



**Descripción de las variables de la humanización de los  
servicios de salud aplicables a un hospital de primer  
nivel en Cundinamarca.**

**Nabucodonosor Campos Lindarte**

**Claudia Marcela Araujo Arévalo**

Universidad EAN

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Maestría en Administración de Empresas de la Salud

Bogotá D.C, Colombia

2023

**Descripción de las variables de la humanización de los  
servicios de salud aplicables a un hospital de primer  
nivel en Cundinamarca.**

**Nabucodonosor Campos Lindarte**

**Claudia Marcela Araujo Arévalo**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

**Magíster en Administración en Salud**

**Director (a):**

**DIEGO ANTONIO RUBIO BOHÓRQUEZ**

**Modalidad:**

Monografía

Universidad EAN

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Maestría en Administración de Empresas de la Salud

Bogotá D.C. Colombia

2023

## Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del director del trabajo de grado

Bogotá D.C. 19 - 10 – 2023

## **Dedicatoria**

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, pues sin su apoyo incondicional no habríamos llegado hasta acá. Damos un especial agradecimiento a la Universidad EAN y a todos los docentes que nos han acompañado en el desarrollo de esta Maestría, por sus invaluables aportes académicos y personales.

# Agradecimientos

Agradecemos a nuestros profesores y tutores por impregnarnos las ganas de continuar en los días en que todo parecía turbio y pensábamos que no podíamos continuar en este reto de querer ser magíster.

## Resumen

La atención centrada en el paciente establece unos estándares mínimos que deben orientar la prestación del servicio de salud en las instituciones prestadoras de salud, en especial en la relación profesional de la salud – paciente, en la que se da la humanización. Estos estándares o variables son las que determinan la manera integral en que debe ser atendido un paciente, y que van mucho más allá de la realización de un diagnóstico, el suministro de medicamentos o tratamientos, o la consulta médica. Por el contrario, la atención centrada en el paciente va más allá de ello, e implica una atención integral que tengan en cuenta las necesidades psicológicas, físicas, de comprensión, de orientación sexual y espiritual del paciente.

En ese contexto es donde se desarrolla esta investigación cuyo objetivo es establecer las variables descritas en la literatura relacionadas con la política de atención centrada en el paciente de los servicios de salud, son aplicables y pertinentes para la construcción de una línea de acción que mejore la atención a los pacientes del Hospital San Vicente de Paul de Fomeque en Cundinamarca en el servicio de urgencias. El desarrollo de este objetivo general se realiza a través de la descripción de cuál es el deber ser en la humanización del servicio de salud, dividido en tres acápites.

La conclusión general es que la percepción de los usuarios del servicio de urgencias de esta institución prestadora del servicio de salud es favorable, en lo que se refiere a la implementación de estándares de atención centrada en el paciente, pero existen aún aspectos por mejorar. Para ello se proponen algunos lineamientos a tener en cuenta para la construcción de una línea de acción.

**Palabras clave:** Humanización, atención centrada en el paciente, humano, servicio de urgencias.

## **Abstract**

Patient-centered care establishes minimum standards that should guide the provision of health services in health-providing institutions. These standards determine the treatment that deserve a patient about specific areas like emotional, physical, understanding, sexual orientation and religious needs. It is in this context that this research is developed. The objective of this investigating is establish which variables described in the literature related to the patient-centered are applicable and relevant for the construction of a line of action that improves care for patients at the San Vicente de Paul de Fomeque Hospital in Cundinamarca in the emergency service. The development of this general objective is carried out through the description of what should be in the humanization of the health service, divided into three sections. The general conclusion is that the perception of users of the emergency service of this health service provider institution is favorable, in regard to the implementation of patient-centered care standards, but there are still aspects to improve. To this end, some guidelines are proposed to consider for the construction of a line of action.

**Key words.** Humanization, patient-centered care, human, emergency service.

## Tabla de contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>12</b>
<b>4. MARCO DE REFERENCIA.....</b>	<b>13</b>
<b>5. HIPÓTESIS.....</b>	<b>26</b>
<b>6. METODOLOGÍA.....</b>	<b>26</b>
<b>7. TRABAJO DE CAMPO.....</b>	<b>29</b>
7.1 LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE EN EL SERVICIO DE SALUD: VARIABLES Y MODELOS APLICABLES.....	29
7.2 LA NECESIDAD DE HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA PARA PODER ESTABLECER UNA POLÍTICA DE ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.....	43
7.3 LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EN EL MUNICIPIO DE FOMEQUE EN CUNDINAMARCA.....	54
<b>8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>79</b>

## Lista de figuras

<b>Figura 1. Adecuación institucional para la calidad y humanización de la Atención Integral en Salud. ....</b>	<b>24</b>
<b>Figura 2. Acciones necesarias para practicar la escucha asertiva .....</b>	<b>38</b>
<b>Figura 3. Porcentaje de insatisfacción en los servicios de salud en Colombia para el periodo 2017 – 2018 .....</b>	<b>44</b>
<b>Figura 4. Número de quejas relacionadas con prácticas deshumanizantes en Bogotá para el periodo 2017 – 2019 .....</b>	<b>46</b>
<b>Figura 5. Pilares y acciones determinadas para la implementación de la Política Nacional de Humanización del servicio de salud.....</b>	<b>51</b>
<b>Figura 6. Nivel de insatisfacción respecto del trato adecuado y respetuoso del personal médico en el Hospital de San Vicente de Paúl en Fomeque.....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 7. Percepción de los pacientes respecto del uso de un lenguaje fácil de entender para el paciente .....</b>	<b>60</b>
<b>Figura 8. Calificación de calidad de la atención recibida en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul en Fomeque.....</b>	<b>62</b>
<b>Figura 9. Percepción de la oportunidad en las respuestas del personal médico cuando se solicitaban .....</b>	<b>63</b>
<b>Figura 10. Percepción de los usuarios del servicio de urgencias frente al trato cálido del personal de servicios.....</b>	<b>64</b>
<b>Figura 11. Percepción de la preparación en atención centrada en el paciente del personal que labora en el servicio de urgencias .....</b>	<b>66</b>

# 1. Introducción

El ser humano requiere una atención integral cuando se trata de atención en salud, que va más allá de tratamientos, medicamentos y procedimientos médicos. Por el contrario, la mejoría del paciente depende de la combinación de varios elementos, incluyéndose los elementos de la teoría de atención centrada en el paciente.

Vega, Díaz, Cervera, Rodríguez, Tejada y Guerrero (2020) indican que “(...) las necesidades de la fragilidad humana, representan un gran desafío para los profesionales de enfermería” (p.46)., desafío que trasciende a todos los niveles de la prestación de los servicios de salud, incluyendo los de corte administrativos. Señalan los citados autores que, como parte del proceso de atención en salud, en particular en materia de atención a pacientes oncológicos, “(...) aun contando con toda la tecnología y técnicas de última generación, estas jamás emitirán afectividad, empatía y compasión” (Vega et. Al., p. 46)., demostrando con ello que la humanización en la atención en salud es un tema prioritario que debe ser abordado tanto desde la formación del profesional de la salud hasta en el ejercicio de la prestación del servicio de salud en todos sus niveles.

La educación del profesional de la salud, debe involucrar lo que Sánchez (2017) considera como la enseñanza de las humanidades médicas. La humanización del servicio de salud tiene implícita la necesidad de que el profesional de la salud, tenga un desarrollo cognitivo en otras competencias que complementan su formación profesional. Sánchez (2017) considera que el estudio de estas humanidades médicas, desde el análisis de la relación que tiene el hombre con la realidad y la relación que tiene ello con la bioética, conllevaría que se entienda de mejor manera cuáles son las necesidades del paciente.

La falta de atención integral al paciente, la falta de conciencia, empatía y disponibilidad del personal médico es el contexto en el que se desarrolla el problema de

investigación que se busca abordar en este documento. Se pretende analizar las causas y consecuencias de la ausencia de una atención centrada en el paciente, y por supuesto, las posibles soluciones que pueden darse para lograr que la política de atención se centre en considerar a la persona como un ser integral, que no solo merece un cuidado técnico, sino también atención en su dimensión social, espiritual y relacional.

Para poder desarrollar esta investigación se planteó como pregunta de investigación la siguiente: ¿Cuáles son las variables en la literatura relacionada con la política de atención centrada en el paciente, son aplicables y pertinentes para la construcción de una línea de acción que mejore la atención a los pacientes del Hospital San Vicente de Paul de Fomeque en Cundinamarca en el servicio de urgencias?

## **2. Objetivos.**

### **2.1 Objetivo general.**

Proponer acciones de mejora en el servicio de urgencias del Hospital de San Vicente de Paul de Fomeque en Cundinamarca, relacionadas en atención centrada en el paciente y sus componentes.

### **2.2 Objetivos específicos.**

- Describir en el servicio de salud, cuáles son las variables y modelos aplicables de la política de atención centrada en el paciente.
- Determinar en el servicio de salud, cuáles son las principales quejas relacionadas con la falta de atención centrada en el paciente.

- Identificar en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul de Fomeque el grado de insatisfacción en los estándares de atención centrada en el paciente, en los meses de junio, julio y agosto de 2023.

### **3. Justificación.**

De acuerdo con Proaño (2018) quien a su vez cita a Kruk et. al (2018) la mayoría de las muertes que se presentan en los centros médicos y hospitales, se podrían haber evitado si existiese una correcta atención de los pacientes. La mala calidad en los servicios médicos se le suma la falta de empatía y compromiso del personal médico, lo que incluso ha conllevado a que personas tomen acciones legales en contra de los centros médicos y de su personal, por la atención recibida. Según el diario El Tiempo (2018, prr 1) “la Superintendencia de Salud reveló que entre el 2004 y el 2018 (a corte de julio), los usuarios del sistema han presentado ante esa entidad 1.824.000 quejas, peticiones y reclamos contra sus EPS”. Muchas de estas quejas pueden estar relacionadas con el trato que ofrecen los profesionales de la salud a sus pacientes, lo que, a su vez, permite inferir la necesidad de establecer cuáles son las inconformidades que son reiterativas en el contexto de la humanización del servicio de salud.

Estas dificultades en la aplicación de la política de atención centrada en el paciente, es lo que se pretende abordar en esta investigación, desde un punto de vista práctico, analizando desde una fuente directa (percepción de los usuarios del servicio de urgencias) los motivos que generan quejas contra los servicios de salud, el porqué los usuarios pueden tener un mal concepto del sistema de salud en general y su percepción de maltrato al ingresar a este.

De otro lado, se considera de relevancia la tarea investigativa que se va a realizar, pues ella contribuirá a establecer estándares que desarrollen habilidades de efectividad

interpersonal que contribuyan a la creación de una cultura de humanización que deje en claro que el afán de lucro no puede bajo ninguna circunstancia, ser una justificación para olvidar que las personas que acuden a un servicio de salud, esperan de los profesionales de la salud y cada área administrativa una atención integral que no se limite a lo procedimental, sino que tenga en cuenta la situación personal por la que está pasando el paciente y su familia.

Así mismo, se considera oportuna la monografía, ya que por la situación a nivel global los servicios de salud, se ha establecido un nuevo modelo de prestación de servicios en los Hospitales de primer nivel de atención, lo que demanda que los usuarios internos y externos, en todas las Instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentren conformes con el trato dado por los profesionales de la salud y los servicios prestados por parte de las instituciones. Finalmente, se considera que, con los hallazgos de esta investigación, se verá beneficiada la población de más de 5.520 usuarios, que acude anualmente al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul de Fomeque en Cundinamarca.

## **4. Marco de referencia.**

Existen tres elementos a partir de los cuales se abarcó esta investigación. El primero de estos es la prioridad que tiene el derecho a la salud en Colombia. Previo a analizar el derecho a la salud, es necesario definir el concepto de salud. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, es decir, no implica solamente la ausencia de enfermedades. La atención en salud en Colombia ha tenido una evolución desde su concepción como servicio público de orden netamente prestacional, para luego dar paso a ser un derecho fundamental por estar en conexidad con otros derechos, para pasar

finalmente a ser un derecho fundamental en sentido estricto. La Constitución Política de 1991, señala en su artículo 49 que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, lo cual, posteriormente, es desarrollado por la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

A partir de lo que señala la norma, las IPS y EPS entendieron, desde un inicio, que la salud, se catalogaba meramente como un servicio que debía ser brindado a la comunidad y que, como todo servicio, debía contar con unos estándares mínimos de prestación, tales como oportunidad, celeridad, entre otros. La falta de consagración directa del derecho a la salud dentro del catálogo de derechos fundamentales, señalados en los primeros artículos de la Constitución Política de Colombia, generó grandes problemas en la prestación del servicio a la salud, pues los usuarios del sistema carecían de herramientas judiciales y/o administrativas, que permitieran conminar a los prestadores, a la prestación integral y efectiva del servicio bajo los parámetros de la política de atención centrada en el paciente.

La caracterización económica de la salud es una variable que afecta la prestación de este, no solo desde el sentido material de la existencia y disposición de recursos, medicamentos, infraestructura física, entre otros; sino que, también condiciona la forma como debe ser atendido el paciente, pues las limitaciones en los recursos, la imposibilidad de atención sin contar con un pago previo, entre otros elementos de índole económico, condicionan la prestación humanizada del servicio. En otras palabras, el personal médico ve condicionada su labor por el contenido económico que tiene el servicio a la salud en Colombia.

No obstante, la actividad judicial comenzó una nueva doctrina a partir de la cual se categorizaba la salud con dos dualidades: i) como servicio público y, ii) como derecho

fundamental por conexidad. Los jueces y altos tribunales como la Corte Constitucional crearon variantes interpretativas que superaban la connotación netamente económica del servicio a la salud, para dar paso a categorizarlo como un derecho fundamental cuando se encontraba en conexidad con otro derecho, como la vida o la dignidad humana, sin desconocer su faceta prestacional. La Corte Constitucional fue pionera en la construcción de esta línea de interpretación, siendo una de sus primeras concepciones la siguiente:

“Es cierto que la salud y la integridad física son objetos jurídicos identificables, pero nunca desligados de la vida humana que los abarca de manera directa. Por ello, cuando, se habla del derecho a la vida, se comprenden necesariamente los derechos a la salud e integridad física, porque lo que se predica el género cobija a cada una de las especies que lo integra. Es un contrasentido manifestar que el derecho a la vida es un bien fundamental, y dar a entender que sus partes – derecho a la salud y derecho a la integridad física -, no lo son” (Corte Constitucional, T – 494 de 1993, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa).

Bajo esta nueva orientación de la salud como un derecho y no netamente como un servicio público, se inicia la atención centrada en el paciente, pues el usuario ya no podía ser considerado como un objeto de prestación del servicio de salud, sino que ya ostentaba la calidad de sujeto de derechos, teniendo entonces la posibilidad de que le brindaran los servicios que requería no solo en condiciones materiales de calidad, sino también con el respeto debido a su integridad física y moral. Aun con ello se mantenía la barrera prestacional en aquellos casos en que no podía comprobarse que estaba en riesgo la vida. Un ejemplo de ello es la siguiente consideración que tenía la Corte Constitucional en el año 2000:

“En relación con la protección constitucional del derecho a la salud, esta Corte, a lo largo de su jurisprudencia, ha distinguido dos connotaciones; de una parte, la salud adquiere el rango de fundamental cuando está en riesgo el derecho a la vida u otro derecho fundamental, por ende, susceptible de amparo a través de la tutela, y de otro lado, cuando no está en conexidad con otros derechos, adquiere el carácter de prestacional y puede ser exigible a través de otros medios de defensa, diferentes a la tutela” (Corte Constitucional, T – 204 de 2000, M.P. Fabio Morón Díaz).

