

**Estrategias para fortalecer la auditoría en salud orientada a la humanización de la atención  
en las IPS de Colombia: Una revisión documental.**

Jonathan Santanilla Gómez

Lizeth Yolima Lindarte Peña

Asesor

Marilyn Paola Bernal Salamanca

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud - ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

2026

## **Agradecimientos**

A Dios, por iluminarnos y fortalecernos a lo largo de este proceso académico, por concedernos sabiduría, constancia y serenidad para enfrentar cada reto y culminar satisfactoriamente este trabajo. A nuestras familias, por su apoyo incondicional, comprensión y acompañamiento permanente durante el desarrollo de esta especialización. Su paciencia y motivación fueron esenciales para sobrellevar las dificultades personales, familiares y laborales que surgieron en el camino.

A la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) y a la Escuela de Ciencias de la Salud, por brindarnos la formación, orientación y recursos académicos necesarios para el desarrollo de esta monografía, la cual representa un logro significativo en nuestra formación profesional. De manera especial, agradecemos el esfuerzo compartido entre compañeros, pues, a pesar de los distintos inconvenientes y desafíos vividos durante este proceso, logramos culminar esta monografía con compromiso, dedicación y perseverancia, como opción de grado de la especialización.

## Resumen

La auditoría en salud en Colombia ha sido implementada principalmente como un mecanismo de control administrativo, con escasa articulación a los principios de humanización de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). El objetivo de esta monografía fue formular estrategias para fortalecer la auditoría en salud orientada a la humanización de la atención, a partir de una revisión documental narrativa de enfoque cualitativo con fuentes del periodo 2014-2025, seleccionadas mediante criterios de pertinencia temática y rigor académico. Se organizaron tres categorías de análisis: las limitaciones de la auditoría en salud frente a la humanización, los marcos teóricos que sustentan su articulación, y las estrategias y buenas prácticas documentadas para fortalecer la auditoría orientada a la humanización. Los hallazgos evidenciaron que la integración de los modelos de Donabedian y Watson ofrece un marco conceptual pertinente para vincular los procesos de auditoría con la experiencia del paciente en el contexto del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC). A partir del análisis documental se derivaron tres lineamientos estratégicos orientados a incorporar la humanización de la atención como criterio evaluable dentro de los procesos de auditoría en las IPS colombianas.

***Palabras clave:*** Humanización de la atención, auditoría en atención de salud, calidad de la atención en salud, instituciones de salud.

### **Abstract**

Health auditing in Colombia has been implemented mainly as an administrative control mechanism, with little connection to the principles of humanization of care in Health Service Provider Institutions (IPS). The objective of this monograph was to formulate strategies to strengthen health auditing aimed at the humanization of care, based on a qualitative narrative document review with sources from the period 2014-2025, selected using criteria of thematic relevance and academic rigor. Three categories of analysis were organized: the limitations of health auditing in relation to humanization, the theoretical frameworks that underpin its articulation, and the strategies and documented best practices for strengthening auditing aimed at humanization. The findings showed that the integration of the Donabedian and Watson models offers a relevant conceptual framework for linking audit processes with the patient experience in the context of the Audit Program for the Improvement of Health Care Quality (PAMEC). Based on the documentary analysis, three strategic guidelines were derived aimed at incorporating the humanization of care as an evaluable criterion within the audit processes in Colombian IPSs.

**Keywords:** Humanization of care, health care audit, quality of health care, health institutions.

## Tabla de Contenido

Introducción .....	9
Justificación .....	11
Objetivos .....	13
Objetivo General .....	13
Objetivos Específicos .....	13
Planteamiento del Problema .....	14
Marco Teórico.....	16
Referentes Teóricos.....	17
El Modelo de Donabedian: Estructura, Proceso y Resultado Como Tríada Evaluativa.....	17
La Teoría del Cuidado Humano de Watson: Fundamento Teórico de la Dimensión Humana en la Auditoría. ....	19
El Ciclo PHVA: Metodología de Mejoramiento Continuo y su Integración en el PAMEC.	21
Articulación Entre los Tres Referentes y su Aplicación al Estudio. ....	23
Marco Referencial.....	25
Estado del Arte .....	25
Marco Conceptual.....	28
Marco Legal .....	31
Metodología .....	35
Unidad de Análisis y Criterios de Selección de Fuentes.....	35

Categoría de Análisis .....	36
Procedimiento de Análisis.....	37
Resultados.....	40
Limitaciones de la Auditoría en Salud en las IPS Colombianas Frente a la Humanización de la Atención. ....	40
Predominio del Enfoque Técnico Normativo.....	40
Barreras Culturales y Organizacionales .....	41
Ausencia de Indicadores de humanización en los Instrumentos Auditores.....	42
Marcos Teóricos que Sustentan la Relación Entre Auditoría y Humanización .....	42
El Modelo de Donabedian y sus Límites.....	42
La Teoría del Cuidado de Watson y su Traducción Práctica .....	43
El Ciclo PHVA Como Metodología de Mejoramiento Continuo.....	44
Lineamientos Estratégicos para Incorporar la Humanización Como Criterio Evaluable en la Auditoría.....	45
Lineamiento 1. Rediseño de los Instrumentos de Auditoría para Incluir Indicadores de Humanización .....	45
Lineamiento 2. Formación del Auditor Como Agente de Humanización.....	46
Lineamiento 3. Integración Sistemática de la Voz del Usuario en el Proceso Auditor.....	46
Discusión.....	49
Conclusiones.....	53

Recomendaciones .....	55
Referencias Bibliográficas .....	57

## Listado de Tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Marco normativo articulado con el problema de investigación</i> .....	34
<b>Tabla 2</b> <i>Fuentes analizadas por tipo, origen y categoría de análisis</i> .....	38
<b>Tabla 3</b> <i>Comparación entre el modelo tradicional de auditoría y el modelo propuesto orientado a la humanización</i> .....	48

## Introducción

La calidad en la prestación de servicios de salud constituye una prioridad en las agendas sanitarias globales y nacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de una de cada diez pacientes resulta dañado al recibir atención en salud, y que cada año más de tres millones de personas fallecen como consecuencias de ello (Organización Mundial de la Salud, 2023). En el contexto latinoamericano, el estudio IBEAS registró una incidencia de eventos adversos del 19,8%, mientras que en Colombia la prevalencia fue del 13,1% (Flórez, López, & Bernal, 2022). Estas cifras evidencian que la humanización de la atención y la seguridad del paciente representan desafíos estructurales no resueltos en los sistemas de salud.

En Colombia, pese a los avances normativos derivados de la Ley Estatutaria de salud (Ley 1751 de 2015), persisten brechas significativas en la dimensión humana de la atención. El diagnóstico que da origen a la Política Nacional de Humanización en Salud (PNHS) 2025 - 2035 evidencia que, a pesar de los avances en cobertura y aseguramiento, persisten retos graves, entre ellos la fragmentación del sistema, deficiencias en el trabajo multidisciplinario, maltrato y pérdida de confianza hacia el personal de salud y carencia de sensibilidad humana en procesos clínicos y administrativos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). A esto se suma que, según la Corte Constitucional, las tutelas relacionadas con la asignación de citas médicas aumentaron un 12,4% en 2021, un 17,19% en 2022 y un 22,24% en 2023 (Quinvar, 2025), lo que refleja una insatisfacción creciente con la calidad de la atención recibida en las IPS.

Frente a este panorama, la presente monografía abordó la brecha entre los estándares formales de calidad y la experiencia real del paciente, a través de una revisión documental narrativa de enfoque cualitativo con fuentes del periodo 2014-2025. El estudio se delimitó al

contexto de las IPS en Colombia y se orientó a identificar estrategias que fortalezcan la auditoría en salud como mecanismo para incorporar la humanización de la atención como criterio evaluable. La relevancia académica radica en la escasa producción investigativa que articule estos dos procesos de manera sistemática en el contexto colombiano, mientras que su relevancia práctica responde a la necesidad de ofrecer lineamientos aplicables a los equipos auditores de las IPS.

El documento se organizó en tres capítulos principales. El primer capítulo aborda la justificación, los objetivos y el planteamiento del problema. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico, el marco referencial, el marco conceptual, el marco legal y la metodología empleada. Finalmente, el tercer capítulo presenta los resultados, la discusión y por último las conclusiones y recomendaciones derivadas de la revisión bibliográfica.

## Justificación

La insatisfacción de los usuarios con la atención en salud en Colombia ha alcanzado niveles sin precedente. Según datos de la Superintendencia Nacional de Salud, por cada 10.000 afiliados se presentaron 322 reclamos entre diciembre de 2023 y noviembre de 2024 (González, 2025), la cifra más alta registrada en los últimos años. Esta tendencia adquiere mayor peso cuando se considera la evolución histórica de las reclamaciones: de 243.903 en 2017 pasaron a 1.304.871 en 2023, y entre enero y agosto de 2024 ya se habían registrado 997.487 quejas (Edición Médica, 2024). Más allá del volumen, estos datos revelan una brecha estructural entre los estándares formales de calidad que las IPS están obligadas a cumplir y la experiencia real de los usuarios, una brecha que los mecanismos de evaluación institucional vigentes no han logrado cerrar.

El análisis de los motivos de queja es revelador: los reclamos más frecuentes no se limitan a fallas técnicas o clínicas, sino que incluyen la negación de servicios, la atención inoportuna y la insatisfacción con el trato recibido (Edición Médica, 2024). Estas dimensiones corresponden directamente al ámbito de la humanización de la atención y difícilmente son captadas por los instrumentos auditores tradicionales. Frente a esta realidad, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) constituye el instrumento formal disponible para que las IPS implementen ciclos sistemáticos de autoevaluación y mejoramiento continuo. Sin embargo, la literatura académica señala que su aplicación ha privilegiado históricamente la verificación del cumplimiento documental y normativo, con escasa articulación a los aspectos relacionales y humanos de la atención.

Esta desconexión entre lo que la auditoría evalúa y lo que el usuario experimenta define el vacío que motivó el presente estudio. La literatura académica colombiana ha analizado la auditoría en salud y la humanización de la atención de forma aislada, sin construir un marco

conceptual integrado que permita a los equipos auditores de las IPS incorporar la dimensión humana como criterio evaluable dentro del PAMEC. Llenar ese vacío constituyó el aporte académico central de esta monografía, desarrollado a través de la revisión y síntesis crítica de literatura académica y normativa del período 2014-2025. La elección de la revisión documental narrativa como metodología respondió precisamente a esta necesidad: antes de proponer intervenciones directas en las instituciones, era metodológicamente pertinente construir un marco conceptual sólido a partir del análisis sistemático de la evidencia disponible.

El aporte práctico del estudio se orientó a los profesionales responsables de los procesos de auditoría en las IPS colombianas. Los lineamientos derivados del análisis documental ofrecen una base conceptual para que la auditoría amplíe su alcance evaluativo e incorpore la humanización de la atención como una dimensión medible dentro del PAMEC. En un escenario donde las reclamaciones por atención en salud crecen año tras año y donde la literatura evidencia que las fallas en la atención al usuario constituyen causas frecuentes de insatisfacción, orientar los procesos auditores hacia la calidad integral del cuidado no solo resulta académicamente pertinente, sino necesario para el sistema de salud colombiano.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Formular estrategias para fortalecer la auditoría en salud orientada a la humanización de la atención en las IPS de Colombia, a partir de una revisión documental narrativa del periodo 2014-2025 en el marco del PAMEC.

