



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

**INFORME FINAL PROYECTOS SOCIALES DE
DESARROLLO**

| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 1 de 22 |

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
PROYECTO SOCIAL DE DESARROLLO
PRELIMINARES**

LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SENTIDO HUMANISTA

**Presentado por:
Aura Cristina Carrasquilla Largo**

**Trabajo de Grado para optar al título de:
Especialista en Gerencia de la Calidad**

**Universidad Católica de Manizales
Facultad de Ciencias Administrativas
Especialización en Gerencia de la Calidad
Manizales
Noviembre 2020**



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

INFORME FINAL PROYECTOS SOCIALES DE DESARROLLO

Código PRS – F – 11

Versión 2

Página 2 de 22

LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON SENTIDO HUMANISTA

Presentado por:

Aura Cristina Carrasquilla Largo

Asesores:

Erick Marcelo Sepúlveda Vargas

Magíster en Administración de Empresas, Profesional en Gestión Cultural y Comunicativa.
Docente Especialización en Gerencia de la Calidad de la Universidad Católica de Manizales.

Julián Andrés Valencia García

Magister en Ciencias Sociales, Profesional en Administración de Empresas. Docente Especialización en Gerencia de la Calidad de la Universidad Católica de Manizales.

**Trabajo de Grado para optar al título de:
Especialista en Gerencia de la Calidad**

**Universidad Católica de Manizales
Facultad de Ciencias Administrativas
Especialización en Gerencia de la Calidad
Manizales
Diciembre 2020**



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| 1. Introducción..... | 5 |
| 2. Contexto..... | 6 |
| 3. Planteamiento y descripción del problema, necesidad u oportunidad..... | 7 |
| 3.1. Antecedentes..... | 7 |
| 3.2. Problemática/necesidad objeto de intervención..... | 7 |
| 4. justificación de la intervención..... | 8 |
| 5. Objetivos..... | 9 |
| 5.1. Objetivos General..... | 9 |
| 5.2. Objetivos específicos..... | 9 |
| 6. Marco de referencia..... | 10 |
| 7. Identificación de actores..... | 14 |
| 7.1. Población objetivo..... | 14 |
| 7.2. Localización..... | 14 |
| 7.3. Otros actores involucrados en el proyecto..... | 14 |
| 8. Metodología..... | 15 |
| 9. Resultados alcanzados..... | 18 |
| 10. Impacto..... | 18 |
| 10.1. Impacto social..... | 18 |
| 10.2. Impacto académico..... | 18 |
| 10.3 Sostenibilidad de la acción..... | 19 |
| 10.4. Lecciones aprendidas..... | 19 |
| 11. Conclusiones..... | 20 |
| 12. Recomendaciones..... | 20 |
| 13. Bibliografía..... | 21 |
| 14. Anexos..... | 22 |
| 14.1 Documento guía: investigación documental de las normas y herramientas estrategicas: que brinda el gobierno colombiano para la implementación de una política de humanización interna..... | 22 |

| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 4 de 22 |

RESUMEN

El presente proyecto tuvo como **Objetivo:** Realizar un documento sistematizado con las normas y herramientas estratégicas que el gobierno Colombiano brinda a las diferentes instituciones prestadoras de salud para el desarrollo de una atención en salud con sentido humano. **Metodología:** El presente proyecto es una investigación documental secundaria, técnica cualitativa, ya que lo que se pretende es la revisión documental, de normas, leyes, programas o instrumentos que se tengan en Colombia para la implementación y desarrollo de la humanización en la prestación de servicios de salud, apoyado en la revisión bibliográfica en bases de datos sobre la humanización en salud. Los parámetros para búsqueda de información fueron los siguientes: Humanización en la atención en salud en Colombia, Humanización y Leyes, normas y herramientas de calidad y humanización en salud Colombia. **Resultado:** documento guía, INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL DE LAS NORMAS Y HERRAMIENTAS ESTRATEGICAS: QUE BRINDA EL GOBIERNO COLOMBIANO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN INTERNA. **Conclusiones:** Las normas, leyes, herramientas estratégicas como planes y políticas aquí descritas son de apoyo sustancial porque hacen parte del marco referencial normativo y del marco estratégico para el desarrollo de una política de humanización en la atención en salud, ya que como se evidencia cada uno va en pro de la construcción de una prestación en salud con sentido humano. Por último es importante mencionar que la humanización en la prestación de los servicios de salud, debe ser construida desde la sensibilización de todos los actores del sistema de salud, y que es un camino de doble vía, que compete el trato humano del personal sanitario a los usuarios y viceversa, para que realmente se cree un espacio de humanización.

ABSTRACT

The present project had as **Objective:** To produce a systematized document with the norms and strategic tools that the Colombian government provides to the different health-providing institutions for the development of health care with a human sense.

Methodology: This project is a secondary documentary research, qualitative technique, since what is intended is the documentary review of norms, laws, programs or instruments that are in Colombia for the implementation and development of humanization in the provision of health services, supported by the bibliographic review in databases on humanization in health. The parameters to search for information were the following: Humanization in health care in Colombia, Humanization and Laws, standards and tools for quality and humanization in health in Colombia. **Result:** guide document, DOCUMENTARY INVESTIGATION OF THE STANDARDS AND STRATEGIC TOOLS: PROVIDED BY THE COLOMBIAN GOVERNMENT FOR THE IMPLEMENTATION OF AN INTERNAL HUMANIZATION POLICY. **Conclusions:** The norms, laws, strategic tools such as plans and policies described here are of substantial support because they are part of the normative reference framework and the strategic framework for the development of a policy of humanization in health care, since as evidenced by each one goes for the construction of a health service with a human sense. Finally, it is important to mention that the humanization in the provision of health services must be built from the sensitization of all the actors of the health system, and that it is a two-way path, which involves the humane treatment of health personnel. users and vice versa, so that a space of humanization is really created.



