

Unidad 1

Humanización Centrada en la persona

“CUIDADO HUMANIZADO:
FUNDAMENTOS Y APLICACIÓN EN LA
PRÁCTICA CLÍNICA”



Índice

Índice	2
Introducción	3
1. Cultura de calidad y humanización.....	4
2. Modelos de atención centrados en la persona	6
I. Principios básicos	7
II. Facilitadores	7
III. Actividades o acciones	8
Conclusiones.....	10
Referencias bibliográficas	11

Humanización Centrada en la persona

Introducción

En el ámbito de la atención sanitaria, la humanización se ha convertido en un eje fundamental para garantizar la calidad y eficacia de los servicios ofrecidos. Este enfoque no solo promueve la excelencia técnica, sino que también prioriza el respeto, la empatía y la consideración de las necesidades emocionales, sociales y espirituales de los pacientes. Una cultura de calidad hospitalaria implica transformar las estructuras organizacionales para situar al paciente en el centro de las decisiones y prácticas, abordando sus dimensiones como un ser humano integral. Sin embargo, la implementación de políticas que fomenten esta humanización enfrenta desafíos significativos, como la burocratización, la centralización del poder y la falta de capacitación en competencias clave. En este contexto, los modelos de atención centrados en la persona emergen como una solución viable, al integrar principios éticos y valores que colocan al paciente como un participante activo en su cuidado. Este documento explora la intersección entre la cultura de calidad hospitalaria y la humanización de la atención, identificando barreras y propuestas para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos y humanizados.

1. Cultura de calidad y humanización

En los últimos años, la humanización de la atención de salud se ha consolidado como un elemento esencial para construir sistemas sanitarios más eficaces, equitativos y respetuosos. La cultura de calidad en salud está intrínsecamente ligada a los principios éticos y humanos que guían las relaciones entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias. Esta cultura abarca no solo la excelencia técnica, sino también la empatía, el respeto y la sensibilidad hacia las necesidades emocionales, sociales y espirituales de las personas (Brito & Carvalho, 2010).

Humanizar la atención implica reconocer al paciente no solo como un receptor de servicios médicos, sino como un ser humano integral con una historia, valores y emociones que merecen ser respetados. Además, es una invitación a los equipos de salud a reflexionar sobre sus propias prácticas y a promover entornos de trabajo que fomenten el bienestar emocional de los profesionales, condición indispensable para brindar cuidados de calidad (Souza et al., 2020).

En este contexto, la implementación de políticas de humanización en los entornos hospitalarios enfrenta múltiples desafíos relacionados con la complejidad de las organizaciones de salud, la diversidad de sus actores y la dificultad inherente de transformar la cultura organizacional en una cultura de calidad.

La cultura de calidad en la atención de salud se fundamenta en la premisa de centrar la atención en el paciente, reconociendo sus necesidades y expectativas. Este enfoque implica no solo la mejora de los procesos asistenciales, sino también un compromiso ético y moral por parte de todos los profesionales involucrados. La humanización de la atención se traduce en un cambio de paradigma donde el paciente es visto como un ser integral, con dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que deben ser atendidas de manera simultánea (Todres et al., 2009).

El desarrollo de una cultura de calidad exige que las instituciones sanitarias implementen estrategias que fomenten un ambiente laboral positivo, donde el personal se sienta motivado y respaldado. Esto incluye la capacitación continua y el empoderamiento del personal, lo que a su vez se refleja en una atención más cálida y comprensiva hacia los pacientes. La comunicación efectiva entre médicos, enfermeras y pacientes (Pabón-Ortíz et al., 2021).

Para crear una cultura de atención sanitaria de alta calidad, es fundamental comprender los elementos clave de la cultura organizacional y considerar cómo fomentarlos. Las visiones de atención de alta calidad deben ser promulgadas no solo por los líderes, sino aplicadas en todos los niveles del sistema de salud. Asimismo, es necesario establecer objetivos claros y desafiantes para mejorar la calidad en todos los niveles. La investigación demuestra que un factor clave de la atención de salud de calidad es la gestión eficaz del personal, fomentando su satisfacción y compromiso a través de un liderazgo supervisor solidario, compasivo, respetuoso y agradecido, junto con prácticas de gestión de recursos humanos adecuadas. El compromiso del personal es mayor en entornos laborales positivos, optimistas y solidarios, con altos niveles de confianza en el liderazgo (West, 2013).