Aun cuando la salud era considerado fundamental en algunos eventos, aún se mantenía la barrera económica, para garantizar que existiera una verdadera atención integral. A partir del año 2008, en adelante, la misma Corte Constitucional comienza decantar nuevamente esta teoría para darle paso a la teoría que se aplica en la actualidad, y que indica que la salud es un derecho fundamental y no solo un servicio público, con la sentencia T – 760 de 2008, pero es finalmente en el año 2015, donde a través de una ley se le concede el estatus de derecho fundamental, esto es la Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

La elevación de la salud, como derecho fundamental, implica una atención que va más allá de la provisión del servicio de salud. El ser humano es un sujeto de derechos (para el caso del derecho fundamental a la salud), que merece una atención, que no solo se debe limitar a la provisión de servicios, sino a un trato digno. En ese sentido, lo considera Correa (2016, p. 1229), cuando señala que:

“La humanización de la salud apunta al objetivo central de orientar la actuación en el mundo de la salud hacia el servicio de la persona enferma, considerándolo en su globalidad personal y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidez, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual. Humanizar

una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano. Siendo más enfáticos, fundamentalmente es el reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, que logre sentirse valorado como persona con todos sus derechos, cuando se le deje de ver como un número y cuando la salud deje de percibirse como un negocio”.

La importancia del derecho a la salud, involucra entonces una atención integral dentro de la que se encuentra la teoría de la atención centrada en el paciente en el servicio de salud. Rodríguez (2005) señala asertivamente que una de la barrera que dificulta la prestación del servicio de salud es la concepción del cuerpo humano como un aparato o una máquina, que puede ser tratado como un elemento más a analizar. La categorización del ser humano como un aparato ha generado que los profesionales de la salud dejen a un lado elementos importantes en la prestación del servicio de salud, como lo es la atención completa e integral, que involucra un trato digno, diferencial, y acorde con la necesidad que tiene cada usuario del servicio de salud, a partir de los parámetros de la atención centrada en el paciente. A ello se le suma que el avance de las tecnologías ha ayudado a incrementar los procesos de deshumanización, tal como lo indican Castro et.al:

“Simultáneamente, al avance tecnológico, se ha encarecido el costo de las prácticas y se ha incrementado el número de demandas por mala praxis médica, produciéndose una fragilización de la relación profesional con los pacientes y con la sociedad, lo que trae como consecuencia vínculos cada vez más deshumanizados y deshumanizantes” (Castro et al., 2018, p. 7).

Por ende, lo que debe primar en el profesional de la salud y en las instituciones es la atención centrada en el paciente, para entender que más que un enfoque en los estándares de acreditación es el valor ético basado en valores en la relación médico-

paciente-familia y la preservación de los derechos del paciente, es lo que debe orientar su atención. Así mismo lo consideran, Silva, Oliveira y Pereira (2015) cuando indican que “(...) la humanización está relacionada en ese sentido a la calidad de vida, cuidado, consciencia, trascendencia y presencia, a medida en que relaciona el abordaje teórico y práctico con la perspectiva asistencial, contribuyendo para el cumplimiento del bienestar de la sociedad”. (p. 940).

Ahora bien, la atención centrada en el paciente, debe ser una preocupación no solo de los encargados de la prestación del servicio de salud, sino del mismo Estado, como encargado principal de garantizar que la atención en salud se preste con calidad, respetando a cada individuo y su familia, independiente de su pensamiento, religión, creencias, raza, etc., tal como lo expresa Ariza (2012):

“Este proceso de humanización de las instituciones es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta. Para que la atención brindada por dichas instituciones de salud sea de calidad, el grupo de profesionales encargado de hacerlo debe tener en cuenta su preparación, sus conocimientos, no solamente desde el punto de vista científico, sino desde todas las dimensiones del hombre: costumbres, cultura, creencias religiosas, etc., las cuales en un momento determinado caracterizarán la atención que este requiera” (p. 47).

Colombia no es ajeno el término Humanización, pues desde la Ley 100 de 1993 hasta el *“plan Nacional de mejoramiento de la calidad en salud”* (PNMCS) plan estratégico 2016 – 2021, se establece que la humanización es el fundamento esencial del sistema de salud, y que ello demanda que los prestadores del servicio de salud centren su accionar en la protección de la vida en general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En este punto es importante señalar que, si bien hay avances en temas de salud en Colombia a partir de la reforma en la ley estatutaria 1751 de 2015, Colombia aún no cuenta con una política de humanización del servicio de salud. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el país avanza en esa línea y a través del Ministerio de Salud y protección Social como órgano rector de la salud en el país, se ha publicado el documento borrador de la *“Política Nacional de Humanización en Salud”*. Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto lineamientos y herramientas técnicas para lograr la calidad y humanización del servicio de salud para de esta manera dar respuestas a las necesidades de las personas.

De acuerdo con Rico (2021) la finalidad de esta Política es consolidar nuevas condiciones de acreditación para las instituciones, estableciendo no solo requisitos técnicos y de infraestructura, sino otros que involucran a la ciudadanía para la toma de decisiones que se funden en el acceso oportuno y permanente de la información, entre otros elementos que involucran el proceso de humanización. La novedad que trae esta nueva política es la atención centrada en el paciente, la cual parte de tres variables importantes: i) conexión, ii) compasión que trae la vocación y, iii) comunicación.

La conexión permite crear una relación entre paciente y personal médico, a través de la cual se tenga en cuenta las necesidades del paciente, las cuales ya no solo se remiten a las necesidades médicas, sino a todas aquellas que involucra su bienestar. Al respecto, el Ministerio de Salud (2020) indica que este elemento implica la aplicación de la teoría de las necesidades humanas básicas, las cuales involucra no solo las necesidades médicas, sino también aquellos de orden fisiológico, psicológico, social, potencialidades, aspiraciones, entre otros.

Este tipo de conexión es lo que Galvin et. al (2020), consideran como establecer “que es lo que le importa realmente al paciente”. Según el estudio hecho por estos autores, en algunos de los casos, los pacientes (en su mayoría de la tercera edad), conocían bien sus condiciones de salud, y esperaban que el personal médico que les atendía entendieran cuáles eran realmente sus necesidades al acudir al tratamiento médico, las cuales no siempre coincidían con lo que dictaban los procedimientos o tratamientos de su condición.

La conexión que se espera del profesional de la salud con el paciente nace de diferentes factores, muchos de estos, factores externos. Al respecto, Busch, Moretti, Travaini, Wu y Rimondino (2019) indican que la conexión entre el paciente y el profesional de la salud, para que sea realmente exitosa, debe estar acompañada de otros elementos, como una carga laboral equilibrada, recursos humanos y de infraestructura suficientes, entre otros.

Por su parte, el elemento de la vocación que trae la compasión pretende incentivar en el personal médico la teoría de que el uso de las tecnologías (las cuales son de bastante utilidad) no supe su deber de atención integral al paciente. Luego, entonces, la atención centrada en el paciente debe estar orientada por la política de que las tecnologías no pueden ofrecer compasión, ni empatía con el paciente, por lo que es el personal médico quien debe brindar ello al paciente, para lograr una atención integral. Por ello, la práctica de la medicina no solo consiste en administrar medicamentos y desarrollar procedimientos, sino que implica también, entender a los pacientes. En ese mismo sentido, lo consideran Wilson et. al (2019), cuando señalan que no tener en cuenta todas las necesidades del paciente, puede afectar su bienestar físico y mental, que incluso puede extenderse después de la atención en el centro hospitalario.

Uno de los factores de atención que establece la literatura consultada, es la educación de los profesionales de la salud. Al respecto, Soklaridis, Ravitz, Nevo y Lief (2016), indican que uno de los principales problemas de deshumanización del servicio de salud, se encuentra en la educación que se les da a los profesionales de la salud. Los autores consideran que no basta con que solamente se eduque a los profesionales de la salud en el uso de las nuevas tecnologías de la información en el área médica, o a los beneficios que tienen los tratamientos médicos, o a la forma correcta en que deben hacerse los procedimientos. Por el contrario, el desarrollo de otro tipo de habilidades “blandas” como la comunicación eficaz, son realmente necesarias antes de iniciar el ejercicio de una profesión.

Adicional a ello, otro de los factores que debe tener en cuenta la educación de los profesionales de la salud, es el fomento de la humanización de sí mismos. Con lo anterior se quiere decir, que la humanización no solo debe ser dirigida hacia el paciente, sino que es un proceso de doble sentido. De un lado, debe humanizarse la atención que se le da al paciente, así como los centros de salud deben establecer formas y mecanismos de humanización de la relación que se tiene entre centro y personal médico. Al respecto, Vaes y Muratore (2013) indican que en la mayoría de la literatura se tiene en cuenta la humanización del servicio de salud centrada en el paciente, sin tener en cuenta que la educación que debe tener el personal médico, debe incluir también una sensibilización por sus necesidades.

Finalmente, el elemento de la comunicación es de suma importancia, porque es a través de este, que se puede lograr una transmisión de un mensaje que conforte al paciente. La explicación clara de los procedimientos, consecuencias y el uso de un lenguaje compasivo, adecuado y que tenga en cuenta las necesidades especiales y condiciones del paciente, es lo que caracteriza la atención centrada en el paciente.

Ahora, si bien la formulación de una política de ese tipo, es un importante avance, es necesario sentar precedentes académicos que puedan ser tenidos en cuenta para lograr el éxito de su implementación, bajo el concepto de cuidado que cobra tanto valor en el contexto de la salud de las personas y que es definido por Correa (2016) cuando indica que “cuidar es ayudar a vivir, e intentar evitar el sufrimiento y también ayudar a morir” (p. 1228). Existen muchos beneficios en la implementación de la humanización en los servicios de salud, entre los cuales se tienen los siguientes:

- Reducción de la ansiedad de los pacientes
- Recuperación rápida
- Disminución de dolor
- Reducción de uso de medicamentos, entre otros.

De acuerdo con estos beneficios, la humanización de los servicios de salud debe ser adoptada de manera transversal en todos los servicios, en especial en aquellos donde existe una mayor vulnerabilidad en los pacientes, como lo es el servicio de urgencias o incluso en algunos procedimientos que involucran un grado de sensibilidad y emocionalidad alta. Por ejemplo, estudios en mujeres gestantes muestran la importancia de individualizar el parto. Coral (2008) en manifiesta que:

“(…) la planeación del cuidado de enfermería a las mujeres durante el parto debe ser individualizado (…) tener un trato amable y la aplicación de actitudes culitativas que permitan el crecimiento en el cuidado, a través de la interacción y la comunicación con los otros. (p. 55).

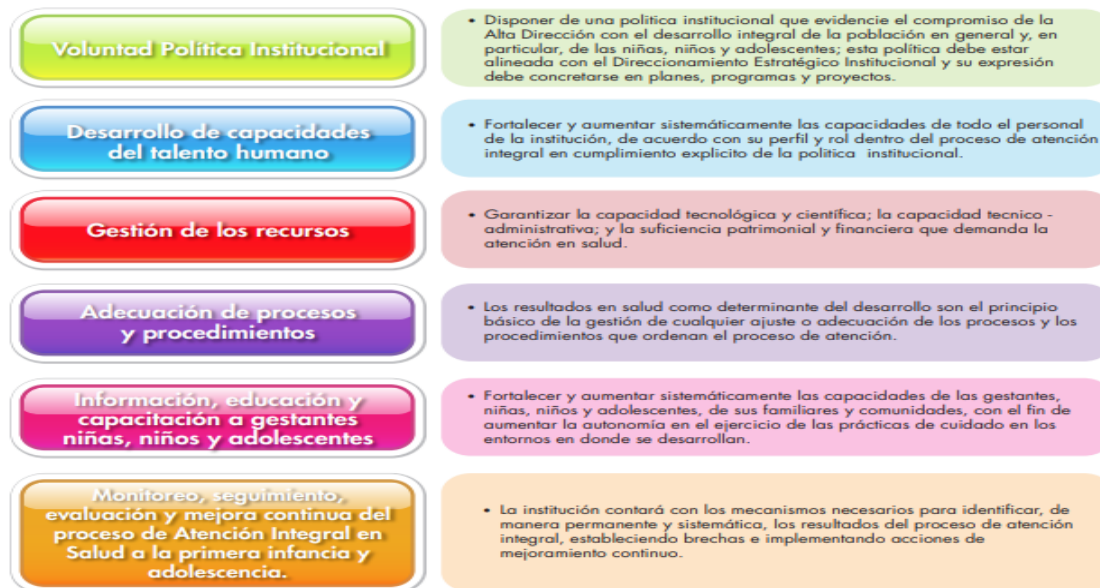
Así mismo, lo consideran Hernevides, Freitas y Coelho (2016) quienes realizaron un estudio de la humanización del servicio de salud en la unidad neonatal de un Hospital de tercer nivel en la ciudad de Fortaleza (Brasil). Una de las principales conclusiones a las

que llegan los autores es que la humanización de los servicios de salud implica la inclusión no solo de lenguaje adecuado, sino también de todos las personas que están involucradas en el proceso de recuperación de un paciente, como sus familiares más cercanos o amigos, pues solo de esta manera podrán identificarse de mejor manera las necesidades del paciente.

Así mismo lo consideran Valenzuela et. al. (2019), cuando indican que, para hablar de estándares correctos de humanización del servicio de salud, se deben tener en cuenta las condiciones familiares tanto de pacientes como de personal médico, las cuales condicionan la forma como se relacionan entre sí. Los autores proponen la creación de una comunidad real entre familia, personal médico, personal administrativo, que permita expresar las necesidades de cada uno de una manera eficaz y asertiva.

Ahora bien, las condiciones actuales de la prestación del servicio de salud en Colombia incluyen los parámetros de atención en salud que se derivan de la teoría de la atención centrada en el paciente. A nivel nacional, la normativa definió la atención integral en salud como el conjunto de servicios prestados a los usuarios en los procesos de aseguramiento, junto con los procedimientos, intervenciones en promoción y prevención, diagnóstico, tratamientos y rehabilitación prestada a la comunidad, para realizar la correcta adecuación de una institución en esta política debe cumplir con una serie de requisitos como los son:

**Figura 1. Adecuación institucional para la calidad y humanización de la Atención Integral en Salud.**



**Fuente.** (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 37)

En la Resolución 13437 de 1991 se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes. En este acto administrativo, en su artículo 1° se adopta como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes, los siguientes puntos:

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos

que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad, consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

3. Su derecho a recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, solo con su autorización, puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación, a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.

10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 1991, Artículo 1°)

De acuerdo con estos parámetros de prestación del servicio de salud, la humanización es un elemento transversal que debe permear todos los procedimientos que requiera el paciente.

## **5. Hipótesis.**

En el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul de Fomeque, es necesario aplicar las variables de la atención centrada en el paciente, para satisfacer las necesidades de los pacientes y de los profesionales de la salud, y de esta manera mejorar la atención a sus pacientes.

## **6. Metodología.**

El tipo de investigación que se realizó es un estudio cualitativo. Las fuentes de información usadas son primarias y secundarias, ya que se realizó un estudio de campo a través de encuestas, y se desarrolló una búsqueda y análisis de contenido en fuentes bibliográficas y bases de datos como Ebsco, Elsevier, Dialnet, Google Scholar.

Para el caso del objetivo de esta investigación, se aplicó la técnica de revisión documental de diferentes estudios, artículos, libros e informes oficiales relacionados con los estándares de atención centrada en el paciente en el servicio de salud. Respecto de los objetivos dos y tres, se realizó una encuesta a trescientos (300) usuarios del servicio de urgencias del Hospital, en la que se les realizó una encuesta de cinco (5) preguntas,

todas relacionadas con la calidad de la atención del servicio de salud en lo que respecta a la humanización de este.

