Acta Bioethica 2024; 30(2): 177-192. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2024000200177

REVISITANDO CONCEPTUALMENTE LA HUMANIZACIÓN Y EL TRATO DIGNO EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Paola Andreucci-Annunziata[1], Augusto Mellado[2], Alejandro Vega-Muñoz[2], Francisco León-Correa[3]

Resumen: El objetivo fue elaborar una revisión sistemática sobre artículos originales de humanización y trato digno en salud desde una perspectiva ética y bioética buscando responder a dos objetivos de investigación: 1) identificar conceptualizaciones fundamentales en humanización y trato digno considerando la perspectiva de los actores involucrados a nivel contextual, institucional, interpersonal y personal; 2) proponer un modelo relacional que permita visualizar dimensiones, agentes y prácticas involucrados en la humanización. Se realizó una búsqueda en la base de datos Web of Science (WoS) guiada por procedimientos bibliométricos y por la metodología PRISMA, y se seleccionó un total de 8 artículos a partir de las categorías WoS de indexación "Ethics" y "Religion," publicados entre 2010 y 2022. Emergieron la ética y la bioética como sustento de la reflexión sobre la humanización y el trato digno en salud; el respeto por la integridad de las personas; la ética relacional, principios éticos asociados, y algunas prácticas institucionales concretas. Se discuten las implicancias de considerar nociones éticas como fundamentos de la humanización y el trato digno en salud, y de la propuesta de un modelo relacional en humanización aplicable a las prácticas de los centros de salud.

Palabras clave: revisión sistemática, humanización, trato digno, ética y bioética, instituciones de salud

Revisiting the Conceptual Aspects of Humanization and Dignified Treatment in Healthcare from an Ethical Perspective: A systematic review of the literature

Abstract: The aim of this study is to conduct a systematic review of original articles focusing on humanization and dignified treatment in healthcare from an ethical and bioethical standpoint, with two specific research objectives: 1. To identify key conceptualizations related to humanization and dignified treatment, taking into account the perspectives of the various stakeholders at contextual, institutional, interpersonal, and personal levels. 2. To propose a relational model that facilitates the visualization of the dimensions, agents, and practices involved in humanization. A systematic search was performed in the Web of Science (WoS) database, following bibliometric procedures and the PRISMA methodology. A total of 8 articles were selected from the WoS indexing categories of "Ethics" and "Religion," published between 2010 and 2022. The analysis revealed that ethics and bioethics play a fundamental role in shaping the discourse on humanization and dignified treatment in healthcare. Key themes included respect for individuals' integrity, relational ethics, associated ethical principles, and concrete institutional practices. The implications of considering ethical notions as foundations for humanization and dignified treatment in healthcare, as well as the proposal of a relational model in humanization applicable to healthcare practices, are discussed.

Keywords: systematic review, humanization, dignified treatment, ethics and bioethics, healthcare institutions

Revisitando conceitualmente a humanização e o tratamento digno em saúde desde uma perspectiva ética: uma revisão sistemática da literatura

Resumo: O objetivo foi elaborar uma revisão sistemática sobre artigos originais de humanização e tratamento digno em saúde desde uma perspectiva ética e bioética, buscando responder a dois objetivos de investigação: 1) identificar conceitualizações fundamentais em humanização e tratamento digno considerando a perspectiva dos atores envolvidos em nível contextual, institucional, interpessoal e pessoal; 2) propor um modelo relacional que permita visualizar dimensões, agentes e práticas envolvidas na humanização. Foi realizado um levantamento na base de dados Web of Science (WoS) guiada por procedimentos bibliométricos e pela metodologia PRISMA. Selecionou-se um total de 8 artigos a partir das categorias WoS de indexação "Ethics" e "Religion", publicados entre 2010 e 2022. A ética e a bioética afloraram como base da reflexão sobre a humanização e tratamento digno em saúde; o respeito pela integridade das pessoas; a ética relacional, princípios éticos associados e algumas práticas institucionais concretas. Discute-se as implicações de se considerar noções éticas como fundamentos da humanização e do tratamento digno em saúde e a proposta de um modelo relacional em humanização aplicável às práticas dos centros de saúde.

Palavras chave: revisão sistemática, humanização, tratamento digno, ética e bioética, instituições de saúde

[1] Escuela de Psicología, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Mayor, Chile. paola.andreucci@umayor.cl, https://orcid.org/0000-0002-4438-0119

[2] Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. Chile.