La implementación de una cultura de calidad y humanización en los hospitales enfrenta varios desafíos significativos (Ceballos Casas, 2020). A continuación, se describen los principales obstáculos identificados en la literatura (Pabón-Ortíz et al., 2021):

1. Elevada Burocratización: Los procesos administrativos complejos pueden desviar la atención del personal de salud de las necesidades del paciente, limitando su capacidad para ofrecer una atención cálida y personalizada.
2. Centralización del Poder: La toma de decisiones centralizada puede llevar a que las políticas no reflejen las realidades locales, creando una desconexión entre la administración y el personal clínico, lo que dificulta la adaptación de estrategias humanizadas

3. Exceso de Demanda y Recursos Limitados: La alta demanda de servicios médicos, combinada con recursos limitados, genera una sobrecarga en el personal sanitario, resultando en tiempos de espera prolongados y una atención menos personalizada
4. Rigidez Organizacional: Las estructuras rígidas dentro de las organizaciones hospitalarias pueden obstaculizar la innovación y la incorporación de enfoques más humanizados en la atención
5. Falta de Capacitación en Humanización: Muchos profesionales de salud carecen de formación específica en competencias relacionadas con la empatía y la comunicación efectiva, lo que dificulta ofrecer un cuidado que considere las dimensiones emocionales y sociales del paciente
6. Condiciones Laborales Adversas: El estrés laboral y el síndrome de "burnout" son comunes entre los trabajadores de la salud, afectando su motivación y capacidad para interactuar con los pacientes de manera humanizada
7. Falta de Coordinación Interdisciplinaria: La escasa colaboración entre diferentes servicios y profesionales puede llevar a un enfoque fragmentado en la atención al paciente, resultando en una atención inconsistente y despersonalizada
8. Infraestructura Inadecuada: Las limitaciones en infraestructura y equipamiento también representan un desafío significativo, ya que ambientes poco acogedores pueden afectar negativamente tanto la experiencia del paciente como la del personal

Superar estos desafíos requiere un compromiso integral y decidido por parte de todas las partes interesadas en el sistema de salud, incluyendo líderes, personal médico y administrativo, así como pacientes y sus familias. Solo a través de un esfuerzo colaborativo y sostenido se va a poder crear un entorno que priorice tanto la calidad técnica como la humanización en la atención sanitaria, colocando al paciente en el centro de los cuidados y promoviendo una cultura de respeto, empatía y bienestar para todos los involucrados.

2. Modelos de atención centrados en la persona

Diversas iniciativas y modelos de atención innovadores han surgido para humanizar la práctica sanitaria y colocar al paciente en el centro de la atención, reconociendo su integralidad como ser humano con necesidades biológicas, psicológicas y sociales que deben atenderse simultáneamente. El modelo de atención centrada en la persona surge como respuesta a la fragmentación y despersonalización de los sistemas de salud contemporáneos. Este enfoque considera al paciente como un actor activo en su proceso de cuidado, empoderándolo para tomar decisiones informadas sobre su salud (Cacace & Giménez-Lascano, 2022).

La atención centrada en la persona ha sido reconocida internacionalmente como una dimensión de la atención sanitaria de alta calidad, promovida como una competencia básica de los trabajadores de la salud, un componente clave de la atención primaria y esencial para alcanzar los objetivos de la cobertura sanitaria universal (Giusti et al., 2020).

El cuidado humanizado se basa en principios éticos como la autonomía, la justicia y la beneficencia, así como en valores como la compasión y el respeto. Adoptar este modelo mejora la experiencia del paciente, fortalece la relación terapéutica, aumenta la adherencia a los tratamientos y contribuye a mejores resultados de salud. Este enfoque reconoce la importancia de los contextos socioculturales, lo que permite una atención más pertinente y personalizada. Así, el cuidado humanizado beneficia al paciente y dignifica la práctica profesional.

