Artículo de revisión

https://doi.org/10.56085/isss.571

La humanización como parte de la atención integral al paciente: revisión narrativa

Humanization as a part of comprehensive patient health care: a narrative review

Humanização como parte do cuidado integral ao paciente: revisão narrativa

Leonardo Fabio Garzón-Leguizamón[1]
Doris Marcela Díaz-Ramírez[1]
Leilann Denisse Vergara-Vaca[1]
Marta Sonia Villamizar-Romero[1]
Claudia Jeannette Vanegas-Torres[1]
Pilar Andrea López-Gutiérrez[1]
María Andrea Cortes-Barreto[1]
Nayibe Bueno-Gómez[1]
Diana Marcela Chiari-Gómez[1]

Resumen

Objetivo: identificar los principales criterios, características, enfoques, normas y lineamientos que orientan el desarrollo de atenciones en salud humanizadas, las características y enfoques de la humanización de la atención, así como las políticas, planes e incluso de programas desarrollados actualmente en algunos países. ***Métodos:*** se realizó una búsqueda de artículos entre el 2012 y 2020 en los idiomas portugués, español e inglés, en las bases de datos Scielo, Pubmed, Medline, Lilacs, así como también en Epistemonikos, a través de palabras clave seleccionadas con base en los objetivos a investigar y que respondieran la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las percepciones sobre el trato no humanizado de los sujetos de atención a partir del análisis de las quejas del sistema distrital de peticiones, quejas y reclamos y los principales criterios, normas y pautas de la atención humanizada? ***Resultados:*** se encontraron 62 artículos que se organizaron en las siguientes categorías: trato irrespetuoso; mal servicio y no garantía de derechos; negligencia en la atención; comportamiento abusivo y falta de ética; mala comunicación e información; discriminación y no enfoque diferencial. ***Conclusiones:*** 1) la estructura para evidenciar la humanización en las instituciones de salud se basa tanto en el diseño como en la aplicación de políticas y programas de humanización en Colombia y diferentes lugares del mundo. Dentro de esta

1. Equipo de investigación Dirección de Calidad de Servicios de Salud, Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2021, Bogotá (Colombia).

* Artículo vinculado a la investigación: "Conceptualización de atención humanizada de los sujetos de atención a partir del análisis de las comunicaciones de los usuarios al sistema distrital para la gestión de peticiones ciudadanas recibidas durante el 2019" de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

perspectiva de la humanización de los servicios de salud es una constante la necesidad de comprender el rol que juega el personal de la salud como actor determinante en la garantía del derecho a la salud y la calidad en la prestación de los servicios. 2) Existe una relación directa en lo que determinan los Estados a través de la normatividad para el cumplimiento de atenciones más humanas y unas realidades diferentes en lo que se vive durante el proceso de atención. De allí la importancia que toman las prácticas de estos Estados y organizaciones en salud en torno a la humanización que permita la replicabilidad de estas, y mejorar así las condiciones de salud de los ciudadanos y la prestación de los servicios. 3) La apuesta está en reconocernos más humanos. La revisión sistemática de la bibliografía hace énfasis en los criterios que se deben cumplir frente a los procesos de atención en salud; sin embargo, es necesario generar espacios de formación que no se centren exclusivamente en los conocimientos técnicos, sino que a través de estos le permitan al personal de la salud fortalecer las diferentes habilidades que demanda el proceso de atención en salud, de allí la importancia de comunicarse asertivamente, manejar adecuadamente los conflictos, empatizar frente a las situaciones que puedan estar presentando los usuarios y sus familias, y la respuesta efectiva a las necesidades y expectativas que presentan, permitiendo realizar una simbiosis entre el ser, el hacer y el deber ser en la atención en salud.

Palabras clave: humanización, cuidado de la salud, dignidad humana, equidad en salud, deshumanización, sentido humano, buen trato, enfoque diferencial, cuidado, derechos.

Abstract

Objective: To identify the main criteria, characteristics, approaches, regulations and guidelines that guide the development of humanized health care, the characteristics and approaches of the humanization of health care, and the policies, plans and even programs currently developed in some countries. ***Methodology:*** A search was performed for articles between 2012 and 2020 in Portuguese, Spanish and English in the Scielo, Pubmed, Medline, Lilacs and Epistemonikos databases, using keywords selected based on the objectives to be researched. The articles had to be able to answer the following research question: What are the perceptions of health care subjects regarding non-humanized treatment, based on an analysis of complaints in the district petition, complaint and claims system and the main criteria, regulations and guidelines for humanized health care? ***Results:*** 62 articles were found, which were organized into the following categories - disrespectful treatment, bad service and a failure to ensure rights; negligence in health care, abusive behavior and a lack of ethics; bad communication and information; discrimination and a lack of a differential approach. ***Conclusions:*** 1) The structure for demonstrating humanization in health care institutions is based on both designing and applying humanization policies and programs in Colombia and different parts of the world. There is a constant need to understand the role health care staff play as determining actors in ensuring the right to health and quality in the provision of services, within this perspective of the humanization of health care services. 2) There is a direct relationship between what States determine through regulations in terms of providing more humane health care and the different realities patients experience during the health care process. Therefrom comes the importance of the practices of States and health care organizations when it comes to humanization that facilitates replicating those practices, improving the health conditions of citizens and the provision of services in this way. 3) The challenge is to recognize ourselves as more human. The systematic review of the bibliography emphasizes the criteria to be met in health care processes. However, it is necessary to create training spaces that do not exclusively focus on technical knowledge, but which, through that technical knowledge, help health care staff strengthen the different skills required for the health care process. This explains the importance of communicating assertively, adequately managing conflicts, empathizing with the situations of users and

their families, and responding effectively to their needs and expectations, allowing for a symbiosis between being, doing and what should be in health care.

Keywords: Humanization, health care, human dignity, health equity, dehumanization, human sense, good treatment, differential approach, care, rights.

Resumo

Objetivo: identificar os principais critérios, características, abordagens, normas e diretrizes que orientam o desenvolvimento de cuidados da saúde humanizados, as características e abordagens da humanização da atenção, bem como as políticas, planos e até programas desenvolvidos atualmente em alguns países. ***Metodologia:*** foi realizada uma busca de artigos entre 2012 e 2020 nos idiomas português, espanhol e inglês, nas bases de dados Scielo, Pubmed, Medline, Lilacs, bem como na Epistemonikos, por meio de palavras-chave selecionadas com base nos objetivos de investigação e respondendo à seguinte questão de pesquisa: quais as percepções sobre o tratamento não humanizado dos sujeitos do atendimento a partir da análise das denúncias do sistema distrital de petições, denúncias e reclamações e os principais critérios, normas e diretrizes do atendimento humanizado? ***Resultados:*** foram encontrados 62 artigos, organizados nas seguintes categorias: tratamento desrespeitoso; atendimento precário e sem garantia de direitos; negligência de cuidados; comportamento abusivo e falta de ética; má comunicação e informação; discriminação e nenhuma abordagem diferencial. ***Conclusões:*** 1) a estrutura para evidenciar a humanização nas instituições de saúde se baseia tanto na formulação quanto na aplicação de políticas e programas de humanização na Colômbia e em diferentes partes do mundo. Dentro dessa perspectiva de humanização dos serviços de saúde, há uma necessidade constante de compreender o papel desempenhado pelo pessoal de saúde como ator determinante na garantia do direito à saúde e a qualidade na prestação dos serviços. 2) Existe uma relação direta entre o que os Estados determinam por meio de regulamentações para o cumprimento de um cuidado mais humanizado e as diferentes realidades do que é vivenciado durante o processo de cuidar. Daí a importância das práticas destes Estados e das organizações de saúde em torno da humanização que permita a sua replicabilidade, e assim melhorar as condições de saúde dos cidadãos e a prestação de serviços. 3) A aposta consiste em nos reconhecermos mais humanos. A revisão sistemática da bibliografia enfatiza os critérios que devem ser atendidos diante dos processos de atenção à saúde; no entanto, é preciso criar espaços de formação que não se concentrem exclusivamente no conhecimento técnico, mas que por meio deles permitam que os profissionais de saúde fortaleçam as diferentes habilidades que o processo de cuidar em saúde exige, daí a importância de se comunicar de forma assertiva, lidar adequadamente com os conflitos, ter empatia com as situações que os usuários e seus familiares possam estar apresentando e a resposta efetiva às necessidades e expectativas que apresentam, permitindo uma simbiose entre o ser, o fazer e o que deveria ser no cuidado à saúde.

