

**HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN COLOMBIA:
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA**

Estudiantes:

Deisy Arboleda Palomino

Maricell Guzmán García

Mónica Milena Escobar Arias

Grupo de Investigadores de Enfermería de Risaralda -GIER

Asesor

Lina Karina Bernal Ordoñez

Semillero de Investigación

AZAHAR de Risaralda

Fundación Universitaria Del Área Andina

Programa Enfermería

Facultad De Ciencias De La Salud

Santiago De Cali 2020

**HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN COLOMBIA
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA**

Deisy Arboleda Palomino

Maricell Guzmán García

Mónica Milena Escobar Arias

**Trabajo De Investigación Para Optar Por El Título De
Enfermera**

**Fundación Universitaria Del Área Andina
Programa Enfermería
Facultad De Ciencias De La Salud
Santiago De Cali 2020**

DEDICATORIA

Dedicamos este proyecto principalmente a Dios, por darnos el don de la vida y permitirnos haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

A nuestros padres, amigos incondicionales por la ayuda desinteresada brindada en cada obstáculo que en nuestra vida se presenta, gracias a sus ejemplos hemos llegado a cumplir una de nuestras metas.

A nuestros hijos, esposos y hermanos que han sabido acompañar nuestro proceso por el sendero de la superación.

AGRADECIMIENTOS

A quien fue la directora de este proyecto de grado y también nuestra maestra, Lina Karina Bernal Ordoñez. Doctora en enfermería, por su valiosa asesoría y apoyo permanente.

A nuestra familia quienes a lo largo de toda nuestra vida nos han apoyado y motivado en nuestra formación académica, creyeron en todo momento y no dudaron de nuestras habilidades.

A nuestros profesores a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, finalmente un eterno agradecimiento.

A esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a personas como nosotras, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como profesionales con sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico

Tabal de Contenido

Resumen	7
1. Introducción	9
2. Problema	12
2.1 Planteamiento del problema	12
2.2 Formulación del problema	13
3. Justificación	14
4. Objetivo	16
4.1 Objetivos General	16
4.2 Objetivos Específicos	16
5. Marco Teórico	17
5.1 Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson	17
5.2 Antecedentes normativos de la humanización en Colombia	24
6. Marco conceptual	31
7. Metodología	33
8. Resultados	37
9. Discusión	47
10. Conclusiones	50
11. Bibliografía	52

Lista de figuras

Figura 1. Anagrama de la pregunta de investigación utilizando la estrategia PICO..	34
Figura 2. Síntesis del proceso de selección de estudios según el modelo PRISMA	36
Figura 3. Descripción de los estudios seleccionados	40

Resumen

Objetivo: analizar la producción científica referente a la percepción de pacientes sobre humanización de la atención hospitalaria en Colombia. **Metodología:** se trata de una Revisión Sistemática de la Literatura. La búsqueda fue realizada en las bases de datos PubMed, Web of Science, Science Direct, Cuiden, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, y Scielo. Los descriptores: Humanización de la atención y Hospitalización. Los criterios de inclusión establecidos fueron: estudios en inglés, español y portugués; sin límite de tiempo de publicación; con pacientes hospitalizados como población de interés; estudios clasificados como artículos originales y disponibles online. Las evidencias seleccionadas fueron analizadas a la luz de las políticas nacionales sobre humanización y la teoría de cuidado humanizado propuesta por Jean Watson. **Resultados:** conformaron la muestra final, tres artículos. Se identificaron divergencias en las percepciones de los pacientes, pues, algunos vivenciaron acciones humanizadoras y otros, vivenciaron acciones deshumanizadoras de la atención hospitalaria. **Conclusiones:** A partir de las percepciones de los pacientes, se puede afirmar que una atención humanizada en el contexto hospitalario, depende de la utilización equilibrada de diferentes acciones: acciones relacionales, empleo de tecnologías y conocimientos técnico-científicos de los trabajadores de la salud, relacionados como importantes para prácticas humanizadas.

Palabras clave: Percepción; Pacientes; Humanización de la atención; Atención en salud; Hospitalización.

Summary

Objective: to analyze the scientific production regarding the perception of patients about the humanization of hospital care in Colombia. **Methodology:** this is a Systematic Review of the Literature. The search was carried out in the PubMed, Web of Science, Science Direct, Cuiden, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences, and Scielo databases. Descriptors: Humanization of care and Hospitalization. The established inclusion criteria were: studies in English, Spanish and Portuguese; no publication time limit; with hospitalized patients as the population of interest; studies classified as original articles and available online. The selected evidence was analyzed in light of national policies on humanization and the theory of humanized care proposed by Jean Watson. **Results:** the final sample was made up of three articles. Divergences in the perceptions of the patients were identified, since some experienced humanizing actions and others experienced dehumanizing actions of hospital care. **Conclusions:** From the perceptions of the patients, it can be affirmed that humanized care in the hospital context depends on the balanced use of different actions: relational actions, use of technologies and technical-scientific knowledge of health workers, related as important for humanized practices.

Keywords: Perception; patients; Humanization of care; health care; Hospitalization.

1. Introducción

La real academia española define la palabra humanizar como: “hacer a alguien o algo, humano, familiar y afable”. Complementando en ese sentido, el Modelo “Afectivo- Efectivo” define humanización como1:

“La forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud” (pag. 2).

Por su parte, en su Modelo “Afectivo-Efectivo”, (Jovell, 2017) define humanización como la forma de cuidar y curar a los pacientes, basándose en la evidencia científica e incorporando la dimensión de la dignidad humana de la persona. De esta forma, el autor complementa, que se establece una atención en salud fundamentada en la confianza y la empatía, lo cual contribuye directamente en el bienestar y mejores resultados en salud de los pacientes.

Algunos países han incorporado a los servicios de salud, el concepto de “atención centrada en el paciente y familia”, esto ha significado la transición del respeto al paciente y su familia, donde ambos son partícipes en todo el proceso de la enfermedad, regidos por los principios de información clara y concisa, diferencias socioculturales, colaboración, empatía, orientados hacia el bienestar y la satisfacción de los mismos (Romero, Contreras, M , & Moncada, 2016)

atención como un imperativo ético esencial para el Sistema de Salud, la cual, busca dar respuesta a las necesidades de las personas, así como, promover un proceso de transformación de la cultura de los trabajadores de la salud en todos los niveles de atención. De este modo, la humanización puede mudar la forma de pensamiento, gestión y actuación en el Sistema de Salud y. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Sin embargo, en Colombia el escenario de la salud es cambiante, se evidencia un importante desarrollo tecnológico de las comunicaciones, cambios demográficos y epidemiológicos, que han provocado transformaciones en las políticas públicas de salud.

De acuerdo con lo anterior, se han establecido lineamientos en políticas públicas que contribuyen a la humanización en la atención a la salud, como, por ejemplo, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) institucionalizado en el año 2016, la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS), implementada en el año 2016 y la ley 3280 del 2018 que tiene por objeto adoptar lineamientos para la promoción y mantenimiento de la salud (Ministerio de salud y proteccion social, 2018)

Siendo la tecnología una parte fundamental en los avances para el tratamiento, diagnóstico, recuperación y rehabilitación en los procesos de salud intrahospitalario:

“Ninguna máquina puede suprimir el efecto curador y/o terapéutico de una mirada,

de la palabra adecuada o del silencio oportuno. La presencia humana es

indispensable en los procesos de enfermedad, dolor o muerte” (Bermejo, 2014).

