursos físicos.
20	Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.	Modelo de atención Integral basado en lo humano: la prestación del servicio debe estar verdaderamente orientado hacia el ser humano, donde se le proporcionen todo el acompañamiento necesario, el apoyo emocional para que las personas usuarias del servicio se sientan partícipes de su cuidado, de manera tal que puedan lograr sus metas en la salud. El personal de IPS debe de estar en la capacidad de desarrollar habilidades que les permita ayudar a nuestros usuarios a lograr su mejora, a apoyarlo en su emocionalidad. Para esto IPS, busca desarrollar estrategias diferentes estrategias que permitan la atención cortés y respetuosa a los usuarios y a su familia, estas se pueden encontrar dentro de La Línea de prestación atención de los servicios.

Estándares de planeación de la atención	
Estándar 32. Código: (AsPL11)	Modelo de Humanización “Amor por la vida”*
21	<p>Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.).</p> <p>Dentro de la Línea de ambiente y recursos físicos y de la tecnología incluyente se tiene en cuenta la estrategia de Aulas Hospitalaria, las cuales son espacios para que los niños no pierdan la continuidad en su proceso escolar y que puedan además realizar actividades lúdicas que le permitan reducir su nivel de angustia en la institución por su situación de enfermedad, esta aula es atendida por estudiantes en práctica. Se complementa este criterio con el Programa de lectura saludable, en la cual la Escuela de bibliotecología de la Universidad de Antioquia apoya con un grupo de voluntarias promotoras a la lectura junto con el área de Trabajo social de IPS Universitaria, está dirigido a los adultos mayores y sus familias, y busca promover espacios de lectura en voz alta, actividades lúdicas y préstamos de material de lectura y lúdicos (parques, dominó, cartas, adivinanzas entre otros), generando momentos de bienestar y reflexión durante su estancia. Esta estrategia se encuentra en la Línea de gestión de la información y comunicaciones. Un lenguaje genuino y positivo.</p>
22	<p>El desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados.</p> <p>La Línea de direccionamiento y gerencia cubre este criterio del estándar de Prestación de la atención la cual su objetivo es divulgar a todos los colaboradores y todo el personal de la institución el compromiso desde la misión y visión en la atención centrada en el paciente. Para dar cumplimiento a los este estándar que se relacionan directamente con la Humanización el modelo formula cinco estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formular y divulgar la política de humanización, 2. Formular y divulgar la política de confidencialidad y privacidad, 3. Política para la reducción de contaminación visual y auditiva, 4. Definición de despliegue del código de ética y código de buen gobierno y 5. Constitución y operativización del comité de humanización. Estas estrategias se pensaron para que desde la plataforma estratégica se debe hablar el mismo idioma

Estándares de planeación de la atención	
Estándar 32. Código: (AsPL11)	Modelo de Humanización “Amor por la vida”*
	y se genere cambio en la cultura.
23	<p>Gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.</p> <p>Para todos los correctivos que la institución deba realizar con respecto a la humanización, el modelo desarrolla una Línea de mejoramiento la cual busca que el modelo de humanización se encuentre en constante transformación de cultura en la organización y que sea un modelo sostenible en el tiempo generando verdaderamente aprendizajes, por esto sugiere dos estrategias:</p> <p>1. Gestión de sucesos clínicos: este se refiere al reporte que se realiza por medio del Software de Calipsu, donde se canalizan todas aquellas situaciones o casos que están atentando contra la integridad, del ser humano, estos casos se remiten a Talento Humano y allí se gestionan.</p> <p>2. Grupo de código Blanco: este grupo es por el cual se focalizan los momentos de verdad en los que no se está brindando un trato amable y cortés por parte del usuario al funcionario y son canalizados para dar respuesta de inmediato.</p>
24	<p>Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>

Cuadro 6. Estándares de ejecución del tratamiento

<i>Estándares de ejecución del tratamiento</i>		
<p>Estándar 44. Código: (AsEJ5) La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.</p>		<p>Modelo de Humanización “Amor por la vida”</p>
N°	Crterios	Análisis
1	La ejecución del tratamiento aborda estrategias de humanización de la atención.	No se encuentra dentro del modelo de humanización, sin embargo la IPS si cuenta con este estándar en el modelo de atención en salud