### **Objetivos Específicos**

Identificar las principales limitaciones de la auditoría en salud en las IPS colombianas frente a la humanización de la atención, con base en la revisión documental realizada.

Analizar los marcos teóricos que sustentan la relación entre la auditoría en salud y la humanización de la atención en las IPS colombianas, a partir de las fuentes académicas revisadas.

Proponer lineamientos estratégicos orientados a incorporar la humanización de la atención como criterio evaluable dentro de los procesos de auditoría en las IPS colombianas, derivados del análisis documental realizado.

## **Planteamiento del Problema**

Colombia dispone de un marco normativo sólido para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud. El Decreto 780 de 2016 estableció el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) como el mecanismo mediante el cual las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deben evaluar y mejorar continuamente sus procesos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Este programa no solo busca verificar el cumplimiento de estándares técnicos, sino también asegurar que la atención brindada sea digna, oportuna y centrada en las necesidades reales del paciente. Sin embargo, la evidencia disponible muestra que existe una distancia importante entre lo que la norma establece y lo que los usuarios realmente viven cuando acuden a una IPS.

Esta distancia se vuelve más evidente cuando se revisan las cifras relacionadas con la seguridad del paciente como lo indica la Organización Mundial de la Salud, que cada año millones de pacientes sufren daños a causa de una atención poco segura, con 2,6 millones de muertes anuales en países de ingresos bajos y medianos, y que al menos cinco pacientes mueren cada minuto en el mundo por esta causa (Organización Mundial de la Salud, 2019). Esta realidad no es ajena a Colombia, donde estudios realizados en IPS del país confirman que los errores y fallas en la atención no son casos aislados, sino problemas recurrentes que el modelo de auditoría vigente no ha logrado reducir de forma sostenida. Lo que llama especialmente la atención es que muchas de estas fallas no tienen un origen puramente clínico o técnico, sino que están directamente relacionadas con la forma en que se trata a los pacientes.

La deshumanización de la atención es un problema estructural que el propio Estado colombiano ha reconocido formalmente. El Ministerio de Salud y Protección Social señala que el acceso inequitativo a los cuidados integrales en salud, el precario apoyo institucional a la

solución de las necesidades de los usuarios y la ausencia de equipos multidisciplinarios comprometidos constituyen el problema central que motivó la formulación de la Política Nacional de Humanización en Salud 2025-2035 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Estas condiciones no solo generan inconformidad en los usuarios, sino que deterioran la confianza en las instituciones y desmotivan al talento humano en salud, creando una situación que los mecanismos de evaluación y control vigentes no han logrado interrumpir.

El problema central radica en que la auditoría en salud, implementada a través del PAMEC, ha funcionado principalmente como un instrumento de revisión documental y verificación normativa, sin incorporar criterios que permitan medir si la atención que reciben los pacientes es realmente humana, digna y empática. Esta limitación explica por qué, a pesar de contar con un marco regulatorio establecido, las fallas en la calidad de la atención persisten, ya que el propio Ministerio de Salud reconoce que las fallas organizacionales exponen a las personas a trámites administrativos excesivos y al personal a atender más pacientes de los que puede en el tiempo disponible, lo que afecta negativamente la calidad ética y humana de la atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

Si esta brecha no se interviene, la auditoría seguirá siendo un proceso formal que no responde a las necesidades reales de los pacientes en las IPS colombianas.

### **Pregunta Problema**

¿Qué estrategias permiten fortalecer la auditoría en salud orientada a la humanización de la atención en las IPS de Colombia, en el marco del PAMEC?

## Marco Teórico

El presente capítulo expone los fundamentos teóricos que orientan la revisión documental sobre la auditoría en salud y la humanización de la atención en las IPS colombianas. Antes de revisar la literatura, es necesario establecer los referentes conceptuales desde los cuales se leerá e interpretará esa evidencia, ya que no es posible identificar brechas en la auditoría si no se ha establecido qué se entiende por calidad, ni formular estrategias de humanización si ese concepto no ha sido delimitado con criterios técnicos y verificables.

Tres referentes teóricos sostienen el análisis que se desarrolla en este capítulo que, aunque provienen de tradiciones distintas, convergen en una misma preocupación: cómo garantizar que la atención en salud sea, a la vez, técnicamente rigurosa y profundamente humana. El primero es el modelo de estructura proceso resultado de Avedis (Donabedian, *Evaluating the quality of medical care.*, 1966), que ofrece la arquitectura evaluativa para medir la calidad de manera sistemática. El segundo es la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (como se citó en Urra, et. al., 2011) que define el contenido humano que debe estar presente en esa evaluación, en particular a través de sus Procesos Caritas como guía operativa del cuidado. El tercero es el ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar, Actuar, derivado del pensamiento de Deming, que constituye la metodología sobre la que se sustenta el PAMEC en Colombia y que permite convertir los hallazgos de una evaluación en acciones institucionales concretas de mejora.

Más que presentar cada modelo de forma aislada, el propósito es mostrar cómo los tres se articulan, donde Donabedian establece qué evaluar y en qué niveles, Watson define qué dimensión humana debe incluirse en esa evaluación y el PHVA determina cómo esa evaluación se institucionaliza como proceso cíclico y sistemático dentro del PAMEC. Esa articulación es el soporte teórico que justifica las estrategias formuladas en los capítulos posteriores.

## Referentes Teóricos

### *El Modelo de Donabedian: Estructura, Proceso y Resultado Como Tríada Evaluativa*

En 1966, Avedis Donabedian publicó en The Milbank Memorial Fund Quarterly un artículo que transformó la manera de entender la calidad en salud, donde propuso que esta podía y debía medirse de manera sistemática, a través de tres categorías interrelacionadas: estructura, proceso y resultado (Donabedian, Evaluating the quality of medical care., 1966). Esta tríada, desarrollada y formalizada en sus obras posteriores, especialmente en su artículo de 1982 (Donabedian, Evaluating the quality of medical care., 1966), se consolidó como el paradigma dominante en la evaluación de los sistemas de salud a nivel mundial (Ayanian J. & Markel H., 2016).

La Estructura comprende los atributos del contexto en que se presta la atención, entre ellos, los recursos físicos, la dotación de personal, los sistemas de información y las políticas organizacionales. Según Donabedian (como se citó en Panteli, Quentin y Busse, 2019), la estructura es relevante para la calidad en tanto que incrementa o reduce la probabilidad de un buen desempeño. El proceso abarca las actividades que tienen lugar entre los profesionales y los pacientes durante la prestación del servicio, entre ellas, las decisiones clínicas, las intervenciones y las prescripciones, pero también se encuentra la dimensión interpersonal de la atención, es decir, la forma en que se brinda el cuidado (Donabedian, 1966). El resultado recoge los efectos de la atención sobre el estado de salud del paciente, como los cambios clínicos y funcionales, la satisfacción del paciente y su calidad de vida. (Panteli D., Quentin W. & Busse R., 2019).

Uno de los aportes más importantes del modelo es la relación que establece entre los tres niveles: una buena estructura favorece buenos procesos y buenos procesos incrementan la probabilidad de buenos resultados. (Donabedian, The quality of care. How can it be assessed.

Journal of the American Medical Association., 1988). Este principio es el que fundamenta en Colombia, la existencia del PAMEC, ya que, al evaluar sistemáticamente estructuras y procesos, es posible anticipar y mejorar los resultados de la atención.

Ahora bien, dentro de la tríada, la dimensión interpersonal del proceso y la experiencia del paciente como resultado son los componentes que mayor importancia tienen para este estudio, y también los que mayor déficit presentan en la auditoría colombiana. Donabedian distinguió explícitamente dos componentes del proceso: el técnico que es la aplicación del conocimiento y la tecnología médica, y el interpersonal que es la gestión de la relación entre el profesional y el paciente, señalando que ambos deben ser objeto de evaluación (Donabedian, The quality of care. How can it be assessed. Journal of the American Medical Association., 1988). Sin embargo, la aplicación del modelo en los instrumentos de auditoría del PAMEC ha privilegiado históricamente el componente técnico, donde se encuentra la habilitación, los protocolos, y el cumplimiento de guías clínicas, dejando el componente interpersonal sin criterios de evaluación explícitos ni indicadores medibles.

Esta limitación fue reconocida por el propio Donabedian hacia el final de su vida; Ayanian y Markel (Ayanian J. & Markel H., 2016) documentan que, frente al énfasis creciente de los sistemas de salud en un modelo industrial de calidad, Donabedian expresó su preocupación por el desplazamiento de la dimensión ética y relacional de la atención, sintetizando su postura en una frase que se volvió referencia en la literatura: el secreto de la calidad es el amor. Esa tensión entre calidad técnica y calidad humana no es un detalle menor, es precisamente el nudo problemático que esta monografía busca resolver mediante la incorporación de la humanización como criterio evaluable en la auditoría de las IPS colombianas.

Para los fines de este estudio, el modelo de Donabedian cumple una doble función metodológica: primero, permite clasificar las fuentes revisadas según el nivel de la tríada al que se refieren, segundo, sirve como marco para identificar en cuál de esos niveles se localiza la brecha más significativa entre la auditoría técnica vigente y una auditoría que incluya la humanización como dimensión de calidad evaluable.

***La Teoría del Cuidado Humano de Watson: Fundamento Teórico de la Dimensión Humana en la Auditoría.***

Mientras Donabedian establece los criterios para evaluar la calidad, Watson define con precisión qué contenido humano debe estar incluido en esa evaluación. Jean Watson desarrolló su Teoría del Cuidado Humano entre 1975 y 1979 en la Universidad de Colorado, a partir de una pregunta que el modelo biomédico dominante no respondía: ¿qué significa, en términos teóricos y prácticos, cuidar a otro ser humano?, Su respuesta fue que el cuidado no es un complemento de la curación, sino su fundamento; que la práctica sanitaria es, antes que nada, una ciencia moral y humanística orientada a la protección, el mejoramiento y la preservación de la dignidad del paciente (Pajnikihar, M., Štiglic, G. & Vrbnjak, D., 2017).

Aunque Watson parte de fundamentos filosóficos, su teoría tiene una traducción práctica concreta en la atención en salud; su estructura operativa se sostiene en dos componentes concretos. El primero son los diez factores caritativos, formulados en 1979, que Watson definió como los elementos nucleares que diferencian la enfermería de otras disciplinas de la salud y que constituyen la base científica del cuidado. El segundo son los diez Procesos Caritas (Pajnikihar, M., Štiglic, G. & Vrbnjak, D., 2017), que representan la evolución de estos factores hacia una guía más aplicada para las interacciones clínicas. Los Procesos Caritas incluyen, entre otros, cultivar la práctica de la amabilidad y la ecuanimidad como base de la relación terapéutica, ser

auténticamente presente con el paciente, desarrollar una relación de cuidado basada en la confianza, crear un entorno de atención que contemple las dimensiones física, emocional y espiritual del paciente, y atender sus necesidades básicas como actos de cuidado consciente, no como procedimientos rutinarios (Pajnkihar, M., Štiglic, G. & Vrbnjak, D., 2017).