Se entiende “cuidado” como un proceso intersubjetivo, que comienza en el primer momento en que se relacionan e interactúan el cuidador y la persona cuidada, mediado por la capacidad de ambas partes en encontrarse en sus realidades subjetivas (Watson, Impacto de la relación sanadora en la práctica de la Enfermería, 2006)

La enfermera Jean Watson, en su teoría del cuidado humanizado, sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa y tecnológica de la mayoría de los sistemas de salud, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los trabajadores de la salud (Jovell, 2017)

2. Problema

2.1 Planteamiento del problema

En el ámbito hospitalario, es paradójico que, a pesar del gran desarrollo científico y tecnológico, los usuarios todavía se sientan desprotegidos, mostrando insatisfacción en el trato recibido por los trabajadores de la salud (Correa, 2016) Frente a esa situación, cabe al equipo de salud, saber articular en sus competencias, destrezas tanto técnicas, como, de sensibilidad y sentido humano en sus prácticas, con el fin de no “cosificar” al paciente y entender que es un ser humano vulnerable o vulnerado (Quiala, 2013)

Complementando lo anterior, de la práctica cotidiana en el interior de la salud en Colombia, se encuentran pocas evidencias en materia de humanización, siendo para efectos de la calidad de la atención, la demanda más requerida por los usuarios, en la medida en que reclaman de los servicios de salud un tratamiento más humano y digno (Santacruz-Bravo, 2016).

En un contexto globalizado y pluricultural, donde la negación del otro se ha transformado en una práctica habitual, el cuidado necesita ser repensado hacia la humanización de la salud, puesto que, actualmente se sitúa en una constante

evidencia.

Sumado a eso, se identificó en la literatura científica que existen diversos estudios que describen la percepción y experiencia de recibir una atención a la salud humanizada, sin embargo, dichos estudios, se centralizaron específicamente en la práctica de los profesionales de enfermería. (Alvis, Moreno, & Muñoz, 2001; Rivera & Triana , 2007) Así como, se indaga con mayor frecuencia la percepción de los trabajadores de la salud, y en menor frecuencia, la percepción de los propios pacientes que acuden a los servicios de salud.

2.2 Formulación del problema

Para guiar esta investigación, se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿En la percepción de pacientes hospitalizados, cuáles prácticas de los trabajadores de la salud contribuyen a la humanización de la atención hospitalaria?

3. Justificación

Es importante resaltar que la tecnología y el papel que desempeña el personal de salud, deben estar articulados de tal forma que el uno sea el complemento del otro, teniendo siempre presente que la atención humanizada de la salud no puede ser disminuida por ningún tipo de avance tecnológico, es decir, el paciente, la familia y la comunidad deben ser tratados siempre con empatía, respeto y dedicación. (Arredondo G & Gonzalez, 2009)

Es entonces, en este escenario, donde se deben aprovechar las herramientas, avances tecnológicos y reformas de los sistemas de salud, para capacitar y potencializar el personal, facilitando procesos de salud más efectivos y eficaces, convirtiendo la tecnología y el conocimiento técnico- científico en aliados que contribuyan a humanizar los servicios de salud. (Arredondo G & Gonzalez, 2009)

No obstante, estudios han demostrado que, en el cotidiano de las prácticas de salud, múltiples factores han distanciado la relación entre trabajadores de la salud y pacientes, los usuarios de los servicios de salud se sienten desprotegidos, mostrando insatisfacción en el trato recibido por los trabajadores de la salud, motivo por el cual, el movimiento de la humanización de las prácticas y servicios de salud, se ha tornado una necesidad creciente.

Por lo tanto, se considera importante el presente estudio, ya que, puede ampliar la visión con relación a la percepción del paciente sobre la humanización de la atención que reciben por parte del equipo de salud, y no solamente, de una disciplina en particular, también, puede contribuir en la sistematización de evidencias que faciliten herramientas que favorezcan y promuevan la humanización en la atención a la salud y, visibilice posibilidades en la consolidación de la práctica de la humanización en el trabajo cotidiano de los equipos de salud que actúan en el contexto hospitalario. (Llanes , Bejarano , Márquez LM, Ponce , & Martínez, 2018)

De este modo, se desafía a los lectores, a repensar la praxis del cuidado en el contexto hospitalario, desde las ciencias humanas, lo que supone una reflexión para la transformación del saber ser y el saber hacer en las prácticas hospitalarias.

4. Objetivo

4.1 Objetivos General

Analizar la producción científica referente a la percepción de pacientes sobre humanización de la atención hospitalaria en Colombia.

4.2 Objetivos Específicos

Realizar revisión sistemática de la literatura, teniendo en cuenta el método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Mother, y otros, 2010) sobre la percepción de pacientes en torno a la humanización de la atención hospitalaria en Colombia.

5. Marco Teórico

5.1 Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson

El cuidado está directamente relacionado con la curación y salud del paciente, en el cual, los sujetos de atención son personas con los que se interactúa, promoviendo la capacidad de pensar y el desarrollo personal. Jean Watson, defiende en su teoría del “Cuidado Humanizado”, el cuidado humano como una relación terapéutica entre seres humanos (Watson, 2005)

(Watson, 2005) admite que el acto de cuidar es inherente al ser humano, siendo el acto más primitivo realizado, para efectivamente llegar a ser. El ser, aquí postulado, es un ser en relación a otro que lo invoca, y es ese llamado desde el otro, la base fundadora del cuidado en general. El cuidado debe estructurarse, formalizarse y destinarse a la satisfacción de las necesidades del ser humano, con la intención de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de estrategias y técnicas aprendidas durante la formación profesional.

Para el desarrollo de su teoría (Watson, 2005) propone el binomio cuidar/sanar, en el que la persona cuidada es quien puede y debe mostrar la direccionalidad del proceso terapéutico. En este proceso, la empatía, la comprensión, el deseo y la intencionalidad, permitirán un cuidado profesional que va más allá de la medicalización y el control terapéutico. Consiste en la interacción libre y buscada sujeto-sujeto que favorezca la relación que aboga por el mantenimiento de la dignidad humana y que, a la vez, puede llevar o no a la sanación. Siendo el fin último, la búsqueda por el cuidado humanístico (Watson, Impacto de la relación sanadora en la práctica de la Enfermería, 2006)

A partir de su filosofía y pensamientos, (Watson, 2005) sostiene que existe un riesgo constante de deshumanización en el cuidado del paciente, debido a la creciente tecnología que reestructura los sistemas de salud en el mundo, y plantea la necesidad de rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica de la atención y el cuidado de las personas. Para ello, desarrolla siete supuestos con la finalidad de orientar la praxis del cuidado humanizado: 1) El cuidado se puede practicar solo de manera interpersonal y de forma eficaz; 2) Los factores de cuidado resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas; 3) Cuando el cuidado es eficaz se logra crecimiento personal y familiar; 4) Del cuidado se derivan unas respuestas que aceptan a las personas como son y cómo pueden llegar a ser; 5) En un entorno de cuidado es evidente el desarrollo potencial que permite elegir la mejor acción para la persona en el momento

adecuado; 6) El cuidado integra el conocimiento biofísico y el conocimiento de la conducta humana.