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 5 de 22 |

1. INTRODUCCIÓN

“La humanización en el servicio de la salud, dice Asenjo, no se reduce simplemente al buen tratamiento, a las buenas actitudes y las relaciones respetuosas que debe recibir el enfermo en la institución sanitaria en la cual se encuentra, sino que debe integrar también el manejo honesto y pulcro que sus administradores realizan en el ámbito económico, en la gerencia del talento humano, en la remuneración del personal, en las jornadas de trabajo, en la calidad de las instalaciones.” (Bermejo, J. Humanización y Acción. 2018, P 3). Por ello mismo es importante comprender que la humanización de la prestación de los servicios de salud es un asunto que le compete a todos, desde las personas y gobierno que toma las decisiones en cuanto leyes y normas al igual que los entes del sector salud donde se realizan los planes y estrategias, cada uno debe ser un actor activo en la construcción de una cultura de humanización.

El sistema de salud colombiano ha venido presentando grandes avances en la universalización de sus servicios, y en la cobertura de salud a su población, pero así mismo la calidad y humanización de esta se han venido perdiendo, lo que nos lleva a cuestionarnos ¿si la prestación de servicios de salud con poca calidad y deshumanización, realmente vela por la salud como derecho fundamental?, es allí donde este proyecto tiene como propósito aportar una ayuda para que las diferentes instituciones prestadoras de salud implementen y desarrollen una política de humanización interna y de esta manera obtener una mejora de los servicios de salud.

“Promover la dignidad intrínseca de todo ser humano constituye el fundamento último de toda acción humanizadora. Esta dignidad es la base sobre la que se sustenta toda acción que quiera ver en el otro un semejante y acompañarle a ser él mismo, contribuyendo con su personalidad y su particularidad en la construcción de un mundo más igualitario, más justo, más pacífico, más gozoso y saludable.” (Bermejo, J. Humanización y Acción. 2018, P 3). Así mismo el proyecto pretende resaltar la importancia que tiene el talento humano en una cultura de humanización en salud, porque es este el que le puede dar ese sentido, y el cual esta explícitamente inmerso en nuestra condición humana. Así que mejorar las relaciones médico- paciente es esencial para poder alcanzar la meta de un trato digno y empático en los servicios de salud.



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 6 de 22 |

2. CONTEXTO

Escribir sobre humanización en la prestación de servicios de salud en Colombia es de gran interés porque a pesar de que nuestra cultura latina tiende a ser más sociable y amigable, en el ámbito de salud esto se ve reducido. Existen diferentes estudios e investigaciones acerca de la humanización en salud, que buscan orientarnos hacia el fortalecimiento de las relaciones humanas. En cuanto a políticas y leyes el gobierno Colombiano ha venido desarrollando paulatinamente estrategias para mejorar la calidad de la salud y la construcción de una cultura de humanización.

Nuestro contexto socio-cultural se encuentra en grandes cambios, donde las nuevas tecnologías han afectado las relaciones humanas, ya que se enfoca la atención de la salud en los avances científicos y técnicos descuidando y haciendo a un lado a la persona como centro de todo el sistema de salud. Como lo menciona Bermejo "En la praxis comprobamos –como dice Rocamora⁷ – que junto a beneficios notables (prolongación de la vida, disminución del dolor, etc.) se arrastran graves inconvenientes. Entre otros, hacer del enfermo una máquina corporal averiada y del profesional de la salud un mecánico, y aumentar de forma progresiva la separación entre ambos. En esta situación podemos hablar de cultura reduccionista y la tecnólatra" (Bermejo, J. Humanización y Acción.2018, P.8)

Por otro lado vemos la corrupción como ha afectado en gran medida a todos los sistemas del gobierno Colombiano, no solo a la salud. Por ende en un contexto donde la persona busca su bienestar propio pasando por encima de la dignidad de otras nos anima a convertirnos en sujetos participativos contra la lucha de este padecimiento que afecta a toda la población Colombiana y mucho más a aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y que requieren que los recursos económicos sean debidamente invertidos en los proyectos para mejorar la calidad de vida.

Finalmente considero que a pesar de las adversidades que tenemos hoy por hoy, como mas concientes de la importancia de mejorar como personas y contribuir en algo para que la humanización en la prestación de los servicios de salud sean la esencia de nuestro sistema de salud.



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 7 de 22 |

3. PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, NECESIDAD U OPORTUNIDAD

3.1 ANTECEDENTES

En el último informe Nacional de Calidad de la Atención en salud 2015 se describe que “La percepción global con la EPS fue de 68% en 2013 y de 70%, en 2014. Esto significa que, a grandes rasgos, un 30% de los usuarios tienen una percepción negativa de los servicios de salud. La tendencia de los valores de satisfacción en EPS se mantiene estable en el periodo evaluado y con poca variabilidad, salvo para los programas de promoción de la salud y prevención. En general, la satisfacción global fue más alta para el Régimen Subsidiado que para el Régimen Contributivo.”(Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud,2015). Así mismo en el trabajo de campo de El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad se puede evidenciar que aún falta mayores esfuerzos de los prestadores de salud para mejorar la calidad en la atención en salud; describiendo los principales problemas en calidad, “Enfoque del mejoramiento continuo centrado en los agentes del sistema y no en las personas, lo cual ha generado algunas prácticas deshumanizantes.” (PNMCS ,2016).