Un aspecto que resulta significativo para articular esta teoría con la auditoría en salud, es su capacidad de medición. Watson desarrolló el instrumento Watson Caritas Patient Score®(WCPW), validado en hospitales de varios países, que permite evaluar de forma estructurada la percepción del paciente sobre las prácticas de cuidado que recibe del personal de salud (Pajnkihar, M., Štiglic, G. & Vrbnjak, D., 2017). Los estudios de Pajnkihar (Pajnkihar, M., Štiglic, G. & Vrbnjak, D., 2017) y Akbari et al. (Nasiri, 2022) demuestran que los Procesos Caritas pueden operacionalizarse en indicadores concretos de proceso, encontrando la comunicación efectiva, escucha activa, respeto a la autonomía, trato digno y en indicadores de resultado, a la satisfacción del usuario, confianza en el equipo de salud, percepción de calidad interpersonal. Esto demuestra que la dimensión relacional de la atención, lejos de ser un ideal abstracto, puede traducirse en variables medibles susceptibles de ser incorporadas en los instrumentos de auditoría.

Es en este punto donde Watson y Donabedian se articulan con precisión teórica. La dimensión interpersonal del proceso y la experiencia del paciente como resultado que Donabedian contempló en su modelo pero que la auditoría colombiana ha dejado sin operacionalizar, encuentran en los Procesos Caritas de Watson un contenido concreto y medible. Watson no reemplaza a Donabedian, es un complemento, ya que le provee el contenido humano que su tríada necesita para evaluar la calidad de la atención de forma integral.

En el contexto colombiano, la pertinencia de esta articulación se confirma al revisar el diagnóstico de la Política Nacional de Humanización en Salud 2025-2035 del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025), que identifica como problemas estructurales del sistema la carencia de sensibilidad humana en los procesos clínicos y administrativos, la pérdida de confianza del usuario en el personal de salud y la ausencia de equipos comprometidos con la atención integral. Esos déficits corresponden exactamente a las dimensiones que los Procesos Caritas de Watson buscan fortalecer, lo que confirma que su teoría no es un referente teórico elegido por conveniencia académica, sino porque responde directamente al tipo de brecha que la auditoría en las IPS colombianas necesita atender.

***El Ciclo PHVA: Metodología de Mejoramiento Continuo y su Integración en el PAMEC.***

Donabedian establece qué evaluar y en qué niveles hacerlo, mientras que Watson define qué dimensión humana debe estar incluida en esa evaluación. Sin embargo, ninguno de los dos responde una pregunta igualmente necesaria, y es ¿cómo se institucionaliza ese proceso evaluativo en el nivel organizacional de una IPS, de manera que produzca mejoras concretas y sostenidas en el tiempo? Esa es la función que cumple el ciclo PHVA en el marco de este estudio.

El ciclo PHVA “Planear, Hacer, Verificar, Actuar” fue creado por Walter Shewhart en 1939 y posteriormente sistematizado por William Edwards Deming en los años cincuenta como metodología de mejoramiento continuo (Pérez Madera D. & Cantillo Llorente N., 2023). Su introducción en el campo de la salud se atribuye a Donald Berwick en la década de los noventa, quien propuso aplicar sus principios a la mejora de la atención sanitaria, articulándolos con el enfoque evaluativo de Donabedian (Ministerio de la Protección Social, 2007). En Colombia, esa articulación quedó formalizada en el PAMEC, definido en el Decreto 1011 de 2006 como el

mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.), cuya ruta crítica sigue la estructura del ciclo PHVA.

En la práctica del PAMEC, cada fase del ciclo tiene una función específica y articulada con las demás. En la fase de planeación, la IPS autoevalúa su desempeño, define los procesos prioritarios e identifica la brecha entre la calidad esperada, los estándares establecidos, y la calidad observada, lo que realmente ocurre en la atención. En la fase de hacer, se ejecutan las intervenciones de mejora priorizadas. En la fase de verificar, se mide el impacto de esas intervenciones mediante indicadores predefinidos, contrastando nuevamente la calidad observada con la esperada y en la fase de actuar, se institucionalizan los aprendizajes, se ajustan los estándares si es necesario, y el ciclo se reinicia (Ministerio de la Protección Social, 2007). El proceso es continuo y acumulativo, cada iteración debe dejar a la institución en mejor posición que la anterior.

La integración del PHVA con la auditoría en salud orientada a la humanización, es el componente que permite que los aportes de Donabedian y Watson dejen de ser referentes teóricos y se conviertan en herramientas de gestión institucional. Dentro del ciclo, la fase de planeación debe incluir estándares medibles de humanización como parte de la calidad esperada, por ejemplo, los indicadores del dominio “Experiencia de la atención centrada en el paciente” de la Resolución 256 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La fase de verificar debe usar instrumentos validados para medir esos estándares en la atención real, como los derivados de los Procesos Caritas de Watson, y la fase de actuar debe producir planes de mejora orientados específicamente a cerrar las brechas identificadas en la dimensión humana de la atención. De este modo, la pregunta que orienta la auditoría deja de ser si una IPS ¿es

humanizada?, una pregunta imposible de responder de forma sistemática y se convierte en: ¿En qué medida sus estructuras, procesos y resultados cumplen con los estándares de atención humanizada definidos, y qué acciones son necesarias para reducir esa brecha? Esa transformación de valor declarado a objeto de gestión auditable, es la contribución central del PHVA al marco teórico de este estudio.

### ***Articulación Entre los Tres Referentes y su Aplicación al Estudio.***

Los tres modelos presentados en las secciones anteriores no son piezas independientes seleccionadas por exhaustividad bibliográfica, ya que forman un sistema conceptual en el que cada uno resuelve una limitación de los otros dos, y es esa complementariedad la que justifica, en conjunto, las estrategias que se formulan en esta monografía.

Donabedian provee la lógica evaluativa: la calidad de la atención puede y debe medirse a través de estructura, proceso y resultado, identificando en cuál de esos niveles se concentran las mayores brechas. Su limitación, documentada en la literatura y evidente en la auditoría colombiana, es que su aplicación práctica ha tendido a concentrarse en los aspectos técnico-normativos, dejando la dimensión interpersonal del proceso y la experiencia del paciente como resultado sin operacionalización ni criterios de evaluación explícitos.

Watson resuelve esa limitación al definir con precisión el contenido humano que debe estar presente en la evaluación. Sus Procesos Caritas convierten la humanización de una aspiración abstracta en un conjunto de prácticas observables y medibles, como la comunicación empática, trato humanizado, respeto a la autonomía, atención a las necesidades emocionales del paciente, que pueden incorporarse como estándares de proceso y como indicadores de resultado dentro del modelo de Donabedian. La limitación de Watson, señalada en la literatura, es que su

teoría fue desarrollada para orientar la práctica clínica individual, no para estructurar sistemas de evaluación organizacional, esa es precisamente la función que el PHVA cumple.

El ciclo PHVA articula los aportes de Donabedian y Watson en un procedimiento de gestión aplicable al nivel institucional de las IPS. Dentro del ciclo, las preguntas que derivan del modelo de Donabedian ¿qué estructura tiene la IPS para garantizar una atención humanizada?, ¿qué procesos de cuidado se cumplen?, ¿qué resultados obtiene en términos de satisfacción y experiencia del usuario?, se convierten en los ejes de evaluación del PAMEC. A su vez, los Procesos Caritas de Watson definen el estándar de calidad esperada frente al cual se contrasta la calidad observada en la fase de verificación del ciclo.

La articulación de estos tres referentes conduce al planteamiento central de esta monografía: para fortalecer la auditoría en salud orientada a la humanización de la atención en las IPS colombianas, es necesario incorporar dentro del ciclo PHVA del PAMEC criterios de evaluación que cubran las tres dimensiones de Donabedian: estructura, proceso y resultado, enriquecidos con el contenido relacional que la teoría de Watson provee a través de sus Procesos Caritas. Este planteamiento orienta la identificación de limitaciones, el análisis de fuentes y la formulación de lineamientos estratégicos que se desarrollan en los siguientes capítulos.

## Marco Referencial

### Estado del Arte

La literatura sobre auditoría en salud y humanización de la atención muestra tres líneas de indagación que han avanzado de forma paralela, pero con escasa articulación entre sí: la evaluación técnica de la calidad mediante instrumentos de auditoría, la medición del cuidado humanizado como dimensión evaluable, y la identificación de barreras institucionales que limitan la integración de ambos enfoques en las IPS colombianas. Ninguna de estas líneas resuelve la pregunta central de cómo incorporar la humanización como criterio evaluable dentro del PAMEC, lo que define la brecha que justifica la presente monografía.

En el ámbito internacional, Santos, Rodrigues y Correia (Santos Brás, Rodrigues Faria, & Correia Barroso, 2023), demostraron en un estudio comparativo realizado en dos hospitales privados de Lisboa, con análisis de 719 registros de auditoría, que la supervisión clínica produce mejoras medibles en los indicadores de calidad de la atención, confirmando que la evaluación sistemática tiene efectos directos sobre la dimensión relacional de la atención y no solo sobre el cumplimiento normativo. De manera complementaria, Cairo y León (Cairo Soler, & León Ramón, 2020) demostraron en el contexto cubano que la humanización puede ser objeto de auditoría concurrente: mediante el método Delphi validaron 17 estándares y 166 elementos medibles orientados a la calidad de la atención de enfermería, superando el control documental para evaluar de forma integral la práctica profesional. En esa misma línea, Melita, Jara y Valencia (Melita Rodríguez, Jara Concha, & Valencia Contrera, 2022) desarrollaron en Chile un conjunto de indicadores de cuidado humanizado en atención intrahospitalaria triangulando información de usuarios y enfermeras expertas con los factores de cuidado de la teoría de Watson, identificando barreras concretas en el ejercicio del cuidado humanizado y demostrando

que estas pueden traducirse en indicadores de estructura, proceso y resultado aplicables a la gestión institucional. Los tres estudios convergen en demostrar la viabilidad técnica de auditar la dimensión humana de la atención, pero ninguno ha sido adaptado al marco normativo colombiano del PAMEC.

En el contexto nacional, Álvarez y Fernández (Alvarez Rincón & Fernandez Ortega, 2022) analizaron la evolución histórica de la auditoría en Colombia y concluyeron que el modelo ha transitado de ser un instrumento de control a una herramienta de mejoramiento continuo, aunque ese tránsito no ha incluido la dimensión humana de la atención como criterio evaluable. En esa misma dirección, Gutiérrez Echavarría (Gutierrez Echavarría, M. T., 2020) documentó en el Hospital Infantil Santa Ana de Medellín que la auditoría interna permite identificar no conformidades y construir planes de mejora específicos, pero su aplicación se concentró en protocolos técnicos sin incorporar criterios de humanización. De forma complementaria, Sáenz, Moreno y Olascuaga (Sáens Yanes, Moreno Montes & Olascuaga Campo, 2021) concluyeron que el auditor debe ser un gestor de la calidad orientado a la protección de los derechos del paciente y que la auditoría debe ejercerse como herramienta preventiva, señalando que el modelo vigente es insuficiente para captar las dimensiones relacionales de la atención. Espitia y Zarama (Espitia Espitia, M. A., & Zarama Bastidas, M. L. , 2022) profundizaron en esta limitación al identificar en IPS colombianas que la débil cultura organizacional y la ausencia de capacitación constituyen barreras reales para mejorar la calidad de la atención, confirmando que un modelo de auditoría meramente documental no transforma las prácticas institucionales. Finalmente, Zuluaga, Orozco, Bolaños y Moncada (Zuluaga Holguín, Orozco Pineda, Bolaños Franco, & Moncada Moncada, 2025) proyectan la evolución futura del campo al demostrar que la inteligencia artificial puede automatizar la auditoría documental y permitir la cuantificación de

variables de humanización a través del análisis de datos cualitativos, confirmando la viabilidad técnica de una auditoría orientada a la experiencia del paciente.