Teniendo en cuenta los supuestos básicos mencionados anteriormente, (Watson, 2005) define diez factores de cuidado que definen la ciencia de cuidar, y a su vez, permiten evaluar de forma cualitativa y cuantitativa aspectos que se relacionan directamente con la persona cuidada y aquellos que hacen referencia a las competencias de quien cuida:

1. *Formación del sistema humanístico- altruista de valores:* Los cuidadores pueden influir para que las personas cuidadas adquieran un sentimiento de satisfacción hacia uno mismo, aunque se considera que son valores que se aprenden en la infancia. A través de este factor se facilita la promoción del cuidado holístico y positivo en los pacientes. Describe el papel del cuidador, en cuanto al desarrollo de interacciones eficaces a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente.
2. *Fomento de La fe- esperanza:* Favorece los cuidados con perspectiva holística y contempla las interrelaciones eficaces en la relación terapéutica cuidador-persona cuidada.
3. *El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás:* Consiste en reconocerse a sí mismo, a través de la autoaceptación, concepto que es fundamental tanto para el cuidador como para el paciente. Permite al cuidador reconocer sus sentimientos para convertirse en una persona más auténtica y sensible hacia los demás.

4. *Desarrollo de una relación de ayuda-confianza:* Tener una relación de confianza permite aceptar expresiones de sentimientos tanto positivos como negativos. Una relación de ayuda y confianza implica respeto mutuo, coherencia, empatía y comunicación eficaz.

5. *Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos:* El cuidador debe estar preparado para compartir y percibir del paciente, sentimientos positivos y negativos, debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación diferente a las demás.

6. *El uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones:* durante el proceso de atención y cuidado, el cuidador debe realizar un proceso similar al proceso de investigación, en lo que se refiere a la resolución de problemas de manera sistemática y organizada.

7. *Promoción de la enseñanza y aprendizaje interpersonal:* Es uno de los conceptos más importantes porque separa el cuidado de la curación. El cuidador facilita el proceso de curación a través de técnicas de enseñanza-aprendizaje, diseñadas para que los pacientes aprendan el auto cuidado, determinando a su vez, necesidades personales y ofreciendo oportunidades para el crecimiento personal.

8. *Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental físico, sociocultural y espiritual:* En este punto, Watson plantea que se debe de reconocer la influencia que tiene el entorno en la salud y enfermedad de las personas. En cuanto a la dimensión interna del ser, el paciente debe tener bienestar espiritual y mental, en relación con sus creencias socioculturales. En cuanto a la dimensión

seguridad, entornos limpios y estéticamente agradables.

9. *Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas:* Es preciso reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales propias y del paciente. Porque se deben satisfacer primero las necesidades de menor rango para luego cubrir las de orden superior.

10. *Permisión de fuerzas existenciales- fenomenológicas:* La fenomenología ayuda a las personas en la comprensión de situaciones.

Los diez factores discutidos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado sanitario. El cuidador en el contexto hospitalario, es entonces, responsable por ofrecer condiciones para que el paciente pueda resolver sus propios problemas. Ya que, cada persona desarrolla su propia forma de encontrar significados en la vida, pues confrontan su forma de estar en el mundo ante un proceso de enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad (Rafael-Falk, 2000)

Los supuestos y factores que se describen en el apartado anterior, dieron a Watson el sustento para la definición, en su teoría, de los cuatro conceptos meta paradigmáticos (Watson, 2005); 2006):

- **Entorno:** Watson define el entorno como el espacio de curación. Una realidad objetiva y externa de gran importancia para el bienestar del paciente. Por ello la habitación debe ser un lugar de calma, de cicatrización porque en esta el paciente vive una realidad externa que define el marco de referencia subjetivo del mismo.
- **Salud:** Watson define la salud como la armonía entre mente, cuerpo y espíritu. Se asocia a la experiencia de lo que se concibe y lo que se experimenta.
- **Cuidado:** En este apartado Watson pretende mostrar la importancia del cuidado en el ámbito hospitalario definiéndolo como una ciencia humana que permite una relación profesional, personal, ética a través de la cual se sostiene un sistema de valores humanísticos. El cuidado existe en todas las sociedades, por ser una relación única de asistencia que solo puede ser practicada eficazmente de forma interpersonal. El cuidado es una práctica fundamental para la enfermería que permite satisfacer determinadas necesidades humanas, actuando eficazmente se promueve la salud y el crecimiento familiar y persona.
- **Persona:** Watson define la persona como un ser único con tres esferas fundamentales mente, cuerpo y espíritu, las cuales son determinantes para construir el concepto de sí mismo. La persona tiene la capacidad de participar, practicar y planear la ejecución de su cuidado, teniendo muy en cuenta el aspecto sociocultural.

Uno de los principios orientadores de la política de calidad en salud en Colombia, es la humanización, concebida como el fundamento esencial del sistema de salud. Ya que centra el accionar en la persona y en el cumplimiento de los derechos fundamentales, fortaleciendo la cultura organizacional que se dirige al ser humano (Ministerio de salud y protección social, 2018)

El cuidado humano involucra compromiso, valores y voluntad (Watson, 2005). De esta forma, el cuidado humanizado se apoya en la capacidad y la técnica en la relación terapéutica que el cuidador establece con el paciente, esto supone acoger al otro con calidez sin dejar de ser uno mismo, despojándose de los factores externos que puedan afectar la relación con el paciente (Muñoz et al., 2009). (Muñoz, Moreno , Pinilla , & Suarez , 2009)

Para (Bermejo, 2014) Humanizar está íntimamente ligado a los valores y a la ética profesional, porque los valores conducen al diseño de políticas y programas encaminados a velar por relaciones de dignidad del ser humano.

Watson, en su teoría presenta el cuidado humanizado como un compromiso profesional, basado en normas éticas de enfoque humanista. De igual forma, Urra, Jana y (García , 2011) en un estudio realizado para conocer la percepción de la calidad del cuidado realizado en Colombia, en pacientes oncológicos hospitalizados, considera que es primordial valorar las necesidades de los pacientes con la finalidad de tener intervenciones y actividades satisfactorias que

mejoramiento a la calidad de la atención prestada.

En salud, la humanización implica confrontación entre culturas distintas, con respecto a la forma de ver el mundo. Por un lado, la cultura basada en los resultados de una tecnología eficaz, y por el otro, la cultura del respeto por el ser humano, por su autonomía y por la defensa de los derechos humanos. Esa cultura se ve reflejada en la respuesta del paciente a los cuidados sanitarios, por tanto, llevar a cabo el cuidado humanizado requiere el desarrollo de un vínculo cuidador–persona cuidada, dicho vínculo se da frente a varias características que debe tener el personal asistencial, tales como, habilidades y conocimientos técnicos, actitudes de empatía, respeto y autenticidad (Nunes, Da Silva, & Pires, 2011).

