

Claves para la construcción de un modelo bioético para la atención humanizada de los servicios de salud a partir del modelo colombiano

Keys for the construction of a bioethical model for the humanized attention of health services based on the Colombian model

Julia Beatriz Blandin Abalos¹

¹ Investigadora en Salud Pública de la Universidad Internacional Moon. Correo electrónico: juliebe@live.com

RESUMEN

Este artículo pretende reflexionar sobre el trabajo realizado por Carlos Andrés Andino Acosta denominado "La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud". El objetivo principal, es compararlo con la mirada de la escritora, acerca del sistema de salud en Uruguay en la actualidad. El diseño y método de este estudio es comparativo con el fin de obtener las similitudes y diferencias entre el modelo colombiano y el uruguayo. El trabajo de Andino se ha enfocado en el esclarecimiento de los problemas de la humanidad, lo cual forma parte también del proceso de certificación en salud que buscan las organizaciones hospitalarias. Por otra parte, en Uruguay, desde la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) el concepto de humanización dice presente, mostrando la gran importancia de la integración de la humanización de la salud en todos los procesos administrativos y asistenciales. Como resultado, es necesario para la construcción de un modelo bioético en salud, conocer y contemplar las necesidades de los individuos. Para concluir resulta fundamental trabajar no solo en los sistemas de cuidado, sino en extender a la cultura nacional, pruebas del respeto a la vida y la defensa de su dignidad. La humanización reclama desde sus referentes éticos, morales y bioéticos una nueva interpretación y comprensión interdisciplinaria, y en la medida de las posibilidades, debe estructurarse desde estas fuentes y definiciones también como un proceso de planeación, de gestión, y hacer parte de las líneas transversales, estratégicas y administrativas de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Palabras claves: modelo bioético, atención humanizada, servicios de salud, modelo colombiano

ABSTRACT

This article aims to reflect on the work carried out by Carlos Andrés Andino Acosta called "Humanization, an ethical issue in health accreditation". The main objective is to compare it with the writer's gaze on the health system in Uruguay today. The design and method of this study is comparative in order to obtain the similarities and differences between the Colombian and Uruguayan models. Andino's work has focused on clarifying the problems of humanity, which is also part of the health certification process sought by hospital organizations. On the other hand, in Uruguay, since the creation of the National Integrated Health System (SNIS), the concept of humanization is present, showing the great importance of integrating the humanization of health in all administrative and assistance processes. As a result, it is necessary for the construction of a bioethical model in health, to know and contemplate the needs of individuals. To conclude, it is essential to work not only in the care systems, but also in extending to the national culture, proofs of respect for life and the defense of their dignity. Humanization demands from its ethical, moral and bioethical referents a new interdisciplinary interpretation and understanding, and to the extent possible, it must be structured from these sources and definitions as well as a planning and management process, and be part of the transversal lines, strategic and administrative of the institutions providing health services.

Keywords: bioethical model, humanized care, health services, Colombian model



INTRODUCCIÓN

A modo de introducción se pretenderá plantear que la ética y el humanismo están atravesados por lo témporo-espacial, el aquí y el ahora, conjuntamente con lo que fue y será. Por lo que, para hablar de un modelo de bioética, inspirado en el humanismo, se debe respetar las particularidades de la sociedad, sin dejar de lado aspectos inherentes a la humanidad y propios de una época globalizada.

El objetivo principal es compararlo con la mirada de la escritora, acerca del sistema de salud en Uruguay en la actualidad. Por lo que, para hablar de un modelo de bioética, inspirado en el humanismo, se debe respetar las particularidades de la sociedad, sin dejar de lado aspectos inherentes a la humanidad y propios de una época globalizada. El siguiente trabajo titulado *Claves para la construcción de un modelo bioético para la atención humanizada de los servicios de salud* basado en el modelo colombiano de Andino, se proyecta desde el artículo del autor denominado "La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud", siendo de gran importancia la integración de la humanización de la salud en todos los procesos administrativos y asistenciales.