El conjunto de antecedentes revisados permite identificar con precisión la brecha que justifica este estudio. Los trabajos internacionales demuestran que la humanización puede medirse y auditarse mediante instrumentos validados, pero no han sido adaptados al marco normativo colombiano. Los estudios nacionales documentan las limitaciones del modelo de auditoría vigente y la persistencia de fallas en la dimensión humana de la atención, pero ninguno construye un marco conceptual integrado que permita a los equipos auditores incorporar la humanización como criterio evaluable dentro del PAMEC.

## Marco Conceptual

La calidad de la atención en salud constituye el concepto rector que orienta esta monografía. El Decreto 780 de 2016 la define como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma 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 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Esta definición establece cinco características fundamentales: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, que constituyen los parámetros mínimos frente a los cuales se evalúa la atención en las IPS colombianas. Desde una perspectiva complementaria, la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2025) señala que la calidad de la atención corresponde al grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados, de acuerdo con los conocimientos profesionales actuales. Esta definición incorpora tanto dimensiones técnicas como interpersonales, lo que resulta fundamental para los propósitos de este estudio: la calidad no se limita a verificar procedimientos, sino que incluye la manera en que la atención es vivida y percibida por el usuario.

La auditoría en atención de salud es el mecanismo formal mediante el cual las IPS evalúan si ese estándar de calidad se cumple en la práctica. El Decreto 780 de 2016 la define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Su propósito no es únicamente verificar el cumplimiento normativo, sino identificar brechas entre la calidad esperada y la calidad observada, y derivar acciones concretas de mejoramiento. Según el Manual de implementación del PAMEC (ESE Hospital Francisco Valderrama, 2023), la auditoría opera en

tres modalidades: de seguimiento, de casos y preventiva, todas orientadas a generar información que permita a la institución tomar decisiones fundamentadas. No obstante, la evidencia disponible señala que su aplicación en las IPS colombianas ha privilegiado históricamente el componente técnico-normativo, dejando la dimensión interpersonal de la atención sin criterios de evaluación explícitos ni indicadores medibles.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) es el instrumento normativo que regula cómo esa auditoría debe realizarse en las IPS colombianas y constituye el marco operativo dentro del cual se formulan las estrategias de este estudio. El Decreto 780 de 2016 lo define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), y su implementación es obligatoria para todas las IPS del país. Su ruta crítica sigue la estructura del ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar y Actuar, lo que le permite convertir los hallazgos de la evaluación en acciones institucionales concretas de mejoramiento continuo. Sin embargo, al igual que la auditoría en general, su aplicación práctica ha concentrado los esfuerzos evaluativos en los componentes técnicos y documentales, sin incorporar la dimensión humana de la atención como criterio de calidad esperada ni como objeto de verificación sistemática.

La humanización de la atención en salud es el concepto que nombra esa dimensión ausente y cuya incorporación como criterio evaluable dentro del PAMEC constituye el aporte central de esta monografía. El Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025) en el marco de la Política Nacional de Humanización en Salud 2025-2035, la define como el proceso mediante el cual se garantiza que la atención en salud reconozca al paciente como un ser integral, abordando sus dimensiones biológica, psicológica, social y

espiritual, y promoviendo una relación de cuidado basada en el respeto a la dignidad, la empatía y la comunicación efectiva. Lejos de ser un ideal inalcanzable, la humanización puede operacionalizarse en prácticas concretas y medibles: (como se citó en Urrea, et. al., 2011) las sistematiza a través de sus Procesos Caritas, que incluyen la comunicación empática, la escucha activa, el acompañamiento genuino y el respeto a la autonomía del paciente. Melita Rodríguez, Jara Concha y Valencia Contrera (Melita Rodríguez, Jara Concha, & Valencia Contrera, 2022) demostraron que estas prácticas pueden traducirse en indicadores de proceso y resultado aplicables a la gestión institucional, lo que confirma su viabilidad como criterios de evaluación dentro de los instrumentos auditores. En el contexto normativo colombiano, estas dimensiones corresponden al dominio Experiencia de la atención centrada en el paciente de la Resolución 256 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), que constituye el referente oficial para su medición en las IPS del país.

Los cuatro conceptos definidos no operan de forma aislada sino como un sistema articulado: la calidad de la atención es el objetivo que el sistema sanitario persigue, la auditoría es el mecanismo para evaluar si ese objetivo se cumple, el PAMEC es el instrumento que regula cómo debe realizarse esa evaluación en Colombia y la humanización es la dimensión de calidad cuya ausencia en los procesos auditores explica por qué, a pesar de contar con un marco normativo sólido, las reclamaciones por insatisfacción con la atención continúan creciendo. Incorporar la humanización dentro del ciclo PHVA del PAMEC, como criterio de calidad esperada y como objeto de verificación sistemática, es la propuesta que articula estos cuatro conceptos y que orienta los lineamientos estratégicos formulados en los capítulos siguientes.

## Marco Legal

El ordenamiento jurídico colombiano establece un conjunto de normas que fundamentan tanto la obligatoriedad de la auditoría en salud como la exigencia de una atención humanizada en las IPS. Este capítulo presenta ese marco normativo de forma articulada, mostrando cómo cada instrumento legal se conecta con el problema central: la ausencia de criterios de humanización como objeto de evaluación dentro de los procesos de auditoría.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 constituye el fundamento constitucional del sistema. Al elevar la salud a derecho fundamental autónomo, exigible judicialmente y no subordinado a consideraciones económicas, esta ley establece que el Estado debe garantizar servicios integrales, oportunos y de calidad, con atención al ser humano en su integralidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Su artículo 10 reconoce explícitamente el derecho de los usuarios a recibir un trato digno y respetuoso, a que se respete su autonomía y a recibir información clara sobre su estado de salud. Estos derechos no son aspiraciones éticas, son mandatos legales exigibles que las IPS están obligadas a garantizar y que, por tanto, deben ser objeto de evaluación en los procesos de auditoría. La ley no solo justifica la existencia del sistema de garantía de calidad, sino que define el contenido humano que ese sistema debe proteger.

El Decreto 780 de 2016 compila el marco regulatorio del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), que es el instrumento normativo mediante el cual el Estado organiza los mecanismos para asegurar que la atención cumpla con los estándares de calidad exigidos por la Ley 1751. El SOGCS se estructura en cuatro componentes: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Cada componente cumple una función específica en el proceso de garantía de calidad, y los cuatro operan de forma articulada: la habilitación establece las condiciones mínimas, la auditoría evalúa el desempeño, la acreditación reconoce niveles superiores de calidad y el sistema de información provee los datos para la toma de decisiones. Para los propósitos de esta monografía, el componente de auditoría es el eje central, y el sistema de información en particular, y el dominio de experiencia del usuario, es el que permite incorporar la humanización como criterio evaluable.

El PAMEC, reglamentado dentro del Decreto 780 de 2016 y desarrollado en el Manual de implementación del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), es el mecanismo concreto mediante el cual las IPS operacionalizan la auditoría. Su ruta crítica sigue el ciclo PHVA: en la fase de planeación, la IPS define los procesos prioritarios y establece los estándares de calidad esperada; en la fase de hacer, implementa las intervenciones de mejora, en la fase de verificar, mide los resultados mediante indicadores y en la fase de actuar, institucionaliza los aprendizajes y reinicia el ciclo. Lo que resulta determinante para esta monografía es que el PAMEC no limita los criterios de calidad esperada a los componentes técnicos: su marco normativo permite y exige que las IPS definan estándares en todas las dimensiones de la calidad, incluyendo la experiencia del usuario.

La Resolución 256 de 2016 establece el Sistema de Información para la Calidad y define los indicadores que las IPS deben reportar obligatoriamente. Su estructura organiza los indicadores en cuatro dominios: seguridad del paciente, gestión de la accesibilidad, continuidad y coordinación, y experiencia de la atención centrada en el paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Este último dominio es el que corresponde directamente a la humanización: incluye indicadores de satisfacción del usuario, trato digno, comunicación

efectiva y respeto a la autonomía. La existencia de este dominio confirma que la humanización ya tiene un lugar formal en el sistema de información para la calidad colombiano, lo que refuerza el argumento central de esta monografía: no se trata de crear nuevos instrumentos desde cero, sino de articular los que ya existen con los procesos de auditoría del PAMEC.

La Resolución 3100 de 2019 define los procedimientos y condiciones para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y los estándares de habilitación que toda IPS debe cumplir para operar. Aunque su énfasis está en las condiciones de infraestructura, dotación y talento humano, sus estándares contemplan requisitos relacionados con la atención centrada en el usuario, como la disponibilidad de mecanismos de información al paciente y la existencia de procesos de atención humanizada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Estos estándares constituyen la base normativa mínima sobre el que se construye la auditoría. Para esta monografía, la Resolución 3100 es relevante porque confirma que la dimensión humana de la atención ya está presente desde el nivel de habilitación, lo que le da mayor sustento a la propuesta de incorporarla como criterio evaluable en la auditoría.

Por último, La Política Nacional de Humanización en Salud 2025-2035 es el instrumento de política pública más reciente y directamente alineado con el problema de esta monografía. Su diagnóstico identifica como problemas estructurales del sistema, la carencia de sensibilidad humana en los procesos clínicos y administrativos, la pérdida de confianza del usuario en el personal de salud, la ausencia de equipos comprometidos con la atención integral y las fallas organizacionales que exponen a las personas a trámites excesivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Sus lineamientos estratégicos incluyen la formación del talento humano en humanización, el desarrollo de instrumentos para medir la experiencia del usuario y la integración de los principios de humanización en los mecanismos de evaluación y control del

sistema. Esta política no solo confirma el diagnóstico que motiva esta monografía, sino que legitima su propuesta: la incorporación de la humanización como criterio evaluable en la auditoría responde directamente a los mandatos de la política pública vigente.

### **Tabla 1**

*Marco normativo articulado con el problema de investigación.*

<b>Norma</b>	<b>Alcance Normativo</b>	<b>Relación con el problema</b>
Ley 1751 de 2015	Derecho fundamental a la salud; trato digno, atención integral y respeto a la autonomía del usuario.	Fundamento constitucional de la obligatoriedad de auditar la dimensión humana de la atención.
Decreto 780 de 2016	SOGCS: habilitación, auditoría, acreditación y sistema de información para la calidad.	Marco regulatorio que habilita la incorporación de humanización como criterio evaluable en el PAMEC.
Resolución 256 de 2016	Indicadores de calidad obligatorios: dominio Experiencia de la atención centrada en el paciente.	Instrumento normativo vigente para medir la humanización en las IPS colombianas.
Resolución 3100 de 2019	Estándares de habilitación con componentes de atención humanizada e información al paciente.	Piso normativo mínimo que ya incorpora la dimensión humana desde el nivel de habilitación.
Manual PAMEC (2020)	Ciclo PHVA para auditoría y mejoramiento continuo de la calidad en las IPS.	Instrumento operativo cuyo alcance evaluativo se busca ampliar para incluir la humanización.
PNHS 2025-2035	Política pública de humanización con lineamientos para medición de experiencia del usuario.	Legitima la propuesta desde la política pública vigente y confirma el diagnóstico del estudio.