5.2 Antecedentes normativos de la humanización en Colombia

En Colombia, la atención en salud está definida como el conjunto de servicios ofertados a los usuarios, en el marco de procesos propios de aseguramiento, también, como las actividades, procedimiento e intervenciones asistenciales que incluyen la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). (Ministerio de Salud y Protección Social., 2014)

A partir de esa definición sobre atención en salud, el Ministerio de Salud y (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). determinó el concepto de calidad y humanización, como un imperativo ético de la atención integral en salud; hace referencia a la obligación que tienen los actores que intervienen en dicha atención de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención, respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio cultural y la diversidad poblacional y territorial que se expresa en la particularidad de su desarrollo.

Siendo así, la calidad y la humanización de la atención son necesarias para responder y satisfacer las necesidades de las personas, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir informadas de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y enfrentar el final de la vida con dignidad (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.)

A partir del marco conceptual sobre calidad y humanización de la atención en salud, en el año 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social, puso en marcha el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) como plan estratégico para el periodo 2016-2021, el cual tiene como principio orientador la Humanización, y su lema es “Por un sistema de salud con un propósito humano hacia la innovación y la excelencia”.

La Humanización como principio orientador de la PNMCS, implica que el sistema de salud debe centrar las acciones en las personas y consolidar el enfoque de su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016)

Complementando en ese sentido, la PNMCS plantea como directrices de calidad de la atención en salud: -Seguridad, como la protección de las personas contra las situaciones, riesgos o amenazas graves, para garantizar el mejor resultado final posible; - Coordinación, como el trabajo articulado y colaborativo entre los actores del Sistema que permita la integralidad y continuidad de la atención; - Transparencia, como la prevención de corrupción y el fomento de las buenas prácticas de gestión. Teniendo en cuenta lo anterior, un objetivo central de la PNMCS está relacionado con promover cambios normativos en materia de calidad que impulsen la humanización, la seguridad, la coordinación y la transparencia en el Sistema de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016)

Por otra parte, se están desarrollando políticas de humanización en salud que priorizan a grupos de usuarios específicos, como, por ejemplo, mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes, pacientes oncológicos, entre otros. Políticas que buscan la atención humanizada de la población antes mencionada, esperando que sea reconocido el papel fundamental que juegan los diferentes

humanización.

En consecuencia, el Instituto Nacional de Cancerología (INC), adoptó una política de humanización, partiendo de la premisa de que:

“Humanización es la condición esencial que garantiza que los servicios de salud se oferten partiendo del respeto a la dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, dogmas religiosos, etnia y todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible. Humanización, sintetiza todas las acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de un establecimiento de salud. Esto significa que el usuario está en el centro de cada decisión de diseño, no sólo como un productor de requerimientos funcionales, sino como una expresión de los valores humanos que deben ser considerados” (Bello, 2000)

Bello, S. C. (2000). Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. Scielo , 1,2.

A demás, el INC defiende que la humanización supone abordar el paciente desde una mirada biopsicosocial que lo considere en sentido holístico, en su dimensión física, intelectual, emocional, social y espiritual. La humanización busca

mediante el desarrollo de competencias que les permitan prestar un servicio con calidez y calidad buscando el cumplimiento de los objetivos institucionales (INC, 2018).

Dicha política de humanización adoptada por el (INC, 2018), tiene como objetivos:

- Fortalecer la comunicación y dialogo para la trasmisión efectiva y asertiva de información.
- Dotar a los colaboradores de elementos necesarios para mejorar sus habilidades de comunicación asertiva con el paciente, familia y comunidad.
- Promover un clima organizacional más humano y cálido, fortaleciendo el trabajo en equipo: cultura humanista.
- Mejorar las condiciones locativas y ambiente físico para aumentar satisfacción durante la atención y bienestar laboral durante la prestación del servicio.
- Fomentar desarrollo de competencias y habilidades humanistas en el talento humano en formación en el instituto.
- Satisfacer las necesidades psicosociales y espirituales del paciente y su familia.
- Mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del empleado, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia.

A su vez, el (INC, 2018) diseñó junto con la política de humanización, un decálogo para la misma, en el cual se contemplan los siguientes aspectos:

1. Mira al paciente a los ojos, sé receptivo, dale la mano al entrar, al salir, sonríe, preséntate y sé amable. Tú has elegido la profesión, pero él no ha elegido ser paciente.

2. El paciente no es un número, una cama, un diagnóstico, ni un adjetivo. Llámale siempre por su nombre considerándolo un ser único con sus vivencias, su historia personal, sus creencias, su entorno y circunstancias. Atiéndele como él quiera ser tratado.

3. Siempre que el paciente lo considere adecuado, no excluyas a su familia o acompañantes, facilítale permanecer a su lado porque le será de gran apoyo para afrontar su enfermedad y también un aliado terapéutico.

4. Infórmale sobre el proceso de su enfermedad con un lenguaje comprensible y explícale las opciones terapéuticas. Pregúntale por sus circunstancias y escucha lo que tiene que decir. Asegúrate de que te ha comprendido y resuelve sus dudas.

5. No impongas tus criterios, comprende su voluntad y sus prioridades. Involúcralo en las decisiones y ayúdalo a tomarlas con tu conocimiento y experiencia.

6. Respeta su intimidad y la confidencialidad de la información en todos los momentos de la atención. (con especial atención en los entornos docentes).

7. No juzgues al paciente, acompáñale en su proceso, cuídale y confórtale sin discriminación ni juicios de valor.

8. Organiza las actividades asistenciales teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Facílitate el confort necesario para favorecer su bienestar.

9. Sé empático con el sufrimiento y sensible ante las necesidades del paciente y sus familiares y las tuyas propias; cuídate para poder cuidar.

10. Recuerda que un ser humano en situación de vulnerabilidad no pierde su dignidad; cuídala.

Finalmente, el (INC, 2018) defiende la necesidad de evaluar la calidad y humanización a nivel institucional y en cada uno de los servicios de salud, a nivel de procesos y procedimientos organizacionales; se debe analizar las competencias de los colaboradores, con el fin de evidenciar planes de mejora continua y resolver las deficiencias encontradas y oportunidades de mejora observadas.

6. Marco conceptual

Humanización de la atención: Según (Bello, 2000) la humanización es una condición esencial que brinda garantías en el servicio de salud, partiendo del respeto por la dignidad humana, las creencias religiosas, costumbres y etnia. En la humanización de la atención el paciente es el centro de cada decisión de diseño como una expresión de valores humanos tendientes a ser considerados.

Paciente: Es la persona que está afectada en su condición humana por que sufre algún dolor o malestar y por tal razón requiere asistencia médica y está sometida a cuidado de profesionales para encontrar la mejoría en su salud (Burgos MOreno & Paravic, 2003).

Paciente hospitalizado: Se considera un paciente hospitalizado a la persona que en su condición humana sufre algún dolor y/o alteración en su salud, y requiere ser tratado por asistencia médica y pasa una noche o más en el centro de atención en salud (Burgos MOreno & Paravic, 2003).