Para poder determinar esta muestra, se tuvo en cuenta que en promedio se atienden 1380 personas trimestralmente en el servicio de urgencias. Al contar con una población finita (pues el estudio se limitó a un trimestre en particular), la forma de calcular la muestra se basa en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde cada uno de estos valores, corresponden a lo siguiente:

**n:** Tamaño de muestra buscado

**N:** Tamaño de la población o universo.

**Z<sub>α</sub>:** Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza.

**e:** Error de estimación máximo esperado.

**p:** Probabilidad de que ocurra el evento.

**q:** (1-p) = Probabilidad de que no ocurra el evento.

Para efectos estadísticos, el valor **Z<sub>α</sub>** es el margen de precisión que se buscó tener con la encuesta realizada, que para este caso corresponde al 95% lo que da arrojó como coeficientes el 1.96%. Así mismo, el error de estimación complementaría este 100% de asertividad, por lo que para esta investigación correspondió al 5%, lo cual se tradujo en un coeficiente del 0.05.

Las variables  $p$  y  $q$  estadísticamente se refieren a la posibilidad de que el margen de error señalado o que se logre la asertividad del 95% que se pretende. De acuerdo con ello, para poder determinar la muestra se puso en términos del 50% de probabilidad que suceda ( $p$ ) y 50 de probabilidad de que no pase ( $q=1-p$ ). Para el caso de esta investigación, estos valores serían los siguientes:

$$\frac{1.380 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05 * (1380 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 300,67 \text{ Tamaño de la muestra}$$

Estas trescientas (300) entrevistas fueron practicadas por rangos etarios para determinar diferentes puntos de vista, de acuerdo con la necesidad que cada uno de estos grupos tienen. Para ello se distribuyeron las encuestas en tres grupos:

- De 0 a 17 años (100 encuestas, 33,33%).
- De 18 a 50 años (100 encuestas, 33,33%).
- De 51 años en adelante (100 encuestas, 33,33%).

Dentro del plan de análisis de esta información se realizaron las siguientes etapas: i) formulación de las preguntas de la encuesta, ii) aplicación de la encuesta en el servicio de urgencias del Hospital, iii) tabulación y graficación de la información, iv) análisis de resultados. Ahora bien, estos fueron los criterios de inclusión y exclusión de la información recolectada, así como de las encuestas realizadas:

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Artículos y publicaciones de revistas indexadas para la revisión bibliográfica

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Publicaciones en blog, artículos de opinión.

Encuestas a pacientes solo del área de urgencias del Hospital de San Vicente de Paul de Fomeque

Opiniones personales de pacientes que hacen uso de otro tipo de servicios en el Hospital de San Vicente de Paul de Fomeque.

## **7. Trabajo de campo.**

De acuerdo con la metodología señalada, los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos propuestos son los siguientes:

### **7.1 La atención centrada en el paciente en el servicio de salud: variables y modelos aplicables.**

Para hablar de atención centrada en el paciente o humanización de los servicios de salud, es necesario aproximarse primero al concepto de ser humano. Las aproximaciones del concepto de ser humano son diversas y en muchos casos subjetivos. Una de las que se considera más acertada, es la que señala Carlosama et.al. (2019) cuando indica que el concepto de ser humano es una construcción antropológica, la cual a su vez es determinada por las costumbres y la cultura en la que se desenvuelve un grupo de personas.

Hay afinidad en la literatura en decir que el ser humano, además de ser una construcción antropológica, es un fin en sí mismo, y por ende es dotado de elementos que lo diferencian de las otras especies y que lo identifican, y sobre todo que lo dignifican como tal. Al respecto, Bohórquez y Gutiérrez (2016) indican que:

“El ser humano tiene atributos propios, entre estos, el de trascender los instintos de su condición animal. (...) tiene conciencia del pasado, se preocupa por el futuro, tiene la capacidad de desarrollar relaciones con otros, de mostrar su inteligencia emocional. Esos aspectos lo caracterizan como humano, más allá de las formas físicas que son comunes e inherentes a la especie. Es propiamente un ser biocultural y, dentro de este carácter, el lenguaje y la vida se juntan formando una simbiosis, por lo cual se toma distinto frente a las demás especies. Para reconocer al ser humano, hay que crear consciencia de un dinamismo particular, la conjugación de uniformidad y continuidad básica de un conjunto de elementos que integran linderos de la especie para una diversidad única en sus múltiples manifestaciones. El individuo es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones, ya que no es fácil establecer cuanto influye una sobre la otra o cuanto depende la una de la otra” (p.14).

De acuerdo con esta definición, el ser humano es integral sobre el que concurren diferentes características biológicas, psicológicas, sociales e incluso espirituales, sobre las que él ejerce todas sus facultades y propiedades como la conciencia, la inteligencia, la intencionalidad, la voluntad, la afectividad y la creatividad. Así las cosas, el ser persona, implica diferentes áreas que no pueden ser separadas unas de otras, pues existe una relación de interacción entre ellas.

De las relaciones interpersonales que nacen entre seres humanos, se puede determinar si existe o no un trato humanizado o como lo describirían Pabón et. al (2021) un trato entre iguales que se reconocen como tal, el uno al otro. Así mismo, de estas relaciones interpersonales es donde nacen los conceptos de humanización o deshumanización. El concepto de humanización es difícil de determinar, pues describir o calificar a alguien como quien ejerce un trato humanizado a otro, es casi como establecer

si su actuar es correcto o no, en contextos tan diversos como interpretaciones puedan existir.

Algunos autores como Michelini (2010) consideran a la humanización como un proceso en el que un objeto, un animal o incluso una persona adquieren rasgos que antes no poseía y que caracterizan al ser humano. En virtud de este proceso, la persona actúa o se convierte en algo más similar a lo que se entiende por ser humano.

Aquí es necesario hacer una claridad conceptual, pues no debe confundirse el término de humanización con el de hominización. Mientras el primero se refiere a una conversión o acoplamiento de orden conductual, por ello es “(...) la capacidad de pensar sobre nuestra inteligencia, de entender el proceso de la vida y de adaptarse al entorno a través del conocimiento, la tecnología y el pensamiento” (Bohórquez y Gutiérrez, 2016, p. 16). Por su parte, el proceso de hominización hace referencia a los cambios morfológicos que se presentan con el fenómeno de la evolución y que marcan patrones evolutivos.

Para el caso de esta investigación, el concepto que prima es el de humanización. Teniendo en cuenta la naturaleza de la humanización (conductual), sus patrones o estándares mínimos pueden ser determinados como si se tratará de un programa o una política, la cual puede irse adaptando conforme se van generando los cambios sociales. Y para poder determinar estos estándares mínimos, es necesario que exista claridad en lo que no se considera humanización, o como lo califican algunos autores, “conductas deshumanizadoras” (Hoyos, Cardona, Correa, 2008).

Las conductas deshumanizadoras son aquellas a través de las cuales ya no se valora a una persona como tal, sino que se le brinda una despersonalización. Esta despersonalización conlleva que se desconozcan atributos del ser humano, a través de relaciones interpersonales orientadas por la frialdad, que va más allá de la falta de atención o cariño, y que incluso puede

ser denigrante para quien la sufre (Galán & Lara, 2022). Bohórquez y Gutiérrez (2016) lo describen de la siguiente manera:

“Deshumanizar es privar al otra de aquellas cualidades que le distinguen como ser humano. Algunas de estas cualidades son la inteligencia, el amor, la felicidad, los valores, las creencias morales, el lenguaje y la vergüenza. Son cualidades que se tienen o no se tienen. No basta tener unas y carecer de otras. Todas son necesarias para decir de alguien que es un ser humano. Por eso, la deshumanización no es un sustantivo que admita grados. O se es humano no se es humano. La deshumanización se lleva a cabo colocando al ex gripo fuera de los márgenes en los que nos sentimos obligados a aplicar normas morales, reglas sociales y consideraciones de justicia” (p.17).

En un mundo ideal, estos procesos de deshumanización no deberían presentarse. No obstante, su presencia es real y ha conllevado la creación de políticas que recuerden cuáles deben ser los estándares de un trato humanizado, en especial en relaciones interpersonales donde existe una relación de dominación y poder, o en una donde existe dependencia de una persona a la otra, como sucede en las relaciones que se generan en la prestación del servicio de salud, donde los pacientes dependen de los médicos y/o enfermeras para tener o recuperar un estado óptimo de salud.

La humanización en el servicio de salud, o como la llaman ahora, la atención centrada en el paciente, es un marco de referencia que determina el deber ser de las relaciones personalizadas de personal médico – paciente, fundamentadas en la comunicación y la disposición del personal médico de atender a los pacientes de una manera integral. De acuerdo con Laurie et. al (2018) la atención centrada en el paciente

implica una serie de principios éticos y médicos que caracterizan las relaciones entre los sujetos al interior de la prestación del servicio de salud.

La caracterización de esta atención se identifica por el diálogo asertivo, la presencia constante del personal médico cuando se le requiere, la empatía, entre otros elementos que deben orientar todas las acciones de cuidado del ser humano. En este proceso de atención centrada en el paciente, interactúan todas las áreas del ser humano, en sus dimensiones biológica, psicológica, conductual e incluso espiritual.

Por ello la atención centrada en el paciente, exige del personal médico una valoración ética de la persona en su totalidad, y sobre todo de lo que requiere para mantener incólume su dignidad humana. Ahora bien, uno de los factores que han permeado el servicio de salud es el desarrollo tecnológico. El desarrollo tecnológico en salud transformó el andamiaje de la prevención y atención en salud, generando importantes cambios que han colaborado tanto con la humanización como con la deshumanización del servicio de salud (Henao, Vergara, Gómez, 2021).

La deshumanización que se presenta con los avances tecnológicos se ve representada en que algunos de los que hacen parte del personal médico, solo se remiten a verificar los equipos de medición y diagnóstico y a interpretar las señales que dan estos, sin siquiera tomarse el tiempo de considerar otras necesidades emocionales de los pacientes, como un nivel de atención que va más allá que solo la administración de medicamentos o la toma de signos vitales. La conversación, el saber cómo se siente la persona, cuáles son sus intereses antes y después de la atención médica, son detalles que en ocasiones olvida el personal médico, pero que son igual de importantes que el tratamiento médico a través de medicación o procedimientos. Así mismo lo consideran Bohórquez y Gutiérrez (2016):

“(…) la atención en salud se podría deshumanizar cuando se brinda el servicio basado únicamente en los protocolos clínicos, ya que estos están cargados de información científica y dejan a un lado las destrezas propias del ser humano, tratando a las enfermedades y no a los enfermos. De tal manera, la formación académica del profesional asistencial solo se está fundando en las habilidades técnicas, que lo convierten en un profesional mecanicista, que realiza una labora sin importarle la verdadera necesidad de la persona, y como consecuencia la atención no es satisfactoria al dejar de lado la enseñanza ética como proceso integral de formación, lo que desencadena un pobre aprendizaje humano e incapacidad para interactuar con la persona enferma. Cuidar a una persona en situación de vulnerabilidad no es tarea fácil, es un deber de humanidad y una expresión de responsabilidad y si la persona no tiene cimientos éticos la atención se desenvuelve de manera poco amigable” (p.34).

Los desarrollos tecnológicos no deben superar o dejar de lado la importancia que tiene el contacto personal del profesional de la salud con el paciente, pues ello implicaría mecanizar una relación que su naturaleza y finalidad debe ser humana y no deshumanizada. La tecnología está llamada a reforzar la calidad humana del servicio a la salud, facilitando procesos y permitiéndole al personal médico explicarle con mayor grado de certeza al paciente su estado, sus posibilidades, y no convertirse en solo instrumentos de medición con los que solo interactúa el personal médico, tal como lo advierte Baró (2020): “debe aplicarse la herramienta de construcción de tejido comunicativo en pro de una atención integral de mayor alcance, puesto que ninguna máquina puede suprimir el efecto curativo y terapéutico de una mirada, de una palabra oportuna o del silencio respetuoso que acompaña (p. 34).

Por ello, la atención médica centrada en el paciente, debe basarse en la existencia de la relación profesional de la salud – paciente, que se ajuste y caracterice tanto por la excelencia

científica y técnica, como por un acompañamiento personal, moral y ético. Ello implica hacer frente no solo a barreras de orden personal, sino también a otras de tipo externo, que pueden contribuir con la deshumanización de los servicios de salud, como unas condiciones económicas desfavorables o infraestructura insuficiente, situaciones que pueden generar fuertes tensiones entré médico – paciente, tal como lo describen algunos autores:

“(…) el actual sistema de salud de nuestro país explica en buena parte el grado de deshumanización que se presenta, solo por el hecho de que la estructura del sistema no puede ser tan amable con el paciente y coloca trabas para facilitar los procesos. Un claro ejemplo se evidencia en el deterioro de las relaciones médico – paciente, ya que el primero se ve sometido a la presión de atender el mayor número de usuarios en el menor tiempo posible, con el único propósito de obtener mayores ingresos económicos tanto para él como para la institución prestadora del servicio que lo contrata. Otro factor propiciado por dicho sistema y que consiste en la inestabilidad laboral como consecuencia de mecanismos de contratación; bajos salarios, alta rotación que hace que el paciente no tenga seguimiento por un solo profesional, sino que cada vez sea visto por alguien diferente, tiempos de espera prolongados, insatisfacción creciente, entre otros. Por lo tanto, se podría decir que el actual sistema de salud induce a que se presenten actitudes que impidan lograr una visión más humana del paciente y del ejercicio en algunos profesionales de la salud” (Bohorquez & Gutiérrez, 2016, p. 35).

Ahora bien, dentro de la revisión de literatura realizada se encuentran elementos que son concurrentes cuando se habla de atención centrada en el paciente y que se consideran como los estándares mínimos que debe tener en cuenta cualquier línea de acción que se pretenda implementar para mejorar la atención en salud.

### ***La comunicación como competencia esencial en la humanización.***

La comunicación es un intercambio de información entre dos o más personas (Pinzón, 2014). La comunicación es asertiva cuando esta se realiza transmitiendo las ideas en forma positiva, las emociones o sentimientos de una manera abierta, honesta, directa y respetuosa. El trato verbal asertivo implica el lenguaje corporal, verbal y no verbal. Para el caso de la comunicación verbal, esta normalmente se hace con palabras, mientras que la no verbal se realiza mediante expresiones como la mirada, la postura, la expresión facial, entre otros elementos que caracterizan la gesticulación que realiza el personal médico.

En el escenario clínico, la comunicación asertiva es de vital importancia, al igual que la calidad de la información médica que se está brindando. Para que pueda ser de calidad, esta información debe ser transmitida a los pacientes con un lenguaje sencillo, que ellos puedan comprender y que les demuestre el estado real de su situación médica, y que sobre todo sea empática y respetuosa con su ser, su dignidad y creencias. Al respecto, Bernal, Arias, Hernández, Valvuela y Parada (2023) indican “existe evidencia de que una comunicación deficiente y poco empática, afecta profundamente los procesos relacionados con la atención de la salud, la cual se expresa en la violencia e intolerancia hacia el paciente” (p.7).

De esta manera, el componente de la comunicación asertiva tiene una relación directa dentro de la atención centrada en el paciente, pues tal como lo advierte Prieto (2019) la falta de esta comunicación puede hacer sentir al paciente incomprendido, o que su tratamiento no le es comunicado de manera clara, ni si estado, o incluso en algunos casos puede hacer sentir que sus necesidades no son consideradas como importantes. Ello, de acuerdo con Bernal et. al (2023) “dependencia de la gravedad de su estado de

salud, dichos problemas puede ser agravantes del padecimiento y obstáculos para lograr la pronta y adecuada recuperación” (p,10).