Cuadro 7. Estándares de Dirección

Estándares de dirección		
<p>Estándar 75. Código: (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios:</p>		<p>Modelo de Humanización “Amor por la vida”</p>
N°	Criterio	Análisis
1	La humanización durante la atención del usuario y su familia.	Con respecto a los estándares de Direccionamiento que se ilustran en este cuadro, el modelo de humanización de la IPS universitaria plantea una Línea llamada direccionamiento y gerencia, alineación de la misión individual con la organizacional , la cual el eje y enfoque de la humanización se contempla desde la plataforma estratégica, y se afirma el compromiso desde la misión y visión en la atención centrada en el paciente.
<p>Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>		Para dar cumplimiento a los estos estándares que se relacionan directamente con la Humanización el modelo formula cinco estrategias:
N°	Criterio	
1	La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1. Formular y divulgar la política de humanización, 2. Formular y divulgar la política de confidencialidad y privacidad, 3. Política para la reducción de contaminación visual y auditiva,

Estándares de dirección	
<p>Estándar 83. Código: (DIR9) La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.</p>	
<p>4. Definición de despliegue del código de ética y código de buen gobierno y 5. Constitución y operativización del comité de humanización. Estas estrategias se pensaron para que desde la plataforma estratégica se debe hablar el mismo idioma y se genere cambio en la cultura.</p>	
N°	Criterio
1	Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.

Cuadro 8. Estándares de Gerencia

		<i>Estándares de gerencia</i>
<p>Estándar 92. Código: (GER. 5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye</p> <p>Estándar 93. Código: (GER.6) Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:</p>		<p>Modelo de Humanización “Amor por la vida”</p>
N°	Criterios	Análisis
1	Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.	En el modelo de humanización de la IPS Universitaria no se hace referencia sobre estos dos estándares, sin embargo la Institución cumple con estos estándares dentro de otros modelos.
<p>Estándar 96. Código: (GER.9) : La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:</p>		<p>Dentro de la Línea de direccionamiento y gerencia alineación de la misión individual con la organizacional se cuentan con dos estrategias que dan respuesta a este estándar.</p> <p>Formular y divulgar la Política de Humanización: Estas políticas deben de estar orientadas desde la vivencia de los valores individuales a los colectivos o institucionales y Definición y despliegue del código de ética y código de buen gobierno: Este código debe convertirse en la fuente de navegación de todos los colaboradores de IPS, que le permita fortalecerse como representantes de la IPS.</p>
N°	Criterios	

<i>Estándares de gerencia</i>	
1	<ul style="list-style-type: none">• Dignidad personal.• Privacidad.• Seguridad.• Respeto.• Comunicación.

Cuadro 9. Estándares de Talento Humano

Estándares de talento humano		
Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como:		Modelo de Humanización “Amor por la vida”
N°	Criterios	Análisis
1	Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional.	Al realizar un comparativo entre el modelo de humanización que contempla la IPS Universitaria “Amor por la Vida”, y el manual con respecto a los estándares de acreditación enfocados a la Gerencia del Talento Humano, se encuentra que el modelo planteado por la IPS establece una Línea de gestión del talento humano “Diseño e implementación de un modelo de gestión humana basado en competencias, con un enfoque humanista” , esta línea busca que el recurso humano sea uno de los aspectos de más alto impacto en el plan estratégico y en el desarrollo de la organización, donde la adquisición y fortalecimiento de conocimientos, habilidades, actitudes y comportamiento sean fundamentales en la calidad y eficiencia en la organización.