Los modelos centrados en la persona son fundamentales para la atención humanizada. Estos modelos reconocen al paciente como un participante activo, considerando sus valores, preferencias y necesidades específicas (March, 2017). Adoptar estos modelos promueve mejor adherencia a los tratamientos, al sentirse los pacientes más involucrados y valorados. También permite identificar factores sociales y emocionales que influyen en la salud, favoreciendo intervenciones más efectivas. La humanización del cuidado responde a un imperativo ético: cada persona merece ser tratada con dignidad y respeto (Pabón-Ortiz et al., 2021).

La atención centrada en la persona, centrada en el paciente y centrada en las personas (ACP) encarnan un enfoque que adopta conscientemente las perspectivas de los individuos, las familias y las comunidades, respeta y responde a sus necesidades, valores y preferencias y los ve como participantes en su propia atención médica en lugar de solo beneficiarios.

La implementación de estos modelos requiere un cambio organizacional profundo, con liderazgo comprometido, capacitación del personal y participación activa de pacientes y familias (Vaeza et al., 2020). La atención sanitaria centrada en la persona debe valorar la red social de cada paciente, promover la calidad de vida y los objetivos personales (no sólo la mejora del estado de salud) e implementar reformas estructurales para mejorar la experiencia de los pacientes al interactuar con el sistema de atención sanitaria (Giusti et al., 2020).

Debido a lo anterior, es que los sistemas de salud deben estructurarse para permitir la disponibilidad y accesibilidad suficientes de trabajadores de la salud y personal de apoyo para que puedan y estén dispuestos a adaptar de manera flexible sus habilidades, comunicación, rutinas o entornos para cada paciente con el objetivo de entregar una atención humanizada centrada en las personas (Giusti et al., 2020).

Respecto a los principales componentes de los modelos de atención centrado en la persona la literatura reconoce 15 dimensiones que son muy relevantes que se estructuran en tres ámbitos relacionados con principios, facilitadores y acciones que se describen a continuación (Scholl et al., 2014):

I. Principios básicos

Características esenciales del clínico:

Las definiciones de la atención centrada en el paciente describen diversas cualidades que debe tener un médico, tales como ser respetuoso, empático, tolerante, honesto, responsable, compasivo y comprometido con el paciente. Además, un médico centrado en el paciente debe ser autorreflexivo y mostrar una autodivulgación apropiada. Estas cualidades deben estar acompañadas de experiencia profesional, compromiso con la práctica basada en la evidencia y conocimiento de las habilidades psicológicas básicas.

Relación médico-paciente:

La literatura analizada destaca que la relación médico-paciente es fundamental para la atención centrada en el paciente, al construir una relación de colaboración. Se subraya la importancia de una relación recíproca, caracterizada por la constancia, la confianza, la conexión, el cuidado mutuo, el conocimiento mutuo, la construcción de una relación positiva, la orientación y la comprensión compartida de los roles y las responsabilidades.

El paciente como persona única:

Otra dimensión clave que surgió del análisis de las definiciones de la atención centrada en el paciente es el reconocimiento de la singularidad de cada individuo. Esto implica conocer en profundidad las necesidades, preferencias, valores, sentimientos, creencias, preocupaciones, ideas y expectativas particulares de cada paciente. También conlleva explorar tanto la enfermedad del paciente como su propia experiencia de la misma, el impacto en sus funciones y su modelo explicativo individual. En consecuencia, este enfoque requiere proporcionar una atención adaptada y personalizada a cada paciente específico.

Perspectiva biopsicosocial:

La dimensión biopsicosocial implica comprender la enfermedad del paciente dentro de un marco más amplio, explorando su contexto biológico, psicológico y social único. Esto significa tratar de comprender a la persona en su totalidad, tanto el contexto próximo como el contexto más distante, y centrarse en la calidad de vida del paciente. En algunas definiciones, esto conlleva que los médicos también se sientan responsables de los aspectos no médicos de los problemas y se involucren en toda la gama de dificultades que plantea el paciente.

II. Facilitadores

Comunicación médico-paciente:

Las definiciones de la comunicación centrada en el paciente incluyen diversos aspectos sobre cómo comunicarse de manera centrada en el paciente. Entre ellos se incluyen las habilidades generales de comunicación, por ejemplo, preparar el terreno, fijar una agenda y priorizar los problemas del paciente. Para entablar una comunicación centrada en el paciente, se puede utilizar una amplia gama de comportamientos verbales y no verbales, como hacer uso de preguntas abiertas, resumir información importante, pedirle al paciente que repita, hacer contacto visual y asentir.