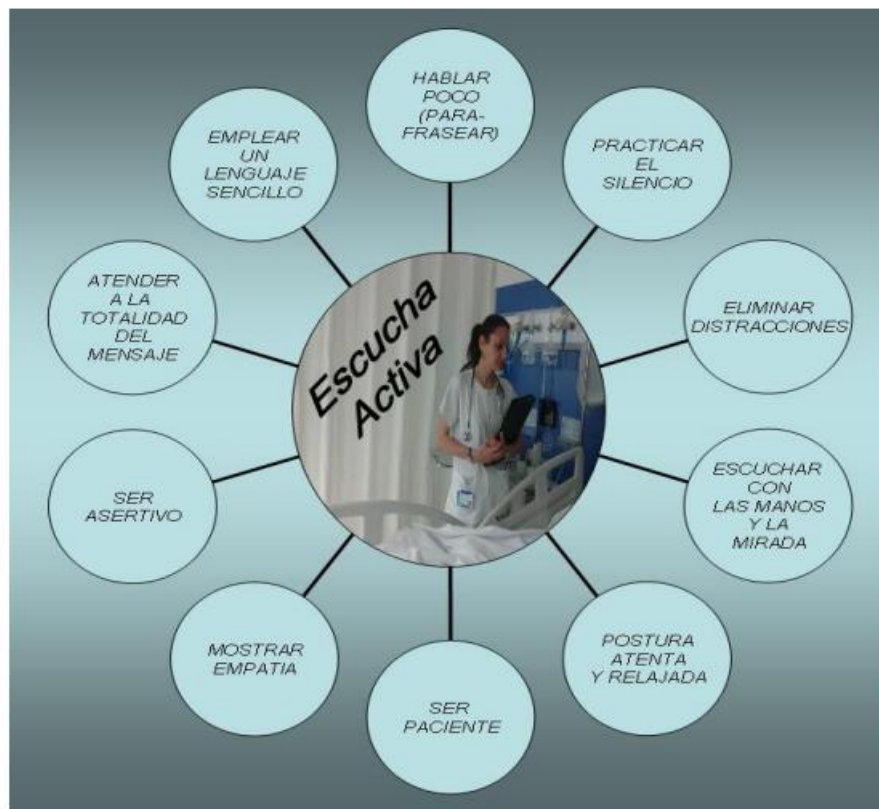
### ***Empatía y simpatía con el paciente y su familia.***

La escucha activa es la disposición de atender la totalidad del mensaje que se recibe de otra persona. Ello implica interpretar el cómo se dice, identificando de manera activa las expresiones verbales y no verbales de la persona. La escucha activa de las necesidades de los pacientes es una gran forma de empatizar con ellos, y es uno de los mejores recursos con los que cuenta el personal médico, pues es allí donde se puede generar una mejoría significativa en el paciente. La simpatía hacia el paciente y su familia, también es de suma importancia. Esta competencia requiere del profesional de la salud una expresión de preocupación real, por la recuperación del paciente y un acompañamiento constante a la familia.

De acuerdo con Subiela et. al (2014) muchos de los pacientes sienten la necesidad de expresar sus sentimientos. Pero en muchos casos, ello no es aceptado ni por los médicos ni por otro personal médico, que consideran ello como menos importante que la atención médica. Para lograr una verdadera escucha activa, Subiela et. al (2014) indica que es necesario lo siguiente:

“El silencio es un componente esencial en la escucha activa: guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada, junto con una mirada que indique al paciente que estamos ahí para escucharle y que lo que nos quiere decir nos parece verdaderamente interesante.” (p..279).

Para lograr una escucha activa, se debe seguir por lo menos las siguientes acciones:

**Figura 2. Acciones necesarias para practicar la escucha asertiva**

**Fuente:** Subiela et. at (2014, p. 280).

Estas acciones de escucha asertiva deben ir acompañadas por frases que le permitan al paciente comprender que está siendo escuchado y que el mensaje que desea transmitir está siendo recibido en su totalidad por el personal médico. Este elemento de la atención centrada en el paciente debe ir de la mano con el de comunicación asertiva, pues con la escucha activa, el paciente espera que su interlocutor genere una respuesta clara a sus necesidades (Hernández, 2006).

### ***La dignidad del ser como pilar fundamental.***

La comunicación, además de ser asertiva, debe ser respetuosa. El respeto está íntimamente ligado con la dignidad del ser. Ninguna persona y menos en una situación de

vulnerabilidad como sucede en la atención médica, quiere ser tratado de manera descortés e irrespetuosa.

Al respecto, Nava y Valdés (2013) consideran que toda persona que demanda atención en salud quiere ser tratado como una persona con todas las implicaciones que caracterizan el concepto de humanidad. Lo que en otras palabras implica no estar sujeto a una relación asimétrica dada por una incapacidad física o a la desigualdad de la información a la que se puede verse sometido. El trato respetuoso implica un derecho que tienen los pacientes, familiares y también el personal médico de ser tratados como personas sin importar sus creencias, aspecto físico, nivel socioeconómico o nacionalidad. Hernández y Palacios (2019) lo describen de la siguiente manera:

“Recibir un trato digno implica el respeto y el reconocimiento de las condiciones de cada individuo y así mismo de sus dificultades, necesidades y posturas. Las acciones en cuanto a las relaciones que se generan entre pacientes, familiares y funcionarios deben caracterizarse por recibir y dar un trato digno, es decir, cada uno debe ser consciente de que existen diferencias en cuanto a la intencionalidad y necesidades dentro del contexto hospitalario en el cual se ven involucrados aspectos del entorno personal, familiar, social entre otros, es entonces donde se debe ser comprensivo, tolerante y respetuoso a las condiciones humanas sin olvidar que estos aspectos no afecten la integridad del otro” (p.34).

Para poder hablar de manera respetuosa, tanto pacientes como personal médico, deben hacer uso de un lenguaje y tono apropiado, de tal manera que el interlocutor no se sienta atacado de ninguna manera. Así mismo, las palabras que son usadas deben ser acordes con la situación y deben tener un nivel de congruencia con la expresión verbal que

se use en cada momento, sobre todo en aquellos donde la información que se quiere transmitir puede generar una reacción adversa en el paciente.

### ***Comunicación personalizada.***

Cada persona, dependiendo de la fase de su vida en la que se encuentre, requiere de una forma de comunicación diferente. Cuando se es un niño, los padres, la familia y el personal médico, deben usar un lenguaje que este de acuerdo con la edad del paciente, para que pueda seguir las instrucciones de autocuidado que se requieren para su recuperación. En la adultez, las personas ya tienen mayores conocimientos y por ello se pueden comunicar algunas ideas con un lenguaje sencillo, pero sin tener que dar explicaciones exhaustivas. Para el caso del adulto mayor, el lenguaje debe ser distinto, pues la pérdida de capacidades auditivas e incluso del lenguaje, requieren otro tipo de comunicación.

Sobre ello se refiere este estándar. El personal médico debe estar en la capacidad de modular su lenguaje, dependiendo de a quién se dirige, siempre teniendo en cuenta la edad de su interlocutor, para ello. El no hacerlo, puede generar molestias en el paciente, pues puede sentirse incapaz de comprender lo que el personal médico le quiere indicar. Para el caso de los adultos mayores, Cetina, Delgado, Trespalacios y Vega (2020) indican lo siguiente:

“Los proveedores de atención deben tener paciencia al tratar a las personas mayores. A veces, los profesionales tratantes tienen que repetir los puntos de conversación varias veces antes de que el paciente comprenda completamente el mensaje. Si comunicarse requiere demasiada repetición, se debe reducir la velocidad y hablar con más claridad hasta que el paciente pueda entender” (p.18).

Estas mismas premisas deben ser aplicadas de acuerdo con la edad del interlocutor y/o a la condición en que se encuentre.

### ***Fortalecimiento de la relación profesional de la salud – paciente y su familia.***

La conexión en la prestación del servicio de salud, se dan en la relación médico – paciente. Cuando se habla del “médico” se está incluyendo en el concepto no solo al profesional de la salud que atiende a una persona, sino a todo el otro personal que se encarga de brindar apoyo a ese profesional, como enfermeras y auxiliares. Es lo que denomina Pons (2006) como el profesional sanitario, en el cual se enmarca cualquier tipo de profesional de la salud, que tenga contacto directo con el paciente dentro de su proceso de atención. Esta conexión debe estar enmarcada en el reconocimiento del otro como un igual. Si bien el médico tiene en su poder el conocimiento para que el paciente pueda recobrar su salud, ello no implica que estén en una posición de superioridad.

Por lo general, la posición de superioridad, es la que conlleva que exista esa desconexión entre el personal médico y el paciente, pues en muchos casos el personal médico, olvida que su razón de ser y la finalidad de sus servicios dependen enteramente de la atención de pacientes. Así las cosas, la conexión que debe existir entre el paciente y el personal médico debe tener en cuenta una ética que esté centrada en la percepción de las necesidades del paciente, la reciprocidad, la comunicación y en definitiva el respeto y la hospitalidad (González, 2016).

### ***Compasión que trae la vocación.***

Este elemento hace referencia a la práctica clínica como la personalización de la respuesta médica, a lo que requiere el paciente. Cada paciente tiene necesidades diferentes y es único, lo que demanda lo que algunos autores como Gervas y Pérez (2011)

denomina la medicina armónica. Para lograr ello, las prácticas clínicas deben estar provistas de cortesía, compasión, ternura con el paciente, sus familiares, amigos, compañeros, e incluso con los mismos compañeros de trabajo. Para el caso de la relación paciente – personal médico, algunos autores, como Gutiérrez (2017) indica que la compasión y la medicina armónica, implican también trabajar desde la ética de la negativa y la ética de la ignorancia, así:

“Trabajar con la ética de la negativa supone saber decir no de forma apropiada y justificada, con suavidad y cortesía, ante las solicitudes excesivas, de pacientes y familiares, compañeros y superiores. Hay quienes quien imposibles, y conviene saber decir no de manera asertiva, sin acritud, y con la tolerancia que conviene el acto clínico, a la necesaria amabilidad imprescindible para mantener la buena relación médico – paciente.

Trabajar con la ética de la ignorancia supone decir con franqueza y oportunamente “no lo sé”, “no lo sabemos”, “no hay conocimiento científico al respecto”. Es decir, supone compartir con pacientes y familiares, compañeros y superiores los límites de la Ciencia y de la Medicina”. (p.34).

Estas dos éticas deben ir acompañadas de la compasión como forma de expresión de la empatía, lo cual implica entender el sufrimiento del paciente y necesidades, así como las de sus familiares, y tener el deseo de ayudar a resolverlo. Así también lo considera Gutiérrez (2017):

“Trabajar con piedad es reconocer el impacto del sufrimiento en el paciente y de sus familiares y tener conmiseración. La enfermedad cambia el curso de la vida de los pacientes. Ser enfermo es volverse frágil, es perder la integridad física y/o mental que caracteriza al ser humano. La piedad permite tener clemencia, entender

lo que significa la enfermedad en el devenir personal, familiar, laboral y social del paciente” (p.35).

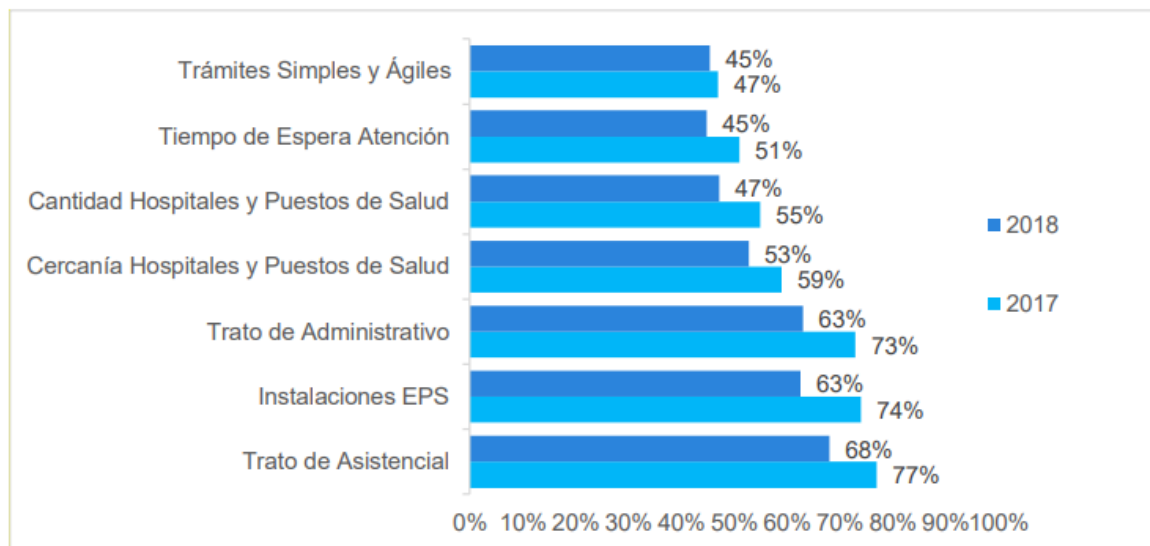
Por supuesto que para que esta habilidad sea funcional, es necesario que esta se trabaje y se desarrolle desde el contexto educativo del personal médico, pues de otra manera será difícil que lo puedan aplicar en la práctica, si no comprenden la importancia de este desde su formación.

## **7.2 La necesidad de humanización del servicio de salud en Colombia para poder establecer una política de atención centrada en el paciente.**

Con la claridad de los anteriores conceptos, que describen el deber ser de la humanización del servicio de salud, basado en la teoría de la atención centrada en el paciente, en este capítulo se pretende poner de presente desde la literatura cuál es la percepción general de satisfacción del servicio de salud en Colombia. Previo a ello, se debe partir de la existencia de una propuesta de política nacional de humanización de la salud para la vigencia 2021 – 2031, propuesta por el Ministerio de Salud.

Esta política parte desde la dimensión de la salud como un derecho humano de toda persona, el cual se compone de una fase preventiva y una fase curativa (Ministerio de Salud, 2021). Uno de los diagnósticos desde lo que analiza el Ministerio de Salud la necesidad de implementar una política nacional de humanización de la salud, es la existencia de quejas recurrentes por la falta de trato digno por parte de las instituciones prestadoras del servicio de salud para el año 2017 y 2018 en los cuales hubo un promedio de 70% de descontento frente a ello:

**Figura 3. Porcentaje de insatisfacción en los servicios de salud en Colombia para el periodo 2017 – 2018**



**Fuente:** Ministerio de Salud (2021, p. 55).

De estos porcentajes se puede identificar que existe una correlación entre la satisfacción en la provisión de servicios y el trato que tiene el talento humano de las instituciones prestadoras del servicio de salud. Aun cuando existe prelación en la evaluación de aspectos más de infraestructura y de tiempos de espera para la obtención de citas, la medición del trato del personal médico y administrativo ya es una de las variables que son analizadas para determinar el cambio de EPS.

De acuerdo con el Ministerio de Salud (2021) para los años 2017 y 2018, el 4% de la población en general identificó como la causa de su cambio de EPS, la falta de un trato amable y cordial por parte del personal de la EPS. El deber ser de la atención centrada en el paciente, depende en gran medida de otras condiciones externas como infraestructura y modalidad de contratación. El mismo Ministerio de Salud (2021) así lo reconoce cuando indica que:

“Como causas estructurales y se enunció en todos los nodos, es con relación al talento humano en salud, como uno de los principales determinantes. No es posible llevar a cabo procesos de humanización sin tener en cuenta la doble vía de las acciones que se dan entre quienes brindan atención y quienes la reciben. Las personas pueden llegar a desconocer el trasfondo de cualquier actitud percibida como deshumanizada en el personal de salud que lo puede atender, como pueden ser el encontrarse laborando en condiciones inadecuadas, como la modalidad de contratación, la falta de dotación, los turnos extensos, la sobrecarga laboral, la falta de reconocimiento y capacitación, los riesgos que pueden terminar en el síndrome de Burnout el cual se desarrolla por agotamiento emocional, todo lo cual puede derivar en pérdida de idealismo y deshumanización, que con el tiempo puede generar malestar y agresividad con las personas y el trabajo” (p.59).