Palavras chave: humanização, cuidados de saúde, dignidade humana, equidade em saúde, desumanização, sentido humano, bom trato, abordagem diferencial, cuidados, direitos.

Introducción

La humanización de la atención en salud es un factor que cada día resulta ser más relevante en el proceso salud-enfermedad, dada la importancia de mejorar la calidad de vida de los pacientes y la necesidad de ofertar servicios que van más allá de la cordialidad en el trato. Se habla de servicios con calidad, más justos, que generen valor a la sociedad y que respondan al respeto por la dignidad humana; es allí donde el personal de la salud resulta ser un agente fundamental dentro de este proceso.

Dicho esto, la humanización de la atención en salud debe responder a lo que la persona necesita del sistema; más allá del diagnóstico y tratamiento, demanda una atención holística que tenga en cuenta la dignidad intrínseca del ser humano; y que, independiente de su condición, evite toda discriminación y promueva la garantía de sus derechos, respetando en todo momento los valores, principios y las creencias de los pacientes; dado que esto permitirá al profesional de la salud tener un acercamiento hacia un abordaje integral, cumpliendo con requisitos normativos que favorezcan el acuerdo social pactado en la atención en salud, en términos de calidad, satisfacción y experiencia del paciente.

La humanización de la atención en salud es un proceso que tiene como meta "garantizar el respeto y la dignidad del ser humano" (1). Las acciones para asegurar el cumplimiento de esta meta han cambiado con el paso del tiempo, derivado de diferentes enfoques filosóficos, técnicos e inclusive normativos, convirtiendo a la humanización de la atención en salud no solo en una premisa de la relación entre seres humanos, sino en una obligación legal que tienen las diferentes instituciones que proveen estos servicios.

Desde la perspectiva filosófica, la humanización ha sido inherente a la prestación de los servicios de salud, esto hace referencia a las consideraciones del juramento hipocrático, los principios de la bioética, el respeto por los derechos y las bases de la equidad y transparencia para el desarrollo humano (2). Un primer abordaje, desde el punto de vista normativo, fue incluido en la Ley 10 del 10 de enero de 1990, "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones", donde se estableció que el Estado debe garantizar los derechos de las personas que habitan en el territorio nacional (3), la cual fue reglamentada a través de la Resolución 13437 de 1991, del 1° de noviembre "Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes", con el fin de ser garantes del cumplimiento de estos derechos como camino hacia la humanización (4).

Los cambios normativos ocurridos desde esa fecha hasta la actualidad han concurrido en un nuevo modelo de salud que ha tenido variaciones progresivas; la inclusión de un modelo de aseguramiento, Ley 100 (diciembre 23), por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (5), la descentralización de las funciones de inspección, vigilancia y control, la determinación de la salud como un derecho fundamental y la participación de carácter decisorio en el sistema de salud, Ley 1751 (febrero de 2015), por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud (6).

Estos cambios normativos se asocian a tendencias hacia la perspectiva de la atención centrada en la persona, que implica una comprensión de los derechos y de los determinantes de la salud, el desarrollo de procesos de planeación en la prestación de los servicios, el respecto por la dignidad y la inclusión del paciente y la familia en la toma de decisiones; todo esto conlleva a la necesidad de comprender desde la perspectiva de los usuarios las condiciones requeridas para una atención en salud humanizada.

En la actualidad, el Distrito Capital ha adelantado acciones para mejorar la calidad de la atención, la focalización e integración de servicios a partir de las condiciones y características de los ciudadanos, así como mecanismos de escucha activa entre los que se encuentran los sistemas de soluciones a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que hacen estos ciudadanos para fortalecer este proceso; este sistema clasifica los requerimientos y da una respuesta a las necesidades de los pacientes y sus familias; sin embargo, para poder avanzar de forma adecuada y en concordancia con la proactividad de las instituciones, se hace necesario comprender la conceptualización que hacen los pacientes del proceso de humanización, y a partir de esto construir modelos que mejoren el cumplimiento de las garantías previstas en la normatividad vigente.

El plan de desarrollo distrital *Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI: Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024* incluye como uno de los elementos esenciales una "Bogotá cuidadora", es decir, una ciudad que establezca acciones de protección de los derechos de los habitantes con equidad y respeto por las condiciones de vida, y respetuosa con el medio ambiente, acuerdo n.° 761, junio de 2020, por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 (7). Para guiar esta premisa se hace necesario conocer las percepciones de los habitantes acerca de los servicios de salud y que, sobre esta, se construyan las bases de una estrategia de acción para la atención humanizada de los servicios de salud.

De la misma forma, en Colombia el Ministerio de Salud, en el marco de la Ley 100 de 1993 (5), lleva el concepto de humanización a un plano práctico a través del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), el cual busca proponer soluciones aplicadas y visibles que respondan a la necesidad de mejorar la calidad de la atención y faciliten que las instituciones aborden este imperativo y generen políticas institucionales, programas y estrategias con el apoyo de organismos oficiales. Para el Ministerio de Salud, la humanización involucra un tema de bienestar, de comprensión y manejo de sentimientos; de respeto por los valores, las tradiciones y la cultura de las personas, todo esto alineado a cambios en la cultura organizacional (8).

Para el logro de este propósito, actualmente se viene trabajando en la Política Nacional de Humanización en Salud para el sector público y privado, en la que se propone mejorar la experiencia de las personas y generar cambios culturales en el sector salud colombiano. Desde esta perspectiva ha de reconocerse en cada persona su integralidad y su característica esencial de existir en estado de interacción permanente con su propio ser, con otros individuos de su especie, con la naturaleza y con otras especies (4). Dicha política propende por la definición constante de estrategias que favorezcan el mejoramiento de la calidad, la oportunidad de los servicios de salud, y la humanización de la atención, teniendo en cuenta factores claves como contar con el personal en salud necesario y requerido de acuerdo con las necesidades de la población, bajo condiciones laborales dignas, que permita poder atender la alta demanda de servicios de salud en el país. Esto incluye, además, la organización de los modelos de aseguramiento, gestión, contratación, atención y prestación de servicios, con los cuales se busca consolidar a futuro una cultura de humanización enfocada en la atención centrada en la persona, el fortalecimiento de la comunicación y la adecuada relación entre los diferentes actores; para esto se requiere que los líderes, directivos y el personal de las instituciones sean actores participes en la construcción de dicha cultura, su difusión, desarrollo e implementación.

Para el Ministerio de Salud es importante considerar la humanización de forma más amplia, teniendo en cuenta factores políticos, económicos, sociales, culturales, organizacionales y educativos. Esto implica la relación entre el profesional de la salud, el usuario y su familia de forma bidireccional, así como las interacciones con sus compañeros de trabajo y los directivos, que faciliten relaciones de valor que promuevan atenciones más humanas.

Del mismo modo que Colombia, Brasil en el año 2003 desarrolló la Política Nacional de Humanización donde define que humanizar es valorar a los sujetos que participan en el proceso, desde un punto de vista ético y holístico, en armonía con sus propias necesidades. Entre sus objetivos está el ampliar el acceso a los servicios y los bienes de salud, posibilitando tener presente todo lo vinculado con la salud de los usuarios y sus familiares, considerando los deseos, necesidades y el contexto sociocultural de la comunidad. Así mismo, incluyó la identificación y utilización de los recursos sanitarios disponibles con la valorización del trabajo y del trabajador de la salud (5).

Metodología

Se desarrolló un proceso de revisión narrativa de la literatura que tuvo como propósito identificar las características y enfoques de la humanización de la atención en salud, así como las políticas, planes y programas desarrollados actualmente en algunos países.

La revisión sistemática tiene como objetivo recopilar y sintetizar evidencia sobre un tema utilizando un método científico. Se realizó una búsqueda de artículos en el periodo comprendido entre 2012 y 2020, en los idiomas inglés, portugués y español,

en las bases de datos: Scielo, Pubmed, Medline, Lilacs y Epistemonikos, a través de nueve palabras clave determinadas y seleccionadas con base en los objetivos a investigar: humanización, cuidado de la salud, dignidad humana, equidad en salud, deshumanización, sentido humano, buen trato, enfoque diferencial, cuidado, derechos, servicios humanizados en salud para los usuarios, sentido humano en la atención en salud, humanizar la salud, atenciones más humanas en salud, deshumanización de los servicios de salud, humanizando la atención en salud, humanización en la atención en salud, humanizando la relación paciente colaborador y atenciones deshumanizantes en salud, las cuales aparecen registradas en el tesauro *Medical Subject Headings* (MeSH).