*Nota: La tabla describe el marco normativo colombiano vigente y su relación con la necesidad de incorporar la humanización de la atención como criterio evaluable en los procesos de auditoría de las IPS. Adaptado de Normativa colombiana en salud vigente, por Ministerio de Salud y Protección Social, 2016-2025, <https://www.minsalud.gov.co>*

## **Metodología**

La presente monografía se desarrolla bajo un enfoque cualitativo, orientado a la comprensión e interpretación de fenómenos sociales y organizacionales a partir del análisis de fuentes documentales. Este enfoque es el más adecuado para el objeto de estudio, dado que la auditoría en salud y la humanización de la atención implican dimensiones éticas, relacionales e institucionales que no pueden comprenderse únicamente a partir de datos cuantitativos (Hernández, Batista & Pitre, 2023). El tipo de investigación es descriptivo y propositivo; descriptivo porque caracteriza las prácticas actuales de auditoría en salud en las IPS colombianas e identifica sus limitaciones frente a la humanización y propositivo porque deriva lineamientos estratégicos orientados a incorporar la humanización como criterio evaluable dentro del PAMEC.

La investigación corresponde a una revisión documental narrativa, modalidad que permite integrar y analizar críticamente fuentes heterogéneas, artículos científicos, monografías, normas e informes institucionales, con el propósito de construir una comprensión analítica del problema investigado y derivar propuestas fundamentadas en la evidencia disponible (Solarte, Arteaga, Andrade & Herrera, 2024). A diferencia de la revisión sistemática, la revisión narrativa no exige un protocolo PRISMA ni ecuaciones de búsqueda reproducibles, sino que se sustenta en criterios explícitos de selección, categorías de análisis definidas y un procedimiento transparente de interpretación.

### **Unidad de Análisis y Criterios de Selección de Fuentes**

La unidad de análisis son los documentos académicos, normativos e institucionales que abordan la auditoría en salud, la calidad de la atención y la humanización en el contexto colombiano e internacional. Se incluyeron tres tipos de fuentes: artículos científicos publicados en revistas indexadas, monografías y tesis de posgrado de universidades colombianas

reconocidas, y documentos normativos e institucionales emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Mundial de la Salud y organismos afines.

Los criterios de inclusión fueron: documentos publicados entre 2014 y 2025, con inclusión justificada de fuentes clásicas anteriores por ser fuentes originarias de los conceptos centrales del estudio, Donabedian (Donabedian, Avedis Donabedian Instituto Universitario UAB, 1966) y (como se citó en Urra, et. al., 2011); documentos que abordaran al menos uno de los tres ejes temáticos del estudio: auditoría en salud, calidad de la atención o humanización, fuentes provenientes de instituciones académicas u organismos de salud reconocidos. Se excluyeron fuentes sin respaldo institucional verificable, publicaciones de divulgación no académica y documentos sin relación directa con el objeto de estudio. Con base en estos criterios se seleccionaron y analizaron 30 fuentes en total, distribuidas en 12 artículos científicos, 9 monografías y tesis, y 9 documentos normativos e institucionales.

El período 2014-2025 fue seleccionado porque comprende los avances normativos más significativos del sistema de calidad colombiano: la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Decreto 780 de 2016, la Resolución 3100 de 2019 y la Política Nacional de Humanización en Salud 2025-2035, que es el instrumento de política pública más directamente alineado con el problema investigado.

### **Categoría de Análisis**

El análisis de las fuentes se organizó en tres categorías temáticas, definidas a partir de los objetivos específicos del estudio.

La primera categoría corresponde a las limitaciones de la auditoría en salud frente a la humanización, y agrupa los hallazgos sobre barreras institucionales, culturales y metodológicas

que impiden la incorporación de la dimensión interpersonal de la atención en los procesos auditores de las IPS colombianas. Esta categoría responde al primer objetivo específico.

La segunda categoría corresponde a los marcos teóricos que sustentan la relación entre auditoría y humanización, e integra los aportes de Donabedian, Watson y el ciclo PHVA como referentes que permiten comprender por qué la auditoría debe trascender la verificación técnica e incorporar la dimensión humana del cuidado. Esta categoría responde al segundo objetivo específico.

La tercera categoría corresponde a las estrategias y buenas prácticas documentadas para fortalecer la auditoría orientada a la humanización, y reúne las experiencias institucionales, los modelos evaluativos y los lineamientos normativos que sirven de base para las propuestas del estudio. Esta categoría responde al tercer objetivo específico.

### **Procedimiento de Análisis**

El análisis se desarrolló en cuatro fases secuenciales: En la primera fase se realizó la búsqueda y selección de fuentes, identificando y organizando los 30 documentos que componen la base documental del estudio con base en los criterios descritos. En la segunda fase se realizó la lectura analítica de cada fuente mediante fichas de lectura que registraban el aporte específico al problema investigado y la categoría a la que correspondía. En la tercera fase se realizó el análisis comparativo entre fuentes, contrastando los hallazgos de los estudios internacionales con el contexto normativo colombiano y comparando las prácticas institucionales documentadas con los estándares del PAMEC y la Resolución 256 de 2016, con el fin de identificar convergencias, divergencias y brechas. En la cuarta fase se formularon los lineamientos estratégicos derivados del análisis, sustentados en la convergencia entre los referentes teóricos y la evidencia documental registrada en las fuentes revisadas.

**Tabla 2***Fuentes analizadas por tipo, origen y categoría de análisis*

<b>Fuente</b>	<b>Tipo</b>	<b>Origen</b>	<b>Categoría</b>
OMS (2018)	Informe institucional	Internacional	2
Decreto 780 de 2016	Normativa	Colombia	1, 3
Roque, Guerra y Torres (2018)	Artículo científico	Cuba	1
Díaz Álvarez (2021)	Monografía	Colombia	1
Donabedian (1966)	Libro clásico	Internacional	2
Santos, Rodrigues y Correia (2023)	Artículo científico	Portugal	1, 3
Cairo y León (2020)	Artículo científico	Cuba	3
Gutiérrez Echavarría (2020)	Monografía	Colombia	1
Sáenz, Moreno y Olascuaga (2021)	Monografía	Colombia	1
Álvarez y Fernández (2022)	Monografía	Colombia	1, 2
Silberman et al. (s. f.)	Artículo clásico	Internacional	2
OMS (2023)	Informe institucional	Internacional	2
Watson (citado en Urrea et al., 2011)	Libro clásico	Internacional	2
Lorduy y Adarraga (2018)	Monografía	Colombia	1
Ley 1751 de 2015	Normativa	Colombia	3
Resolución 3100 de 2019	Normativa	Colombia	1, 3
Solarte et al. (2024)	Artículo científico	Colombia	1
Hernández Palma et al. (2023)	Artículo científico	Colombia	2, 3
Galván Villamarín y Lara Díaz (2022)	Artículo científico	Colombia	3
Abu Jeyyab et al. (2024)	Artículo científico	Jordania	1, 3

<b>Fuente</b>	<b>Tipo</b>	<b>Origen</b>	<b>Categoría</b>
Soresi, Brown y Lillie (2025)	Artículo científico	Internacional	3
Cubillos Manrique (2025)	Artículo	Colombia	2, 3
Hospital Universitario de Santander (2023)	Informe institucional	Colombia	3
Pajnkihar, Štiglic y Vrbnjak (2017)	Artículo científico	Internacional	2
Espitia y Zarama (2022)	Monografía	Colombia	1
Zuluaga et al. (2025)	Monografía	Colombia	3
Van Buchem et al. (2022)	Artículo científico	Internacional	3
WHO (2024)	Informe institucional	Internacional	2
Rincón Garzón (2023)	Monografía	Colombia	2
Manual PAMEC (2020)	Normativa	Colombia	1, 3

*Nota. categoría 1= Limitaciones de la auditoría frente a la humanización; categoría 2= Marcos teóricos; categoría 3= Estrategias y buenas prácticas. Elaboración propia.*

## **Resultados**

La revisión documental narrativa permitió identificar hallazgos organizados en tres ejes temáticos que responden directamente a cada uno de los objetivos específicos del estudio: las limitaciones de la auditoría en salud frente a la humanización, los marcos teóricos que sustentan su articulación, y los lineamientos estratégicos derivados del análisis documental.

### **Limitaciones de la Auditoría en Salud en las IPS Colombianas Frente a la Humanización de la Atención.**

La revisión documental permitió identificar un conjunto de limitaciones recurrentes en la literatura que explican por qué la auditoría en salud en las IPS colombianas no ha logrado incorporar la humanización como criterio evaluable. Estas limitaciones se agrupan en tres secciones: el primero es el predominio del enfoque técnico normativo, el segundo son las barreras culturales y organizacionales, y el tercero es la ausencia de indicadores de humanización en los instrumentos auditores.

#### ***Predominio del Enfoque Técnico Normativo***

La auditoría en salud en Colombia ha operado históricamente bajo un modelo centrado en la verificación del cumplimiento documental y los estándares mínimos de habilitación. Álvarez y Fernández (2022) documentan que este modelo, vigente desde el Decreto 1011 de 2006 y consolidado en el Decreto 780 de 2016, ha privilegiado la revisión de registros clínicos, protocolos escritos y requisitos administrativos, dejando en segundo plano la evaluación de la experiencia del usuario y la calidad interpersonal de la atención. En la misma línea, Solarte, Arteaga Díaz, Andrade Sánchez y Herrera López (2024) señalan que la gestión por procesos en las IPS colombianas tiende a concentrarse en la eficiencia operativa, sin articular indicadores que capturen la dimensión relacional del cuidado.

Esta orientación genera una brecha entre la calidad normativa y la calidad percibida, ya que las IPS pueden cumplir formalmente con los estándares del Sistema Único de Habilitación y aun así recibir reclamaciones por insatisfacción con el trato, la comunicación o el acompañamiento recibido (Alvarez Rincón & Fernandez Ortega, 2022). Gutiérrez Echavarría (2020) en su análisis del Hospital Infantil Santa Ana de Medellín, confirma que las auditorías internas se concentran en la identificación de no conformidades técnicas y documentales, sin evaluar la percepción del usuario ni las prácticas de humanización del personal asistencial.

### ***Barreras Culturales y Organizacionales***

Más allá del modelo normativo, la revisión documental identificó barreras de carácter cultural y organizacional que dificultan la incorporación de la humanización en los procesos auditores. Espitia y Zarama (2022) en su estudio sobre una IPS privada de Pasto, identificaron que la débil cultura organizacional y la ausencia de programas de capacitación continua constituyen los factores más críticos que limitan la transformación de las prácticas institucionales. Los autores señalan que cuando el personal no cuenta con formación en humanización ni en comunicación efectiva, la auditoría no puede evaluar lo que no ha sido previamente enseñado ni valorado institucionalmente.