Con el anterior diagnóstico lo primero que se debe entender es que el proceso de atención centrada en el paciente debe empezar con la garantía de condiciones para ello, condiciones que en su mayoría son de orden externo y en su mayoría involucran la asignación de mejores recursos de infraestructura, mejores salarios y modalidades de contratación que sean acordes con la labor que desempeña el personal médico.

No puede pensarse en una humanización del servicio de salud, si no se tienen en cuenta todas las necesidades de los grupos de interés que se relacionan en este servicio. La atención, aunque debe centrarse en su mayoría en el paciente, por ser quien tiene una necesidad apremiante, debe también centrarse en las necesidades que tiene el personal médico, pues la relación profesional de la salud – paciente es bilateral y correlacionada, lo que quiere decir que cualquier acción que se haga en favor de una de las partes, redundará en beneficio a la otra.

Ahora bien, Bogotá es una de las ciudades con mayor disponibilidad de red de atención en Colombia. Por ello, el Ministerio de Salud (2021) realizó un estudio sobre la situación de la atención centrada en el paciente para los años 2017, 2018 y el primer trimestre de 2019, identificando que se recibieron un total de 556 quejas en ese periodo, por tratos considerados deshumanizantes, distribuidas de la siguiente manera:

**Figura 4. Número de quejas relacionadas con prácticas deshumanizantes en Bogotá para el periodo 2017 – 2019**

AÑO	TOTAL DE QUEJAS	QUEJAS POR DESHUMANIZACION	PORCENTAJE
2017	1990	245	12.3 %
2018	2090	186	8.8 %
2019/ 1 semestre	1603	125	7.7 %
<b>TOTAL</b>	<b>5683</b>	<b>556</b>	<b>9.7 %</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud (2021, p. 60).

En su mayoría, las quejas se dieron por tratos inadecuados del personal médico y administrativo, representados en “(...) situaciones en las que las personas sienten vulnerada su dignidad, tales como actitudes déspotas, groseras e impersonales en la atención” (Ministerio de Salud, 2021, p. 60), así como maltrato físico y verbal hacia los pacientes.

El panorama para el servicio de urgencias es aún peor. De acuerdo con el informe elaborado por la Defensoría del Pueblo en el 2020, los factores de deshumanización de la atención en el servicio de urgencias, estaba relacionado con la precaria situación que atraviesan las instituciones prestadoras de servicio de salud, en las que se destaca una sobreocupación casi del 142% en algunas de estas, en especial en aquellas regiones donde la red de atención en salud es precaria, y en donde además de ello, no se contaba

con el talento humano suficiente para atender a la población (Defensoría del Pueblo, 2020). Así mismo, el ente de control advierte que la deshumanización también nace de las acciones que hacen los pacientes o los familiares de estos, que en muchos casos ejercen presión en el personal médico para:

- Traslados a otras IPS donde consideran que pueden ser atendidos de manera más eficiente.
- Acceso a información clasificada o prioritaria por considerar que su familiar debe tener prelación sobre los demás pacientes.
- Solicitud de servicios y medicamentos que no corresponden con el diagnóstico del paciente.
- Solicitudes de acceso a la historia clínica sin la debida autorización.

A causa de estas situaciones, la Defensoría del Pueblo (2020) identificó tensiones entre pacientes, familiares de pacientes y personal médico. Ello a nivel general evidenció que el “66.4% del equipo médico y administrativo ha sufrido alguna agresión en el desarrollo de su profesión. El 100% del talento humano encuestado manifiesta haber sido agredido, en mayor cantidad, con agresión verbal, física, psicológica y otras” (Ministerio de Salud, 2021). A consecuencia de la situación de inconformidad que se presenta a nivel general por la deshumanización del servicio de salud, el Ministerio de Salud establece en la propuesta de política de humanización del servicio de salud los siguientes enfoques:

### ***Enfoque de derechos humanos.***

A partir de los hechos denigrantes que se presentaron en la I Guerra Mundial (1914 – 1918) y la II Guerra Mundial (1939 – 1945), el enfoque de protección de los derechos humanos ha sido una constante en la proyección de cualquier política pública que involucre la protección de uno de esos derechos, en especial el de la vida y la dignidad humana.

Estos dos derechos se concretan en el servicio de salud, por lo que existe una relación estrecha entre la calidad del servicio de salud y la satisfacción de los derechos humanos, en especial el derecho a la dignidad humana. Por ello, el Ministerio de Salud, establece en esta política este enfoque de la siguiente manera:

“En el preámbulo de la Constitución de la OMS declara que el disfrute de los mayores niveles alcanzables en salud no es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano, sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condiciones sociales o económicas. Por lo anterior, su estrecha relación con la humanización, ya que reconoce la libertad y la igualdad en dignidad y derechos como seres humanos, de igual manera trasciende a la salud, la justicia, la economía, la política, la cultura, el ambiente y la sociedad, como ser humano en lo individual y colectivo frente a su dignidad, su valor intrínseco, su autonomía, su independencia y su libertad que sobrepone a cualquier adversidad” (Ministerio de Salud, 2021, p. 75).

### ***Enfoque ecosistémico.***

Este enfoque ecosistémico está orientado al estudio de la interacción de todos los grupos de interés que se relacionan en la prestación del servicio de salud, y el entorno en el que se desenvuelven, con el fin de generar estrategias que permitan atender las necesidades de humanización de todos ellos, buscando un equilibrio que permita la coexistencia de relaciones dinámicas y fluidas, condicionadas por el respeto mutuo por las diferentes necesidades que tiene tanto pacientes, familiares de pacientes y, personal médico.

Este enfoque va acompañado de investigación constante del lugar donde se presta el servicio de salud, con el fin de lograr la generación de soluciones concertadas entre los grupos de interés, que surjan de la identificación de variables de la prestación del servicio, las funciones que ejercen los agentes de salud, los modelos de atención que tiene cada institución prestadora del servicio de salud, las prácticas de buen gobierno y la infraestructura y recursos con los que cuentan (Ministerio de Salud, 2021). Así mismo, este enfoque demanda que existan indicadores medibles de los que se puedan derivar el estado de la atención personalizada, la amabilidad y el respeto, entre los mismos colaboradores y en cuanto a los pacientes.

### ***Enfoque de la bioética.***

Como complemento a los dos enfoques preliminares se encuentra este enfoque, a través del cual el Ministerio de Salud (2021) busca que la solución de los conflictos interpersonales que se presenten en las instituciones prestadoras del servicio de salud se resuelva desde la solidaridad y la ética, y siempre con el respeto de la dignidad de las personas. Para ello indica que la resolución de cualquier conflicto debe darse sin ningún tipo de discriminación, de segregación y siempre tratando de entender las particularidades de cada caso en concreto. Para el tema particular de la prestación del servicio, este enfoque indica que este se debe caracterizar por lo siguiente:

“Se trata de humanizar la relación entre los agentes y las personas, aunque no depende solamente de la ética de la persona, puede estar asociadas a cómo opera las instituciones, al brindar atención o servicios de salud, si compromiso ético impera con la sociedad, en asumir responsabilidades para satisfacer la calidad, oportunidad, aceptabilidad, acceso y equidad, posibilitando una gestión fundada en valores éticos inherentes a lo humano” (Ministerio de Salud, 2021, p. 77).

***Enfoque humanístico.***

De acuerdo con este enfoque, la política está orientada a ver al ser humano como un ser multidimensional. A través de esta visión del ser humano, el Ministerio de Salud indica que la atención que se le da a los pacientes no puede ser solamente reducida a la aplicación de técnicas profesionales, sino que debe tener en cuenta todas las necesidades que puede tener la persona desde cada una de las dimensiones que lo componen (física, emocional, espiritual, etc).

***Enfoque diferencial, poblacional e intercultural.***

Desde este enfoque, la atención centrada en el paciente, demanda de las instituciones prestadoras del servicio de salud que se acojan y sobre todo que se respeten las diferencias culturales y de género que existen en la actualidad. Ello es otra forma de humanizar la prestación del servicio de salud, pues estas diferencias caracterizan también lo que es ser humano. En palabras del Ministerio:

“La importancia de dicho enfoque frente a la humanización, es por contemplar las dinámicas poblacionales con las condiciones socioeconómicas, ambientales, políticas y culturales, así como sus diferencias, su diversidad, sus semejanzas y realidades, al integrar y complementar las relaciones interculturales a través del diálogo de saberes, la orientación de esfuerzos individuales y colectivos, en la apropiación de las problemáticas predominantes, el planteamiento, implementación y evaluación de estrategias propias, creativas, inspiradoras e innovadoras en humanización en salud” (Ministerio de Salud, 2021, p. 78).

Ahora bien, para concretar todos estos enfoques, la política nacional de humanización en salud se propone desde los siguientes pilares y acciones:

**Figura 5. Pilares y acciones determinadas para la implementación de la Política Nacional de Humanización del servicio de salud**



**Fuente:** Ministerio de Salud (2021, p. 90).

Para poner en práctica estas acciones, la propuesta de política nacional de humanización del servicio de salud, plantea los siguientes ejes y estrategias:

***Fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud.***

Este es el que permite poner en operación la atención centrada en el paciente, pues “(...) permite visibilizar la persona en toda su integralidad y centrar los esfuerzos en la persona más que en el mercado de servicios” (Ministerio de salud, 2021, p. 91). Con ello se pretende mejorar la atención asistencias y administrativa, reconociendo la dignidad humana de cada paciente, personal médico y familiares:

“El eje en mención, media favorablemente al buen uso de los recursos, en el cuidado integral de la persona y familia, en la hospitalidad, acogimiento y trato

humano en relación con cada agente, en la intimidad y confidencialidad de la persona y familia, en la calidad de la atención y de los servicios, en el confort de espacios e instalaciones teniendo en cuenta las necesidades de las personas, en el reconocimiento de la persona como sujeto de derecho” (Ministerio de Salud, 2021, p. 92).

Ello, por supuesto, para que pueda lograrse, debe ir acompañado de la dignificación laboral del personal de salud, y el mejoramiento de su calidad, pues se dificulta que este personal, tenga un cambio de actitud frente al enfoque que debe tener su trabajo, si su humanidad y necesidades no son consideradas en la aplicación de la atención centrada en el paciente.

### ***Participación colaborativa.***

Este enfoque busca incluir la participación de los pacientes en la toma de decisiones que se adoptan en las instituciones prestadoras del servicio de salud que les puedan afectar o que les interesen. Para ello se deben generar espacios colaborativos que motive la participación de todos los grupos de interés (pacientes, familiares, médicos, enfermeras, personal administrativo) para generar mesas de trabajo, en las que puedan discutirse las acciones a tomar para lograr una atención centrada en el paciente. En palabras del Ministerio (2021):

“La consolidación de escenarios permite la coordinación de esfuerzos frente a la humanización de los agentes del sector salud, otros sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, fortalecer la confianza entre los participantes, la cocreación colectiva del conocimiento, el trabajo colaborativo orientado al interés común, la formulación de estrategias de gestión salud y modelos orientados a la atención centrada en la persona y familia” (p.93).

La coordinación de estos esfuerzos, en estas mesas de trabajo que se proponen, no solo fortalece las medidas para la humanización del servicio de salud, sino que además se convierten en oportunidades importantes para mantener actualizadas las necesidades de cada grupo de interés.

### ***Empoderamiento de los agentes del sector***

Este eje se orienta a la generación de habilidades y capacidades en los grupos de interés, orientadas a generar una cultura de prestación del servicio de salud, no como un producto, sino como un proceso en el que cada decisión que se tome puede afectar al paciente o a sus familiares. Adicional al fomento de este tipo de habilidades, con este enfoque se pretende establecer estrategias de fomento y exaltación de la labor de quienes prestan servicios de salud, así como la visibilización de sus opiniones y necesidades.

### ***Fortalecimiento de los escenarios educativos y de participación.***

Este eje permite fomentar la creación de escenarios educativos y fortalecer los ya existentes, en los que se capacite al personal médico sobre la integración del conocimiento técnico y científico, con los valores humanos, la bioética, las capacidades relacionales de la empatía y la vocación que trae el servicio, para poder tratar, comunicar, leer, escuchar y observar con total respecto a los pacientes que requieren de su atención.

### ***Formalización y dignificación de las condiciones laborales del personal médico.***

Una de las grandes falencias que existen en la actualidad y que dificultan que la prestación del servicio de salud se oriente por la atención centrada en el paciente, es la falta de condiciones laborales favorables para el personal médico. Por ello, este eje busca generar estas condiciones a través de la provisión de las siguientes condiciones laborales:

- Buen ambiente físico de trabajo.
- Entorno psicosocial del trabajo adecuado.
- Buena cultura organizacional.
- Condiciones laborales justas.
- Oportunidades de capacitación continua, ascensos y flexibilidad laboral.
- Garantías de participación del personal médico en las decisiones administrativas.

Hechas estas precisiones es necesario establecer cuáles serían aplicables para el caso del Hospital de San Vicente de Paul en el municipio de Fomeque, Cundinamarca, de acuerdo con la percepción que tienen los usuarios del servicio de urgencias, como pasará a analizarse a continuación.

### **7.3 La atención centrada en el paciente en el Hospital San Vicente de Paul en el municipio de Fomeque en Cundinamarca.**

El Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Fomeque en Cundinamarca, fue creado a través de donaciones y legados de particulares. Se fundó en el año 1905, y posteriormente se fue consolidando con el aporte de la comunidad fomequeña, quienes realizaban ferias, bazares y eventos para poder sufragar los costos de operación del Hospital (Hospital San Vicente de Paul, s.f.).

Le fue reconocida personería jurídica mediante la Resolución presidencial en el año 1905, de acuerdo con la Escritura Pública No. 146 de la Notaría Primera de Fomeque. Posterior a ello, fueron adquiridos varios predios aledaños al Hospital para la construcción del edificio que más adelante daría lugar al Hospital. En el año 1993 el Concejo Municipal

de Fomeque mediante el Acuerdo No. 003 del 9 de enero de ese año, deciden crear el establecimiento público del orden municipal Hospital Municipal Sal Vicente de Paul. A partir de ello, se le brindó al Hospital autonomía administrativa, patrimonio propio y presupuesto independiente (Hospital San Vicente de Paul, s.f.). Posteriormente, en el año 2006, mediante la Ordenanza 24 del 3 de agosto de 2006, el Hospital se transforma en una empresa social del Estado (Hospital San Vicente de Paul, s.f.).

Ahora bien, dentro de su portafolio de servicios, el Hospital ofrece los siguientes:

- Consulta externa general: consulta de medicina general, odontología general y vacunación.
- Consulta externa especializada: consulta de medicina interna, cirugía general, pediatría, otorrinolaringología, oftalmología, optometría, urología, dermatología, ginecología, psicología, psiquiatría, ortopedia, nutrición y dietética.
- Urgencias y atención al parto.
- Hospitalización general para adultos y general pediátrica.
- Servicios quirúrgicos: salas de partos, cirugía general, cirugía ortopédica, cirugía oftalmológica, cirugía otorrinolaringológica, cirugía urológica, cirugía dermatológica, cirugía oral.
- Apoyo diagnóstico y terapéutico: laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas, tomas e interpretación de radiográficas odontológicas, ecografías, servicio farmacéutico, fisioterapia, tamización de cáncer de cuello uterino, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje.
- Transporte asistencial básico.