Se establecieron como criterios de inclusión que se tuviera un acceso al texto completo de los artículos, que estos hubieran sido publicados entre los años 2012 a 2020, que se encontraran en los idiomas inglés, portugués o español, y que estuvieran vinculados con las palabras clave dispuestas para la búsqueda.

Aplicados los criterios de inclusión, la búsqueda de literatura arrojó 322 publicaciones relacionadas con las palabras clave a las que se les realizó análisis, se excluyeron algunas de ellas por no guardar relación con los conceptos de percepciones de humanización ni trato humanizado, por duplicación de información y no alineación con los objetivos de la investigación, dando como resultado final el análisis y revisión de 62 publicaciones.

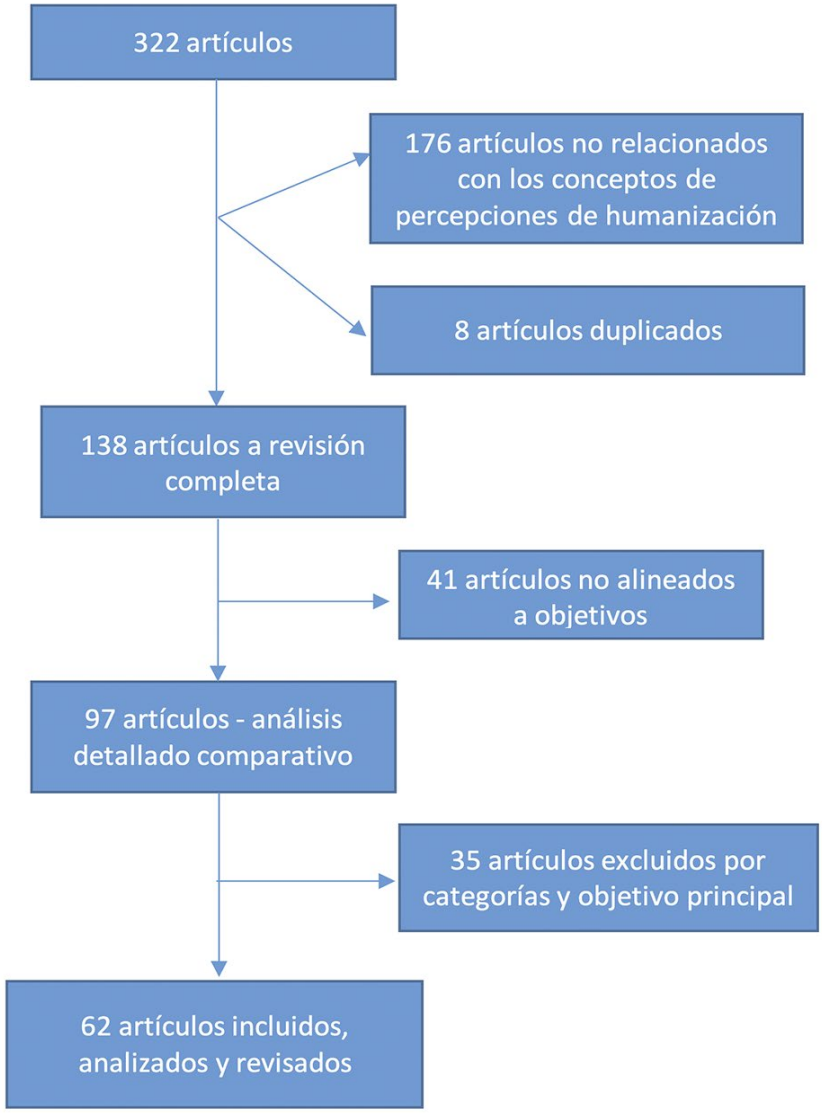


Figura 1. Proceso de revisión de la literatura.

Fuente: elaboración propia.

A partir de la revisión sistemática de literatura las categorías definidas fueron: trato irrespetuoso, mal servicio y no garantía de derechos, negligencia en la atención, comportamiento abusivo y falta de ética, mala comunicación e información, y discriminación y no enfoque diferencial.

Tabla 1. Distribución cantidad de artículos por categoría.

Categorías artículos	Cantidad artículos incluidos
Trato irrespetuoso	14
Mal servicio y no garantía de derechos	32
Negligencia	1
Comportamiento abusivo y falta de ética	4
Mala comunicación e información	6
Discriminación y no atención con enfoque diferencial	5
TOTAL	62

Fuente: elaboración propia.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la revisión sistemática organizados en las seis categorías definidas. Ver tablas y gráficas siguientes.

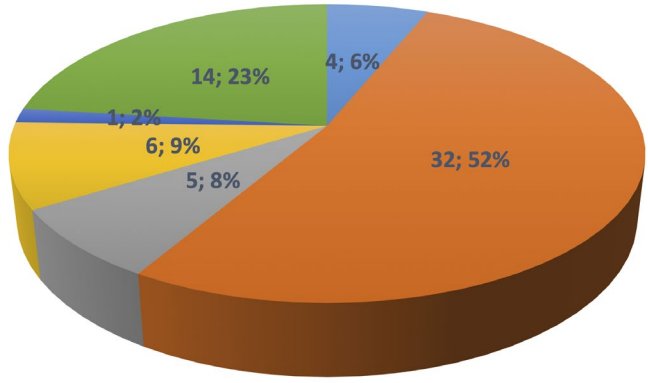


Figura 2. Distribución porcentual artículos incluidos por categoría.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Distribución de referencias bibliográficas por categoría.

Categoría de artículo	Título de artículo	Año de publicación	Autor
TRATO IRRESPETUOSO. Se caracteriza por el maltrato verbal, maltrato físico, lenguaje no verbal inadecuado, maltrato psicológico, amenazas, descalificación y displicencia.	Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study	2013	Anne-Mette Schroll, Hanne Kjærgaard, Julie Midtgaard
	Estrategias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais	2015	Kalina Coeli Costa de Oliveira Dias, Maria Emília Limeira Lopes, Inacia Sátiro Xavier de França, Patricia Serpa de Souza Batista, Jaqueline Brito Vidal Batista, Francisco Stélio de Sousa
	Humanización en la prestación de servicios de salud de la empresa social del estado de primer nivel de atención "ESE salud Aquitania" departamento de Boyacá	2015	Lida Consuelo Bernal Aguirre
	O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização	2017	Hilana Dayana Dodou, Dafne Paiva Rodrigues, Mônica Oliveira Batista Oriá
	La humanización de (en) la Atención Primaria	2017	Rodrigo Gutiérrez Fernández
	Deshumanización durante el parto: Significados y experiencias de las mujeres atendidas en la Red Pública de Medellín 1	2018	Cristina María Mejía Merino, Lida Faneyra Zapata, Diana Patricia Molina Berrio, Juan David Arango Urrea
	Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados	2018	Pablo Monje V., Paulina Miranda C., Jéssica Oyarzún G., Fredy Seguel P., Elizabeth Flores G
	Entorno y cuidado: circunstancias que influyen en la calidad de la atención médica percibida por los colombianos	2018	Jessica Andrea Duque-Castro, Juliana Ortiz-Urbano, Diana Marcela Rengifo-Arias
	Violência obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado	2019	Larissa Lages Ferrer de Oliveira, Ruth França Cizino da Trindade, Amuzza Aylla Pereira dos Santos, Bárbara Régia Oliveira de Araújo, Laura Maria Tenório Ribeiro Pinto, Lucas Kayzan Barbosa da Silva
	An ethnographic study of human dignity in nursing practice	2019	María Luisa Martin-Ferreres, María Angeles De Juan Pardo, Dolores Bardallo Porras, Jose Luis Medina Moya