Deshumanización: Se utiliza con frecuencia en las ciencias sociales y ciencias políticas el termino deshumanización que define el proceso a través del cual una

persona o un grupo de personas pierden o son despojados de sus características

humanas. En el campo de la salud esta palabra hace referencia a una atención despersonalizada, centrada en la eficiencia, pero no la integralidad, es la cosificación del paciente olvidarse de su condición humana para tratarlo como un objeto. (Calvo, 2016)

Dignidad Humana: Es un derecho que tiene cada ser humano, de ser respetado y valorado conforme a su individualidad personal y social, con todas y cada una de sus características y condiciones particulares por el hecho de ser una persona. (Martinez, 2013)

Percepción: es la forma en la cual el ser humano interpreta y organiza las sensaciones recibidas a través de los sentidos, información del ambiente formando una representación mental simple, una impresión inconsciente o consciente de una realidad en su entorno. (Oviedo, 2004)

7. Metodología

El presente estudio se trata de una Revisión Sistemática de la Literatura, teniendo en cuenta el método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Mother, y otros, 2010) sobre la percepción de pacientes en torno a la humanización de la atención hospitalaria en Colombia.

La revisión sistemática objetiva reunir todas las evidencias disponibles conforme criterios de elegibilidad definidos previamente, a fin de responder a una pregunta de investigación específica. Para tanto, se utiliza un método sistemático, que proporciona resultados más confiables, a partir de los cuales es posible obtener conclusiones y establecer la toma de decisiones (Higgins & Green, 2008)

Se tomó como base las etapas propuestas por la literatura (Galvão CM, Sawada, & Trevizan , 2004) a saber: construcción del protocolo; definición de la pregunta; busca de los estudios; selección de los estudios; evaluación crítica; recogida de los datos; y síntesis de los datos.

Para la elaboración de la pregunta de investigación se utilizó la estrategia PICO, del *“Patient population/ disease, Intervention or issue of interest, Comparison intervention or issue of interest y Outcome* (Costa Santos , Mattos Pimenta , & Nobre , 2007).

La Figura 1 presenta los componentes de la pregunta de investigación de la presente revisión, según el anagrama PICO.

Figura 1. Anagrama de la pregunta de investigación utilizando la estrategia PICO

Descripción	Abreviación	Componentes de la pregunta
Población	P	Pacientes hospitalizados
Intervención	I	Prácticas de trabajadores de la salud
Comparación	C	No aplica
Resultado	O	Percepción de humanización de la atención hospitalaria

Fuente: elaboración propia

Así, para guiar esta revisión sistemática, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿En la percepción de pacientes hospitalizados, cuáles prácticas de los trabajadores de la salud contribuyen a la humanización de la atención hospitalaria?

Como el objetivo de la presente revisión no es comparar las prácticas de los trabajadores de la salud, sino identificarlas y comprenderlas, la letra C (comparación) fue omitida en la definición de la pregunta de investigación.

Para la selección de los artículos fueron utilizadas las siguientes bases de datos: PUBMED, Web Of Science, Science Direct, LILACS, CUIDEN y la biblioteca electrónica Scielo. En relación a la terminología utilizada para la búsqueda, se tomó como base el Medical Subject Headings (MeSH/PUBMED) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), respectivamente, Humanization of Assistance y Hospitalization; Humanización de la atención y Hospitalización.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: artículos indexados en las bases de datos arriba citados; en los idiomas inglés, español y portugués; sin límite de tiempo de publicación; con pacientes hospitalizados como población de interés; y, solamente estudios clasificados como artículos originales. Fueron excluidas las publicaciones que no respondieron a la pregunta de investigación; y, que no fueron realizados en Colombia.

Para extracción y análisis de los datos de los estudios seleccionados, se construyó un instrumento en una planilla Excel de Microsoft, con el cual se verificó si los mismos contienen las informaciones necesarias para ser incluidos en la selección de la muestra final. El instrumento también, facilitó la interpretación crítica de los resultados, dado que, permitió a los investigadores, extraer detalles de los estudios. Los resultados de la presente revisión fueron analizados cualitativamente, utilizando la técnica de análisis de contenido, de tipo categorial temático (Bardin, 2011).

Se seleccionaron tres estudios compatibles con los criterios de inclusión adoptados por la presente Revisión Sistemática, no siendo adicionados estudios a partir de la revisión de las referencias de la muestra seleccionada, conforme establecido en la Figura 1, presentada a continuación.