Sáenz, Moreno y Olascuaga (2021) agregan que el modelo de auditor vigente en muchas IPS colombianas es predominantemente fiscalizador, orientado a la detección de errores y la aplicación de correctivos, lo que genera resistencia del personal y dificulta la construcción de una cultura de mejoramiento continuo. Esta percepción punitiva de la auditoría reduce la disposición del talento humano a reportar fallas y limita su capacidad transformadora. Hernández Palma, Batista y Pitre (2023) confirman que la comunicación empática y el trato digno son dimensiones que requieren no solo voluntad individual sino condiciones organizacionales que las

faciliten, y que la ausencia de esas condiciones es una barrera estructural que la auditoría tradicional no ha abordado.

### ***Ausencia de Indicadores de humanización en los Instrumentos Auditores***

La tercera limitación identificada en la literatura es la falta de indicadores estandarizados que permitan evaluar la humanización dentro de los instrumentos de auditoría. Abu-Jeyyab, Abed y Albelbeisi (2024) en su análisis de auditorías clínicas en un hospital jordano, demuestran que la incorporación de indicadores de experiencia del paciente en los procesos de auditoría mejora significativamente la calidad percibida, pero requiere un rediseño deliberado de los instrumentos evaluativos. Lorduy y Adarraga (2018) señalan que en Colombia la oportunidad de la atención se mide con frecuencia a través de indicadores de tiempo de espera, pero no existen mecanismos auditores que capturen la calidad de la interacción entre el personal y el usuario durante esa atención.

La Resolución 256 de 2016 contempla el dominio de experiencia de la atención centrada en el paciente como uno de los cuatro dominios del Sistema de Información para la Calidad, lo que confirma que el marco normativo ya habilita la medición de la humanización. Sin embargo, este dominio raramente se articula con los procesos de auditoría del PAMEC, lo que genera una desconexión entre el sistema de información y el sistema de evaluación de la calidad en las IPS colombianas (Alvarez Rincón & Fernandez Ortega, 2022).

### **Marcos Teóricos que Sustentan la Relación Entre Auditoría y Humanización**

El análisis documental permitió identificar tres referentes teóricos que, articulados entre sí, fundamentan la propuesta de incorporar la humanización como criterio evaluable en la auditoría: el modelo de Donabedian, la teoría del cuidado de Watson y el ciclo PHVA.

#### ***El Modelo de Donabedian y sus Límites***

El modelo de estructura, proceso, resultado de Donabedian (1966) ha sido el referente dominante en la evaluación de la calidad en salud a nivel global y en Colombia en particular. Silberman, Granados Cosme, Delgado Campos y López Ortega (s. f.) señalan que su aporte central fue demostrar que la calidad puede evaluarse de forma sistemática a través de tres dimensiones: las condiciones en que se presta la atención, los procedimientos aplicados y los resultados obtenidos. Este modelo proporcionó la arquitectura conceptual sobre la que se construyó el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y el PAMEC en Colombia.

Sin embargo, la revisión documental evidencia que su aplicación práctica en las IPS colombianas ha privilegiado dos de las tres dimensiones del modelo: la estructura, entendida como la verificación de recursos, infraestructura y dotación, y el proceso, entendido como el cumplimiento de protocolos clínicos. La tercera dimensión, el resultado, y en particular los indicadores que capturan la experiencia del usuario, no ha sido suficientemente desarrollada. Álvarez y Fernández (2022) señalan que esta aplicación parcial del modelo es precisamente la que ha generado la brecha entre cumplimiento normativo y calidad percibida. El modelo, en sí mismo, no excluye la dimensión humana, pero su operacionalización en el contexto colombiano no la ha incorporado de manera sistemática.

### ***La Teoría del Cuidado de Watson y su Traducción Práctica***

Aunque Watson parte de fundamentos filosóficos, su teoría tiene una traducción práctica concreta en la atención en salud. Watson (como se citó en Urra, et. al., 2011) sistematiza las prácticas de humanización a través de sus Procesos Caritas, que incluyen la escucha activa, la comunicación empática, el acompañamiento genuino y el respeto a la autonomía del paciente. Pajnkihar, Štiglic y Vrbnjak (2017) demuestran que estos procesos se correlacionan

positivamente con la satisfacción del paciente y pueden operacionalizarse en indicadores medibles de proceso y resultado.

Melita Rodríguez, Jara Concha y Valencia Contrera (2022) confirman esta viabilidad al desarrollar indicadores de cuidado humanizado en atención intrahospitalaria articulados explícitamente con la teoría de Watson y el modelo de Donabedian, demostrando que ambos referentes son complementarios y no excluyentes. Hernández Palma, Batista y Pitre (2023) agregan que la comunicación efectiva y el trato digno, dos de los Procesos Caritas centrales, son variables que pueden evaluarse mediante instrumentos de auditoría diseñados específicamente para ese propósito. Galván Villamarín y Lara Díaz (2022), a partir de la experiencia del modelo de humanización integral de la Universidad Nacional de Colombia, señalan que la humanización requiere incorporar variables emocionales y organizacionales en los procesos de evaluación institucional.

### ***El Ciclo PHVA Como Metodología de Mejoramiento Continuo***

El ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar, Actuar, es la metodología que articula la auditoría con el mejoramiento continuo dentro del PAMEC. Pérez Madera y Cantillo Llorente (2023) demuestran que su aplicación sistemática en las IPS colombianas permite convertir los hallazgos de la evaluación en acciones institucionales sostenidas de cambio. Lo que resulta determinante para esta monografía es que el ciclo PHVA no limita los criterios de calidad esperada a los componentes técnicos: su estructura permite incorporar la humanización como objeto de planificación, ejecución, verificación y mejora dentro de los procesos auditores.

Soresi, Brown y Lillie (2025) confirman, en su revisión sistemática sobre auditoría y retroalimentación en hospitales, que los procesos de auditoría que integran ciclos de retroalimentación continua con el personal y con los usuarios obtienen mejores resultados en

calidad percibida que aquellos que se limitan a la verificación puntual. Este hallazgo respalda la pertinencia del ciclo PHVA como metodología para incorporar la humanización de forma sostenida en la auditoría de las IPS colombianas.

### **Lineamientos Estratégicos para Incorporar la Humanización Como Criterio Evaluable en la Auditoría**

A partir de la identificación de limitaciones y del análisis de los marcos teóricos, la revisión documental permitió derivar tres lineamientos estratégicos orientados a fortalecer la auditoría en salud hacia la humanización de la atención en las IPS colombianas.

#### ***Lineamiento 1. Rediseño de los Instrumentos de Auditoría para Incluir Indicadores de Humanización***

La literatura revisada converge en señalar que el primer paso para incorporar la humanización en la auditoría es modificar los instrumentos evaluativos para incluir criterios medibles de calidad interpersonal. Cairo y León (2020) proponen un conjunto de 17 estándares y 166 elementos medibles para auditorías de enfermería que incluyen explícitamente dimensiones de trato digno, comunicación efectiva y satisfacción del usuario, validados mediante metodología Delphi. Abu-Jeyyab, Abed y Albelbeisi (2024) demuestran que la incorporación de indicadores de experiencia del paciente en los instrumentos de auditoría clínica mejora la detección de brechas en la calidad relacional y orienta planes de mejora más pertinentes.

En el contexto colombiano, la Resolución 256 de 2016 ya define el dominio de experiencia de la atención centrada en el paciente con indicadores de satisfacción, trato digno y comunicación efectiva. El lineamiento consiste en articular ese dominio con los instrumentos del PAMEC, de modo que la humanización pase de ser un dato del sistema de información a ser un criterio de calidad esperada dentro del ciclo PHVA de cada IPS.

### ***Lineamiento 2. Formación del Auditor Como Agente de Humanización***

La revisión documental identificó que la transformación de la auditoría requiere no solo nuevos instrumentos sino un nuevo perfil del auditor. Sáenz, Moreno y Olascuaga (2021) señalan que el auditor debe evolucionar de un rol fiscalizador a un rol de gestor de calidad preventivo y formativo, con competencias en comunicación empática, ética del cuidado y gestión del cambio organizacional. Hernández Palma, Batista y Pitre (2023) agregan que la formación en humanización del personal de salud, incluidos los auditores, es una condición necesaria para que la evaluación de la calidad incorpore efectivamente la dimensión interpersonal de la atención.

Cubillos Manrique (2025) respalda este lineamiento al señalar que la auditoría basada en evidencia requiere auditores capaces de interpretar no solo datos técnicos sino también indicadores de experiencia del usuario y clima organizacional. El Hospital Universitario de Santander (2023) ofrece evidencia institucional concreta de que la implementación de comités de humanización articulados con los procesos de auditoría mejora la percepción del usuario y reduce las reclamaciones por insatisfacción con el trato.

### ***Lineamiento 3. Integración Sistemática de la Voz del Usuario en el Proceso Auditor***

El tercer lineamiento consiste en incorporar la percepción del usuario como fuente de información para la auditoría, superando el modelo en que esta se limita a la revisión de registros internos. Santos, Rodrigues y Correia (2023) demuestran que la supervisión clínica orientada a la mejora de indicadores relacionales, mejora significativamente la dimensión interpersonal de la atención cuando incluye retroalimentación sistemática de los usuarios. Van Buchem, et al. (2022) exploran el potencial del procesamiento de lenguaje natural para analizar la experiencia del paciente expresada en texto libre, transformando narrativas subjetivas en indicadores estructurados de calidad percibida.

En el marco normativo colombiano, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce explícitamente el derecho del usuario a recibir información clara y a participar en las decisiones sobre su atención, lo que fundamenta normativamente la incorporación de su voz en los procesos de evaluación. Zuluaga, et al. (2025) señalan que el uso de herramientas digitales e inteligencia artificial en la auditoría puede facilitar la captura y el análisis de la experiencia del usuario a escala institucional, siempre que se garanticen principios de ética, transparencia y uso no punitivo de la información.

**Tabla 3**

*Comparación entre el modelo tradicional de auditoría y el modelo propuesto orientado a la humanización*

<b>Aspecto</b>	<b>Modelo tradicional</b>	<b>Modelo propuesto</b>
Enfoque evaluativo	Verificación documental y cumplimiento normativo.	Evaluación integral que incluye calidad técnica y calidad interpersonal.
Criterios de calidad esperada	Estándares de habilitación y protocolos clínicos.	Estándares técnicos más indicadores de humanización derivados de la Resolución 256 de 2016.
Rol del auditor	Fiscalizador y correctivo.	Gestor de calidad formativo y preventivo.
Participación del usuario	Mínima o inexistente.	Integración sistemática de la voz del usuario como fuente de información.
Instrumentos utilizados	Listas de chequeo técnicas.	Instrumentos mixtos con variables cuantitativas y cualitativas.
Metodología de mejora	Ciclo PHVA centrado en procesos técnicos.	Ciclo PHVA que incorpora la humanización como criterio de calidad esperada.
Marco normativo de referencia	Decreto 780 de 2016 y Resolución 3100 de 2019	Decreto 780, Resolución 256 de 2016 y PNHS 2025-2035.

*Nota. La tabla compara el modelo tradicional de auditoría en salud con el modelo propuesto, identificando las transformaciones necesarias en siete aspectos clave para incorporar la humanización de la atención como criterio evaluable en las IPS colombianas. Elaboración propia.*

## Discusión

La revisión documental narrativa confirmó que la auditoría en salud en las IPS de Colombia opera principalmente bajo un enfoque técnico normativo, que favorece la verificación documental y el cumplimiento de los estándares de habilitación, sin incorporar la dimensión interpersonal de la atención como criterio evaluable. Este hallazgo central responde directamente a la pregunta de investigación: La brecha entre la calidad normativa y la calidad percibida por el usuario, no es el resultado de un marco regulatorio insuficiente, sino de una desconexión entre las herramientas de información para la calidad ya existentes y los procesos de auditoría del PAMEC. La revisión documental no solo confirma la existencia de esa brecha, sino que permite identificar sus causas estructurales y derivar lineamientos concretos para intervenirla.