Categoría de artículo	Título de artículo	Año de publicación	Autor
	La naturaleza del cuidado humanizado	2020	Consuelo Cruz Riveros
	El sistema de salud: barreras para los usuarios con insuficiencia renal crónica	2020	Claudia Andrea Ramírez-Perdomo, Alix Yaneth Perdomo-Romero, María Elena Rodríguez-Vélez
	Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión	2020	Diana Paola Ospina Vanegas, Sandra Milena Cristancho Gómez, María Mercedes Lafaurie Villamil, Diana Carolina Rubio León
	Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde	2021	Yuri Nishijima Azeredo, Lilia Blima Schraiber
MAL SERVICIO Y NO GARANTÍA DE DERECHOS. Se caracteriza por la vulneración de derechos, mal manejo de protocolos y falta de capacitación del personal de salud, así como la mala actitud y la demora en la prestación del servicio.	Ser agente de salud y el cuidado humanitario. Contribuyendo a su transformación	2012	Susana Salas Segura, Mtra. Rosa A. Zárate, Rafael Chávez Domínguez
	Soluciones de humanización en salud en la práctica clínica	2012	Claudia Ariza Olarte
	Humanization policy in primary health care: a systematic review	2013	Carlise Rigon, Dalla Noral, José Roque JungesII
	Humanization of health consonant to the social representations of professionals and users: a literary study	2014	Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva, Denize Cristina de Oliveira, Eliane Ramos Pereira, Marcos Andrade Silva, Patrícia da Silva Trasmontano
	El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo	2015	Adriana Isabel Delgado Bravo, Miguel Edmundo Naranjo Toro
	Identificación de elementos de la atención centrada en el paciente en poblaciones desatendidas: un estudio cualitativo de las perspectivas de los pacientes	2015	Sheela Raja, Memoona Hasnain, Tracy Vadakumchery, Judy Hamad, Raveena Shah, Michelle Hoersch
	Bioética del cuidar: ¿qué significa humanizar la asistencia?	2015	Margarita Boladeras
	Validade de construto do índice de humanização dos serviços de saúde	2016	Delvane José de Souza, Lis Ribeiro de Oliveira, Rejane Cussi Assunção Lemos, Márcia Marques dos Santos Felix, Maria D'Innocenzo
	Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process	2016	Viviane Canhizares Evangelista, Thiago da Silva Domingos, Fernanda Paula Cerântola Siqueira, Eliana Mara Braga
	Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia.	2016	Sara M. Cano, Alvaro Giraldo, Constanza Forero
	Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios	2017	J.C. March
	A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica	2017	Louise Lisboa de Oliveira Villa, Josielson Costa da Silva, Fabiana Rodrigues Costa, Climene Laura Camarg
	Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los Servicios de Salud de Lima Norte	2018	Talía Minerva Zapata Susanivar
	O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde	2018	Bianca Silveira de Carli, Liamara Denise Ubessi, Marinez Koller Pettenon, Liane Beatriz Righi, Vanda Maria da Rosa Jardim
	Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud	2018	María Miladis Rojas Izquierdo, Marbel Elvira González Escalona
	Definition of whole-person care in general practice in the English language literature: a systematic review	2018	Thomas H, Mitchell G, Rich J, Best M
	Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú	2018	Angello Rafael La Torre Mantilla, Alfredo Enrique Oyola García, Melisa Pamela Quispe Ilanzo
	Atención del parto centrada en el paciente	2019	Edy Vera Loyola
	Cuidado Humanizado en el Postoperatorio Inmediato de Pacientes Histerectomizadas	2019	Yuneyda Camero Solórzano, Isabel Meléndez Mogollón, Arelys Álvarez Gonzalez, Jenny Apuntes Guerrero
	Humanización de los cuidados intensivo	2019	Verónica Roja
	Clinical sympathy: the important role of affectivity in clinical practice	2019	Carter Hardy
	Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura	2019	Diana Milena Carlosama, Nixon Giovanny Villota, Vanessa Katherine Benavides, Fredy Hernán Villalobos, Edith de Lourdes Hernández y Sonia Maritza Matabanchoy
	La satisfacción de los usuarios afiliados al sistema de salud en la ciudad de Ibagué, Colombia	2019	Mario Samuel Rodríguez Barrero, Aracelly Buitrago Mejía, Nubia Varón Triana
	Implementation of the Humanitude Care Methodology: contribution to the quality of health care	2019	Liliana Vanessa Lúcio Henriques, Marilia de Assunção Rodrigues Ferreira Dourado, Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo, Luiza Hiromi Tanaka

Categoría de artículo	Título de artículo	Año de publicación	Autor
	Digitally engaged physicians about the digital health transition	2020	Zsuzsa Győrffy, Nóra Radó, Bertalan Mesko
	Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI	2020	Liliana Correa-Pérez, Gonzalo Andres Chavarro
	Cancer: a perspective of human dignity and informed consent from ethics and justice	2020	Dora E. García-González, Xenia A. Rueda
	La naturaleza del cuidado humanizado	2020	Consuelo Cruz Riveros
	Humanizing ICU Coronavirus Disease 2019 Care	2020	J. Marin-Corral, A. Garcia-Sanz, J. R. Masclans
	Humanization of care in pediatric wards: differences between perceptions of users and staff according to department type	2020	C. Mandato† , M. A. Siano†, A. G. E. De Anseris, M. Tripodi, G. Massa, R. De Rosa, M. Buffoli, A. Lamanna, P. Siani and P. Vajro
	A lifeworld theory-led action research process for humanizing services: improving “what matters” to older people to enhance humanly sensitive	2020	Kathleen T Galvin, Carole Pound, Fiona Cowdell, Caroline Ellis-Hill, Claire Sloan, Sheila Brooks, Steven J Ersser
NEGLIGENCIA. Se considera como el producto de la libertad del profesional para decidir diagnósticos, tratamientos, medicamentos y tiempos, generalmente en acciones individuales, subjetivas, y no integrales en el abordaje	Problemática de la primera atención en salud a mujeres víctimas de abuso sexual	2016	Astrid Paola Patiño Forero
COMPORTAMIENTO ABUSIVO Y FALTA DE ÉTICA. Asociación de la deshumanización de la atención en salud con el riesgo moral presente en los diferentes roles en las relaciones médico-paciente-, sistemas de salud-aseguradoras-, instituciones de salud e industria farmacéutica.	Soluciones de humanización en salud en la práctica clínica	2012	Claudia Ariza Olarte
	La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional	2017	Juan Carlos Ávila-Morales
	Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellin Public Network	2018	Cristina María Mejía Merino, Lida Faneyra Zapata, Diana Patricia Molina Berrio, Juan David Arango Urrea
	The relationship between human vulnerability and health care: a study with professionals and students in the health area	2018	Carlos Manuel Torres Almeida, Vitor Manuel Rodrigues
MALA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN. Falta de habilidades comunicativas esenciales e importantes como el diálogo y la comprensión entre médicos y pacientes que garanticen la eficiencia en los servicios de salud.	The Clinical Interview and the Doctor–PatientRelationship in Telemedicine	2015	ML Onor, S Misan
	Racionalidade comunicativa como meio de promover relações humanizadas no campo da saúde: um olhar segundo Habermas	2016	Claudio Schubert, Dóris Cristina Gedrat
	Percepções de usuários sobre humanização na estratégia saúde da família: um estudo ancorado na teoría da dádiva	2017	Andrea Taborda Ribas Cunha, Rosana Lúcia Alves Vilar, Ricardo Henrique Vieira Melo, Alexandre Bezerra Silva, Maisa Paulino Rodrigues
	The humanization theme in intensive care in health studies	2018	Bianca De Carli Silveira, Liamara Denise Ubessi, Marinez Koller Pettenon, Liane Beatriz Righi, Vanda Maria da Rosa Jardim, Eniva Miladi Fernandes Stumm
	Mais médicos (more doctors) program: narratives, changes and limits	2020	Priscylla de Oliveira Miranda, Ana Cassia Martins Ribeiro Cruz, Marcos Antônio Barbosa Pacheco, Rosane da Silva Dias, Cristina Maria Douat Loyola
	Patient–Physician Interaction and Trust in Online Health Community: The Role of Perceived Usefulness of Health Information and Services	2020	Yuxin Peng, ping-ping -Yin, Zhaohua Deng, Ruoxi Wang
DISCRIMINACIÓN Y NO ATENCIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL. La no discriminación y la atención diferencial es un factor que influye a la hora de brindar un trato humanizado a los usuarios, por tanto, se han establecido protocolos de atención para cada uno de los grupos poblacionales categorizados	O Lúdico como Estrategia de Comunicação para a Promoção do Cuidado Humanizado com a Criança Hospitalizada	2013	Marcela Fonseca Jonas, Márcia Angélica Dantas Jesuino Costa, Priscilla Tereza Lopes Souza, Rayssa Naftaly Muniz Pinto, Gilvânia Smith Da Nóbrega Morais, Marcella Costa Souto Duarte
	Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review	2014	Juliane Portella Ribeiro, Giovana Calcagno Gomes, Maira Buss Thofehrn
	Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla	2016	Blanca Sánchez Baños
	Systematic review of patient and caregivers’ satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients’ health	2019	Joseph F. Orlando, Matthew Beard, Saravana Kumar
	Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud	2020	María Mercedes Lafaurie Villamil, María del Pilar Angarita de Botero, Clara Inés Chilatra Guzmán

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión realizada.