Dentro de los canales de comunicación que tiene el paciente, además del contacto directo con los profesionales de la salud, el Hospital cuenta con el correo electrónico

[hfomeque@cundinamarca.gov.co](mailto:hfomeque@cundinamarca.gov.co) y los siguientes números telefónicos de acuerdo con sus servicios:

- Teléfono conmutador principal: 6012411420
- Teléfono del servicio de urgencias: 6012411421.
- Secretaría general del Hospital: 6012411422.
- Trabajo social: 6012411423.
- Citas médicas: 6012411425.
- WhatsApp: 3173668397
- Celular del hospital: 3219919605.

También cuenta con un módulo de PQRS en el que los pacientes pueden:

- Presentar peticiones.
- Presentar quejas.
- Presentar reclamos.
- Enviar sugerencias.
- Enviar felicitaciones.
- Hacer denuncias.
- Solicitar información.
- Solicitar datos personales.
- Agendar citas.

Así mismo, existe un módulo que permite hacer seguimiento a cada una de estas solicitudes

Para el caso que ocupa esta investigación, la recolección de la información sobre la atención centrada en el paciente se realizó en el servicio de urgencias, por ser uno donde se presenta mayor contacto entre el personal médico y los pacientes, y en donde se

pueden evidenciar con mayor facilidad las inconformidades y/o aciertos que pueden darse en el marco de la humanización del servicio a la salud.

El servicio de urgencias ha sido categorizado por algunos autores, como uno en los que se puede presentar más tensión, tanto para pacientes como para personal médico, por las implicaciones que este puede tener en la salud del paciente (Penella, 2023). En un área tan álgida como el servicio de urgencias es donde se considera que debe existir mayor aplicación de la atención centrada en el paciente, lo que hace necesario que los profesionales de la salud que se encargan de este servicio, además de aplicar sus conocimientos técnicos y científicos, deben tener habilidades sociales, de comunicación, de tolerancia y respeto por los pacientes (Salazar, Suarez, Suarez, Valdez, Villadiego, 2020). Es allí donde también se evidencian las barreras de tipo organizacional que dificultan que la atención se centre en las necesidades del paciente, y por ende a unos servicios más humanos (Daza & Rodríguez, 2018).

Dentro de estas barreras organizacionales, Gonzzati, Mendivelso y Artunduaga (2023) haciendo un estudio similar al que se hizo en esta investigación en el Hospital E.S.E. de la Vega, indican lo siguiente:

“Los resultados demuestran que el personal médico tiene claros los conceptos de la atención humanizada a los pacientes. En su mayoría consideran que su sueldo no es proporcional con su experiencia y calidad de la atención brindada, lo que se traduce en un factor de desmotivación del personal. La mayoría de los encuestados considera que las horas de servicio son demasiadas para prestar un servicio de calidad, lo que refleja que los profesionales de la salud atienden demasiados pacientes, con lo que puede disminuir la calidad del servicio” (Gonzzati, Mendivelso, Artunduaga, 2023, p. 33).

Teniendo en cuenta este marco institucional y el servicio escogido para análisis servicios de urgencias, se aplicó la metodología descrita en acápites anteriores, en 300 usuarios del servicio de urgencias. De estos trescientos usuarios, el 57,3% fueron mujeres y el 42,7% fueron hombres, a los cuales se les aplicó las siguientes preguntas:

1. ¿Considera usted que el trato dado por el personal médico de esta institución fue adecuado y respetuoso? En caso de que su respuesta sea NO, por favor indicar las razones por las cuales no fue un trato adecuado y respetuoso.
2. ¿El personal médico y/o de enfermería fue claro y utilizó un lenguaje fácil de entender? En caso de que respuesta sea NO, por favor indicar las razones por las cuales considera que no se usó un lenguaje adecuado.
3. En una escala del 1 al 5, siendo el 1 muy deficiente y el 5 excelente, por favor califique la calidad de la atención recibida.
4. El personal médico que lo atendió, ¿era oportuno en sus respuestas cuando usted solicitaba alguna información? En caso de que su respuesta sea NO, por favor indicar las razones por las cuales considera que el personal médico no fue oportuno con sus respuestas.
5. ¿Hubo un trato cálido y amable por parte de todo el personal del servicio? En caso de que su respuesta sea NO, por favor indique porque considera que no es el apropiado.
6. ¿Considera que el personal está preparado y sensibilizado para atenderlo en el servicio?

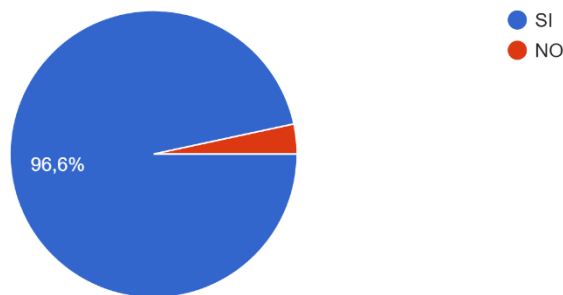
Luego de realizar estas encuestas, como diagnóstico general se pudo determinar que el Hospital San Vicente de Paul en Fomeque se encuentra en su mayoría, bien calificado por los usuarios del servicio de urgencias en los elementos básicos de la atención centrada en el paciente. Aun con ello, algunas de las respuestas señaladas por

los usuarios en los que generaban descontentos, se pudo identificar algunas situaciones o acciones por mejorar.

### Figura 6. Nivel de insatisfacción respecto del trato adecuado y respetuoso del personal médico en el Hospital de San Vicente de Paúl en Fomeque

1. ¿Considera usted que el trato dado por el personal médico de esta institución fue adecuado y respetuoso?

297 respuestas



**Fuente:** elaboración propia.

Los resultados arrojan que casi la totalidad de los pacientes, consideran que el personal médico hace uso de lenguaje respetuoso y adecuado durante el servicio de urgencias. Por su parte, el restante 3,4% consideran que el trato no es el más adecuado y en la justificación de su respuesta evidenciaron las siguientes situaciones.

- Preferencias por la atención en otros pacientes.
- Cuando se realiza una consulta a alguno del personal médico, recibe regaños.
- Demoras en la atención.
- No dar las explicaciones médicas que solicita el paciente.
- No se explican con claridad los procedimientos a realizar para dar un consentimiento informado.

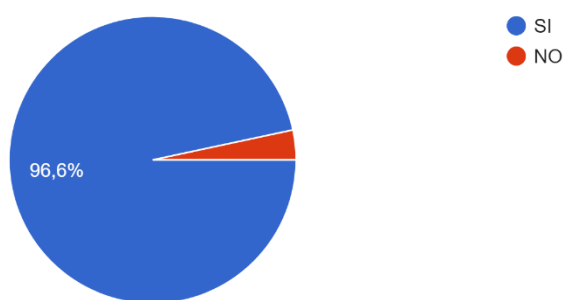
- No existe buena disposición del personal médico para dar la atención que requiere el paciente.

De estas respuestas se destacan inconformidades de los pacientes en el trato que realiza el personal médico en relación con el estado del paciente, su condición médica y el uso del lenguaje para explicar con más claridad los procedimientos a realizar. Adicional a ello, relacionado con la pregunta, también se destaca la respuesta en la que el paciente indica que no existe una buena disposición del personal médico.

Las otras respuestas dadas como inconformidad, pero que no se encuentran relacionadas con la pregunta, evidencian que también existen situaciones de orden estructural que están correlacionadas con la atención centrada en el paciente, como la demora en la atención, las cuales como se analizó en líneas anteriores, puede estar relacionada con la ausencia de suficiente personal, o carga laboral excesiva, entre otros factores que aun cuando son externos, afectan directamente el trato humanizado del personal médico a los pacientes.

### Figura 7. Percepción de los pacientes respecto del uso de un lenguaje fácil de entender para el paciente

2 ¿El personal médico y/o de enfermería fue claro y utilizó un lenguaje fácil de entender?  
298 respuestas



**Fuente:** elaboración propia.

En la percepción de la mayoría de pacientes (96.6%) el personal médico del servicio de urgencias sí hace uso de un lenguaje que es fácil de entender para los pacientes. No obstante, un 3.4% de los pacientes no están conformes con ese lenguaje y argumentaron las siguientes razones:

- No se realiza la explicación de los procedimientos de manera clara.
- No existe una ruta de atención a personas vulnerables.
- El personal de enfermería es grosero, ya que insisten en que los pacientes se realicen lo que los médicos solicitan.
- No se priorizan los pacientes cuando es una urgencia vital.
- El personal de enfermería no maneja un tono de voz adecuado con los pacientes.
- El personal de enfermería debe tener mejor manejo del diálogo.
- No se realiza adecuadamente los procesos de canalización por el área de enfermería.

De estas respuestas es clara la necesidad de establecer lineamientos que permitan aplicar la atención centrada en el paciente, con los que hacen parte del personal de enfermería del Hospital, pues en su mayoría las quejas que se presentaron están relacionadas con la atención que brinda ese grupo de trabajo.

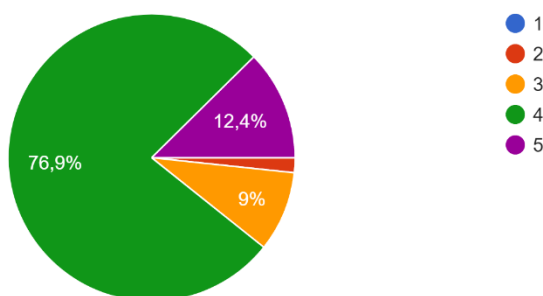
En especial, se debe trabajar en las habilidades de comunicación asertiva, para tratar situaciones como la falta de uso del lenguaje adecuado, o el tono de voz adecuado entre paciente y enfermeros, así como el respeto por la libre autodeterminación de los pacientes frente a realizarse determinado procedimiento, pues tal como se analizó en el desarrollo del primer objetivo de esta monografía, el respeto por la dignidad humana (dentro del que se encuentra la libre autodeterminación) es imprescindible para generar un

trato humanizado al paciente. Nuevamente, se resalta en las respuestas a esta pregunta, la falta de habilidades comunicativas frente a la explicación de los procedimientos, que deben ser fortalecidas.

### Figura 8. Calificación de calidad de la atención recibida en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul en Fomeque

3. En una escala del 1 al 5, siendo el 1 muy deficiente y el 5 excelente, por favor califique la calidad de la atención recibida:

299 respuestas



**Fuente:** elaboración propia.

Una de las cosas a resaltar de esta pregunta, es que ninguna persona calificó como “muy deficiente”, la atención del personal médico del servicio de urgencias, es decir, existe una percepción favorable de la atención recibida por los pacientes. Nótese que un 76,9% de los encuestados la califican como buena y el 12,4% como excelente.

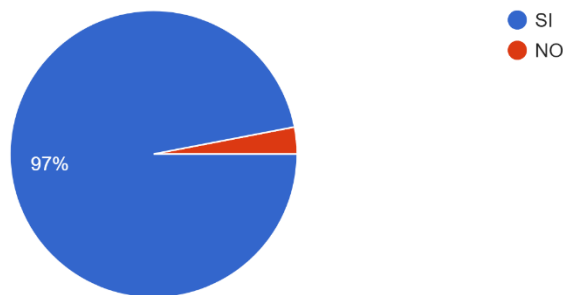
Ello demuestra que a pesar de que no existe una política de atención centrada en el paciente, esta se está aplicando en muchos de los procedimientos, pues de otra manera los resultados se orientarían a una calificación regular, deficiente o muy deficiente. No obstante, ese 10,7% de los usuarios encuestados, que califican el servicio como regular y

deficiente, demuestran que, aunque la política de atención es eficiente, aún existen aspectos por mejorar.

### Figura 9. Percepción de la oportunidad en las respuestas del personal médico cuando se solicitaban

4. El personal médico que lo atendió ¿era oportuno en sus respuestas cuando usted solicitaba alguna información?

298 respuestas



**Fuente:** elaboración propia.

Nuevamente, la percepción de los usuarios del servicio de urgencias es favorable, con un 97% de asertividad en la oportunidad con la que el personal médico absolvió las preguntas que tenían los pacientes. El otro 3% indicó su inconformidad con ello, aduciendo las siguientes razones:

- Demoras en la atención.
- Uso inadecuado del celular mientras se realizaba la consulta.
- Falta de comunicación amable entre el personal médico y el paciente.

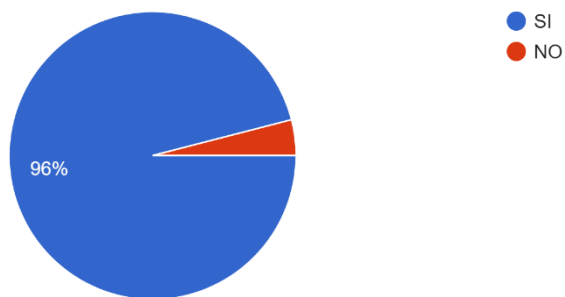
De estas tres razones, se destacan para la pregunta que algunos de los miembros del personal médico, no dan la importancia que se requiere a los estándares de empatía y escucha activa que se debe tener con el usuario del servicio, bajo la premisa de la atención

centrada en el paciente. Eventos como el uso inadecuado del celular mientras se tiene una conversación con un paciente o la falta de comunicación amable y empática, permiten identificar conductas y situaciones que ameritan acciones de mejora en pro de la humanización del servicio de urgencias en este Hospital.

### Figura.10 Percepción de los usuarios del servicio de urgencias frente al trato cálido del personal de servicios

5.¿Hubo un trato cálido y amable por parte de todo el personal del servicio?

299 respuestas



**Fuente:** elaboración propia

El 96% de los usuarios encuestados, confirmaron que el trato que da el personal médico a los pacientes es cálido y amable. Respecto al otro 4% que indicaron que no habían recibido un trato cálido y amable, señalaron las siguientes razones:

- Expresión de molestia del personal cuando se les pregunta sobre la condición médica o el servicio.
- Malos tratos por parte de la jefe de enfermería a su personal y a los pacientes.
- Falta de atención del personal de enfermería y médico en el área de observación.
- No hay respuesta oportuna a las necesidades que manifiestan los pacientes durante el servicio de urgencias.

- Uso inadecuado del celular en horas laborales, o mientras los pacientes solicitan atención.
- Malos tratos entre el mismo personal de enfermería y uso inadecuado del lenguaje.
- Mala actitud de las personas que se encuentran en el área de facturación del servicio de urgencias.
- El personal de enfermería no tiene claro el tema de la confidencialidad de la información.
- Demoras en la atención.

De estas respuestas se determinan procesos en los que deben implementarse mejoras en favor de la atención centrada en el paciente, la primera tiene que ver con la actitud que tiene el personal médico (en especial el personal de enfermería y de facturación) con los pacientes, pues algunas de las respuestas indican que tienen una actitud a la defensiva o agresiva ante cualquier solicitud o pregunta que realicen los pacientes.

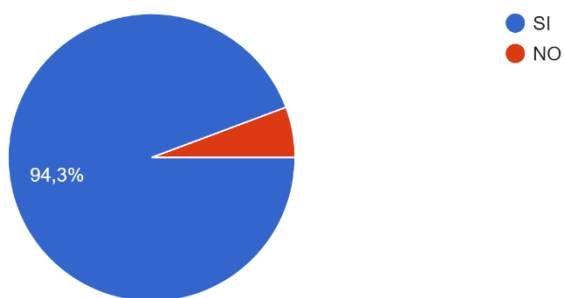
Otra situación que merece atención es los malos tratos que fueron identificados entre el mismo personal de enfermería del servicio de urgencias e incluso el de la jefe de este grupo, hacia sus colaboradores(as). Como se indicó, la comunicación asertiva y el respeto son necesarios para lograr humanizar el servicio de salud, y ello también debe darse entre el mismo personal del hospital, pues si no lo realizan entre ellos, difícilmente podrán hacerlo con personas externas al entorno laboral.