De continuar con estas prácticas de deshumanización, el sistema de salud colombiano estaría acrecentando las brechas de inequidad y de ineficiencia que existen actualmente, generando el incumplimiento de los derechos humanos, y muchas otras consecuencias a la población Colombiana.

3.2 PROBLEMÁTICA/NECESIDAD OBJETO DE INTERVENCIÓN

En vista de lo anterior el sistema de salud colombiano posee grandes retos por alcanzar para brindar una atención integral en salud. Para ello es necesario la implementación eficaz y consiente de varios factores; como la calidad y la humanización donde se evidencie un trato con dignidad y calidez hacia los usuarios donde el fin y objetivo del sistema siempre sea el bienestar de la persona.

Dando respuesta a estas problemática el gobierno Colombia ha venido realizando diferentes acciones como la reforma a la ley 100, con la ley 1438 de 2011, donde se modifican los principios del SGSSS y uno de ellos corresponde a la calidad (con enfoque humanista), así mismo el Ministerio de la Protección social en Salud implemento el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad donde su principio orientador es la humanización, en armonía con el plan Decenal de Salud pública, con el apoyo del Sistema Obligatoria de Garantía de la Calidad, y finalmente el MPSS, se encuentra en el proceso de creación de los ejes de la Política Nacional de Humanización en Salud.

Como se ha visto existen diferentes políticas y herramientas que el Gobierno Colombia ha desarrollado para que los prestadores de salud las adopten y presten una atención en salud con humanización y calidad. Por lo anterior se hace necesario que los diferentes prestadores de salud del territorio Colombiano identifiquen fácilmente cuales son estas leyes, normas, programas o herramientas que existen hoy en día. Es allí donde el presente proyecto quiere



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 8 de 22 |

aportar un documento sistematizado a las personas encargadas de estos procesos que les sean de utilidad para la construcción de una atención en salud con sentido humano, que además les serviría como una oportunidad de mejora ya que estarían trabajando sobre uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud.

4. JUSTIFICACION DE LA INTERVENCION

La humanización puede ser vista con diferentes enfoques según el contexto, cultural, creencias etc, de cada individuo, es por ello que el sistema de salud Colombiano establece múltiples estrategias generales para que se pueda desarrollar una cultura de humanización en las entidades prestadoras de salud. Donde cada una de estas puede adaptarlas según su contexto y necesidades específicas.

En perspectiva del mejoramiento continuo de calidad y la humanización como una necesidad ética, el Ministerio de Salud ha desarrollado el PNMCS el cual trabaja por un sistema de salud con un propósito humano hacia la innovación y la excelencia, donde sus 3 ejes principales son:

1. Las personas como centro y finalidad del sistema,
2. La calidad a partir de un enfoque sistémico
3. la Innovación del sistema/mejora continua.

Los cuales alineados junto con el principio orientador de humanización contribuyen considerablemente a una atención integral en salud.

Lo anterior pretende que los servicios de salud vayan encaminados a la calidad y humanismo en la prestación en salud, donde realmente se hagan todos los esfuerzos de parte de todos los actores involucrados en el sector salud para cumplir con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios y su comunidad.

Es por ello que la finalidad de este proyecto es dar a conocer todo lo encontrado en la investigación documental por medio de la elaboración de un documento guía, para que las entidades prestadoras de salud puedan contar con una ayuda extra para la construcción de una cultura de Humanización, apuntando de esta manera a una atención integral en salud. Pretendiendo que la salud en Colombia pueda mejorar y que realmente la humanización se practique como una cultura organizacional en todos los actores del sistema de salud, y así conseguir que la dignidad humana sea el eje central en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sobre poniéndose sobre los intereses de las empresas y organizaciones que han hecho de la salud un negocio, igualmente que los profesionales de la salud no solo vean al usuario como la enfermedad, al cual hay que realizarle procedimientos técnicos sino desde una perspectiva integral, comprendiendo que la persona es un todo, con necesidades físicas, mentales, emocionales y sociales, y que no se puede desintegrar, es por ello que el talento humano es indispensable para alcanzar una atención humanizada en salud, porque se parte desde los principios, valores y la ética de estas personas que pueden ofrecer desde su profesiones la empatía, la solidaridad, el respeto y la calidez para con los usuarios.



5. OBJETIVO

5.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un documento sistematizado con las normas y herramientas estratégicas que el gobierno Colombiano brinda a las diferentes instituciones prestadoras de salud para el desarrollo de una atención en salud con sentido humano.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir los conceptos de humanización que aporten al sistema de salud.
- Definir el marco normativo colombiano para el desarrollo de una política de humanización en la prestación de servicios de salud.
- Definir las herramientas estratégicas que ofrece el Ministerio de Salud y de la Protección Social a los prestadores de salud para la implementación de una política de humanización en salud.