Estándares de talento humano	
<p>Estándar 106. Código: (TH4) Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p>	
N°	Criterios
1	Las competencias deben incluir: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.
<p>Estándar 110. Código: (TH8) La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con:</p>	
N°	Criterios
1	Humanización del servicio.
<p>Al revisar este estándar que hace referencia a la identificación de las competencias del personal y de las necesidades de educación continua que tienen, el modelo apunta estos dos estándares con una estrategia llamada Plan de formación por competencias, el cual busca estar alineada con las competencias que se definan en la organización, y que permitan además el desarrollo de habilidades y capacidades en el personal que labora en la institución</p>	
<p>El modelo planteado por la IPS Universitaria dentro de su Línea de gestión del talento humano orienta con cada una de sus estrategias a sus colaboradores en la responsabilidad que tienen dentro de la institución y se enfoca principalmente a que esa responsabilidad se cumpla con Humanización.</p>	

Cuadro 10. Estándares de Gerencia del ambiente físico

Estándares de gerencia del ambiente físico		
<p>Estándar 119. Código: (GAF1): La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:</p>		<p>Modelo de Humanización “Amor por la vida”</p>
N°	Criterios	Análisis
1	Condiciones para la humanización del ambiente físico.	El modelo de humanización " Amor por la vida" contiene una Línea de ambiente y recursos físicos de la tecnología incluyente , con la cual su objetivo es identificar necesidades de espacios físicos adecuados tanto para los usuarios como para los trabajadores, estos espacios están pensado para garantizar la seguridad y la privacidad de todos los clientes internos y externos así contribuir a humanizar esos ambientes. Esta línea se base en que la contribución de un ambiente físico a la satisfacción o insatisfacción en el trabajo será determinada en la medida en que éste facilite la obtención de los objetivos del usuario mediante la satisfacción de sus necesidades básicas y lograr un confort fisiológico.

Cuadro 11. Estándares de Gestión de la Tecnología

<i>Estándares de gestión de la tecnología</i>		
<p>Estándar 119. Código: (GAF1): La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:</p>		<p>Modelo de Humanización “Amor por la vida”</p>
N°	Criterios	Análisis
1	<p>Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.</p>	<p>Este estándar de tecnología que abarca la humanización, dentro del modelo de la IPS se rectifica con la Línea de ambiente y recursos físicos de la tecnología incluyente, en esta se ve expone la necesidad de humanizar la tecnología; el ambiente hospitalario requiere de mucho apoyo entre ellos la tecnología el cual debe ser brindado y debe tener un acompañamiento por parte de los profesionales de la institución.</p>

Cuadro 12. Gerencia de la Información

Gerencia de la información		
<p>Estándar 141. Código: (GI2) Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye:</p>		<p>Modelo de Humanización “Amor por la vida”</p>
N°	Criterios	Análisis
1	<p>Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</p>	<p>En el modelo de humanización de la IPS no se evidencia una línea o estrategia donde se definan los indicadores corporativos, sin embargo la IPS si identifica los indicadores para evaluar la humanización y son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de satisfacción del cliente interno frente a la cultura de humanización. • Proporción de personal con niveles altos en las competencias relacionadas con la humanización. • Satisfacción del usuario frente a la infraestructura humanizada. (institución limpia y organizada) • Satisfacción del usuario con las condiciones de silencio y descanso. • Satisfacción del usuario con la cercanía de seres queridos. • Satisfacción del usuario frente a la privacidad en la atención • Satisfacción del usuario frente al respeto y empatía en la atención. • Vulneración de los derechos de privacidad. • Adherencia a la guía del dolor, disnea, nauseas. • Medición de la comunicación efectiva • Seguimiento al cansancio del cuidador (proporción de cuidadores de pacientes crónicos que se identificaron y se les dio manejo.

Conclusiones

Hay un gran número de factores que afectan la atención de los servicios de salud con un trato digno y humanizado, la posición de varios autores acerca del tema se dirige a que los factores o causas principales son la tecnificación de los servicios, la poca preparación y sensibilización de los profesionales, la concepción de la salud como una mercancía, las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y la comunicación inefectiva que existe entre médico-paciente. Sin embargo se evidencian acciones que fortalecen la prestación de los servicios de una forma digna y humana.

Actualmente se cuenta con una alta capacidad de respuesta ante muchas problemáticas de salud que anteriormente llevaban inevitablemente a la muerte, y esto ha sido gracias a la tecnología; porque aunque esta sea considerada igualmente un factor de riesgo, al mismo tiempo aporta elementos para que la atención sea humanizada.