Nuevamente, se relaciona la falta de explicación concreta del personal médico a los pacientes, y el uso inadecuado de los celulares, lo que evidencia una necesidad de establecer políticas, para solucionar estas falencias. Finalmente, es preocupante la falta de confidencialidad en la información, que advierten algunos de los encuestados, pues ello

además de desconocer la ley, genera una afectación directa del derecho a la dignidad humana del paciente, que espera del personal médico la mayor discreción posible en cuanto a la causa o detalles de su enfermedad o de su intimidad.

### Figura 11. Percepción de la preparación en atención centrada en el paciente del personal que labora en el servicio de urgencias

6. ¿Considera que el personal esta preparado y sensibilizado para atenderlo en el servicio?  
299 respuestas



**Fuente:** elaboración propia.

El 94,3% de los encuestados consideran que el personal que trabaja en el servicio de urgencias se encuentra sensibilizado con las necesidades que tienen los pacientes. No obstante, el 5.7% consideran que este personal no está preparado ni sensibilizado para atender pacientes en el servicio de urgencias, por las siguientes razones:

- Mala atención por parte de algunas de las enfermeras.
- Uso inadecuado del celular.
- No tienen don de gente para atender a los pacientes.
- Las enfermeras y auxiliares no atienden a tiempo.
- Falta de educación por las personas encargadas de las áreas de facturación y por el jefe del turno.

- Atienden por atender, es decir, sin vocación de servicio.
- No se priorizan los servicios de urgencias a niños y adultos mayores.
- Falta de conocimientos médicos.

Nuevamente, sale a relucir falencias en la atención que da el personal de enfermería a los pacientes, el uso inadecuado del celular, la falta de educación de las personas que hacen parte del servicio de facturación, y la falta de atención con verdadera vocación de servicio.

## **8. Discusión de los resultados.**

El presupuesto teórico del que partió esta investigación es la necesidad de aplicar el concepto de atención centrada en el paciente en los servicios de salud en Colombia, y en especial en el servicio de urgencias del Hospital de San Vicente de Paul en el municipio de Fomeque – Cundinamarca, y establecer cuáles son las variables que identifican este tipo de atención para la construcción de una línea de acción, que mejore las condiciones del servicio de urgencias.

Del trabajo de campo realizado se pudo determinar que las condiciones de humanización del servicio de urgencias en el Hospital de San Vicente de Paul, son en su mayoría favorables, pues un alto porcentaje de los encuestados concuerdan en señalar que el lenguaje, la atención, la calidad del servicio es buena en ese hospital. No obstante, para el caso particular de esta investigación, de las encuestas realizadas se pudo determinar que existen aspectos por mejorar que deben ser tenidos en cuenta para generar la construcción de una línea de acción que mejore la atención del servicio de urgencias.

Como se indicó en el desarrollo del primer objetivo de esta investigación, la atención centrada en el paciente, se basa varios estándares que incluyen el dialogo asertivo, la

presencia constante del personal médico, la empatía, entre otros. Por ello, la atención centrada en el paciente exige del personal médico una valoración bioética que involucre en su totalidad todas las dimensiones del ser humano, y en especial aquellas que están relacionadas con su dignidad humana.

Realizadas las encuestas en este Hospital, el pequeño porcentaje que indica no estar conforme con las condiciones de humanización del servicio de salud, es reiterativo en la ausencia de varios de los elementos que caracterizan la atención centrada en el paciente. La primera variable, es el **trato verbal asertivo**. Tal como se señaló, el trato verbal asertivo implica la transmisión de ideas entre dos o más personas de una manera abierta, honesta, directa y respetuosa, que incluye un lenguaje adecuado y una expresión corporal congruente con ello.

De las inconformidades encontradas en las encuestas, se puede decir que el personal de enfermería, de facturación e incluso los mismos jefes que son asignados en los turnos del servicio de urgencias, no manejan un trato verbal asertivo, pues no son claros con la información médica que se quiere transmitir, o no la informan en el tono adecuado a sus pacientes o usuarios. Esta falta de trato verbal asertivo genera en los pacientes la sensación de ser incomprendidos, o incluso confundidos por la información que se le esta brindando, dejando de lado sus necesidades, al no ser consideradas como importantes por el personal médico. Ello puede incidir de manera negativa en su pronta recuperación.

En cuanto a la variable **empatía y escucha activa**, una de las inconformidades latentes es la ausencia real de escucha activa por el personal médico, en especial por el personal de enfermeras, a causa del uso inadecuado de sus teléfonos celulares. En principio, el uso de este tipo de dispositivos no debería permitirse en el horario de turno que le es asignado a una persona, pues además de generar distracciones en su labor,

podría ocasionar daños directos a un paciente a causa de la distracción que genera. No obstante, en la realidad el personal médico de este Hospital si hace uso de este tipo de dispositivos, siendo motivo de queja por parte de algunos de los usuarios encuestados. Con el uso de equipos celulares, no es posible captar la totalidad del mensaje que quiere transmitir el paciente o sus familiares, pues no se le está prestando atención a sus palabras, a su expresión facial, lo que no permite empatizar con ellos a un nivel consciente.

Muchos de los pacientes, esperan del personal médico no solo que atiendan sus necesidades biológicas o físicas, sino que también desean expresar sus sentimientos y que efectivamente se tengan en cuenta sus necesidades personales, emocionales, espirituales, de género, entre otros, elementos que difícilmente pueden ser conseguidos si no se tiene una escucha activa real. En ese sentido, la atención del personal médico y de enfermería no puede centrarse solamente en la aplicación de procedimientos, diagnósticos y administración de medicamentos, sino que debe tener en cuenta todas aquellas necesidades que el paciente quiere transmitir, desde el momento en que es recibido.

Respecto del estándar de **comunicación verbal y no verbal respetuosa**, también se presentan algunas falencias del personal, identificadas con uso inadecuado del lenguaje entre los colaboradores, entre los jefes y sus colaboradores y, de personal médico a paciente. En la mayoría de las respuestas de las preguntas realizadas, las personas que no estuvieron conformes con el servicio fueron enfáticas en señalar que, el personal de enfermería no tenía una comunicación verbal y no verbal respetuosa, la cual se representaba en actitudes de molestia ante las preguntas que hacen los pacientes o usuarios, respuestas incompletas y dadas por obligación, uso del tono de voz inadecuado, o como se mencionó en uno de los casos, sin ningún tipo de comunicación verbal, sino que solo se ocuparon de administrar medicamentos, sin siquiera preguntarle al paciente si requería de algo adicional a ello. Para lograr esa comunicación verbal y no verbal

respetuosa, el personal debe hacer uso de un lenguaje y tono apropiado, de tal manera que el paciente no sienta que se le está atacando por cuestionar o preguntar por algún procedimiento.

En cuanto al estándar de **dialogo funcional por rango etario** dentro de las encuestas realizadas no hubo ninguna queja relacionada con trato inadecuado del dialogo de acuerdo con la edad del paciente. No obstante, si hubo un caso en el que se recomendó que se hiciera una ruta de acción que priorizara la atención que se tenía a niños y adultos mayores, de lo que se infiere que, si es necesario establecer acciones de mejora, respecto de los elementos de humanización de la atención de esos grupos poblacionales, de acuerdo al enfoque de género que tiene planteada la propuesta de humanización del servicio de salud para la década 2021 – 2031.

La variable de **conexión** que se debe dar en la relación médico paciente, en el hospital San Vicente de Paul en Fomeque, también requiere de acciones de mejora en las situaciones evidenciadas con la encuesta, en especial en aquellos casos donde se reportó un clima organizacional complejo, en el que los mismos colaboradores son víctimas de deshumanización del servicio de salud, a causa de los tratos que reciben de sus mismos compañeros o jefes inmediatos. Ello por supuesto, tiene repercusiones entre la relación personal médico – paciente, pues la falta de conexión que se da entre el mismo personal médico se puede generar con el paciente.

Otro de los casos analizados que se refieren a esta variable, es el reporte que se realizó por uno de los encuestados de que el personal médico “*atiende por atender*” sin tomar en consideración lo que espera el paciente. El elemento de conexión implica que el servicio médico brindado se realice con la conciencia de que se está tratando con otro ser humano que tiene los mismos derechos, es decir en una relación de igualdad, en donde

en ninguna circunstancia puede ser aceptada las ínfulas de superioridad del personal médico. En ese sentido, la conexión que debe existir entre el paciente y el personal médico debe tener en cuenta una ética que este centrada en la percepción de las necesidades del paciente, la reciprocidad, la comunicación y en definitiva el respeto y la hospitalidad.

Finalmente en el elemento de la **compasión que trae la vocación** de las encuestas realizadas es claro, que en los casos de inconformidad se encontró poca empatía del personal de enfermeras, pues en opinión de algunos de los usuarios, no atendían con la vocación de servicio que se esperaba, o lo hacían con una mala actitud que podía dar la percepción de no querer prestar el servicio, sino de su deber de prestarlo por recibir un pago en contraprestación o por la obligación que se podría derivar del contrato que tienen firmado. Ello demuestra la necesidad de que se trabaje con el talento humano de la institución, el desarrollo de su trabajo concientizándolos de la finalidad que cumple en la sociedad, y con las demás personas, y lo imprescindible que ello se haga con la plena convicción de que se esta haciendo una labor social, antes que una comercial.

Ahora bien, muchos de estas falencias se deben también a elementos estructurales de la organización y que son comunes a otras instituciones prestadoras de salud, como lo son la necesidad den ampliación de la infraestructura actual, la mejora en la forma de vinculación del talento humano y la remuneración que se les da, la asignación de una carga laboral justa, entre otros elementos, que condicionan de manera directa la prestación del servicio de salud.

Cuando el personal médico se expuesto a una saturación de carga laboral, se generan niveles de estrés más altos y presiones adicionales a las que se presentan en el servicio de urgencias, lo que general demoras en el tiempo de atención del paciente, o una

atención deficiente por la actitud con la que se realiza, generando con ello prácticas clínicas contrarias a la finalidad que tiene la humanización del servicio de salud.

Por ello, es necesario dejar de ver la atención de los servicios médicos como un producto de mercado, y empezar a entender que es un servicio social con un componente económico, más no el más importante. Ello implica que la reinversión de recursos en mejorar las condiciones de infraestructura, de gestión del talento humano y de capacitación constante, a partir de la aplicación de una política de atención centrada en el paciente generaría condiciones propicias para la humanización del servicio de salud.

Acompañado de lo anterior, es necesario que el personal médico trabaje arduamente en interiorizar los componentes de la compasión que trae el servicio y la comunicación asertiva, en especial con pacientes que tienen condiciones especiales. Ello también debe tenerse en cuenta para los pacientes que aun cuando no hacen parte de un grupo poblacional como niños y adultos mayores, su condición socio – cultural o de conocimiento es diferencial, como sucede con las personas de algunos sectores rurales del departamento de Cundinamarca, que no tienen un nivel de escolaridad avanzado, y por ello se les dificulta entender términos médicos complejos.

En dichos casos, el personal médico debe capacitarse y desarrollar habilidades comunicacionales que le permitan hablar un lenguaje claro y sencillo, que tenga en cuenta el grado de escolaridad y condición del paciente o de los familiares de éste. Esto se trae a colación, teniendo en cuenta que algunos de los encuestados, indicaron su inconformidad con la falta de una explicación sencilla de los procedimientos que debían ser aplicados al paciente.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y dando cumplimiento al objetivo general de la investigación, se proponen los siguientes ejes estratégicos a tener en cuenta para la

construcción de una línea de acción que fortalezca la atención en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul en Fomeque, a partir del presupuesto teórico de la atención centrada en el paciente.

***Recomendaciones a tener en cuenta para la construcción de una línea de acción que contribuya al mejoramiento en la atención del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul, en Fomeque – Cundinamarca.***

De acuerdo con los resultados obtenidos y los parámetros señalados en la atención centrada en el paciente y los ejes de acción propuestos por el Ministerio de Salud en la política nacional de humanización del servicio de salud, se consideran necesarias para establecer una estrategia de solución a las falencias encontradas, las siguientes recomendaciones:

Como primera medida, se considera de suma importancia realizar de una manera asertiva una socialización de los resultados obtenidos en estas encuestas, con el personal del servicio de urgencias del Hospital, no con el fin de generar la impresión de un llamado de atención, sino con el propósito de escuchar sus perspectivas en relación con las falencias encontradas, así como elogiarlos por los buenos resultados obtenidos, pues no debe desconocerse que la percepción general de los encuestados es bastante satisfactoria en lo que se refiere a la prestación del servicio de salud humanizado.

Ello se considera el primer paso, para poder construir una estrategia de mejora del servicio que tenga en cuenta todas las necesidades de los grupos de interés que se involucran en el servicio de urgencias y no solo la visión que tienen los pacientes y sus familiares. Al respecto ha de recordarse que la política de humanización del servicio de salud propuesta por el Ministerio de Salud, demanda que exista una verdadera participación de todos los grupos de interés que se involucran en los servicios de salud.

Para que pueda hablarse de una humanización del servicio de salud, es imprescindible tener en cuenta un enfoque humanístico integral que no solo abarque las necesidades de los pacientes, sino de todo aquel que este involucrado en el servicio de salud de urgencias.

La retroalimentación que pueda dar el personal administrativo y de salud del hospital, junto con las respuestas obtenidas en esta encuesta y las que se consideren prudentes en el futuro cercano, es el punto de partida a partir del cual se puede crear una estrategia de implementación de la política de atención centrada en el paciente, en esta institución prestadora de servicios de salud. La retroalimentación de los grupos de interés podrá dar el norte de las soluciones, las dificultades que estas suponen, los puntos más álgidos a atacar, y sobre todo los recursos humanos y económicos, que se requieren para ello.

Identificado ello, es necesario establecer metas, indicadores e instrumentos de medición de ello, junto con un cronograma de implementación, en el cual se asigne responsables del cumplimiento de cada una de estas metas. Por supuesto, una vez que las soluciones están siendo implementadas, deben integrarse a los procesos y procedimientos del hospital en general y en especial en el servicio de urgencias, para de esta manera generar una sinergia en la aplicación que generará dentro de la organización una mejor productividad de los colaboradores.

Para poder poner en marcha los estándares mínimos que componen la política de atención centrada en el paciente, se debe realizar en diferentes fases. La primera fase denominada **sensibilización**, implica la realización de campañas al interior del Hospital que contribuya a la concientización del talento humano del servicio de urgencias, de cada uno de los estándares que componen la atención centrada en el paciente, y en especial los beneficios que trae consigo la atención humanizada. Ello con el fin de motivarlos a que

participen en la implementación de las soluciones que se pretenden aplicar para mejorar el servicio. Por ello se considera importante, que esta etapa este acompañada de material didáctico e informativo que explique con detalle cada uno de los estándares mínimos señalados en el desarrollo del primer objetivo de esta investigación.

La segunda fase debe ser de **capacitación**. Esta fase a diferencia de las demás debe ser constante pues no solo debe ser en la implementación de la solución, sino paulatina para el mejoramiento del servicio. Por ello se considera necesario establecer un programa de formación dirigido a los grupos de interés del servicio de urgencias en el que se aborden diferentes temas, como la bioética, los estándares de la humanización del servicio de salud, el trabajo en equipo, la gestión del estrés, el manejo del riesgo psicosocial, el desarrollo de habilidades comunicativas, y todos aquellos elementos que se vayan desarrollando en el marco de la atención centrada en el paciente.