Como lo manifiesta Andino, la humanización de la salud es importante en Colombia, aunque existe una persistencia en comportamientos deshumanizantes en la atención, los cuales se presentan como un problema en el ámbito asistencial. Para dicho país generalizar como eje temático la importancia de la humanización para la mejora de la atención en salud es un requerimiento obligatorio en la gestión sanitaria. En vista de su gran enfoque y preocupación en la búsqueda de soluciones y estrategias, desde hace algunos años, su trabajo se ha enfocado en el esclarecimiento de los problemas de la humanidad, lo cual forma parte también del proceso de certificación en salud que buscan las organizaciones hospitalarias y otros proveedores de servicios afines. Como contrapuesta, Uruguay cuenta con un Sistema Nacional Integrado de Salud que rige desde el año 2007, cuyos cambios se plasman a través de la promulgación de un conjunto de leyes y decretos dentro de los que se destaca la Ley 18.211 de diciembre de 2007 que crea el "Sistema Nacional

Integrado de Salud (SNIS)". Dicha normativa vigente abarca los conceptos de interdisciplinariedad, centralización normativa y descentralización ejecutiva con eficiencia social y económica. Así mismo humanismo en la atención y los cuidados, gestión democrática, participación social y derechos del usuario.

Si nos posicionamos desde la normativa existente en Uruguay, el problema, radica en que a pesar de que el sistema de salud determina que la humanización de la atención es resultante del respecto a la humanidad,  c mo es posible que aun existan situaciones inhumanas, indignas, que atentan los derechos humanos? Según palabras de Andino. Por lo tanto, en Uruguay, también estaríamos frente al incumplimiento de los lineamientos gubernamentales de un país, ante la ausencia de indicadores suficientes de humanización

De allí surge la importancia de reflexionar respecto al tema, en post de alcanzar los estándares de calidad requeridos profundizando en las necesidades de los usuarios y generando nuevos planes de mejora. La humanización de la salud hoy reclama desde sus referentes éticos, morales y bioéticos una nueva interpretación y compresión interdisciplinar, y en la medida de las posibilidades, debe estructurarse desde estas fuentes y definiciones también como un proceso de planeación, de gestión, y hacer parte de las líneas transversales, estratégicas y administrativas de las instituciones prestadoras de servicios de salud y asistenciales hospitalarias.

MARCO TEÓRICO O REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Entre Uruguay y Colombia: encuentros y desencuentros

Conuerdo con el autor Carlos Andino cuando refiere que la  tica se ocupa de que todos los procesos de la humanización de la salud se centren en la persona y de que haya una visión integral de la persona al atenderla y asistirle, de manera que el tratamiento humano no sea tan solo relegado a un referente de cumplimiento de la norma y a procesos de acreditación de la calidad para lograr un plus de actualidad. En palabras de Andino: "Si las instituciones prestadoras de servicios de salud del país son conscientes del problema que representa la deshumanización

para el cumplimiento de sus objetivos misionales, la reflexión sobre la humanización de la salud adquiere importancia y dichas instituciones deberán asumir la responsabilidad de verla como un tema de carácter ético dentro de la acreditación, para evitar violaciones de los derechos humanos y de la dignidad de la persona humana. Sin duda que el generar acciones y compromisos reales que permitan ofrecer un servicio cálido y más humano, hace posible la "acreditación de calidad", en Uruguay denominada: Habilitación de Prestadores de Salud. Es relevante tener presente que el problema para el autor, radica en la falta de empatía en el sistema de cuidado, con una relación estrecha con la escasez de recursos, la hiperespecialización o el desgaste profesional de los cuidadores, entre otros motivos. En Uruguay, la necesidad de mayor capital humano en enfermería se destaca en relación a países europeos, donde en ellos la relación médico- enfermero es del 2,5, aquí es de 4 médicos por enfermero (Censo 2013). Por ello referirse a qué ser humano no es lo mismo que vivir y comportarse humanamente, tiene sentido si pensamos en la importancia de trabajar con y para las potencialidades humanas, desde lo más noble del ser, hacia el desarrollo máximo de nuestras capacidades de solidaridad y de acompañamiento recíproco, en un ambiente laboral acorde.