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 10 de 22 |

7. IDENTIFICACIÓN DE ACTORES

6. MARCO DE REFERENCIA

Actualmente vivimos en un mundo que se encuentra en constantes cambios, que nos llevan al desarrollo de nuevas prácticas, donde la ciencia y la tecnología avanzan rápidamente ofreciéndonos soluciones en nuestras tareas diarias, generando que el humano pueda producir en gran manera, pero así mismo viene consigo nuevos tecnicismos que hacen más pobre la comunicación personal, debilitando las relaciones interpersonales, afectando la humanización entre nosotros. aplicando esto en la práctica de la atención en salud, se ve claramente como los profesionales de la salud, deben cumplir con unas normas y tecnicismo que en ocasiones les impide tener y ofrecer una atención integral a los usuarios de la salud, porque lamentablemente pesa más la cantidad que la calidad en la atención en salud, tal como lo manifiesta el artículo La enfermería ante la deshumanización “La gran cantidad de tareas que se encomiendan a diario a este tipo de profesional, le convierten en una especie de máquina que se le programa para producir trabajo en masa, olvidando el sentido humanístico de la atención; por la diversidad de labores encomendadas, el fin de la atención se enfoca en sacar cantidad, olvidando en muchas ocasiones la calidad de la tarea.” (La enfermería ante la deshumanización, 2015,p.39).

Así mismo se puede evidenciar que la persona en muchas ocasiones es tratada por el sistema de salud como un individuo que se encuentra en un proceso de enfermedad (procesos fisiológicos), preocupándose únicamente en este factor, y olvidando que como humanos se requiere que la atención sea holista, con un trato humanizado, donde la persona está compuesta de emociones, creencias, múltiples factores psico-sociales, económicos que lo rodean, en el cual el profesional de la salud puede intervenir de manera positiva dando un trato digno, con respeto, con el espíritu de servir con amor y así mismo generar una comunicación con el usuario que le ayudara a comprenderlo y atenderlo integralmente. “Es posible entonces determinar que muchos autores coinciden en que se da una pérdida de la concepción de humanidad y persona y se restringe la visión del individuo a un ente meramente biológico sobre el cual se aplican una serie de prácticas que lo convierten en objeto de exploración y que atentan contra su condición de ser humano sensible y pensante” (Allan Rodríguez, Artavia, 2011, p. 40).

Es importante señalar que todo lo manifestado anteriormente son algunos de los factores que generan la deshumanización en la atención en salud, es por esto que es sustancial ahondar en el alcance de la humanización, debido a que es un concepto que puede ser considerado subjetivo entre los actores de la salud, como lo son los (trabajadores de la salud, paciente, familia y organizaciones). Un sentido filosófico de la humanización es el que aporta el filósofo Levinas “El deseo es deseo de lo absolutamente Otro. Fuera del hambre que se satisface, o de la sed que se calma o de los sentidos que se aplacan. La Metafísica desea lo Otro más allá de las satisfacciones, sin que sea posible esbozar alguna caricia conocida, ni inventar alguna nueva caricia. Deseo sin satisfacción que precisamente, espera el alejamiento, la alteridad y la exterioridad de lo Otro”. (Allan Rodríguez, Artavia, 2011, p. 41). Esta doctrina filosófica hace entender que la vida tiene sentido cuando se tiene una relación con el otro, quien es parte fundamental de la existencia del ser humano, por ende si el profesional de la salud centrara su intención en el cuidado en el otro, (en la persona), donde todos los esfuerzos que realice en



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 11 de 22 |

su labor profesional sean dirigidos a esta y no al sistema o cumplimiento de metas y protocolos, se podría obtener una atención más humanizada. Porque le daría el verdadero sentido y valor a las relaciones interpersonales, y resaltaría lo trascendental de la comunicación entre las personas.

Por otro lado está la humanización desde el campo de bioética, donde literalmente expresa “Dignificar a la persona humana desde los principios de la bioética exige que en los procesos biomédicos, la asistencia sanitaria y la relación médico-paciente, ya no solo se cure enfermedades, sino que se sane a la persona enferma; ya no solo es un tema de salud, sino de bienestar y de la vida de las personas que en su estado vulnerable de la enfermedad reclaman que se respete sus derechos, su autonomía, sus creencias, su cultura, entre otros y, principalmente, se salvaguarde y se respete su dignidad y su calidad de vida.” (Andino Acosta, 2015, p. 39). La humanización en los servicios de salud, son una prioridad de los entes gubernamentales a nivel nacional e internacional, donde el proceso científico y lo humano deben crear una conexión equilibrada, para ello está la bioética que le permite a los profesionales de la salud encontrar en la ética, la moral, los valores y los reglamentos de la deontología del ejercicio de su profesión, ese sentido de humanización en la prestación de los servicios de la mano con los avances científicos y tecnológicos.

Igualmente esta descrito la humanización de los servicios de salud desde la perspectiva de los derechos humanos, “Con la adopción formal por parte de las Naciones Unidas sobre la Declaración Universal de los Derechos Humanos el 10 de diciembre de 1948, se buscó concientizar al mundo entero sobre la importancia de los derechos básicos para los habitantes del planeta. Los derechos humanos abarcan tanto los derechos civiles, como políticos de los individuos, los derechos sociales y económicos, pero también los que en este momento acaparan nuestro interés, los de la atención en la salud (Arts. 22 al 27). Aquí, los profesionales de la salud prometen mantener los más altos estándares de integridad personal y competencia, tener compasión por las personas que requieren de su atención, este conocimiento que les caracteriza, que busca convertirlos en profesionales de la salud con poderes y responsabilidades especiales, los ha llevado a convertirse en un sector muy importante en lo que tiene que ver con la atención a la comunidad” (Santacruz bravo, 2016, p. 376). Vemos allí que la salud esta descrita como un derecho fundamental, donde el profesional de la salud se compromete con prestar una atención eficiente, pero igualmente con humanización, ya que las personas son merecedoras de tener un cuidado digno, a ser tratadas holísticamente, quien puede decidir y conocer todo su proceso de salud/enfermedad. Aquí se encuentra un punto de controversia porque a pesar de que la salud es un derecho fundamental resulta irónico que en Colombia para acceder a los servicios de salud se presentan diferentes inconvenientes para poder obtener una atención oportuna, un servicio especializado o tratamientos de alto costo, lo que genera desigualdad, e inequidad en el sistema de salud. Fallando de esta manera en los principios de calidad en atención en salud.