Integración de la atención médica y no médica:

Dentro de las definiciones de atención centrada en el paciente, se destaca la importancia de integrar la atención médica y no médica. Esto implica apoyar terapias integrativas y la medicina complementaria, mostrando sensibilidad hacia las dimensiones no médicas y espirituales de la atención, y ofreciendo servicios de apoyo al paciente.

Trabajo en equipo y formación de equipos:

Esta dimensión reconoce la importancia del trabajo en equipo y la formación de equipos para brindar una atención centrada en el paciente. Es relevante en diferentes niveles, como dentro o entre unidades, departamentos, instituciones de atención médica o entre proveedores de salud. Puede implicar la creación de equipos interdisciplinarios y con múltiples habilidades a través de programas de capacitación y educativos. Los equipos centrados en el paciente se caracterizan por tener una comunicación fluida, respeto y confianza mutuos, valores, objetivos y visiones compartidos, intercambio de información, retroalimentación constructiva, responsabilidades equitativamente distribuidas, rendición de cuentas y conocimiento de las propias habilidades y prioridades.

Acceso a la atención:

La atención centrada en el paciente también implica proporcionar un acceso adecuado y preferencial a la atención. Esto significa que la atención debe estar convenientemente ubicada y ser accesible de manera oportuna para el paciente. Además, se debe garantizar la accesibilidad a especialistas o servicios especializados cuando se realiza una derivación, y brindar instrucciones claras sobre cuándo y cómo obtener estas derivaciones.

Coordinación y continuidad de la atención:

La revisión de la literatura resaltó la relevancia de centrar la coordinación y continuidad de la atención en el paciente. Esto implica coordinar la atención de primera línea del paciente con los servicios auxiliares y de apoyo, y garantizar la continuidad de la atención a través de la preparación de transiciones entre pacientes hospitalizados y ambulatorios, y la programación de servicios y citas de seguimiento posteriores al alta. Además, esta dimensión incluye el uso de los datos conocidos del paciente para asegurar la continuidad de su atención.

III. Actividades o acciones

Información del paciente:

Esta dimensión resalta la importancia de un intercambio recíproco de conocimientos e información entre el médico y el paciente. El profesional de la salud debe proporcionar información personalizada, mientras que también recaba y respeta las necesidades y preferencias de información del paciente. Algunas definiciones también describen la provisión de recursos y herramientas informativas. Además, se debe alentar activamente al paciente a compartir información.

Participación del paciente en la atención:

Una parte importante del enfoque centrado en el paciente es su participación activa en su propia atención. Las publicaciones más recientes destacan la importancia de animar al paciente a participar activamente en la consulta y a involucrarse en la toma de decisiones sobre su salud. Muchas definiciones subrayan la relevancia de ayudar al paciente a tomar decisiones informadas, respetando sus preferencias sobre su nivel de participación y alentándolo a expresar su opinión sobre la atención recibida.

Implicación de familiares y amigos:

Además de involucrar al paciente en el cuidado, algunas definiciones también describen la participación de familiares y amigos. Esto implica brindarles información e involucrarlos en la toma de decisiones, siempre respetando las preferencias del paciente. Asimismo, estas definiciones incluyen ofrecer apoyo a los cuidadores y reconocer sus necesidades.

Empoderamiento del paciente:

Otro aspecto clave de la atención centrada en el paciente que se destaca en la literatura es el empoderamiento del paciente. Esto implica reconocer la capacidad percibida del paciente para autogestionar aspectos importantes de su enfermedad, y activar y alentar al paciente a asumir la responsabilidad de resolver problemas relacionados con la salud y tomar medidas para mejorar su salud, convirtiéndose así en un experto en el manejo de su estado de salud. También conlleva apoyar la autonomía del paciente ofreciendo programas educativos, activación del paciente e intervenciones de promoción de la salud.

Apoyo físico:

Esta dimensión abarca una serie de acciones que tienen como objetivo garantizar el bienestar físico del paciente. Esto incluye el manejo del dolor, la prestación de asistencia con las actividades y las necesidades de la vida diaria (por ejemplo, alimentos nutritivos y oportunidades de ejercicio durante la estancia hospitalaria) y la garantía de una atención segura (por ejemplo, instalaciones médicas limpias).