Analizadas cada una de estas categorías frente a la revisión bibliográfica se encuentra:

Frente a la categoría de trato irrespetuoso, Cáceres Manrique y Nieves Cuervo en *Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna,* muestran narraciones que describen ejercicios autoritarios por parte del equipo de salud que van "...desde los regaños a las usuarias, pasando por su invisibilización durante el trabajo de parto, hasta violencias manifiestas por expresar dolor" (11). Igualmente, Schroll, Kjærgaard y Midtgaard encuentran que las mujeres estudiadas "habían experimentado en su mayoría abuso que podría clasificarse como negligencia o abuso verbal" (12). Sobre este maltrato verbal, Rojas Izquierdo y González Escalona enuncian que el profesional debe "reconocer factores favorecedores y entorpecedores en la comunicación y emplear un vocabulario acorde a las particularidades del enfermo y su familia (...)" (13).

Cruz Riveros manifiesta "(...) entender el significado de la persona desde la interacción mente, cuerpo y espíritu" (14). En esta, lo que suceda con el cuerpo afecta las ideas, el espíritu y las emociones, por tanto, el maltrato físico daña el cuerpo del usuario y afecta todas sus dimensiones.

Un ejemplo de lo anterior lo brindan Ferrer de Oliveira et al., quienes definen la violencia obstétrica dentro de las violencias contra la mujer, como la que mantiene tasas altas de mortalidad, morbilidad y cesáreas; las mujeres pierden autonomía en relación con su cuerpo y su sexualidad (15).

En lo relacionado con el lenguaje no verbal inadecuado, Bernal Aguirre expone que "para que una entidad pueda prestar a cabalidad el servicio público que le corresponde (...) es indispensable que, dentro de su cultura organizacional, el servicio y el respeto al ciudadano sean norma máxima de comportamiento de cada uno de los funcionarios" (16). En contraste, y como un aporte frente a este tema, Martin-Ferreres et al., entrevistaron y observaron a 20 enfermeras de Barcelona, quienes describieron valores del trato digno, uno de los cuales fue la confidencialidad y revelaron habilidades no verbales que emplean para mantenerla (17).

En cuanto al maltrato psicológico y amenazas, Azeredo y Schraibe muestran excesos o abusos que genera en los usuarios efectos de intimidación y obediencia. Esta forma se da en la práctica "como el ocultamiento de la información por parte de los médicos, (...) la descalificación del conocimiento de los usuarios sobre su cuerpo y su experiencia en la enfermedad, (...) la autoridad del paciente que se anula, (...) lo cual no es exactamente un abuso de poder, sino una violencia, siempre que uno no reconozca al otro como sujeto" (18).

Otro ejemplo de maltrato psicológico lo proporcionan Ramírez Perdomo et al., quienes muestran cómo las instituciones niegan servicios a los enfermos por problemas administrativos de las EPS, lo que lleva a que los usuarios sientan maltrato psicológico de parte del personal y abandono del sistema de salud, invirtiendo sus propios recursos para conseguir mejorar la atención o disminuir el riesgo de muerte, y a los cuidadores los obligan a que emprenden largos trámites legales para obtener los tratamientos o medicamentos (19).

Frente a la descalificación, Duque Castro et al. recuerdan la definición del cuidado integral de Watson acerca del compromiso moral del enfermero de preservar la dignidad, reconociéndola como intrínseca a los seres humanos, sin descalificar a nadie. En una relación de simetría son igual de válidos los valores, experiencias e intereses del usuario a los de los profesionales de la salud, sin dar cabida a la descalificación (20).

Asociado a la displicencia al usuario, Mejía Merino et al. relacionan la violencia obstétrica con la displicencia cuando se hacen solicitudes a las pacientes de no expresar sus emociones, o ignorarlas si las expresan, como una especie de castigo (21). En el mismo sentido, Dalla y Roque resaltan las tecnologías de relaciones que desarrollan características humanas básicas irremplazables por tecnologías duras. La humanización implica incluir a los sujetos, lo contrario a la displicencia, indiferencia o desprecio (22).

Sánchez Baños resalta 2 esferas del ser humano: la dignidad y la vulnerabilidad "(...) a partir de la Declaración Universal de los Derechos humanos y de la Declaración de los Derechos del Paciente, se produjo una rebelión del sujeto y del paciente, que quiere ser reconocido en su condición de sujeto personal, que quiere ser escuchado en su condición de sujeto lingüístico y quiere ser comprendido en su condición de sujeto biográfico" (23).

En lo referente a la categoría de mal servicio y no garantía de derechos, la cual se caracteriza por la vulneración de derechos, mal manejo de protocolos y falta de capacitación del personal de salud, así como la mala actitud y la demora en la prestación del servicio, el Art. N.º 49 de la Constitución Política de Colombia consagra el derecho a la salud, con una connotación de derecho fundamental, el cual se puede ver vulnerado cuando la no atención de la persona amenace con poner en peligro el derecho a la vida.

Patiño Forero refiere que "el desconocimiento de las políticas y protocolos de atención (...) la deshumanización o cosificación de los servicios" son factores que influyen en la vulneración a los derechos de las poblaciones víctimas de violencia sexual, y por ende causan un mayor perjuicio al revictimizar (24).

Sobre este aspecto, Carlosama et al. cuestionan que "en ocasiones, se desconoce que el centro de la atención en salud es la persona humana y se dejan de lado los valores, principios y derechos, lo cual afecta la dignidad y calidad de vida de los actores implicados" (25). En el mismo sentido, Dalla y Roque comentan que "para mejorar la efectividad de la humanización en la atención primaria, es fundamental invertir en la implementación de las herramientas propuestas en la Política Nacional (...) garantizando la excelencia en la prestación de los servicios de salud a toda la población" (22).

Asociado al mal manejo de protocolos y falta de capacitación del personal de salud, Boladeras hace énfasis en la importancia de capacitar y sensibilizar a los profesionales de la salud; de manera que no se trate a los pacientes como simples números o factores industriales que producen dinero (26). Como aporte a esta dificultad, Correa Pérez y Chavarro presentan la estrategia ABCDEF como un proceso de mejora ante las falencias en cuidado a pacientes de UCI, educando a los profesionales y generando herramientas en la aplicabilidad de protocolos (27).

Desde otro punto de vista, Delgado Bravo y Naranjo Toro hablan de protocolos en las prácticas de enfermería para humanizar la atención y cambios en la formación del profesional que les permitan implementar estrategias con sentido ético y humano (28). Lo cual ejemplifica Patiño Forero, quien resalta el mal manejo de los protocolos en experiencias en violencias sexual y la importancia del adecuado marco en la capacitación para profesionales (24).

En lo relacionado con la actitud en la prestación de servicios, Thomas menciona que en la relación terapéutica es importante entender qué es lo que me define como persona, para desarrollar una actitud al atender a un paciente (29). Especificando este tema de la actitud, Hardy resalta la simpatía como una habilidad entrenable que ayuda al personal de salud en la interacción con el paciente, incluyéndola en la prestación del servicio (30).

En lo correspondiente a la demora en la prestación del servicio, dentro de la literatura revisada no se encontró una referencia específica asociada al tema.

En relación con la categoría de negligencia en la atención, Díaz et al. plantean que "(...) las prácticas médicas y tecnológicas que afectan y comprometen el bienestar de las personas enfermas, incluyendo la negligencia, permanecen como algo que ya identifica el servicio de la salud en Colombia" (31).