Actualmente “la humanización en la prestación de los servicios de salud está en una confrontación entre dos conceptos distintos, la primera es el concepto que le da valor a la eficacia basada en los resultados de los tecnicismos y avances tecnológicos y la segunda donde el concepto es el respeto por la persona, su dignidad, y sus derechos humanos. Allí se refleja un punto crítico porque existen muy buenos profesionales, que son muy asertivos en sus diagnósticos y tratamientos pero su lado humano se ve perdido, y no le da valor a la relación



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 12 de 22 |

con su paciente, y es ahí donde se debe crear y mantener ese equilibrio entre la eficacia y la humanización en la prestación de los servicios de salud.” (Correa Zambrano, 2015, p.6)

Entonces como hemos visto en las diferentes concepciones de la humanización de los servicios de salud, no es fácil lograr una cultura de humanización en la atención en salud, debido a que no solo se requiere de la voluntad del profesional sino que también es necesario el apoyo de los diferentes actores del sistema de la salud, como las EPS, las IPS, los entes gubernamentales etc, estos últimos han aportado con las políticas y normas que ha desarrollado el Ministerio de la Protección Social en Salud, que pueden soportar y encaminar al sector salud para lograr una cultura de humanización con resultados visibles en nuestra población.

“La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman. La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así mismo pretende generar e impulsar un proceso de transformación de la cultura del sistema de salud a partir del cambio de comportamiento de las personas en las instituciones en todos los niveles del sistema de salud, (nacional, intermedio y local) reconociendo los valores, la historia y logros alcanzados. Por lo cual la humanización puede transformar la manera de pensar, dirigir y actuar del Sistema de salud.” (Ministerio de la protección social, 2016).

La gestión de la calidad en la atención en salud está establecida en el (SOGCS) Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, donde proclama que “todas las acciones que se desarrollen estén orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”(decreto 1011/2006), así mismo como lo menciona el MPSS, la humanización es un asunto ético, por lo tanto el talento humano de las instituciones de salud son un eje central para la implementación de una política de humanización. En Colombia la humanización en la atención en salud, está regida por diferentes normativas como la ya mencionada anteriormente y las siguientes; la reforma a la ley 100, por la ley 1438 del 2011, donde se hace una modificación a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el que se estipula el principio 8 que corresponde a la 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.”(Ley 1438/2011, pág.2) Igualmente en la presente ley se estipulo que el Ministerio de la protección social y salud desarrollaría el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud.

Así fue como en el 2016 se desarrolla el PNMCS que se rige desde el 2016 hasta el 2021, donde su principio orientador es la humanización, y sus ejes son; la persona como centro y finalidad del sistema, la calidad a partir de un enfoque sistémico y la transformación de la gestión del sistema mediante procesos de auto evaluación, asimismo contiene las 3 directrices de calidad las cuales son; seguridad, coordinación y transparencia. Buscando el mejoramiento continuo de la calidad con resultados medibles para lograr un compromiso por todos los actores del sistema de salud. Para el desarrollo del presente plan el MPSS realizo diferentes actividades como la identificación de las principales problemáticas de calidad en salud, por medio del trabajo de campo que realizaron en todo el país, donde se ejecutó la revisión de



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 13 de 22 |

resultados de indicadores de calidad, a través del análisis de cuatro temáticas; reconocimiento de la situación de salud en Colombia, monitoreo de la calidad de la gestión de las EPS, resultados de los indicadores de calidad de la prestación de los servicios en las IPS y por último los resultados de las mediciones que conciernen a la percepción del usuario. Con todo ello se pudo identificar que una de las principales problemáticas es el: “Enfoque del mejoramiento continuo centrado en los agentes del sistema y no en las personas, lo cual ha generado algunas prácticas deshumanizantes.”(PNMCS, 2016, pág., 9).

A partir de ello el MPSS ofrece unas herramientas para que los entes del sistema de salud adopten y desarrollen una atención con calidad y humanizada en los servicios de salud, y una de las estrategias es la implementación de una política de humanización en las entidades prestadoras de salud. Todo ello con la finalidad de que la calidad y la humanización vayan de la mano para poder obtener servicios de salud de excelencia pero ante todo que la “dignidad humana sea el propósito central de la prestación de los servicios de salud.” (PNMCS, 2016, pág., 5).