Apoyo emocional:

Además del apoyo físico, muchas definiciones de atención centrada en el paciente destacan la importancia del apoyo emocional. Esto puede lograrse al abordar y responder a los problemas emocionales del paciente, prestando atención a su ansiedad sobre su estado físico, tratamiento y pronóstico; la ansiedad sobre el impacto de la enfermedad en él o ella y en la familia; y la ansiedad sobre el impacto financiero de la enfermedad. Otras conductas relacionadas con esta dimensión incluyen la prescripción o recomendación de medicamentos o psicoterapia para mejorar el bienestar del paciente si es necesario, y el manejo de la incertidumbre brindando información y enseñando habilidades para manejar las emociones.



Ver video:

Modelo de atención centrado en la persona. Documental "Una Nueva Mirada" - CRMF de Madrid

<https://www.youtube.com/watch?v=iWNXxUC1agg>

Conclusiones

La consolidación de una cultura de calidad hospitalaria y la humanización de la atención son fundamentales para transformar los sistemas de salud en espacios más éticos, inclusivos y eficaces. Al situar al paciente como un ser integral y protagonista de su propio cuidado, se fomenta una relación médico-paciente basada en el respeto y la empatía, mejorando la adherencia a los tratamientos y los resultados en salud.

Superar los obstáculos identificados, como la burocracia y las condiciones laborales adversas, requiere un compromiso colectivo y sostenido que combine liderazgo visionario, capacitación continua y estructuras organizativas flexibles. Asimismo, los modelos de atención centrados en la persona demuestran ser herramientas poderosas para fomentar una atención más humanizada y personalizada. Solo a través de un esfuerzo colaborativo será posible construir un sistema de salud que valore tanto la calidad técnica como el bienestar emocional de pacientes y profesionales, estableciendo un estándar de atención que refleje los principios más elevados de la ética y la dignidad humana.

Referencias bibliográficas

- Brito, N. T. G., & Carvalho, R. de. (2010). Humanization according to cancer patients with extended hospitalization periods. In *Einstein (São Paulo)* (Vol. 8, Issue 2, p. 221). Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010ao1369>
- Cacace, P. J., & Giménez-Lascano, G. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: Evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. In *Revista Mexicana de Medicina Familiar* (Vol. 9, Issue 2). <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>
- Ceballos Casas, M. A. (2020). Retos y barreras en la implementación del programa de humanización: Una visión desde el líder.
- Giusti, A., Nkhoma, K., Petrus, R., Petersen, I., Gwyther, L., Farrant, L., Venkatapuram, S., & Harding, R. (2020). The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: a systematic review [Review of The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: a systematic review]. *BMJ Global Health*, 5(12). BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003330>
- March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. In *Revista de Calidad Asistencial* (Vol. 32, Issue 5, p. 245). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>
- Pabón-Ortíz, E. M., Mora-Cruz, J. V.-D., Montañez, R. A. C., & Buitrago-Buitrago, C. Y. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. In *Revista Ciencia y Cuidado* (Vol. 18, Issue 1, p. 94). Francisco de Paula Santander University. <https://doi.org/10.22463/17949831.2512>
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis [Review of An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis]. *PLoS ONE*, 9(9). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Souza, C. G. V. M. de, Benute, G. R. G., Moretto, M. L. T., Levin, A. S., Assis, G. R. de, Padoveze, M. C., & Lobo, R. (2020). Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. In *Estudos de Psicologia (Natal)*. Federal University of Rio Grande do Norte. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190028>
- Todres, L., Galvin, K., & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. In *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* (Vol. 4, Issue 2, p. 68). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1080/17482620802646204>
- Vaeza, N. N., Delgado, M. C. M., & Calle, G. H. L. (2020). Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. In *Critical Care Medicine* (Vol. 48, Issue 3, p. 385). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004191>
- West, M. (2013). Creating a culture of high-quality care in health services. In *Global Economics and Management Review* (Vol. 18, Issue 2, p. 40). Elsevier BV. [https://doi.org/10.1016/s2340-1540\(13\)70007-0](https://doi.org/10.1016/s2340-1540(13)70007-0)



Reservados todos los derechos a VASPERCAPACITA. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de VASPERCAPACITA. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.