La tercera fase denominada de **implementación** implica la puesta en operación de todas las soluciones que se tiene proyectadas y que son propuestas por los grupos de interés, para por lo menos los siguientes factores:

- Cronograma para la implementación del programa de capacitaciones.
- Organización de por lo menos tres mesas de trabajo anuales para la evaluación de las condiciones de humanización del servicio de urgencias del hospital.
- Organización de por lo menos tres mesas de trabajo, para discutir acciones de mejora en materia de infraestructura, suministros y medicamentos.
- La mejora continua y progresiva de las condiciones laborales de los trabajadores, mediante la flexibilización de horarios de trabajo, asignación de carga laboral justa, salarios conforme a la labor realizada, mejora de la calidad de vida, plan de bienestar institucional, formalización de las relaciones de trabajo, etc.

Para esta fase es necesario que se realicen a través de un grupo interdisciplinario que conozca los procesos y estándares de atención centrada en el paciente. Por supuesto la concurrencia del personal administrativo y directivo del hospital es imprescindible para una toma de decisiones acertada.

Finalmente se encuentra la etapa de **medición**, para lo que se recomienda institucionalizar la encuesta realizada en este trabajo, y la proposición de indicadores a partir de sus resultados que permitan hacer una medición constante que detecte situaciones o aspectos por mejorar en la prestación del servicio de urgencias. Así las cosas, la línea de acción debe tener en cuenta todas estas fases, para poder lograr con éxito la humanización del servicio de urgencias de este Hospital, y los resultados favorables, dependen casi en su totalidad de la participación directa y asertiva de todos los grupos de interés involucrados.

## Conclusiones.

Las variables de la atención centrada en el paciente involucran el desarrollo de habilidades de comunicación y empatía, que parten del concepto de ser humano. La definición de ser humana es compleja y se refiere a una construcción de tipo antropológico que entiende el ser humano como un fin y no como un medio, y como tal esta provisto de derechos, facultades y habilidades.

La protección de estas habilidades en un escenario como la prestación del servicio de salud es imprescindible, pues es allí en donde se requiere de la mayor comprensión posible de parte del personal médico hacia los pacientes. Padecer una condición de salud, es una de las situaciones donde existe una mayor vulnerabilidad del ser humano. Por ello, la humanización en el servicio de salud, o como la llaman ahora la atención centrada en el

paciente es un marco de referencia que determina el deber ser de las relaciones personalizadas de personal médico – paciente, fundamentadas en la comunicación y la disposición del personal médico de atender a los pacientes de una manera integral.

Para poder hablar de una atención integral, se debe tener en cuenta unos estándares mínimos que ha desarrollado en su mayoría, la literatura sobre humanística y bioética aplicada, los cuales son: i) el trato verbal asertivo, ii) la empatía y escucha activa, iii) la comunicación verbal y no verbal respetuosa, iv) el dialogo funcional por rango etario, v) la conexión, vi) la compasión que trae la vocación.

Cada uno de estos estándares involucran elementos en común como el desarrollo de habilidades comunicativas, la generación de empatía y compasión por el paciente, la modulación y uso adecuado del lenguaje, todas éstas relacionadas con las competencias de inteligencia emocional que debe caracterizar a quien presta servicios de salud. De acuerdo con ello, el deber ser en toda institución prestadora del servicio de salud, es que el personal que está a cargo de los servicios de salud aplique estas competencias y habilidades para hacer de la estancia del paciente, una experiencia que contribuya con su mejora continua.

En ese mismo sentido, lo considera el Ministerio de Salud, el cual ha venido construyendo una estrategia de humanización del servicio de salud, desde el año 2011 y hasta la década de 2021, con la que pretende estandarizar a través de enfoques y estrategias una práctica clínica que vaya más allá de la aplicación de procedimientos, realización de diagnósticos y suministro de medicamentos.

La finalidad que tiene la implementación de esta política de humanización o de atención centrada en el paciente, es extender la labor que se realiza en las instituciones prestadoras del servicio de salud a otras áreas del paciente, como el trato digno de sus

emociones, la escucha activa, la comprensión, el respeto por sus orientaciones religiosas o de género, etc.

Ahora bien, de acuerdo con la investigación realizada y sobre todo de las hipótesis proyectadas, se puede concluir que los estándares de aplicación de la atención centrada en el paciente pueden y deben ser aplicadas en todos los servicios de salud, para lograr la concreción de la fundamentalidad y sobre todo el núcleo esencial que se deriva del derecho humano a la salud.

No obstante, las dificultades para que ello sea una realidad están a la orden del día, empezando por la falta de calidez y de contacto físico que se ha derivado con el avance de las tecnologías de la información que, aunque han contribuido con la agilidad en la prestación de los servicios, se han convertido casi que lo único con lo que interactúa el personal médico.

Las cifras de análisis de inconformidad dadas por los informes del Ministerio de Salud y de la Defensoría del Pueblo frente a las quejas que se han presentado por la falta de humanización del servicio de salud, han prendido las alarmas en el Estado, lo que conlleva a generar la propuesta de la política nacional de humanización del servicio de salud para ser implementada del 2021 al 2031.

Esta política nacional de humanización del servicio de salud se desarrolla a través de diferentes ejes y estrategias, todas ellas relacionadas con el desarrollo de las habilidades comunicativas, de participación e incluyendo enfoques de género, humanísticos, de derechos humanos, de participación, entre otros. Haciendo uso de los estándares de la atención centrada en el paciente y de esta política de humanización del servicio de salud, se aplicó una encuesta a 300 usuarios del servicio de urgencias del

Hospital San Vicente de Paul de Fomeque – Cundinamarca, con el fin de establecer su percepción de la aplicación de los estándares de humanización del servicio de urgencias.

Como conclusión general de este ejercicio se puede decir que en el servicio de urgencias del Hospital de San Vicente de Paul, se aplican en su mayoría las competencias, habilidades y estándares que implica la atención centrada en el paciente, aun cuando existen situaciones por mejorar, relacionadas con la falta de atención oportuna, la falta de comunicación asertiva del personal de enfermería y facturación, la falta de escucha activa por el uso inadecuado del celular, entre otras situaciones que demandan la implementación de una línea de acción que contribuya al mejoramiento de este servicio de urgencias, en las cuales se incluyan por lo menos los siguientes ejes de acción:

- Capacitación y concientización en los estándares de atención centrada en el paciente.
- Sensibilización y participación en la toma de decisiones de todos los grupos de interés.
- Mejora en las condiciones salariales, de carga laboral y aspectos de bienestar institucional del talento humano del hospital.
- Mejora en la infraestructura y condiciones de atención.

## Referencias.

Ariza Olarte, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria.

*Enfermería universitaria*, 9, 41-51.

Asamblea Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá D.C.: Editorial

Leyer.

- Baró, S. (2020). "Humanización de las prácticas de salud. Una revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud", *Calidad de vida y salud*, 13, 18 - 29.
- Bernal, C, C., Arias, H, A., Hernández, A, L., Valvuela, C, C., Parada, O, R. (2023). "La importancia de la comunicación y la humanización en las unidades de cuidado crítico", *Ibero*, 17, 2 -14.
- Bohorquez, S, A., & Gutierrez, A, P. (2016). *Modelos de humanización en salud: viabilidad e implementación en Colombia. Revisión bibliografica*. Medellín: Universidad CES.
- Bush, I., Moretti, F., Travaini, G, Wu, A., Rimondini, M. (2019). "Humanization of care: key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review", *The Patient: patient centered outcomes research*, 461 - 474.
- Carlosama, D, M et. al (2019). "Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura", *Persona y Bioética*, 23(2), 245 - 262.
- Castro, L. R., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Estupiñan, E. M. B., . . . Malca, E. Q. (2018). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista iberoamericana de bioetica*, 8.
- Cetina, D, G., Delgado, M, C., Trespalacios, O, Vega, B, J. (2019). *Percepción del trato humanizado de pacientes adultos mayores atendidos en la Universidad Santo Tomas*. Bogotá D.C.: Universidad Santo Tomás.
- Congreso de la República. "Ley 100 del 23 de diciembre de 1993". *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*", DO 41.148.
- Congreso de la República. "Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015". *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*" DO. 49.427.

- Coral Ibarra, R. d. C. (2008). Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 11(1), 47 - 56.
- Correa Zambrano, M. L. (2016). LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1227-1231. (IN FILE).
- Corte Constitucional. *Sentencia T -494 del 28 de octubre de 1993*. M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.
- Corte Constitucional. *Sentencia T - 204 del 28 de febrero de 2000*. M.P. Fabio Morón Diaz.
- Corte Constitucional. *Sentencia T - 760 del 31 de julio de 2008*. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.
- Daza, O, E. & Rodriguez, C, J. (2018). *Análisis de la humanización en el área de urgencias y hospitalización de la empresa social del Estado centro sede 2 ESE. Rosas - Cauca*. Manizales: Universidad Católica de Manizales.
- Defensoria del Pueblo (2020). *Informe defensorial - derecho a la salud monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia*. Recuperado de: <https://www.defensoria.gov.co/documents/20123/1256050/salud-.pdf/7b494395-906f-9be4-eefd-c8a9ca88663e?t=1647053614442>
- Galán, V, J & Lara, D, M. (2022). "Design and implementation of the comprehensive model for the humanization of health care of the Faculty of Medicina at the Universidad Nacional de Colombia", *Revista de la Facultad de Medicina*, 70(3), 1-12.
- Galvin, et. al. (2020). "A lifeworld theory - led action research process for humanizing services: improving "what matters" to older people to enhance humanly sensitive care", *International Journal of qualitative studies on health and well - being*, 15(1), 1-16.

- Gervas, J & Perez, M. (2011). *Como ejercer una medicina armonica: claves para una práctica clínica clemente, segura y sensata*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- Gonzalez, U, C (2016). "La relación médico - paciente o el sentido humano de la praxis sanitaria", *Revista Conamed*, 21, 3 - 6.
- Gonzzati, R, C., Mendivelso, P, K., Artunduaga, E, Y. (2023). *Atención humanizada a los pacientes en el Hospital E.S.E de la Vega*. Bogotá D.C: EAN.
- Gutierrez, F, R. (2017). "La humanización de (en) la atención primaria", *Revista Clínica de Medicina de la Familia*, 10(1), 29 - 38.
- Henao-Castaño, Á. M., Vergara-Escobar, O. J., & Gómez-Ramírez, O. J. (2021). Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 74-85.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (7 ed.)* [Regular print reproduction Non-fiction]. Mc Graw Hill Education.
- Hernández, M, D. & Palacios, M, E. (2019). *Humanización y trato digno en el área de la salud de la E.S.E Marco Fidel Suarez de Bello*. Bello: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Hernández, T, I. (2003). "Importancia de la comunicación médico paciente", *Archivos de Medicina Familiar*, 8(2), 38 - 45.
- Hernevidez, P, J., Freitas, D, J., Coelho, O, M. (2016). "Nursing team and promotion of humanized care in neonatal", *Revista da rede de enfermagem do Nordeste*, 17(6), 741 - 749.
- Hoyos, P., Cardona, M., Correa, D. (2008). "Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo", *Inves.Educ.Enferm*, 26(2), 25 - 218.

- Hospital San Vicente de Paul. (s.f.). *Reseña histórica*. Disponible en:  
<http://www.hospitalsanvicentedepaul-fomeque.gov.co/entidad/resena-historica>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., . . .  
Dobova, S. V. (2018). Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos  
de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución. *The Lancet Global Health*,  
6(11), 1196-1252.
- Lafaurie, M. M., Perdomo, A., Tocora, J. C., González, M. C., Amaya, M., Barbosa, R., . . .  
Huertas, L. (2018). La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes  
y personal administrativo de una facultad de odontología. *Revista Salud Bosque*,  
8(2), 97-105.
- Ministerio de Salud (2021). *Propuesta de política nacional de humanización de la salud*.  
*Entretajemos esfuerzos en la construcción de la cultura de humanización para el  
goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana 2021 - 2031*. Recuperado  
de:  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documen  
to-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf)
- Nava, G, M. & Váldez, E, A. (2012). *Trato digno otorgado por enfermeras en centros  
médicos*. Morelos: Conamed.
- Pabón, E, M et. al (2021). "Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en  
salud en urgencias", *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(1), 94 - 104.
- Penella, O, M. (2023). *La humanización de los cuidados de enfermería en el servicio de  
urgencias: revisión sistematizada*. Valencia: Universidad Europea.
- Pinzon, G. (2014). *Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona  
hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos*. Bogotá D.C.: Universidad  
Nacional de Colombia.

- Prieto, D. (2019). *La deshumanización de la medicina en el sistema general de seguridad social en salud colombiano: una mirada desde la bioética*. Bogotá D.C.: Universidad del Bosque.
- Michellini, J. (2010). "Dignidad humana en Kant y Habermas", *Revista anual de la unidad de historiografía e historia de las ideas*, 12(1), 9 -41.
- MinSalud.. Resolución 13437 De 1991, (1991).  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf)
- MinSalud. (2014). *Anexo técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes*. Bogotá, Colombia Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
- MinSalud. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) Plan Estratégico 2016-2021*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
- MinSalud. (2020). *POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (Documento Borrador)*. Bogotá Retrieved from <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/09/Proyecto-en-borrador-Politica-de-Humanizacion-en-Salud.pdf>
- Navarro-Vargas, J. R. (2018). Humanización en la salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(3), 291-292.
- Pinzon, G. (2014). *Humanizar la toma de decisiones y las prácticas en la rehabilitación de patientges con disfagia*. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.

- Ortega Lozano, R. (2019). La filosofía (y las humanidades): un eslabón indispensable en la humanización de la salud. *Ludus Vitalis*, 27(51), 191-196.
- Proaño Calderón, A. (2018). La mala calidad de la atención de salud mata. *Banco Interamericano de Desarrollo*. [Internet], 3, 1-2.
- Rico Barrera, S. M. (2021). *Conozca el proyecto de la Política Nacional de Humanización en Salud*. Consultor Salud. <https://consultorsalud.com/con-politica-nacional-de-humanizacion-en-salud/>
- Rodríguez Guerrero, A. (2005). Hacia la humanización en salud. *ARS méd.(Santiago)*, 166-170.
- Salazar, T, S., Suarez, G, E., Suarez, R, R., Valdez, C, V., Villadiego, O, C. (2020). *La humanización en los servicios de urgencia: una revisión narrativa*. Cartagena: Universidad de Cartagena.
- Silva, R., Oliveira, D., & Pereira, E. (2015). The discursive production of professionals about humanizing health: Singularity, rights and ethics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 936-944. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0505.2634>
- Socklaris, S., Ravitz, P., Nevor, G., Lieff, S. (2016). "Relationship - centred care in health: a 20- year scoping review", *Patient Experience Journal*, 3(1), 130 - 145.
- Subiela, et. al. (2014). "La importancia de la escucha activa en la intervención enfermera", *Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de enfermería*, 34, 276-292.
- Tiempo, E. (2018). El Top de las quejas de los colombianos contra las EPS. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/salud/las-quejas-que-mas-interponen-los-colombianos-contra-las-eps-276254>
- Vaes, J & Muratore, M. (2013). *Defensive deshumanization in the medical practice: a cross sectional study from a health care worker's perspective*", *British Journal of Social Psychology*, 52(1), 180 - 190.

---

Valenzuela et. al. (2019). *"Humanization of healthcare at the emergency department: a qualitative analysis based on nurses's experiences"*, *Revista de Enfermagem*, 4(23), 59 - 68.

Vega Ayasta, M. T., Díaz Manchay, R. J., Cervera Vallejos, M. F., Rodríguez Cruz, L. D., Tejada Muñoz, S., & Guerrero Quiroz, S. E. (2020). Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporte para la humanización en salud. *Cultura de los Cuidados (Edición Digital)*, 24(58).

Wilson, et. al (2019). *"Humanizing the intensive care unit"*, *Critical Care*, 23(32), 2 - 4.