Al respecto, Díaz et al. mencionan que la negligencia es resultado de un error humano "(...) representada en esa lucha feroz de la objetividad por imponerse a la subjetividad del médico, representada por sus deseos, emociones, creencias, valores, dudas y temores (...)" (32). Como un ejemplo de esto, Zapata Susanivar referencia en su estudio que los profesionales solo tomaron acciones cuando las gestantes, luego de ir en repetidas ocasiones a urgencias, llegaban al servicio con complicaciones (33).

En la categoría de comportamiento abusivo y falta de ética, Ávila Morales "A partir del 'Encuentro Nacional de Tribunales de Ética Médica', asocia la deshumanización de la atención en salud con el riesgo moral presente en los diferentes roles en las relaciones médico-paciente- sistemas de salud-aseguradoras- instituciones de salud e industria farmacéutica". Según el autor, este riesgo moral está presente desde la misma formación en pregrado y posgrado (34). Por esto mismo, Ariza Olarte afirma que "las instituciones universitarias están llamadas a inculcar los valores morales y éticos" (35).

En la categoría mala comunicación e información, García González y Rueda refieren que el consentimiento informado es una "herramienta que permite el diálogo y la comprensión entre médicos y pacientes en la atención digna", y al mismo tiempo empodera al paciente para que asuma los riesgos

y beneficios del tratamiento a través de la toma de decisiones, demostrando respeto por la autonomía (36).

Por ello, Rojas y González refieren que "(...) el desarrollo de habilidades comunicativas es esencialmente importante para garantizar la eficiencia en los servicios de salud" (37). Así mismo, Onor y Misan definen que "una entrevista clínica bien gestionada sienta las bases para una buena relación médico-paciente" (38).

En lo que respecta a la categoría de discriminación y no enfoque diferencial, en la página web de la Secretaría Distrital de Gobierno en Colombia, se hace mención al enfoque diferencial como "visibilizar, identificar y reconocer condiciones y situaciones particulares y colectivas de la desigualdad, fragilidad, vulnerabilidad, discriminación o exclusión de las personas o grupos humanos que son sujeto de especial protección constitucional, que requieren de acciones integradas de protección y restitución de los derechos vulnerados, apuntando de manera inmediata a atender los daños causados y a identificar y afectar simultáneamente los factores que generan o reproducen la discriminación, desigualdad y exclusión". El sector salud ha definido que la atención diferencial es un factor que influye a la hora de brindar un trato humanizado a los usuarios, por tanto, se han establecido protocolos de atención para cada uno de los grupos poblacionales categorizados.

Un ejemplo de este enfoque diferencial lo proporcionan Fonseca et al., quienes dicen que la atención al niño en hospitalización limita su capacidad de "exponer sus miedos, ansiedades y dudas, ante la hospitalización". Proponen incluir actividades lúdicas que le permitan "comprender su estado real de salud y colaborar para que el entorno hospitalario sea menos agresivo y hostil" (39). Sobre este mismo aspecto, Ribeiro et al. mencionan que "estas acciones se configuran como intervenciones terapéuticas que facilitan la interacción entre los niños y el personal, generando un ambiente alegre y sereno, contribuyendo a la calidad de las relaciones humanas (...)" (40).

Otra materialización del enfoque diferencial lo desarrollan Ospina Vanegas et al., quienes refieren acciones que las gestantes proponen que pueden tener un impacto positivo en la atención como recibir atención oportuna sin tanta tramitología; recibir información clara; priorizar su atención; permitir compañía al momento del parto; recibir un trato cálido; ser escuchadas y sentirse en confianza (41).

Finalmente, y de acuerdo con la revisión de la literatura, se puede concluir que las políticas de humanización deben propender por un proceso de cambio en la cultura de la atención actual y una educación continua de los actores de la atención en salud, entendido como paciente, familia y personal de salud con un claro enfoque en el mejoramiento. Para lograr este propósito de cambio en la cultura de la atención, se debe concientizar al personal de salud en el conocimiento y abordaje de las políticas existentes relacionadas con humanización de ámbito nacional e internacional, así como los protocolos de atención en salud.

Discusión

Dalla y Roque, en su artículo *Humanization policy in primary health care: a systematic review*, explican que "uno de los retos que afronta la humanización de la asistencia sanitaria es la falta de recursos económicos para mejorar la estructura física y material de los servicios. Sin embargo, es importante precisar que tal mejora no depende únicamente de la estructura física y material; es fundamental también valorar las experiencias del día a día de la labor asistencial, junto con el poder de transformar y reinventar servicios y prácticas" (22). Por esto resulta ideal que se puedan organizar redes de atención y producción asistencial de gestión compartida, para garantizar el acceso de los usuarios a servicios de calidad en donde los profesionales se capaciten permanentemente en pro de brindar la mejor atención a todos los usuarios. Así mismo, Dalla y Roque consideran que "para mejorar la efectividad de la humanización en la atención primaria, es fundamental invertir en la implementación de herramientas propuestas en la Política Nacional de Humanización a saber: grupos de trabajo de humanización, sistema de escucha calificada de usuarios y trabajadores, proyectos de tratamiento individual, programas de formación de trabajadores sanitarios y proyectos de ambiente cogestionado, entre otros, con el objetivo de utilizar estas herramientas como estrategias para promover cambios en el modelo de atención y gestión de la salud" (22), así las cosas, al contar con este conocimiento es

de gran importancia gestionar proyectos y programas que contengan instrumentos de gestión y desarrollos claros que conlleven al mejoramiento de los procesos de atención garantizando la excelencia en la prestación de los servicios de salud a toda la población.

De igual manera con la revisión efectuada de las quejas en el marco de la investigación realizada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Calidad, acerca del análisis de la percepción del trato deshumanizado, de acuerdo con los usuarios de Bogotá en 2019, quienes manifiestan que en la prestación de los servicios de salud se están vulnerando sus derechos con acciones como el maltrato verbal y grosero, el uso de un lenguaje no verbal inadecuado, maltrato físico, maltrato psicológico, amenazas, descalificación, displicencia, demoras en la atención, mal manejo de protocolos, falta de capacitación del personal de salud, no garantía de derechos y mala actitud en la prestación de los servicios. Adicionalmente, en una ciudad como Bogotá D.C, donde confluye una gran diversidad de poblaciones, teniendo en cuenta que es un punto de llegada de personas procedentes de todo el país, así como de población extranjera, se hace necesario que todas las instituciones que diseñan y promueven políticas y programas dirigidos a satisfacer las necesidades de los ciudadanos incluyan el enfoque diferencial como acuerdo fundamental en la prestación de los servicios de salud.

Así mismo, se define la comunicación como un factor fundamental en la relación médico-paciente-familia, que facilita la precisión en el diagnóstico, la definición del tratamiento, la comprensión de las indicaciones y la adherencia al tratamiento por parte del paciente y su familia. La literatura muestra el proceso más complejo que lo que ven los usuarios, ya que estos básicamente esperan que los profesionales sean claros, cercanos y utilicen todas las habilidades para mostrar atención e interés en la relación humana que se da en el momento de la atención, y en el caso de la literatura se centra más en los procesos complejos como la entrevista clínica, el consentimiento y la toma de decisiones. Tal vez puede complementarse con el entrenamiento en las habilidades comunicativas básicas de una toda interacción.

Aunque la investigación fue clasificada de bajo riesgo, el cambio en la conformación de los equipos de trabajo por su tipo de contratación con la entidad no fue interferencia para el adecuado desarrollo de la investigación.

Conclusiones

Dentro de esta perspectiva de la humanización de los servicios de salud, varios son los programas desarrollados para la implementación de las diferentes políticas en torno al tema, en Colombia y diferentes lugares del mundo. Sin embargo, es una constante la necesidad de comprender el rol que juega el personal de la salud como actor determinante en la garantía del derecho a la salud y la calidad en la prestación de los servicios. Prácticas evidenciadas a nivel nacional e internacional develan que los gobiernos e instituciones de salud se han enfocado en establecer políticas de humanización que se materializan a través del desarrollo de estrategias y programas a usuarios, familias y profesionales de la salud; todo esto operado por equipos de trabajo articulados con claros sistemas de escucha calificada a los diferentes grupos de interés con el objetivo de responder a sus necesidades. En esta misma línea existe una clara orientación al desarrollo de programas de intervención en salud mental individual y colectiva, programas de fortalecimiento de competencias, proyectos para el trabajo de ambientes humanizados libres de contaminación y ruido, con el objetivo de promover cambios en el modelo de atención y gestión de la salud, con miras a lograr la plena satisfacción de los usuarios.