Haciendo énfasis en el decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, que dispone los parámetros de calidad mínimos para la prestación de servicios de salud, "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", (decreto 1011/2006, SOGC, pag., 2), así lo describe el decreto 1011, igualmente el SOGC cuenta con las siguientes atributos de calidad; accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. El SOGC está integrado por cuatro componentes que son; el Sistema Único de Habilitación, Sistema de Información para la Calidad, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación (estipulado en el decreto 0903 de 2014), donde uno de los ejes del SUA es la humanización de la atención y la describe así “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.[1] Por ello es de gran importancia tener en cuenta 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 este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Es de gran importancia 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 fundamentales 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.”(Sistema Único de Acreditación)

Contando con este marco normativo en Colombia, muchas entidades prestadoras de salud, puede que adopten las normativas, pero aún falta que la humanización de la atención en salud sea una cultura organizacional y que no solo se convierta en otro proceso administrativo más que las entidades prestadoras de salud tengan que adoptar, es por ello que se hace pertinente que se identifiquen todas las herramientas y normas que pueden ayudar a dichos entes a prestar una atención en salud con calidad y sentido humano, con la gran finalidad que es



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 14 de 22 |

generar la prestación de servicios integrales en salud. Además que implementar una política de humanización brindara una ventaja competitiva a las EPS/IPS, en el sistema de salud. En el presente proyecto se pretende contribuir a que las entidades prestadoras de salud tengan una mayor comprensión y facilidad para la implementación de la humanización en la prestación de servicios de salud. Por medio de la elaboración de una guía sistematizada. Por último se hace necesario mencionar que desde hace 4 años el gobierno Colombiano se encuentra en el de desarrollo de los ejes para la constitución de la Política Nacional de Humanización en salud, con la ayuda de diferentes entes de salud nacionales e internacionales como la OPS.

7.1 POBLACIÓN OBJETIVO

Población objeto del presente proyecto son todas las personas y entes involucrados en el Sistema de Salud Colombiano, como lo son el Gobierno Colombiano, el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales las EPS, IPS y de más entes gubernamentales al igual que el talento humano de las instituciones, y los usuarios de los servicios de salud.

7.2 LOCALIZACIÓN

El documento guía que se desarrolló en el presente proyecto es aplicable para todas las instituciones prestadoras de salud del territorio colombiano, ya que el marco normativo y estratégico está constituido para organizaciones nacionales, que deben cumplir con la adopción de una política de humanización.

7.3 OTROS ACTORES INVOLUCRADOS EN EL PROYECTO

Las instituciones de educación superior, encargadas de la preparación de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, etc.). Que son un punto crítico para el desarrollo de una cultura de humanización en la atención en salud.

8. METODOLOGIA



RUTA METODOLOGICA

8.1 Tipo de estudio

El presente proyecto es una investigación documental secundaria, técnica cualitativa, ya que lo que se pretende es la revisión documental ,de normas, leyes, programas o instrumentos que se tengan en Colombia para la implementación y desarrollo de la humanización en la prestación de servicios de salud, apoyado en la revisión bibliográfica en bases de datos sobre la humanización en salud. Los parámetros para búsqueda de información fueron los siguientes:

1. Humanización en la atención en salud en Colombia.
2. Humanización.
3. Leyes, normas y herramientas de calidad y humanización en salud Colombia.

8.2 Fuentes de información

La información recolectada es de fuentes primarias y secundarias, ya que se obtuvo de la búsqueda de bases de datos como Scopus, artículos digitales, igualmente del repositorio de guías y documentos del Ministerio de Protección social y salud, la búsqueda se realizó por medio de buscadores digitales; bases de datos comercial suscrito por la Universidad Católica de Manizales y la Pagina web de MPSS. En la base de datos de Scopus se obtuvieron 27 documentos del 2009 al 2020, de los cuales se seleccionaron 5 artículos, que se consideraron los más pertinentes para el proyecto, así mismo se seleccionaron 9 documentos de la repositorio del MPSS de Colombia. (Tabla 1).

Clasificación del fichaje Bibliógrafo según esquema del documento final

Tabla 2. Fichaje Bibliográfico

| | | |
|---|-------------------------------|----|
| 01. J, Bermejo. (2018, Septiembre). Humanización y acción. <i>Revista Iberoamérica de Biótica</i> , 01(16). Recuperado de https://www.humanizar.es/fileadmin/media/documentos/Investigacion/Humanizacion/articulos-revistas/Humanizacion_y_accion_-_Revista_Iberoamericana_de_Bioetica.pdf . | Artículo de revista en línea. | 01 |
| 2. Rodríguez, A. (2011). Enfermería ante la deshumanización. <i>Enfermería en Costa Rica</i> , 32(1). Recuperado de http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/28898/Enfermer%C3%ADa%20ante%20la%20deshumanizaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y | Scielo | 02 |
| 3. Andino, C. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en salud. <i>Revista colombiana de biótica</i> , 10 (1). [Archivo PDF]. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/1892/189242405005.pdf | Redalyc | 03 |
| 4. Santacruz, J. (2016). 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. <i>Revista Universidad y Salud</i> , 18(2). [Archivo PDF]. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a17.pdf . | Scopus | 04 |



| | | |
|---|--------|----|
| 5. Correa Zambrano, L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. <i>Revista Cuidarte</i> , 7(1). [Archivo PDF]. Recuperado de https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/300/487 | Scopus | 05 |
|---|--------|----|