Se resalta, que, en Colombia, la Ley 100 de 1993 creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud y alcanzar estándares superiores de calidad en un ciclo de mejoramiento continuo. Por otro lado, los avances técnicos, científicos y biomédicos, así como las prácticas y actitudes dadas en los procesos y las intervenciones para la recuperación de la salud, son sensibles a producir en las personas enfermas violaciones que afectan su vida, su ser como persona, sus derechos, sus valores, sus principios, sus creencias y su dignidad humana. Por otra parte, en ese país, se encuentran numerosas circunstancias lesivas como la negación de la atención y asistencia, la falta de recursos económicos y la malversación de los dineros tanto públicos como privados, los egos que aparecen y persiguen un interés individual, la intransigencia y autosuficiencia en la administra-

ción de las instituciones, la negación y tardanza en la asignación de citas médicas, la negación de medicamentos, tratamientos, procesos clínicos y quirúrgicos; la ausencia de solidaridad frente a la persona enferma que sufre y necesita ayuda, hasta el punto de morir en las calles, en las puertas de las instituciones, o dentro de las mismas; el «paseo de la muerte», como se ha denominado al traslado de la persona enferma de un centro de atención a otro; la no asistencia porque no hace parte de ningún sistema de salud por el cual se le pueda ofrecer el servicio y, peor aún, estando afiliado al sistema de salud, no es asistido ni siquiera en la referencia de una urgencia.

El autor cita a su vez a Asenjo (1982): la humanización en el servicio de la salud no se reduce simplemente al buen tratamiento, a las buenas actitudes y las relaciones respetuosas, que debe recibir el enfermo en la institución sanitaria en la cual se encuentra, sino que debe integrar también el manejo honesto y pulcro que los administradores de esta realizan en el ámbito económico, en el manejo de los recursos humanos, en la remuneración del personal, en las jornadas de trabajo, en la calidad de las instalaciones.

En Uruguay, esto también se vuelve necesario; una articulación equilibrada de lo humano, lo profesional, las especialidades, lo técnico y lo científico junto a las mejores actitudes y acciones de acogida y hospitalidad, experiencia y vocación de servicio para preservar la vida, cuidar la salud y respetar la dignidad humana, dignifican y humanizan al personal asistencial y administrativo junto a la persona vulnerable por la enfermedad.

En cuanto a la normativa colombiana el autor resalta el Artículo 1: "El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten" (Ley 100, 1993). La Ley 1438 de 2011 modifica el artículo que como objetivo tiene reformar el sistema general de seguridad social en salud y dictar otras disposiciones; incluye criterios de humanización, y modifica en el Artículo 3 el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993, conservando la



atención humanizada. Así mismo, dentro del nuevo sistema se establece la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud (ICONTEC, 2016), y alcanzar estándares superiores de calidad en un ciclo de mejoramiento continuo; así lo establece la ley 100 en el Artículo 186: "Del Sistema de Acreditación.

En Uruguay, los organismos estatales tales como el Ministerio de Salud (MSP) y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), trabajan conjuntamente en la importancia de la humanización de la salud ya que son los organismos rectores relacionados a la gestión de habilitación de los servicios de salud. Pero no es hasta 2006, que una universidad privada del interior del país, instala en su currícula de la carrera de Doctor en Medicina, El humanismo como materia optativa. Algo sin antecedentes que nos demuestra cuanta formación académica fragmentada a lo largo de la historia de la salud.

Nuevamente el autor se refiere a la seguridad del paciente entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud; el enfoque y gestión del riesgo mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos; la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones; la existencia de políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención que tenga en cuenta la dignidad del ser humano.