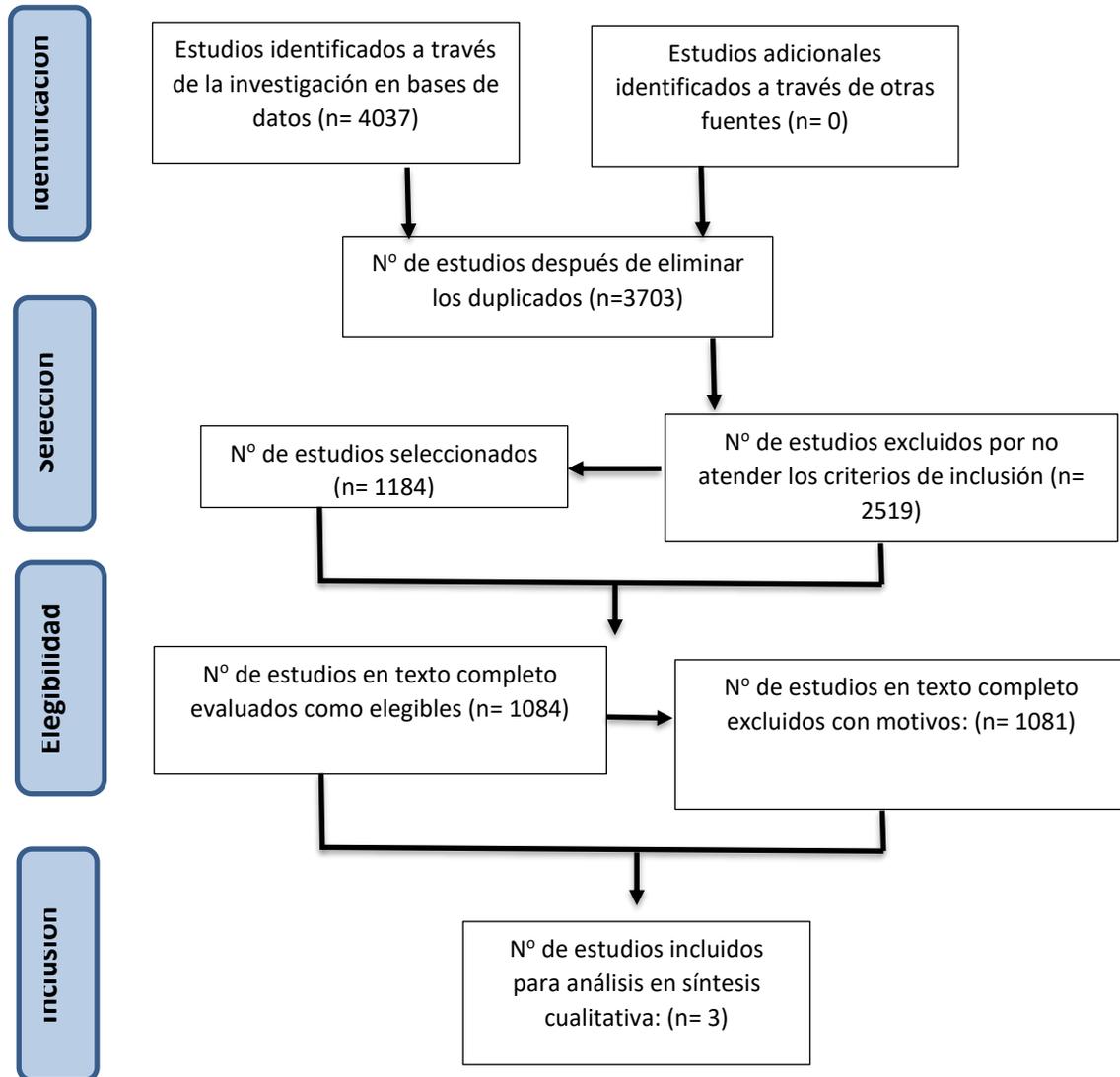


Figura 2. Síntesis del proceso de selección de estudios según el modelo PRISMA.

Con respecto a la autoría principal de los artículos, en los tres artículos A1, A2 y A3 se trató de profesionales de enfermería, con posgrado en nivel de maestría en las áreas de Gerencia en salud, Salud colectiva y Educación, todos ellos docentes de un programa de enfermería en una universidad de Colombia.

Se notó que, de los tres estudios, uno fue realizado en la ciudad de Medellín (A2), uno en la ciudad de Bogotá (A3) y en un artículo no se especifica la ciudad donde fue realizado el estudio (A1). La totalidad de los artículos fueron publicados en revistas científicas colombianas, específicas de la disciplina de enfermería. Con relación a la metodología utilizada, los Artículos A1 y A3 emplearon un diseño cuantitativo, y el artículo A2 empleó un diseño cualitativo.

En lo que se refiere a los servicios hospitalarios en los cuales los pacientes se encontraban en el momento de recolección de la información, en el Artículo A1 se identificó los servicios de Quirúrgicas y de Maternidad, en el artículo A2 los servicios de consulta externa y urgencias y en el artículo A3 el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) adultos.

En dos de los tres artículos (A1 y A3), se observó que fue indagada la percepción de los pacientes con relación a los cuidados y la atención ofrecida por el personal de enfermería; y apenas en uno (A2), se indagó la percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el equipo de salud ampliado. La tabla 2 presenta la descripción de los estudios seleccionados.

Por lo tanto, componen la muestra final de la presente Revisión Sistemática, tres artículos que atendieron a los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Uno de los estudios seleccionados desarrolló un enfoque metodológico de tipo cualitativo⁹, utilizando la entrevista semiestructurada y la observación no participante como técnicas de recolección de datos, la población de estudio fueron 18 pacientes de los servicios de consulta externa y urgencias.

Los otros dos estudios seleccionados, implementaron una metodología cuantitativa. En uno de los estudios⁸ utilizaron el cuestionario de calidad de cuidados de enfermería, versión en inglés “Newcastle Satisfacción with Nursing Scales” de Thomas LH de 1996; basado en las dimensiones de experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería. La muestra fue constituida por 180 pacientes hospitalizados en los servicios médico-quirúrgicos y maternidad. En el otro estudio¹⁰, se utilizó el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión”. La muestra estuvo conformada por 55 pacientes hospitalizados en el servicio de UCI.

Por un lado, algunos pacientes percibieron como prácticas de humanización de la atención en salud en el contexto hospitalario, las siguientes acciones: respeto y amabilidad en la atención, escucha de las peticiones realizadas por el

paciente, personal de enfermería altamente capacitado, buen humor de las enfermeras a pesar de la sobrecarga laboral, brindar explicaciones e informaciones pertinentes antes de cada procedimiento, respuesta oportuna al llamado, manejo del dolor, preocupación con el confort y comodidad del paciente, administración oportuna del tratamiento, empatía y escucha durante la expresión de sentimientos.

Por otro lado, controversialmente, otros pacientes identificaron algunas prácticas percibidas como deshumanizantes durante la atención, las cuales hacen referencia a: demora en la realización de procedimientos, demora en la atención solicitada por el paciente "duré 45 min pidiendo una silla para ir al baño", falta de tiempo para escuchar y conversar con los pacientes "las enfermeras vienen, nos miran, nos dan la droga y salen", las enfermeras son malgeniadas y groseras con los familiares de los pacientes, la sobrecarga laboral no les permite brindar un mejor servicio.

Figura 3. Descripción de los estudios seleccionados.

No.	Año de publicación	Título	Objetivo del estudio	Método
A1	2010	Valoración de Aspectos Cualitativos del Cuidado de Enfermería en Pacientes Hospitalizados.	Describir aspectos cualitativos importantes del cuidado de enfermería a través de un análisis comparativo de los comentarios realizados por pacientes hospitalizados.	Estudio descriptivo que reporta aspectos cualitativos manifestados por los pacientes en cada uno de los apartados del cuestionario de calidad de cuidados de enfermería, versión en castellano de Rosario Alonso y coinvestigadores en el 2005, versión en inglés: (Newcastle Satisfacción with Nursing Scales) de Thomas LH de 1996; basado en las dimensiones de experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería. 180 pacientes; los cuales se tomaron de los servicios médico, quirúrgicos y maternidad en el primer semestre del 2008.
A2	2011	La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y	Comprender las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención en salud	Enfoque cualitativo desde la perspectiva de la etnografía focalizada. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, observación no

		normativa.	recibida en tres instituciones de salud en la ciudad de Medellín, Colombia.	participante, diario de campo y revisión documental. Los participantes fueron 18 usuarios de los servicios de salud, quienes fueron entrevistados en los servicios de consulta externa y urgencias.
A3	2019	Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.	Describir la percepción del paciente crítico adulto sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la unidad de cuidado intensivo (uci) adulto en un hospital de III nivel de Bogotá, Colombia.	Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, se utilizó el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión”, el cual cuenta con validez facial, de contenido y de constructo. Se aplicó a 55 pacientes hospitalizados en uci, entre junio y octubre de 2016.

En busca de cumplir con el objetivo de la presente Revisión Sistemática y conducir una mejor comprensión de los resultados obtenidos en los estudios analizados, se agruparon las percepciones de los pacientes en dos categorías temáticas. La primera denominada *Percepciones de una atención hospitalaria humanizada*; y la segunda categoría temática denominada *Percepciones de una atención hospitalaria deshumanizada*.

Percepciones de una atención hospitalaria humanizada

En esta categoría se identificaron en los artículos A1 y A3, las siguientes percepciones de pacientes alusivas a una atención y un cuidado humanizado en el contexto hospitalario:

- Respeto y amabilidad en la atención,
- Escucha de las peticiones realizadas por el paciente,
- Personal de enfermería altamente capacitado,
- Buen humor de las enfermeras a pesar de la sobrecarga laboral,
- Brindar explicaciones e informaciones pertinentes antes de cada procedimiento,
- Respuesta oportuna al llamado,
- Manejo del dolor,
- Preocupación con el confort y comodidad del paciente,
- Administración oportuna del tratamiento,
- Empatía y escucha durante la expresión de sentimientos.