TABLA 1. Fichaje bibliográfico

| Referencia bibliográfica | fuentes | código |
|---|----------------|--------|
| 1. Constitución política de Colombia 1991, registraduría de Colombia. Bogotá, Colombia. 1991. Obtenido de https://www.registraduria.gov.co/IMG/pdf/constitucio-politica-colombia-1991.pdf | Registraduría. | 01 |
| 2. Resolución 13437. Decálogo de los derechos de los pacientes. Bogotá, Colombia, 1991. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf | MPSS | 02 |
| 3. Rodríguez, C. La Ley 872 de 2003 y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en Colombia. <i>Revista N 79</i> . Obtenido de https://www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Revista-No-79.pdf | MPSS | 03 |
| 4. Decreto 1011/2006. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Bogotá, Colombia. 2006. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf | MPSS | 04 |
| 5. INCONTEC. (2016). Acreditación en Salud. Ministerio de seguridad social en Salud. Obtenido de http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/HumAte.aspx . | MPSS | 05 |
| 6. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. [archivo PDF]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf . | MPSS | 06 |
| 7. Ministerio de Salud y protección Social, (2016), Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad [archivo PDF].recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf . | MPSS | 07 |
| 8. Ministerio de la protección social en Salud (2011). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Archivo PDF]. Recuperado de | MPSS | 08 |

| | | |
|--|------|----|
| https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf | | |
| 9. Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. (2015). Bogotá, Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf | MPSS | 09 |

8.3 Técnica de investigación

Se seleccionaron los documentos de interés para el desarrollo del proyecto, se realizó una revisión literaria reflexiva y crítica donde se clasificó la información conforme al esquema del trabajo el cual es tema de información y tipo de documento, por medio de la técnica de fichaje. (Tabla 2).

TABLA 2. Cuadro de clasificación de clasificación

| CODIGO | Tema de información | Tipo de documento |
|--------|---|-----------------------|
| 01 | Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad | Guía |
| 02 | Reforma de ley al sistema de seguridad social en salud | Ley 1438 |
| 03 | Ejes de acreditación en salud | Norma |
| 04 | Sistema obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. | Guía |
| 05 | Construcción de los ejes de la política Nacional de humanización en salud. | Noticia |
| 06 | Análisis filosófico de Emmanuel Levinas, para la humanización en salud. | Proyecto; Ensayo |
| 07 | Biótica en la humanización de los servicios de salud. | Artículo de reflexión |
| 07 | Humanización de la calidad en salud desde la perspectiva centrada en el paciente. | Artículo de reflexión |
| 08 | Humanización en la atención de los servicios de salud, con una mirada desde enfermería. | artículo de reflexión |

Con la clasificación de la información se realizó el análisis concienzudo para determinar la importancia de cada uno para citarlos, y realizar análisis personalizados que permitieron ampliar el conocimiento y desarrollar ideas propias a partir estos. La información según la



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 18 de 22 |

clasificación se implementó para dos acciones, la primera para el sustento teórico y el segundo para construcción del documento guía.

Por otro lado el proyecto se encamino en la búsqueda de material estratégico que contribuyera a la construcción del documento guía, para que sea de ayuda a los diferentes prestadores de salud, para la implementación de una política de humanización interna.

9. RESULTADOS ALCANZADOS

Se logro construir un documento guía de las normas, leyes, y herramientas estratégicas que el gobierno Colombiano brinda a las instituciones prestadoras de salud para el desarrollo de una política interna de humanización en salud, que servirá de apoyo para las personas encargadas de la implementación de la política, lo cual contribuirá a la construcción de una cultura de humanización en el sistema de salud colombiano, que tanto lo necesita actualmente. así mismo también vivifica una prestación de servicios de salud enfocada en el usuario y su colectivo, con una mirada holística y de este modo conseguir una atención integral y el cumplimiento de la salud como derecho fundamental.

10. IMPACTO

10.1 IMPACTO SOCIAL

El producto de esta proyecto como se mencionaba anteriormente será de beneplácito para la instauración de una política de humanización interna, por lo cual podría generar un impacto social positivo debido a que la implementación de esta, generaría un bienestar al usuario ya que se consideraría como centro de acción del sistema de salud y no como un actor más de este. Además que velaría por la dignidad humana, la ética profesional, y la salud como derecho fundamental, lo cual mejoraría la relación médico- paciente que se encuentra deteriorada por diversas situaciones como la de ver al paciente como una enfermedad y olvidar que es un ser holístico, que se puede impactar grandemente con un trato amable, con una sonrisa, un acercamiento de empatía, donde este sienta que es comprendido y tratado dignamente. Por ende con el documento guía se pretende que la humanización en la atención en salud sea una vivencia en cada institución.

10.2 IMPACTO ACADEMICO

Desde la perspectiva de la gerencia de la calidad, el presente proyecto genera nuevos elementos estratégicos para el mejoramiento continuo de la institución, debido que el implementar la política de humanización interna, le generaría a las instituciones mejorar las metas de calidad, y poder alcanzar una acreditación como empresa del sector salud. De esta forma dentro de las habilidades de un gerente de la calidad está el generar proyectos, actividades o acciones que fortalezcan las organizaciones y de esta forma hacerlas sostenibles



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 19 de 22 |

en el tiempo. Así mismo el presente proyecto refuerza las destrezas de un profesional de salud que desde la gerencia de calidad puede desarrollar acciones encaminadas a mejorar los procesos de salud y apuntar a una alta calidad de la atención en salud con sentido humano.

10.3 SOSTENIBILIDAD DE LA ACCIÓN

La atención en salud con sentido humano es una necesidad en nuestro presente, en casi todas las instituciones de salud colombianas, la guía sería de utilidad en el transcurso del tiempo dependiendo de la gestión técnica de las personas encargadas de la implementación de la política de humanización, y de las políticas y cambio de normas. Pero el acto de humanizar los servicios de salud deberían perdurar a lo largo de los avances que se hagan en el sector salud, avances científicos o tecnológicos, por ende si se realiza una buena gestión en la implementación de la política de humanización en salud, donde se comunique y se viva como cultura organizacional y convicción de todos los involucrados podría ser una acción que sostenible, pero como es algo que depende de la persona y no de algo físico, es difícil determinar qué tan sostenible será.