Uruguay al respecto cuenta con los Comités de Seguridad del paciente (COSEPA), dependiente del Ministerio de Salud, los cuales por reglamentación están establecidos desde 2008, dentro de las instituciones de salud, conformados por un equipo multidisciplinario de profesionales afines, la cual tiene en cuenta, entre otros aspectos, las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los pacientes de acuerdo con su vulnerabilidad y preferencias, el manejo de la información entregada, la administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo

de los pacientes, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas, las condiciones biométricas (peso, talla) para el cuidado, la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, estrategias de cuidado con orientación lúdica especialmente en niños, el respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares, así como el desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo. Todo ello puntos afines con el modelo colombiano.

Sin dudas que todo ello hace a la humanización de los cuidados y para ello, vayamos algo atrás en el tiempo para ver más de cerca los acontecimientos en Uruguay. La bioética desde su aparición a su consolidación en Uruguay ha atravesado por diferentes etapas, desde los años ochenta. Esta disciplina llega tardíamente con relación a su aparición en el mundo. Tuvo su origen en EEUU entre los años 1962 y 1970. Su surgimiento causal se refiere a: el carácter cada vez más científico de la medicina, el enorme avance de las tecnologías médicas y la cada vez más socialización de la atención de la salud.

Estudiando los modelos existentes de los países donde la disciplina bioética se inició y ha alcanzado gran desarrollo, vemos que los mismos tienen como objetivo primario el desarrollo entre los profesionales de la salud las virtudes morales derivadas de los principios de beneficencia, autonomía y justicia, y promover la eticidad en las instituciones de la salud con los valores de libertad y equidad (Rotondo, 2021).

Esta nueva corriente en la década de los ochenta se extendió a los países europeos y como consecuencia del fenómeno de globalización en los años noventa, llega a los países llamados periféricos entre los cuales está América Latina. La primera aparición en la enseñanza de la bioética ha sido mediante la Universidad Católica del Uruguay, a través del Área Éticas Aplicadas, que mantiene hasta la fecha dichas actividades desde el año 1989.

Así mismo en 1991, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) acepta la propuesta de promover y difundir la bioética a través de los órganos de comunicación del

SMU, la realización de jornadas, conferencias, mesas redondas; desarrollar el acervo de la biblioteca con publicaciones y videos sobre el tema. Esta comisión ha tenido una vocación pluralista y democrática, reflejo de la tradición de esta asociación médica del país, lo cual facilita sin duda el camino hacia la humanización en salud.

METODOLOGÍA

Este es un artículo de reflexión sobre la humanización de los cuidados en salud. A partir de esta unidad de observación, se transita sobre la definición de Andino y los propósitos de la bioética y el humanismo, teniendo presente a otros autores anunciados por el autor.

Con un:

- Diseño: Comparativo
- Método: Proceso de análisis basado en la lógica inductiva
- Análisis: Universalizador, comparativo e ilustrativo.
- Muestra: Usuarios de la salud de Colombia y Uruguay
- Criterios de inclusión/exclusión: ser usuario de los países en cuestión/ no serlo.
- Instrumentos: Búsqueda bibliográfica por los repositorios OMS, OPS, MSP, Google Académico, Scielo y Elsevier
- Técnica de Análisis: Sistemas similares

RESULTADOS Y ANÁLISIS

En pos de una deontología común en los servicios de salud, el modelo colombiano presenta limitaciones al momento de brindar atención de calidad a sus pacientes.