En Colombia, el Ministerio de Salud frente al concepto de humanización propone soluciones aplicadas y visibles que responden a la necesidad de mejorar la calidad de la atención, facilitando que las instituciones aborden este imperativo ético a través de la generación de políticas institucionales, programas o estrategias con el apoyo de organismos oficiales.

En el artículo de reflexión *La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud,* Andino manifiesta que el tema de la humanización de la salud es relevante en Colombia, pero la asistencia se caracteriza por ser deshumanizada, y exige reconocer su deshumanización como un problema. Por ello, el sistema colombiano de salud determinó indicaciones generales para la organización de la humanización de la salud como un tema de acreditación que debe ser estructurado e implementado en todas

las instituciones hospitalarias como eje temático y como la calidad y la humanización en la atención de salud. Estas indicaciones requieren que los procesos de gestión administrativa vinculen el tema de la humanización en la planeación de directrices estratégicas, indicadores de evaluación, planificación y estructuración de la gestión gerencial, asistencial, políticas internas, estándares de calidad y de seguridad del paciente, con el objetivo de mejorar el servicio y pueda ser de calidad y más humano (42).

Esto se encuentra en línea con lo propuesto por las instituciones acreditadoras en salud que manifiestan que es necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos, y desde la gerencia del talento humano propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento.

Para el Estado colombiano, la humanización considera la salud como un tema de bienestar, de comprensión y manejo de sentimientos, traspasando la esfera física y enfatizando la mirada holística del ser humano como sujeto activo en el proceso de atención en salud.

En este sentido, existe una relación directa en lo que determinan a través de la normatividad los Estados para el cumplimiento de atenciones más humanas y lo que realmente se vive durante el proceso de atención. De allí la importancia que toman las diferentes prácticas de estos Estados y organizaciones en salud en torno a la humanización, lo que permite la replicabilidad de estas, y así mejorar las condiciones de salud de los ciudadanos y la prestación de los servicios.

En otro aspecto y atendiendo las categorías analizadas, se puede concluir lo siguiente.

Es interesante que siendo una de las subcategorías más sensibles para el usuario, "el maltrato a través del lenguaje", se encuentre que tiene una similitud entre lo que propone la literatura y lo que dicen los usuarios, ya que estos pueden sentirse irrespetados y vulnerados en su dignidad cuando se marca una relación de superioridad, a través de regaños o abuso verbal.

Igualmente, coinciden la literatura y los usuarios en cuanto a la necesidad de tomar conciencia de los elementos no verbales en el lenguaje para que este trasmita respeto y trato digno al usuario. Sin embargo, en la práctica, según los usuarios, lo que trasmiten algunos profesionales es un maltrato a través de sus gestos y señas.

De acuerdo con los usuarios, el maltrato físico está igualmente presente en la práctica de algunos de los profesionales asistenciales o administrativos, y partiendo de la literatura, con el maltrato físico ejercemos un poder que va en contravía del principio ético del cuidado que nos exige la atención humanizada en salud. Por lo que concluimos que no debemos ignorar la dignidad intrínseca que posee todo ser humano y el derecho a ser respetados en toda su integralidad.

En lo que respecta al maltrato psicológico y las amenazas, existe diferencia entre lo encontrado en la literatura y lo expresado por los usuarios, ya que perciben un exceso en el uso de poder y abuso de autoridad, que genera intimidación de los usuarios, a tal punto que buscan de manera personal cómo solucionar sus situaciones individuales y no dentro del sistema, o se dejan coaccionar por las amenazas de afectación a su servicio.

En cuanto a la descalificación, la similitud entre bibliografía y percepción de los usuarios se expresa en que se espera que se aplique el principio del cuidado de Watson, reconociendo la dignidad intrínseca de todos por igual; sin embargo, los usuarios perciben que sus necesidades no son valoradas de esa forma, sino que se minimizan desde la percepción de los profesionales de la salud.

Por último, en lo relativo a la displicencia, aunque en la literatura se propone un viraje hacia la inclusión de los usuarios y sus familias como sujetos activos de sus procesos y tratamientos, las quejas no coinciden, ya que los usuarios se han sentido en relaciones asimétricas en las que no se reconoce su valor ni su papel protagónico dentro de la enfermedad y tratamiento.

Aunque la constitución lo establezca como derecho fundamental a la salud y también pida equidad en el acceso a los recursos, los ciudadanos manifiestan percibir vulneración a estos derechos. La literatura enfatiza en la persona como centro de la atención en salud; sin embargo, los mismos ciudadanos siguen percibiendo discriminación para el acceso a los

servicios, en pos de otros intereses que están en el centro del sistema, diferentes a la persona.

Así mismo, la literatura propone que los profesionales se formen para prestar un buen servicio, humanizar la atención, cuidar al otro con sentido ético, calidez y respeto, implementar habilidades comunicativas, atender a poblaciones vulnerables y construir conocimiento aplicando criterios gubernamentales. Y en esa misma necesidad coinciden los ciudadanos al percibir desconocimiento y falta de protocolos para la atención oportuna y efectiva.

Promover una adecuada actitud se convierte en un factor fundamental del trabajo con miras a una humanización de la atención. Tanto la literatura como los usuarios coinciden en que los profesionales de salud deben tomar conciencia de cómo sus comportamientos son reflejo de sus pensamientos y sus sentimientos, y que todo ese conjunto constituye una actitud que sólo pueden trabajar ellos internamente.

Aunque dentro de la literatura no encontramos referencias acerca de las demoras en la prestación del servicio, para los ciudadanos sí hay una correlación muy alta entre las demoras en la prestación y la percepción de un trato deshumanizado.

Los ciudadanos y la literatura coinciden en que la negligencia está presente en el sistema de salud, y que es en su mayoría producto de la libertad del profesional para decidir diagnósticos, tratamientos, medicamentos y tiempos, generalmente en acciones individuales, subjetivas, y no integrales en el abordaje.

En el caso del comportamiento abusivo y faltas a la ética, tanto los usuarios como la literatura colocan como eje principal la formación académica y humana que reciben los profesionales en las diferentes universidades, siendo la última la que se aborda con menor énfasis en los procesos de formación.

La apuesta está en reconocerse como más humanos; la revisión sistemática de la bibliografía hace énfasis en los criterios que se deben cumplir frente a los procesos de atención en salud; sin embargo, es necesario generar espacios de formación que no se centren exclusivamente en los conocimientos técnicos, sino que a través de los mismos, le permitan al personal de la salud fortalecer las diferentes habilidades que demanda el proceso de atención en salud, de allí la importancia de comunicarse asertivamente, manejar adecuadamente los conflictos, empatizar frente a las situaciones que puedan estar presentando los usuarios y sus familias, y la respuesta efectiva a las necesidades y expectativas que presentan, permitiendo realizar una simbiosis entre el ser, el hacer y el deber ser en la atención en salud.

De allí que la importancia de fortalecer competencias técnicas y comportamentales, la creación de cursos de humanización, la elaboración de documentos técnicos que orientan la implementación de acciones en salud en torno a la humanización y procesos de investigación relacionados con la percepción de los usuarios frente a lo que significa un trato humanizado, permiten generar alternativas que respondan a las necesidades y expectativas de la población y puntos de encuentro para mejorar la atención en salud.

Si bien es cierto que mucho de lo aquí planteado se enfoca en la responsabilidad de los profesionales de la salud como actores fundamentales dentro de la humanización de los servicios, resulta ser igualmente importante llevarse una reflexión que permita valorar las condiciones laborales en las que éstos desarrollan su trabajo, las cuales inciden de manera directa en la prestación de los servicios; situaciones de alta demanda de trabajo y de desarrollo de atenciones en condiciones inseguras pueden acarrear comportamientos relacionados con la ansiedad, miedo, incertidumbre, agresividad, depresión, estrés, entre otros. Además de lidiar con sus propias emociones y conflictos, los trabajadores de la salud deben responder a las necesidades emocionales de sus pacientes y familiares, lo que conlleva a una sobrecarga no solo laboral, sino también emocional, repercutiendo en el bienestar general del trabajador de la salud, el paciente y su familia, y por qué no decirlo, en los deficientes procesos de atención en salud.