Los hallazgos de esta monografía coinciden con los resultados de estudios internacionales que demuestran la viabilidad técnica de auditar la dimensión humana de la atención. Santos, Rodrigues y Correia (2023), en su análisis de 719 registros de auditoría en hospitales privados de Lisboa, demostraron que la supervisión clínica produce mejoras medibles en los indicadores relacionales de la atención, confirmando que la evaluación sistemática tiene efectos directos sobre la calidad interpersonal. Cairo y León (2020), en el contexto cubano, validaron mediante metodología Delphi 17 estándares y 166 elementos medibles orientados a la humanización del cuidado de enfermería, superando el control documental para evaluar de forma integral la práctica profesional. Melita Rodríguez, Jara Concha y Valencia Contrera (2022) desarrollaron en Chile indicadores de cuidado humanizado articulados con la teoría de Watson y el modelo de Donabedian, demostrando que ambos referentes son complementarios y que sus indicadores son aplicables a la gestión institucional.

Abu-Jeyyab, Abed y Albelbeisi (2024), en un hospital jordano, confirmaron que la incorporación de indicadores de experiencia del paciente en los instrumentos de auditoría, mejoró la detección de brechas en la calidad relacional. La convergencia de estos hallazgos internacionales con los de esta revisión, confirma que el problema identificado en Colombia no es una particularidad local sino una tendencia a nivel global, y que las soluciones documentadas en otros contextos son metodológicamente adaptables al marco normativo colombiano.

Los tres lineamientos estratégicos derivados del análisis encuentran sustento directo en la articulación de los tres referentes teóricos del estudio. El modelo de Donabedian establece que la calidad debe evaluarse en tres dimensiones: estructura, proceso y resultado, pero su aplicación en Colombia ha omitido sistemáticamente la dimensión interpersonal del proceso y la experiencia del usuario como resultado. La teoría de Watson resuelve esa omisión al definir con precisión el contenido humano que debe estar presente en esa evaluación: sus Procesos Caritas traducen la humanización en prácticas observables y medibles que pueden incorporarse como estándares de calidad esperada. El ciclo PHVA, a su vez, provee la metodología para institucionalizar esa evaluación de forma sostenida en el nivel organizacional de las IPS: dentro de su estructura, la humanización puede ser objeto de planificación, ejecución, verificación y mejora continua. La articulación de los tres referentes no propone reemplazar el modelo vigente sino completarlo, incorporando la dimensión humana donde el sistema de auditoría la ha dejado sistemáticamente vacía.

La Resolución 256 de 2016 ya define el dominio de experiencia de la atención centrada en el paciente con indicadores concretos de satisfacción, trato digno y comunicación efectiva, lo que confirma que el contexto normativo colombiano ofrece condiciones favorables para esta articulación que la literatura revisada no siempre ha aprovechado. La Ley Estatutaria 1751 de

2015 eleva esas dimensiones a mandatos legales exigibles. La Política Nacional de Humanización en Salud 2025-2035 identifica explícitamente la desconexión entre los mecanismos de evaluación y la experiencia real del usuario como uno de los problemas estructurales del sistema. Lo que el análisis documental evidencia es que el marco normativo no requiere una reforma para habilitar la incorporación de la humanización en la auditoría, requiere es una decisión institucional de articular los instrumentos ya existentes con los procesos del PAMEC, introduciendo los indicadores del dominio de experiencia del usuario como criterios de calidad esperada en la fase de planeación del ciclo PHVA.

La principal limitación de este estudio se deriva del tipo de investigación elegido. Al tratarse de una revisión documental narrativa, los lineamientos formulados tienen carácter conceptual y no han sido validados en IPS colombianas mediante trabajo de campo. La ausencia de visita institucional y de un instrumento propio aplicado en contextos reales impide verificar si las condiciones necesarias para implementar los lineamientos están efectivamente presentes en las instituciones. Adicionalmente, el sistema de salud colombiano presenta grandes diferencias entre sus instituciones: no es lo mismo una clínica privada de alta complejidad en una ciudad capital que un hospital público de primer nivel en un municipio pequeño, por lo que los lineamientos propuestos deben adaptarse a las condiciones particulares de cada contexto antes de ser implementados. Estas restricciones no invalidan los aportes del estudio, pero sí delimitan su alcance como punto de partida conceptual que investigaciones futuras deberán complementar con evidencia de campo.

Los lineamientos derivados de esta monografía tienen implicaciones prácticas concretas para los equipos auditores de las IPS colombianas. El rediseño de los instrumentos de auditoría para incluir indicadores de humanización no exige recursos adicionales significativos: parte de

articular el dominio de experiencia del usuario de la Resolución 256 de 2016 con los formatos de autoevaluación del PAMEC. La formación del auditor como agente de humanización requiere programas de capacitación en comunicación empática, ética del cuidado y gestión del cambio que pueden integrarse en los planes de desarrollo institucional existentes. La integración sistemática de la voz del usuario en el proceso auditor puede implementarse mediante encuestas estructuradas, entrevistas de satisfacción o herramientas digitales de análisis de experiencia, cuya viabilidad técnica ha sido documentada en la literatura revisada. En conjunto, estos lineamientos ofrecen una ruta de acción progresiva y adaptable a distintos contextos institucionales, orientada a transformar la auditoría de un mecanismo de control documental en un instrumento de mejoramiento integral de la calidad del cuidado en las IPS colombianas.

## Conclusiones

La revisión documental evidenció que las limitaciones de la auditoría en salud frente a la humanización no son el resultado de un marco normativo insuficiente sino de brechas metodológicas, culturales e institucionales que operan de forma simultánea. La brecha metodológica se expresa en la ausencia de indicadores de humanización en los instrumentos auditores, que continúan midiendo cumplimiento documental sin captar la experiencia del usuario. La brecha cultural se manifiesta en un modelo de auditor predominantemente fiscalizador que genera resistencia institucional y limita la capacidad transformadora de la evaluación. La brecha institucional se origina en la desconexión entre el Sistema de Información para la Calidad, que ya contempla el dominio de experiencia del paciente, y los procesos de autoevaluación del PAMEC, que raramente lo incorporan. Estas brechas persisten no por falta de instrumentos sino por ausencia de decisión institucional de articularlos.

Comprender por qué persisten esas brechas requirió analizar los referentes teóricos que sustentan la relación entre auditoría y humanización. La articulación entre el modelo de Donabedian, la teoría del cuidado de Watson y el ciclo PHVA demostró ser un marco conceptual sólido y aplicable al contexto del PAMEC colombiano. Donabedian provee la arquitectura evaluativa para medir la calidad en tres dimensiones, Watson define el contenido humano que debe estar presente en la dimensión interpersonal del proceso y en la experiencia del usuario como resultado, y el ciclo PHVA institucionaliza ese proceso de forma sostenida en el nivel organizacional. La fortaleza de esta articulación reside en que los tres referentes se complementan y juntos resuelven las limitaciones que cada uno presenta de forma aislada, sin necesidad de reemplazar el modelo vigente sino fortaleciéndolo.

A partir de esa base teórica y del análisis de las limitaciones identificadas, fue posible derivar tres lineamientos estratégicos viables en el contexto normativo colombiano. El rediseño de los instrumentos de auditoría parte de articular el dominio de experiencia de la atención centrada en el paciente de la Resolución 256 de 2016 con los formatos de autoevaluación del PAMEC. La formación del auditor como agente de humanización responde a una necesidad identificada de forma consistente en la literatura nacional e internacional; la integración de la voz del usuario en el proceso auditor cuenta con evidencia documentada de viabilidad técnica en contextos hospitalarios nacionales e internacionales. Los tres lineamientos son progresivos, adaptables a distintos niveles de complejidad institucional y no requieren recursos adicionales significativos para su implementación inicial, lo que refuerza su pertinencia para el sistema de salud colombiano.

Esta monografía llenó un vacío identificado en la literatura colombiana; la ausencia de un marco conceptual integrado que articule la auditoría en salud y la humanización de la atención como objeto evaluable dentro del PAMEC. Su aporte demuestra que Colombia ya cuenta con las condiciones normativas, teóricas e institucionales para transformar la auditoría en un instrumento de mejoramiento integral de la calidad del cuidado. Lo que queda abierto para investigaciones futuras es la validación de campo de los lineamientos en IPS colombianas de distintos niveles de complejidad, la evaluación del impacto de programas de formación de auditores en humanización y el desarrollo de instrumentos propios adaptados al marco del PAMEC. Avanzar en esa dirección permitiría cerrar la brecha entre la calidad que el sistema declara garantizar y la atención que los usuarios realmente experimentan.

## Recomendaciones

Con base en los hallazgos derivados de la revisión documental narrativa y en las conclusiones del análisis realizado, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la auditoría en salud hacia la incorporación de la humanización de la atención como criterio evaluable en las IPS colombianas.

A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se recomienda articular el dominio de experiencia de la atención centrada en el paciente, definido en la Resolución 256 de 2016, con los instrumentos de autoevaluación del PAMEC, incorporando sus indicadores de satisfacción, trato digno y comunicación efectiva como criterios de calidad esperada en la fase de planeación del ciclo PHVA. Esta articulación no requiere una reforma normativa ni recursos adicionales significativos, parte de una decisión institucional de utilizar los instrumentos ya existentes de forma integrada. Adicionalmente, se recomienda implementar mecanismos sistemáticos de retroalimentación con los usuarios, como encuestas estructuradas o entrevistas de experiencia, que permitan incorporar la voz del paciente como fuente de información para los procesos auditores.

A los equipos auditores se recomienda avanzar hacia un perfil profesional que trascienda el rol fiscalizador e incorpore competencias en comunicación empática, ética del cuidado, gestión del cambio organizacional y uso de instrumentos mixtos de evaluación que combinen variables cuantitativas y cualitativas. La formación en humanización no es un complemento optativo sino una condición necesaria para que la auditoría pueda evaluar efectivamente la dimensión interpersonal de la atención. Se recomienda que esta formación se integre en los planes de desarrollo institucional de las IPS y no se limite a eventos puntuales de capacitación.

Al Ministerio de Salud y Protección Social se recomienda actualizar el Manual de implementación del PAMEC incorporando criterios de humanización derivados de la Política Nacional de Humanización en Salud 2025-2035 como estándares de calidad esperada, de modo que la dimensión humana de la atención quede formalizada como objeto de evaluación sistemática y no solo como valor declarado. Esta actualización fortalecería la coherencia entre los lineamientos de política pública vigentes y los mecanismos de evaluación y control del sistema, cerrando la desconexión identificada entre el Sistema de Información para la Calidad y los procesos de auditoría de las IPS.