Percepciones de una atención hospitalaria deshumanizada

En esta categoría se identificaron en los artículos A1 y A2, las siguientes percepciones de pacientes sobre una atención y un cuidado deshumanizado en los servicios hospitalarios:

- Demora en la realización de procedimientos,
- Demora en la atención solicitada por el paciente "duré 45 min pidiendo una silla para ir al baño",
- Falta de tiempo para escuchar y conversar con los pacientes "las enfermeras vienen, nos miran, nos dan la droga y salen",
- Las enfermeras son malgeniadas y groseras con los familiares de los pacientes,
- La sobrecarga laboral no les permite brindar un mejor servicio.

Cabe resaltar que, en el artículo A1 se encontraron percepciones divergentes de los pacientes, pues se identificaron algunas percepciones de atención humanizada, sin embargo, paradójicamente, también se identificaron percepciones de atención deshumanizada.

En el artículo A2 no se identificaron percepciones de atención humanizada en la visión de los pacientes, lo que se evidenció fue una expectativa de lo que esperarían los pacientes recibir en relación al trato y la atención en los servicios hospitalarios. De esta forma, en este artículo se identificaron algunas percepciones de una atención deshumanizada de acuerdo con la experiencia de los pacientes.

atención humanizada de acuerdo con las experiencias de los pacientes que

participaron en el estudio.

9. Discusión

De acuerdo con los estudios seleccionados y analizados en esta revisión, se evidenció una existencia limitada de publicaciones científicas, relacionadas con la indagación de la percepción de pacientes en el contexto hospitalario colombiano sobre la humanización de la atención en salud.

Cuando comparada con la literatura, pocos estudios examinaron la percepción de pacientes hospitalizados; predominan los estudios donde se exploró la percepción de los profesionales de la salud, específicamente de enfermería, con relación al cuidado humanizado; en cuanto otros, se enfocaron en la percepción de pacientes sobre el cuidado humanizado recibido únicamente por parte de las enfermeras. En el caso de esta revisión, se buscó explorar la percepción de pacientes hospitalizados sobre la humanización de la atención recibida en general por todo el equipo ampliado de salud.

Con relación a la responsabilidad moral que se debe tener frente a los pacientes, autores defienden que esta es una responsabilidad del equipo ampliado de salud y no, únicamente de una categoría profesional. De la misma manera, provocan una

reflexión sobre la urgente necesidad que tienen los equipos ampliados de salud,

de brindar una atención y un cuidado en salud más humanizado, que responda a las expectativas de los pacientes y a su condición como persona, complementan que, esto solo es posible en la medida en que los trabajadores de la salud como seres humanos, son capaces de situarse desde la perspectiva de los pacientes (Correa, 2016).

Cabe destacar que, a pesar de no haber volumen suficiente de investigaciones sobre percepciones de pacientes hospitalizados con relación a la humanización de la atención en salud, hubo divergencias en cuanto a las mismas, las cuales variaron entre percepciones de recepción de una atención humanizadora y una atención deshumanizadora.

Por un lado, los artículos A1 y A3 convergieron en diversas acciones humanizadoras percibidas en la atención recibida por parte del personal de enfermería tales como: respeto y amabilidad; escucha de las peticiones; ofrecimiento pertinente y oportuno de explicaciones e informaciones relacionadas con los procedimientos, manejo del dolor; procura por el confort del paciente; y administración oportuna del tratamiento.

De manera general, predominaron las percepciones de acciones humanizadoras de la atención recibida en el ámbito hospitalario. Cabe resaltar que la empatía y la constante comunicación son aspectos emocionales esenciales que tornan

(Oliveros, 2015).

En otra revisión de la literatura sobre el tema, los autores indicaron, también, que algunas formas de acercar la humanización de la atención hospitalaria a las personas están relacionadas con: calidez y cordialidad en el trato; información adecuada y suficiente; confianza y seguridad; comunicación comprensible, atención centrada en la persona; continuidad de la atención; accesibilidad a la consulta y hospitalización; confort de las instalaciones (Oliveros, 2015).

Solamente en uno de los estudios, A1 se identificó percepciones más controversiales, en el cual una parte de los participantes estudiados no percibió acciones humanizadoras, mientras que otra parte de los mismo sí percibió acciones humanizadoras en la atención recibida en los servicios hospitalarios. La autora no elucidó las posibles causas de dichas percepciones, a pesar de eso, el estudio concluyó de forma general, que los pacientes poseen una percepción positiva del cuidado de enfermería, predominando el número de percepciones positivas con relación a la atención recibida por las enfermeras.

Por otro lado, en el artículo A2 no se identificó en los pacientes, ninguna percepción de acciones humanizadoras, por el contrario, relataron experiencias negativas durante la atención recibida por el equipo de salud durante su estancia hospitalaria, tales como: demora en los procedimientos, demora en la atención,

falta de tiempo de las enfermeras para escuchar y conversar con los pacientes,

sobre carga laboral de las enfermeras lo que interfiere negativamente en la

posibilidad de brindar un mejor servicio.

De la misma forma, en otro estudio, se resalta la frecuente crítica a la atención en salud deshumanizada, relacionada principalmente con: la indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, la despersonalización de los equipos de salud, priorización del ingreso económico y el abordaje de los pacientes como objetos carentes de valores y sentimientos, entre otros (Oliveros, 2015).

Autores asocian ese resultado de deshumanización con algunos factores laborales o circunstanciales, donde algunos trabajadores de la salud supervaloran las funciones administrativas, la técnica y los procedimientos, desvalorizando a la persona como eje central del cuidado, lo cual provoca profundas preocupaciones, al recordar que no se puede cuidar a una persona olvidando su humanidad (Prías, 2017).

Otro punto levantado por los estudios de esta revisión, fue el hecho de que la atención y el cuidado holístico del paciente se ve obstaculizado por las numerosas tareas de tipo biomédico delegadas a los equipos de salud, en detrimento de acciones relacionales eficaces entre los mismos, pacientes y familias (Correa, 2016), acciones estas que han sido denominadas por Jean Watson como de

Las percepciones de deshumanización de la atención hospitalaria identificadas en la presente revisión, van al encuentro de las dificultades identificadas en la Política para el Mejoramiento de la Calidad en Salud en Colombia, las cuales hacen referencia al enfoque de mejoramiento continuo centrado en los trabajadores del sistema de salud y no en las personas, y, ese enfoque ha provocado prácticas deshumanizantes en los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016- 2021, propone a las personas como centro y finalidad del sistema de salud colombiano, a través de su principio orientado de Humanización, el cual implica la necesidad de que los trabajadores de la salud y sus agentes enfoquen su misión al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano. De esta forma, planteó que para el año 2021, el sistema de salud colombiano contará con la formulación, aprobación y divulgación de la Política de Humanización, el cual tiene como objetivo promover cambios normativos en materia de calidad que promuevan la humanización (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Todavía se nota, a partir de los estudios analizados, una persistente dificultad en la consolidación y efectivización de prácticas humanizadas en lo concerniente a la atención y cuidado de pacientes en los servicios hospitalarios.