10.4 LECCIONES APRENDIDAS

En el procesos de construcción del proyecto se encontraron diferentes dificultades como; la construcción de los objetivos y la definición de las actividades que después de varias modificaciones se determinaron los que se consideró los más apropiados. Pero así mismo fue de gran interés la metodología de este, debido a que era un área que aún no había desarrollado como lo es la investigación documentada y la construcción del documento guía, que refuerza las habilidades para próximos proyectos investigativos. Es gratificante el obtener un resultado y tener la convicción de ser de utilidad para un tema tan trascendental como la humanización en la prestación de los servicios de salud.



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 20 de 22 |

11. CONCLUSIONES

- Las normas, leyes, herramientas estratégicas como planes y políticas descritas en el documento guía son de apoyo sustancial porque hacen parte del marco referencial normativo y del marco estratégico para el desarrollo de una política de humanización en la atención en salud, ya que como se evidencia cada uno va en pro de la construcción de una prestación en salud con sentido humano.
- Es importante mencionar que la humanización en la prestación de los servicios de salud, debe ser construida desde la sensibilización de todos los actores del sistema de salud, y que es un camino de doble vía, que competen el trato humano del personal sanitario a los usuarios y viceversa, para que realmente se cree un espacio de humanización.
- Existe diferentes instituciones que ya instauraron una política de humanización, pero es necesario que no sea solo un acto administrativo sino que se perciba día a día en la atención.
- Igualmente existen experiencias exitosas de instituciones que viven una cultura de humanización, de las cuales se puede aprender y compartir experiencias.
- Es importante anotar que el Ministerio de Salud y de la Protección Social se encuentran en el desarrollo de un Política Nacional de Humanización en Salud, que será un refuerzo y complemento a todo el trabajo que han venido realizando cada una de las instituciones prestadoras de salud en pro de una atención humanizada en salud con sus políticas internas.
- el documento guía nace primordialmente de experiencias vividas en el área laboral, donde se observa la perdida compasión, empatía y el trato deshumanizado en el sistema de salud.
- Para finalizar en el documento guía es importante recalcar que se trataron las normas, leyes, políticas y planes que se consideraron más relevantes para el apoyo de la implementación de una política de humanización en salud, teniendo en cuenta que existe muchas más documentación que los lectores podrían considerar en cada institución de salud, esta guía solo pretende servir de ayuda para el personal encargado de la adopción de la política de humanización.

12. RECOMENDACIONES

considero que es necesario que todos los involucrados en el sector salud tengan la plena convicción de mejorar y trabajar juntos por un sistema de salud con sentido humano. Porque es un deber de todos para que el sistema de salud brinde y garantice una atención integral donde se repeten los derechos de los pacientes y la salud como derecho fundamental.



| | |
|---------|--------------|
| Código | PRS – F – 11 |
| Versión | 2 |
| Página | 21 de 22 |

13. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y protección Social, (2016), Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad [archivo PDF].recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>.
2. Ministerio de Salud y protección Social. (2011). Ley 1438 de 2011 [archivo PDF]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf.
3. INCONTEC. (2016). Acreditación en Salud. Ministerio de Salud de <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/HumAte.aspx>.
4. Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud [archivo PDF]. Recuperado de http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf.
5. OPS Colombia (2019, agosto). Colombia sigue avanzando en el desarrollo de la política de humanización de la salud. Recuperado de https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3246:colombia-sigue-avanzando-en-el-desarrollo-de-la-politica-de-humanizacion-de-la-salud&Itemid=562.
6. ResearchGate. (2011).Enfermería ante la deshumanización. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/265250292_Enfermeria_ante_la_deshumanizacion_una_necesidad_por_ser_considerada_desde_la_filosofia_de_Emmanuel_Levinas.
7. revista Colombiana de biótica. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en salud. [Archivo PDF]. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189242405005.pdf>.
8. Scielo. (2016). 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 [archivo PDF]. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a17.pdf>.
9. revista cuidare. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado [archivo PDF]. Recuperado de <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/300/527>.

| | | | |
|---|---|---------|--------------|
|  Universidad Católica de Manizales <small>VIGILADA MINEDUCACIÓN</small> | INFORME FINAL PROYECTOS SOCIALES DE DESARROLLO | Código | PRS – F – 11 |
| | | Versión | 2 |
| | | Página | 22 de 22 |

14. ANEXOS (Productos, listas de asistencia, certificado de cumplimiento, etc.)

14.1 Anexo 1. Documento Guia: INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL DE LAS NORMAS Y HERRAMIENTAS ESTRATEGICAS: QUE BRINDA EL GOBIERNO COLOMBIANO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN INTERNA.

| Elaboró | Revisó | Aprobó | Fecha de vigencia |
|--|--|----------|-------------------|
| Dirección de Extensión y Proyección Social | Dirección Aseguramiento de la Calidad Dirección de Planeación | Rectoría | Diciembre de 2015 |

CONTROL DE CAMBIOS

| ITEM | MODIFICACIÓN |
|------|---|
| 14 | Se incluye (Productos, listas de asistencia, certificado de cumplimiento, etc.) |