Es por esto que hablar de humanización de los servicios de salud implica la inclusión de un conjunto de valores y principios, lo que lleva a realizar un llamado a las instituciones del sector salud para que provean con base en la ética una serie de mecanismos de gobernanza que les permita cumplir apropiadamente con sus responsabilidades, considerando no solamente las competencias técnicas, sino también aquellas competencias comportamentales que rigen la conducta del personal, limitando o fortaleciendo las

relaciones que se generan en el proceso de atención en salud.

Aunque en la revisión sistemática de literatura no se enfatiza cómo la humanización impacta en la cultura de la población, sí es necesario comprender que la resistencia al cambio en las organizaciones depende del conocimiento que tengan los miembros de la cultura de esta y de aspectos relacionados con la incertidumbre en términos de salud, la aplicación de nuevas tecnologías y la continuidad o no en la organización. Todos estos desencadenan comportamientos que impactan significativamente.

La cultura organizacional en la actualidad cuestiona e impulsa a enfocar acciones, cuyo centro deben ser las personas para contribuir al desarrollo de una sociedad más humana, solidaria y equitativa para las nuevas generaciones.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación: no se recibió ayuda o auxilio de ninguna agencia de financiación.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Congreso de la República 2014-2015 Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Bogotá; 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-2014-2015.pdf

2. Gutiérrez F. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam. 2017;10(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es.

3. Congreso de la República. Ley 10 de 1990, de enero 10. "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones" [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf

4. Ministerio de Salud. Resolución 13437 de 1991. "Por la cual se constituyen los comités de Etica Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes"[Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf

5. Congreso de la República. Ley número 100 de 1993, de diciembre 23 [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf

6. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria No. 1751, 16 de febrero de 2005. "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

7. Concejo de Bogotá. Acuerdo No. 761 de 2020, de junio 11. "Por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del distrito capital 2020-2024 "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI" [Internet]. Disponible en: https://bogota.gov.co/sites/default/files/acuerdo-761-de-2020-pdd.pdf

8. Rollo A, Miranda de Castro A, Massaro A, Peres B, Passos E, Sales G, et al. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 4. ed. 4. reimp. – Brasília, Printed in Brazil: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. il.color. (Série B. Textos Básicos de Saúde) [Internet]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Propuesta de política nacional de humanización en salud [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documentopropuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf

10. Aragaki SS, Spink MJ, Bernardes JS. La Psicología de la Salud en Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas en el contexto de las políticas públicas en el área de la salud. Pensamiento psicológico [Internet]. 2012;10(2). Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80125017007

11. Cáceres-Manrique FM, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto diferencial según condición clínica y social de la materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017;68(2):128. https://doi.org/10.18597/rcog.3022

12. Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study. BMC pregnancy and childbirth. 2013; 13(1):74. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74

13. Rojas MM, González, ME. Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2018; 32 (3).

14. Cruz C. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería: Cuidados humanizados. 2020;9(1). https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146

15. Oliveira L, Trindade R, Santos A, Araújo B, Pinto L, Silva L. Violência obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. Revista de Enfermería de la UERJ. 2019;27,e38575. https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38575

16. Bernal Aguirre LC. Humanización en la prestación de servicios de salud de la empresa social del estado de primer nivel de atención "ESE Salud Aquitania". [Monografía]. Boyacá (Colombia). Universidad Santo Tomás; 2015. https://doi.org/10.15332/tg.esp.2019.00049

17. Martín-Ferreres ML, De Juan Pardo MÁ, Bardallo-Porras D, Medina-Moya JL. An ethnographic study of human dignity in nursing practice. Perspectiva de enfermería. 2019;67(4):393-403. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.010

18. Azeredo YN, Schraiber LB. Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. Interfaz (Botucatu, Online). 2021;25:e190838. https://doi.org/10.1590/interface.190838

19. Ramírez-Perdomo CA, Perdomo-Romero AJ, Rodríguez-Vélez ME. El sistema de salud: barreras para los usuarios con insuficiencia renal crónica. Av Enferme. 2020;38(2):191-201. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.83555

20. Duque-Castro JA, Ortíz-Urbano J, Rengifo-Arias DM. Entorno y cuidado: circunstancias que influyen en la calidad de la atención médica percibida por los colombianos. MedUNAB. 2018; 21(2):60-68. https://doi.org/10.29375/01237047.2799

21. Mejía CM, Faneyra L, Molina DP, Arango JD. La deshumanización en el parto: significados y vivencias de las mujeres asistidas en la red pública de Medellín. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2018;36(1),e3. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882955?lang=es

22. Dalla CR, Roque J. Humanization policy in primary health care: a systematic review. Rev Saúde Pública.2013;47(6):1186-1202.

23. Sánchez, B. Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla [tesis doctotal]. Universidad de Sevilla. Departamento de Enfermería. 2016.

24. Patiño AP. Problemática de la primera atención en salud a mujeres víctimas de abuso sexual. Criterio Jurídico Garantista. Fundación Autónoma de Colombia. 2016;9(15). https://doi.org/10.26564/21453381.650

25. Carlosama D, Villota N, Benavides V, Villalobos F, Hernández E, Matabanchoy S. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Persona y Bioética. 2019;23(2):245-262. https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6

26. Boladeras M. Bioetica del cuidar: ¿Qué significa humanizar la asistencia? Crítica (Méx., D.F.). 2015;50(149):119-122. https://doi.org/10.22201/iifs.18704905e.2018.12

27. Correa-Pérez L, Chavarro GA. Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2020;21(1):77-82. https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004

28. Delgado AI, Naranjo ME. El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del

quehacer profesional e investigativo. Av.enferm. 2015;33(3):412-419. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.42015

29 Thomas H, Mitchell G, Rich J, Best M. Definition of whole person care in general practice in the English language literature: a systematic review. BMJ Open. 2018;8(12). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023758

30. Hardy C. Clinical sympathy: the important role of affectivity in clinical practice. Med Health Care Philos. Med Health Care Filosofía. 2019;22(4):499-513. https://doi.org/10.1007/s11019-018-9872-8

31. Díaz-Amado E, Venegas JC, Pabón MR, Cardona HE, Amador R, Alvárez C, et al. La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas. Primera edición, Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Bioética, 2017. Pag. 28. https://doi.org/10.2307/j.ctv893jjj

32. Díaz-Amado E, Venegas JC, Pabón MR, Cardona HE, Amador R, Alvárez C, et al. La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas. Primera edición, Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Bioética, 2017. Pag. 75. https://doi.org/10.2307/j.ctv893jjj

33. Zapata TM. Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios de Salud de Lima Norte. Escuela de Posgrado Universidad César Vallejo; 2018.

34. Ávila JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia. 2017; 30 (2): 216-229. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11

35. Ariza C. Soluciones de humanización en salud en la práctica clínica. Enfermería universitaria ENEO-UNAM. 2012; 9 (1): 45-51.

36. García-González DE, Rueda XA. Cancer: a perspective of human dignity and informed consent from ethics and justice. Rev. Salud Pública. 2020; 22(3): 1-5. https://doi.org/10.15446/rsap.v22n3.84536

37. Rojas MM, González, ME. Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. Educación Médica Superior. 2018; 32 (3): 236- 243.

38. Onor ML, Misan S. The Clinical Interview and the Doctor–Patient Relationship in Telemedicine. Telemedicine and E-Health. 2005; 11(1):102-105. https://doi.org/10.1089/tmj.2005.11.102

39. Fonseca M, Costa MADJ, Souza PTL, Pinto RNM, Morais GSDN, Duarte MCS. O Lúdico como Estratégia de Comunicação para a Promoção do Cuidado Humanizado com a Criança Hospitalizada. Revista Brasileña de Ciencias de la Salud. 2014;17(4):393-400. https://doi.org/10.4034/RBCS.2013.17.04.11

40. Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehrn MB. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014; 48(3): 530-539. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300020

41. Ospina DP, Cristancho SM, Lafaurie MM, Rubio DC. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. Revista Cuidarte. 2020; 11(2): 1-13. https://doi.org/10.15649/cuidarte.1005

42. Andino-Acosta CA. La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. Revista Colombiana de Bioética. 2018; 13(2). https://doi.org/10.18270/rcb.v13i2.1945

Recibido para evaluación: 17 de junio de 2022
Aceptado para publicación: 02 de septiembre de 2022

Correspondencia:
Leonardo Fabio Garzón-Leguizamón
lfgarzon@saludcapital.gov.co

Bogotá, D. C., Colombia