Por tanto, se percibe que es pertinente y necesario la realización de nuevos estudios con foco en la percepción de los propios pacientes frente a la atención y cuidado recibido en los ambientes hospitalarios, dado su potencial contribución para componer una línea de base, que auxilie en la toma de decisiones sobre caminos, prácticas y formas de desarrollar una asistencia a la salud verdaderamente humanizada.

10. Conclusiones

Se evidenció una escasez de publicaciones relacionados con la percepción de pacientes sobre la humanización de la atención recibida en el ambiente hospitalario en Colombia.

En los estudios analizados, predominó la exploración del cuidado y atención humanizada ofrecida por parte del personal de enfermería, y una sola publicación, en la cual se exploró la percepción sobre la atención recibida por el equipo ampliado de salud.

En los estudios analizados se identificaron tanto percepciones de una atención humanizadora, como, percepciones de una atención deshumanizadora, de acuerdo con la experiencia de los pacientes. Sin embargo, predominan las percepciones positivas referentes a la atención humanizada recibida en los servicios hospitalarios.

Entre las percepciones de una atención humanizada recibida, los pacientes relataron: Respeto, amabilidad, empatía y escucha durante la expresión de sentimientos; personal de enfermería altamente capacitado; explicaciones e informaciones pertinentes antes de cada procedimiento; respuesta oportuna al llamado y manejo del dolor; preocupación con el confort y comodidad del paciente; administración oportuna del tratamiento.

Así mismo, fueron identificadas percepciones de deshumanización de la atención

hospitalaria, entre las que se destacan: demora en la realización de procedimientos; demora en la atención solicitada por el paciente; falta de tiempo para escuchar y conversar con los pacientes y; la sobrecarga laboral lo cual influye negativamente en la entrega de un mejor servicio.

A partir de las percepciones de los pacientes, se puede afirmar que una atención humanizada en el contexto hospitalario, depende de la utilización equilibrada de diferentes acciones: acciones relacionales, empleo de tecnologías y conocimientos técnico-científicos de los trabajadores de la salud, relacionados como importantes para prácticas humanizadas. Se encontró en la búsqueda de la literatura, que son más los estudios que indagan la percepción de los trabajadores de la salud sobre el tema de humanización, por lo tanto, se recomienda la realización de investigaciones dirigidas a conocer la percepción de los pacientes en el contexto hospitalario o usuarios de los servicios de salud.

Como limitantes de la presente revisión se considera la utilización de los dos descriptores DeCS y MeSH: Humanización de la atención y Hospitalización; Humanization of Assistance y Hospitalization, respectivamente, lo que pudo limitar la inclusión de otras publicaciones sobre la temática en el contexto colombiano, que pudieron identificarse a partir de otros descriptores diferentes.

11.. Bibliografía

- Alvis, Moreno, T., & Muñoz. (2001). Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. *arte y la ciencia del cuidado*.
- Arredondo G, C., & Gonzalez, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm*, Vol 18 No 1.
- Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. *Edições*, 70.
- Bello, S. C. (2000). Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. *Scielo* , 1,2.
- Bermejo, J. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto*. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
- Burgos MOreno, M., & Paravic, T. (2003). Violencia Hospitalaria en Pacientes. *Ciencia y Enfermería*, 9-14.
- Calvo, D. E. (2016). La deshumanización de la medicina. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, vol 57. no.3 .
- Correa, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. . *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227-3.
- Costa Santos , C., Mattos Pimenta , C., & Nobre , M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19];15(3):508-11. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/>
- Galvão CM, C., Sawada, N., & Trevizan , M. (2004). Obtenido de Systematic review: a resource that allows for the incorporation of evidence into nursing practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.: [citado 2020 Apr 19];12(3):549-56. Disponible en: <http://www.scielo.br/pd>
- Garcia , M. E. (2011). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enfermería*, 17(1): 70-74.
- Higgins, J., & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1*. *Cochrane Collaboration*. Obtenido de Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1. Cochrane Collaboration.: from: <http://www.cochranehandbook.org>.
- INC. (2018). *PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN*. Obtenido de PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN: https://cancer.gov.co/POLITICA-PLANES-PROGRAMAS-Y-COMPRAS/Planes_y_programas_2018/Plan_de_Humanizacion_2018.pdf

Jovell, A. (2017). Jovell, A. (2017). Modelo Afectivo Efectivo. Foro premios Albert Jovell, 104. *Foro premios Albert Jovell*, 104.

Llanes , G., Bejarano , D., Márquez LM, L., Ponce , C., & Martínez, R. (2018). La humanización de la atención de enfermería en salud. *Revista Enfermería del Trabajo*, 8; 1: 18-26.

Martinez, V. M. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín mexicano de derecho comparado*, Vol 46 no 136.

Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejor>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Plan Nacional de Meroramiento de la Calidad en (PNMCS)*. Obtenido de Min Salud: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), Plan Estratégico 2016-2021. Bogotá: 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejor>

Ministerio de salud y proteccion social. (2018). *Instituto Nacional de Cancerologia*. Obtenido de Instituto Nacional de Cancerologia: https://www.cancer.gov.co/PoliticasyPolitica_de_Humanizacion.pdf

Ministerio de salud y proteccion social. (2018). *Instituto Nacional de Cancerologia*. Obtenido de Instituto Nacional de Cancerologia: https://www.cancer.gov.co/PoliticasyPolitica_de_Humanizacion.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Calidad y humanización de la atención*. S/F. Obtenido de Calidad y humanización de la atención. S/F.: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Anexo técnico: calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. .

Mother, D., Hopewell, S., Schulz, K., Montori , V., Gotzsche, P., Devereaux, P., & Consort. (2010). *updated guidelines for reporting parallel group randomised trials*. *BMJ*. Obtenido de updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*.: Available from: <https://boris.unibe.ch/1151/1/Moher%20BMJ%202010.pdf>

Muñoz, Y., Moreno , D., Pinilla , D., & Suarez , Y. (2009). Significado del cuidado humanizado en egresados de la Facultad de Enfermería. *Repert. Med*, 18(4):246-250.

Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, no.18.

Quiala, M. (2013). Enfermería Formacion en Valores. . *Bioetica*, 20-25.

Rafael-Falk. (2000). Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human. *Caring as a Conceptual Framework for Guiding Community Health Nursing Practice*, 23(2): 34-49.

Rivera, A., & Triana, L. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en Enfermería*, 25(1), 56-68.

Romero, E., Contreras, I., M., & Moncada, A. (2016). Relación entre cuidado humanizado por enfermería. *Hacia Promoción en Salud*, 21(1): 26-36.

Santacruz-Bravo, J. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Rev Univ. Salud*, 18(2):373-384.

Watson, J. (2005). En C. s. science. Filadelfia.

Watson, J. (2006). Impacto de la relación sanadora en la práctica de la Enfermería. *Rev Rol de Enf.*, 29(12): 806-12.