La situación de pandemia actual que atraviesa el mundo, ha provocado cambios positivos en relación al Código bioético basado en la humanización. Esto se ha visto reflejado en la atención de la salud por parte de sus actores que a pesar del extremo agota-

miento y el constante enfrentamiento a situaciones extremas, han aumentado su empatía y respeto por la vida misma. Por lo tanto, para Uruguay como para Colombia la humanización de la salud debe ser considerado un eje temático de acreditación, estructurado mediante estrategias, procesos, lineamientos y directrices, los cuales deben estar enfocados en la persona enferma y en quienes hacen todo lo posible para ofrecer el mejor de los servicios asistenciales. Todas las acciones que se desprendan del tema de la humanización de la salud deben brindar la oportunidad de generar y promover cambios en cómo se ofrece una atención cálida, respetuosa, incluyente, y con una vocación de servicio dirigida a asistir a las personas enfermas.

Siendo la bioética, concebida como un puente entre la ética clásica y las ciencias de la vida, hoy se ha vuelto un campo más amplio de estudio y práctica, por lo cual, para la construcción de un modelo bioético en salud, debemos tener siempre muy presente sus cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Pensar así mismo en incluir los principios de solidaridad y responsabilidad, claves en la actualización permanente de un sistema de cuidados en salud humanizados, con trabajadores comprometidos, solidarios en pos del bienestar ajeno adaptados al lugar y el momento que se vive.

ANÁLISIS

Luego del excelente trabajo realizado por el autor, generando la siguiente interrogante: ¿La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud es un imperativo o una pregunta?

Entonces, y no siendo de otra manera, "urge tomar una decisión: seguir mercantilizando la enfermedad, o cuidar realmente a los seres humanos, respetando su autonomía y su dignidad" (Bettinelli, Waskiewicz y Lorenzini, 2015). Es interesante que la humanización de la salud, si bien puede ser un tema de acreditación (habilitación), no pueda ser simplemente un requisito para anunciar que se ofrece un servicio más humano y de calidad y, con ello, pretender garantizar la calidad y humanización de la atención sin llevar acciones reales y concretas.



El objetivo de la humanización de la salud debe ser claramente la defensa, restitución y resignificación del respeto por la vida, la dignidad humana, la acogida con prontitud y la comprensión integral de la persona vulnerable por la enfermedad.

El autor reitera las palabras de Andorno sobre la dignidad; a saber, que hoy se emplea la noción de dignidad de manera abusiva y retórica, como si ella pudiera resolver todos los dilemas bioéticos o al invocarla pudiese evitar el trabajo de argumentar y apoyar estar a favor o en contra de una determinada práctica.

Resulta evidente en las palabras del autor, que aún existe un alto índice de deshumanización, y no solo en lo referente al servicio de salud, que lleva a la insensibilidad, negligencia y omisión ante la condición vulnerable de las personas enfermas, sino también un sentido inhumano e indiferente ante aquellas realidades, situaciones, condiciones y circunstancias en las que están inmersas, y por las que se hacen más vulnerables. Situaciones tales como la injusticia, la pobreza, la violencia, la guerra, la desigualdad social y económica, el desplazamiento forzado, la marginación, el rechazo, la estigmatización, la falta de oportunidades laborales, educativas, de vivienda, entre otros, y ser vulnerado en sus derechos, sobre todo el de la salud, deshumanizan a la persona, y es pertinente anotar que "resulta hoy urgente, quizás más que nunca, interrogarse acerca de qué es el ser humano en tanto sujeto, es decir, en tanto persona" (Andorno, 2012, p. La bioética, con su nueva manera de reflexionar sobre la ética de la vida, permite abordar y enfocar los nuevos problemas, apoyando cada situación desde el cumplimiento de los principios éticos por excelencia como la beneficencia, y la no-maleficencia; hacer todo lo posible siempre en beneficio del ser humano para su supervivencia, en toda circunstancia, exige tratar de no producirle daño alguno.