A las instituciones de educación superior que forman especialistas en gerencia y auditoría de la calidad en salud, se recomienda desarrollar líneas de investigación con diseño mixto que permitan validar instrumentos de auditoría de humanización en el contexto colombiano, evaluar el impacto de programas de formación de auditores orientados a la dimensión humana del cuidado y generar evidencia de campo que complemente los aportes conceptuales de estudios como el presente. Adicionalmente, se recomienda fortalecer en los programas de especialización los contenidos relacionados con humanización de la atención, indicadores de experiencia del usuario y articulación entre referentes teóricos como Donabedian y Watson, con el fin de que los futuros auditores cuenten con herramientas conceptuales para abordar la dimensión humana del cuidado como objeto de evaluación sistemática.

## Referencias Bibliográficas

- Abu Jeyyab, S., Abed, Y., & Albelbeisi, A. (2024). El papel de las auditorías clínicas en la mejora de la calidad y la seguridad de los servicios de salud: un análisis multiproyecto de un hospital jordano. *Cureus Journal of Medical Science*, *16*(2), e54764.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10961103/>
- Akbari, A. & Nasiri, A. (2022). *A concept analysis of Watson's nursing Caritas process*. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nuf.12771>
- Álvarez Rincón, R. R., & Fernández Ortega, N. L. (2022). *La auditoría de la calidad de salud en Colombia a través del tiempo*. Universidad de Córdoba [Tesis de especialización, Universidad de Córdoba]. Repositorio Institucional Unicordoba.  
<https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/dce62bf9-2e52-42d4-b24f-34f84fbf9e74/content>
- Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *New England Journal of Medicine*, *375*(3), 205-207.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1605101>
- Cairo Soler, C., León Ramón C. A. (2020). Propuesta de estándares y elementos medibles para conformar auditorías concurrentes de enfermería en el contexto hospitalario. *Scielo*, *36*(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192020000300004&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000300004&lang=es)
- Cubillos Manrique, A. M. (2025). Gestión de la calidad en salud basada en la evidencia: Una revisión de herramientas y métodos en auditoría en salud. *Documentos de Trabajo ECISA*. [https://publicaciones.unad.edu.co/index.php/wp\\_ecisa/article/view/8855/7813](https://publicaciones.unad.edu.co/index.php/wp_ecisa/article/view/8855/7813)

- Díaz Álvarez, J. C. (2021). *Modelos de gestión hospitalaria y su influencia en la calidad de la atención al usuario del servicio de salud* [Tesis de maestría, Universidad EAN].  
Repositorio institucional Universidad EAN.  
<https://repository.universidadean.edu.co/server/api/core/bitstreams/d1e7921c-a7f8-4eba-b0ea-9cfbfd145df2/content>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart*, 44(3), 166-206. <https://garfield.library.upenn.edu/classics1983/A1983PZ17300001.pdf>
- Donabedian, A. (1966). Exploraciones en la evaluación y monitorización de la calidad: definición de calidad y enfoques para su evaluación. *Ann Arbor: Health Administration Press 1*. [https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/06/1966\\_Donabedian\\_Evaluacion\\_Calidad.pdf](https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/06/1966_Donabedian_Evaluacion_Calidad.pdf)
- Donabedian, A. (1980). On the study of quality of care. *Health Services Research*, 16(2), 236-237. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1072233/>
- E.S.E. Hospital Universitario de Santander. (2023). *Informe de gestión y resultados 2023*. Hospital Universitario de Santander. <https://hus.gov.co/informes-de-gestion/>
- Edición Médica Colombia. (2024). Cifras de PQRS reflejan un preocupante incremento en reclamaciones por parte de usuarios del sistema de salud colombiano. Con base en datos de la Superintendencia Nacional de Salud.  
<https://www.edicionmedica.com.co/secciones/salud-publica/cifras-de-pqrs-reflejan-un-preocupante-incremento-en-reclamaciones-por-parte-de-usuarios-del-sistema-de-salud-colombiano-5453>
- ESE Hospital Francisco Valderrama. (2023). *Manual de implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC)*. Hospital

Francisco Valderrama. <https://hfv.gov.co/wp-content/uploads/2017/12/MANUAL-PAMEC-2020-2023.pdf>

Espitia Espitia, M. A., & Zarama Bastidas, M. L. (2022). *Estrategias de fortalecimiento para mejorar la seguridad clínica del paciente en el servicio de internación en la IPS privada de la ciudad de pasto* [Tesis de especialización, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud]. Repositorio institucional FUCS.

<https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/fa37e6ff-ecc2-4c51-bec7-4aac670aff09/content>

Flórez, F., López, L. & Bernal, C. (2022). Prevalence of adverse events and their manifestations in health professionals as second victims. *Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud*, 42(1), 184-195. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9084615/>

Galván Villamarín, J. F., & Lara Díaz, M. F. (2022). Diseño e implementación del modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 70(3).

<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.98649>

Gutierrez Echavarría, M. T. (2020). *Autoevaluación del Sistema Único de Habilitación y Auditorías Internas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Hospital Infantil Santa Ana, Medellín* [Tesis de Pregrado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional UDEA.

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/3a0b54d4-4a99-4f4a-be2a-121a9fb3091c/content>

Hernández-Palma, H. G., Batista Zea, K. del C., & Pitre Redondo, R. C. (2023). Comunicación y humanización para el fortalecimiento de la calidad de los proveedores de servicios de

salud en Colombia. *Económicas CUC*, 44(1), 121-136.

<https://doi.org/10.17981/econcuc.44.1.2023.Org.3>

Lorduy Jurado, L. V. & Adarraga Hernández, K. S. (2018). *Oportunidad de la calidad en la atención en el servicio de urgencia en la última década* [Tesis de especialización, Universidad de Córdoba]. Repositorio institucional Unicordoba.

<https://es.scribd.com/document/898204438/Monografia-Laura-Lorduy-y-Kiara-Adarraga>

Melita Rodríguez, A. B., Jara-Concha, P. D. T., y Valencia-Contrera, M. A. (2022). Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención intrahospitalaria. *Index de Enfermería*, 31(4). <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225167>

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. Ministerio de la Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Ministerio de salud y de Protección Social. (2016). *Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf)

Ministerio de salud y de Protección Social. (s. f.). *Auditoría para el mejoramiento de la calidad*.

Salud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-dela-calidad.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Ley estatutaria 1751 de 2015.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. Ministerio de Salud y Protección Social.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad*. Ministerio de Salud y Protección Social.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.

[https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025) Política nacional de humanización en salud 2025-2035: “Un camino para alcanzar una calidad en salud humanizada”.

[https://www.minsalud.gov.co/Anexos\\_Normatividad\\_Nuevo/Anexo-Tecnico-PNHS-25-08-2025.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Anexo-Tecnico-PNHS-25-08-2025.pdf)

Moreno González, N. (2025). *Reclamos en salud en Colombia alcanzan récord histórico: 322 por cada 10.000 afiliados en 2024, según Supersalud*. Consultorsalud.

<https://consultorsalud.com/reclamos-salud-322-cada-10-000-afil-supersalud/>

Organización Mundial de la Salud. (2019). La OMS hace un llamamiento urgente para reducir los daños causados al paciente en la atención de salud.

<https://www.who.int/es/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Seguridad del paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Organización Mundial de la Salud. (2025). Servicios de salud de calidad.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Pajnkihar, M., Štiglic, G. & Vrbnjak, D. (2017). The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ*.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5299993/>

Panteli, D., Quentin, W. & Busse, R. *Understanding healthcare quality strategies: a five-lens framework*. National Library of Medicine.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549261/>

Pérez Madera, D. & Llorente Cantillo, N. (2023). *Uso del ciclo del mejoramiento continuo en estándares de calidad en instituciones de salud en Colombia* [Tesis de especialización, Universidad de Córdoba]. Repositorio Institucional Unicordoba.

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/b856221f-fddb-41d4-adbb-179651fec3b4/content>

Quinvar, J. (2025). *Corte Constitucional: Minsalud no mejoró la prestación de servicios en tres años*. LAFM. <https://www.lafm.com.co/actualidad/corte-minsalud-no-mejoro-servicios-de-salud-en-3-anos-375623>

Rincón Garzón, A. P. (2023). *Interpretaciones de los profesionales de la salud sobre el uso de la inteligencia artificial (IA) como tecnología de impacto a la salud pública, análisis desde las ciencias cognitivas*, [Tesis de maestría, Universidad El Bosque]. Repositorio institucional de la Universidad El Bosque.

<https://repositorio.unbosque.edu.co/assets/dspace/visor/index.html?pdf=aHR0cHM6Ly9yZXBvc2l0b3Jpby51bmJvc3F1ZS5lZHUuY28vc2VydMvYyL2FwaS9jb3JlL2JpdHN0cmVhbXMvOTBkYWl3NDctMjZkZC00MDA4LTgyMzQtODkxMDM4ZThjMTkxL2NvbnRlbnQ=>

Roque Rodríguez, R., Guerra Álvarez, R., & Torres Borges, T. (2018). Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2018000200016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200016)

Sáens Yanes, M. A., Moreno Montes, S. Olascuaga Campo Geraldine (2021). *La auditoría en salud y el sistema obligatorio de garantía de calidad frente a los derechos de los usuarios, 2021*[tesis de especialización, Universidad de Córdoba]. Repositorio institucional Unicordoba.

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/b25cda12-4c4c-466b-b08a-5b3081770bfe/content>

Santos Brás, M., Rodrigues Faria de Carvalho, A., & Correia Barroso Pinto, C. (2023). La supervisión clínica: una contribución a la mejora de los indicadores de calidad de la atención de enfermería. *Scielo*. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92956>

- Silberman, M., Granados Cosme, J. A., Delgado Campos I., y López Ortega, V. (s. f.). *Calidad de la atención en salud: el modelo de Avedis Donabedian*. UNICLA  
<https://uniclanet.unicla.edu.mx/assets/contenidos/288020230831232508.pdf>
- Solarte, A. L., Arteaga Díaz, Y. M., Andrade Sánchez, K., & Herrera López, H. M. (2024). Aproximación general a la gestión por procesos en los servicios de salud en Latinoamérica: una revisión bibliográfica. *Informes Psicológicos*, 24(1), 69-89.  
<https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a05>
- Soresi, J., Brown, T., & Lillie, E. (2025). Características y eficacia de la auditoría y retroalimentación electrónica para la seguridad del paciente y la calidad de la atención en los hospitales: una revisión sistemática. *Health Informatics Journal*.  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14604582251315414>
- Urra M., E., Jana A., A., y García V., M. (2011). *Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales*. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002)
- Van Buchem, M. M., Neve, O. M., Kant, I. MJ., Steyerberg, E. W., Boosman, H. & Hensen, E. F. (2022). Analyzing patient experiences using natural language processing: development and validation of the artificial intelligence patient reported experience measure (AI-PREM). *BMC Med Inform Decis Mak*, 22, 183.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9284859/>
- World Health Organization (2024). *WHO releases AI ethics and governance guidance for large multi-modal models*. Who. <https://www.who.int/news/item/18-01-2024-who-releases-ai-ethics-and-governance-guidance-for-large-multi-modal-models>

Zuluaga Holguín, V., Orozco Pineda, H., Bolaños Franco, E., & Moncada Moncada, M. (2025).

*Uso de la inteligencia artificial en la auditoría y gerencia de la calidad en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud, con gestión ética, humanizada y segura*

[Tesis de especialización, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio

Institucional UCC. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/10b14261->

[bdb1-45f3-acd4-9e2b758decd3/content](https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/10b14261-bdb1-45f3-acd4-9e2b758decd3/content)