La hospitalidad, el apoyo espiritual y el diálogo que tradicionalmente conservan muchas instituciones, se convierten en una fortaleza en el servicio, ya que no solo se da tratamiento a la enfermedad sino además se tiene en cuenta a la persona como Ser.

Las Tutelas juegan un papel importante dentro de las fortalezas que tiene la humanización, gracias a que garantiza la prestación del servicio en las mejores condiciones humanas.

Finalmente y como una de las principales fortalezas que tiene la humanización es la acreditación, debido a que se convierte en un punto de partida para aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que quieren acreditarse, esto se debe a que los estándares enfocados a la humanización se construyeron para mejorar y abordar aquellas condiciones que la afectan y por otro lado se centran en seguir fortaleciendo aspectos que brinden una atención humanizada. Aunque muchos son los estándares que se encuentran relacionados con la humanización, cabe resaltar que el Estándar 32 garantiza por medio de sus 24 criterios, que las instituciones de salud centren sus modelos en el cumplimiento de ellos, ya que de esta dependerá la disminución de los factores que la afectan.

Cada día las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se encuentran más interesadas en el tema de la Humanización. La IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia ha logrado crear un modelo de humanización “Amor por la Vida”, que tiene como objetivo implementar una cultura organizacional centrada en el ser, a través del desarrollo de estrategias desde los diferentes estándares de acreditación alineado a las dimensiones del ser humano.

El modelo de la IPS se encuentra estrechamente relacionado con los estándares de acreditación, toda vez que este se desarrolla a partir de 6 líneas, allí se incluyen programas que son ejecutados por medio de diferentes estrategias que despliegan cada uno de los estándares.

Estas estrategias están enfocadas a desarrollar acciones principalmente en el estándar 32, la cual se enfoca en la preparación para la prestación del servicio e incluye en mayor medida criterios enfocados a la privacidad, el respeto, la comunicación, la espiritualidad, la religión y apoyo en el duelo, entre otros.

Finalmente se concluye con esta monografía que la acreditación ha logrado que las Instituciones de salud avancen en el tema de la humanización del servicio, y que puedan tener una atención con parámetros claros y estandarizados que permitan beneficiar emocional y físicamente a sus usuarios.

Recomendaciones

Se espera que en Colombia se den nuevas investigaciones que incluyan el abordaje de la Humanización de los servicios de salud, en el marco de la acreditación, ya que hay pocos autores que lo hacen como el Dr. Carlos E. Rodríguez, Director Nacional de acreditación en salud, que ha propuesto un acercamiento al tema y considera que hay soluciones prácticas y visibles a los problemas reconocidos e impulsa a las instituciones al abordaje de la problemática.

Las instituciones de salud que deseen abordar la humanización en el servicio, deberán centrarse principalmente en el cumplimiento del **Estándar 32 Preparación de la Atención**, del Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario, dado que este trabaja fuertemente en mejorar los factores que afectan la humanización y conserva sus fortalezas.

Se recomienda que la IPS Universitaria siga trabajando en el cumplimiento del Modelo de humanización “Amor por la vida”, que sus resultados sean publicados en los medios de comunicación y que no se pierda la relación que ha logrado obtener con la acreditación en salud.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez CE. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación. Normas y Calidad (Salud y Bienestar). [Internet] 2012; 13:9-10. [Consultado 2017 Nov 21] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/65/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20N%C2%B0%2087.pdf>
2. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 47957 (Ene.19 2011).
3. Bermejo Higuera, JC. Humanización en salud. Ejes de la acreditación.[Internet] [Consultado 2017 Noviembre 23] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/HumAte.aspx>
4. Correa Zambrano, ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Cuidarte [Internet] 2016; 7: 1210-1218. [Consultado 2017 Nov 21] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>.
5. Rodríguez CE. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación. Normas y Calidad (Salud y Bienestar). [Internet] 2017; 18. [Consultado 2018 Feb 21] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/73/Rev-95-Articulo%20Acreditacion.pdf>
6. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá: Secretaria jurídica distrital;2016
7. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 41.148 (Dic. 23 1993).
8. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social. Diario Oficial 46506 (Ene. 09 2007).
9. Colombia. Congreso de la República. Ley 1393 de 2010: Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud. Diario Oficial, 47768 (Jul 12 2010).

10. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1751 de 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 49427 (Feb.16 2015).
11. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, 46230 (Abr.3 2006).
12. Colombia. Ministerio de salud y protección social .Decreto 093 de 2014: Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. Diario Oficial, 49150 (Mayo. 13 2014).
13. Colombia. Ministerio de la protección social. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Bogotá: Dirección General de Calidad de Servicios Unidad Sectorial de Normalización en Salud; 2011.
14. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. Bogotá: Ministerio de salud y protección social 2016.
15. Guerrero R, Gallego AI, Becerril V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx [Internet] 2011; 53: 144 -155 [consultado 2017 Nov 29]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es.
16. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia, ley 100 de 1993 cinco años después. 4 ed. Bogotá Colombia: Fundación Corona; 1999.
17. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. [Internet] Michigan: Health Administration Pr. 1980 [Actualización 2009 Dic 05; Consultado 2017 Nov 15] Disponible en: <http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
18. Gutiérrez Recacha P. La humanización de la medicina. Educ. méd. [Internet]. 2006; 9: 51-54. [consultado 2017 Nov 13] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000600014&lng=es.
19. Ariza Olarte C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm. univ [Internet] 2012; 9: 41-51. [consultado 2017 Nov 13]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es.

- 20.** Santos Hernández AM. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuad Bioet [Internet] 2003; 14: 39-60. [consultado 2017 Nov 13]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=754843>.
- 21.** Arredondo González CP, Siles González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Internet] 2009; 18: 32-36 [consultado 2017 Nov 13] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es.
- 22.** Barnard A, Sandelowski M. Technology and humane care: (ir) reconcilable or invented difference? J of Adv Nurs, [Internet] 2001; 34: 367-375. [consultado 2017 Nov 20] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11328442>.
- 23.** Gutiérrez Meléndez L. El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención? Enferm Inst Mex [Internet] 2007; 15: 121-123. [consultado 2017 Nov 20] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073a.pdf>.
- 24.** Heluy De Castro C, Efigênia De Faria T, Cabañero Rosa F, Castelló Cabo M. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. Index Enferm [Internet]. 2004; 13: 18-20 [consultado 2017 Nov 13]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es.
- 25.** Escudero Rodríguez B. Humanismo y Tecnología en los Cuidados de Enfermería desde la Perspectiva Docente. Enferm Clin [Internet] 2013; 13:164-170. [consultado 2017 Nov 13]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=622314>.
- 26.** Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Humanized care: a challenge for nursing in the hospitals services. Acta Paul Enferm [Internet] 2007; 20: 499-503. [consultado 2017 Nov 13]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026615010>.
- 27.** Nizama Valladolid M. Humanismo médico. Soc Perú Med. Interna [Internet]. 2002; 15 [Consultado 2017 Nov 20] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v15n1/humanis_medico.htm.
- 28.** Hoyos Hernández P, Cardona Ramírez M, Correa Sánchez D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Invest Educ Enferm. [Internet]. 2008; 26: 218-225. [Consultado 2017 Nov 20] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105212447004>.

- 29.** Redrado JL. Humanicemos el hospital. Bogotá: Cencapas; 1988. p. 47-79.
- 30.** Haidet P, Dains J, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ.* [Internet]. 2002; 36: 568-574. [Consultado 2017 Nov 22] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12047673>.
- 31.** Rodríguez C. Calidad de atención en salud y ley 100 de seguridad social. En: Escobar J, compilador. *Bioética y justicia sanitaria*. Bogotá: Ediciones del Bosque; 1999. p. 147-182.
- 32.** Santacruz Bravo JD. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Univ. salud* [Internet]. 2016; 18: 373-384. [consultado 2018 Abr 18] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000200017&lng=en.
- 33.** Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación- ICONTEC. Normalización: Aportes a la competitividad de las organizaciones Colombianas. [Internet] [Consultado 2016 Nov 14] Disponible en: http://www.icontec.org/SiteAssets/Paginas/Aporte_competitividad/Normalizaci%C3%B3n_aportes.pdf
- 34.** Cano SM, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Pública* 2016; 34(1): 48-53. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06