Con este análisis, se espera y se confía en que todos aquellos procesos donde se hable, se reflexione y se investigue sobre el tema de la humanización de la salud, y las disposiciones y directrices administrativas y políticas internas de calidad, permitan y ayuden a contrarrestar lo negativo que caracteriza a la salud en Colombia y en el mundo. Satisfacer las

necesidades de las personas enfermas y, al mismo tiempo, sientan que son amablemente atendidas, asistidas, curadas y cuidadas también es un objetivo viviente en Uruguay; siendo los esfuerzos institucionales hospitalarios el del beneficio de sus pacientes y no un número más para alcanzar la habilitación. Cada vez que encontremos estos temas sobre la mesa, será necesario intervenir para mejorar la calidad humana de la asistencia y para que la dignidad humana de quien sufre no se sienta herida en ninguna etapa de su vida.

CONCLUSIONES

Con mis años y vivencias en la salud, hace tiempo que sé que es un imperativo, que, en nosotros, ya está adquirido naturalmente, pero lamento que en la realidad aún parece ser una pregunta.

La deshumanización radica en la no consideración suficiente de la dignidad de todas las personas por encima de la edad, destacándose el hecho de que la gente ahora viva más, por lo cual, se hace necesario reflexionar sobre la calidad de esa esperanza de vida prolongada y no solo sobre la sobrevivencia útil.

El Humanismo debe estar presente en todos los niveles y procesos de la atención sanitaria. Desde el contacto en un sector intrahospitalario descentralizado, como lo es ir a la farmacia por medicación, al laboratorio por resultados o al mostrador a solicitar información en un mostrador de atención al usuario. Podría pensarse que son momentos irrelevantes comparados con aspectos críticos lo es la internación en un cuidados intensivos. Sin embargo, la humanización de los cuidados comprende todos los procesos asistenciales, como los administrativos, organizacionales y gubernamentales de un país, en todos los niveles de atención sanitaria.

Los ámbitos que ayudan a la humanización de pacientes son: la formación de los profesionales, crear una estructura más acogedora en los hospitales y centros de asistencia.

Resulta fundamental trabajar no solo en los sistemas de cuidado, sino en extender a la cultura nacional, pruebas del respeto a la vida y la defensa de su dignidad. Una de las claves es no caer en el edadis-

mo, una concepción que mide las políticas sociales o la inversión en el gasto en políticas sociales según las edades de las personas. Por, sobre todo, hay que tener presente las condiciones de vida de las personas, así como las circunstancias y su entorno basados en el respeto y la solidaridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andino, C. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(1), 38-64.
- Andino, C. (2017). Hospitalidad y humanización de la salud: una actitud humana en la acogida al enfermo. En E. Díaz (Ed.), *La humanización de la salud*. Bogotá: Editorial Javeriana.
- Andino, C. (2018). VIH/SIDA una perspectiva bioética desde la hermenéutica de la existencia. *Revista Colombiana de Bioética*, 12(2), 66-89.
- Andorno, R. (2012). *Bioética y Dignidad de la Persona*. Madrid: Tecnos.
- Drane, J. F. (2006). *Medicina Humana*. Una bioética católica liberal. Bogotá: San Pablo.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2 de noviembre de 2016). Avanza construcción de líneas de calidad para programas de pregrado en salud. *Minsalud - Boletín de Prensa No. 235*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Avanza-construccion-decurriculos-para-programas-de-pregrado-en-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Anexo técnico: calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes* [versión pdf reader]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Calidad de atención en salud. *Minsalud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Calidad y humanización de la atención. *Minsalud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de noviembre de 2016). Mención a la excelencia a 37 IPS del país. *Minsalud - Boletín de Prensa No. 243*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-entrega-mencion-a-la-excelencia-a-37-IPSdel-pais.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de mayo de 2014). Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. [Resolución 2082 de 2014]. DO: 49.167. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202082%20de%202014.PDF
- Ministerio de Salud Pública (2020)- Uruguay. Ley 18.131. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18131-2007/4>
- Ministerio de Salud Pública (2020)- Uruguay. Ley 18.211. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/45>
- Rotondo de Cassinelli, M. (2021) Aportes para una historia de la Bioética en el Uruguay.
- Llano Escobar, A. (2007) La Bioética en América Latina y en Colombia.