[3] Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. Chile.

Introducción

La siguiente investigación, con metodología de revisión sistemática, se enmarca en el ámbito de la humanización y el trato digno en los centros de salud —considerando funcionarios, usuarios e institución como un todo— y se pregunta por las nociones ético-conceptuales que los sostienen y promueven. Se sabe que la atención en salud no está exenta de complejidades, supone un proceso dinámico, secuencial y, más de las veces, recursivo, que requiere de un trato humanizado el que no siempre está presente a nivel micro o macro-institucional, dando lugar a diversas situaciones de conflicto relacional carentes de empatía, diligencia, compromiso, acogida, comunicación efectiva y asertiva, sentido de urgencia y/o responsabilidad ética*(1-4)*.

Las prácticas humanizadas en salud, constitutivas de un sistema de atención integral basado en la no maleficencia, el no abandono, la precaución y el bien común*(5)*, interpelan a los servicios de salud, cuya calidad de "servicio" se pone en cuestión. Cada día se enfrentan situaciones que tienden a evidenciar, reproducir e incluso acrecentar prácticas de maltrato pasivo y activo. Desde casi imperceptibles señales de indiferencia hasta sucesos de franca y destemplada violencia, asociados a las barreras impuestas por la institución, al personal de salud, incluso, a los usuarios y familiares que también incurren en situaciones límite, ponen en jaque el respeto mutuo, los protocolos de derechos y deberes, y el logro del bienestar integral*(3,5-7)*.

La dignidad humana, por su parte, se vería vulnerada por prácticas instaladas que requieren de revisión y consideración de la opinión de quienes se perciben en dicha situación de vulnerabilidad. Los alcances y limitaciones que impone su enfermedad o condición, las restricciones a su autonomía y libertad de acción —que implican autodeterminación, confidencialidad y promoción de la competencia y responsabilidad personal, familiar y sociocomunitaria*(5)*—, la extensión de las hospitalizaciones en recintos sanitarios y/o lo invasivo de los procedimientos médicos implementados afectan la calidad de vida, llegando incluso a cuestionar la dignificación de la propia muerte*(5,8-11)* e interpelar, ineludiblemente, a la ética del cuidado desde la empatía terapéutica*(12)*.

Trato digno y ética del cuidado suelen abordarse como nociones que dialogan e incluso se superponen*(13,14)*. Especialmente relevante es el tema de los cuidados para la labor que desarrollan los profesionales de la salud no médicos o paramédicos*(15)*. Si bien necesaria, la noción de "cuidado" podría entrar en algún conflicto con la noción de "autonomía", propia de un trato digno, recíproco, en igualdad humana de condiciones, sin vulneración de derechos y con consentimiento de los procedimientos médicos a realizar, y, por lo tanto, con la capacidad de profundizar, interpelar y debatir con la comunidad médica, e incluso apelar al desistimiento, si se estima pertinente*(5)*.

La desigualdad de condiciones en los saberes técnicos y la jerarquía impuesta por los profesionales de la salud, especialmente del rubro médico, podría atentar abierta o solapadamente con los derechos de los pacientes, poniendo en cuestión el trato digno de un modo más bien implícito. Lo anterior amerita una nueva lectura acerca de la perspectiva asistencial, asistencialismo clínico o paternalismo que se enfrenta a la actual perspectiva de derechos*(5,16,17)*. Un ejemplo de ello son las condiciones asociadas a la discapacidad física y mental, los cuidados vinculados a su adecuado desarrollo y la expectativa de autonomía e independencia de estas personas a lo largo del ciclo de la vida*(18,19)*.

Por otra parte, las condiciones laborales impuestas en los centros de salud a su personal limitan los espacios y horarios del quehacer sanitario, vulnerando una atención efectiva y acorde con el respeto humano. No contar con *boxes* apropiados, instrumental acorde, horarios pertinentes en extensión a la complejidad de la consulta, entre otros, generan malestar en el cuerpo sanitario, alterando sus prácticas y, especialmente, la comunicación afectiva, efectiva y asertiva con sus pacientes, consultantes o usuarios del sistema. Incluso, lo anterior puede devenir en sintomatología asociada al *burnout* en muchos casos, lo que se traduce en un trato poco digno en varios niveles del sistema sanitario*(20-22)*.

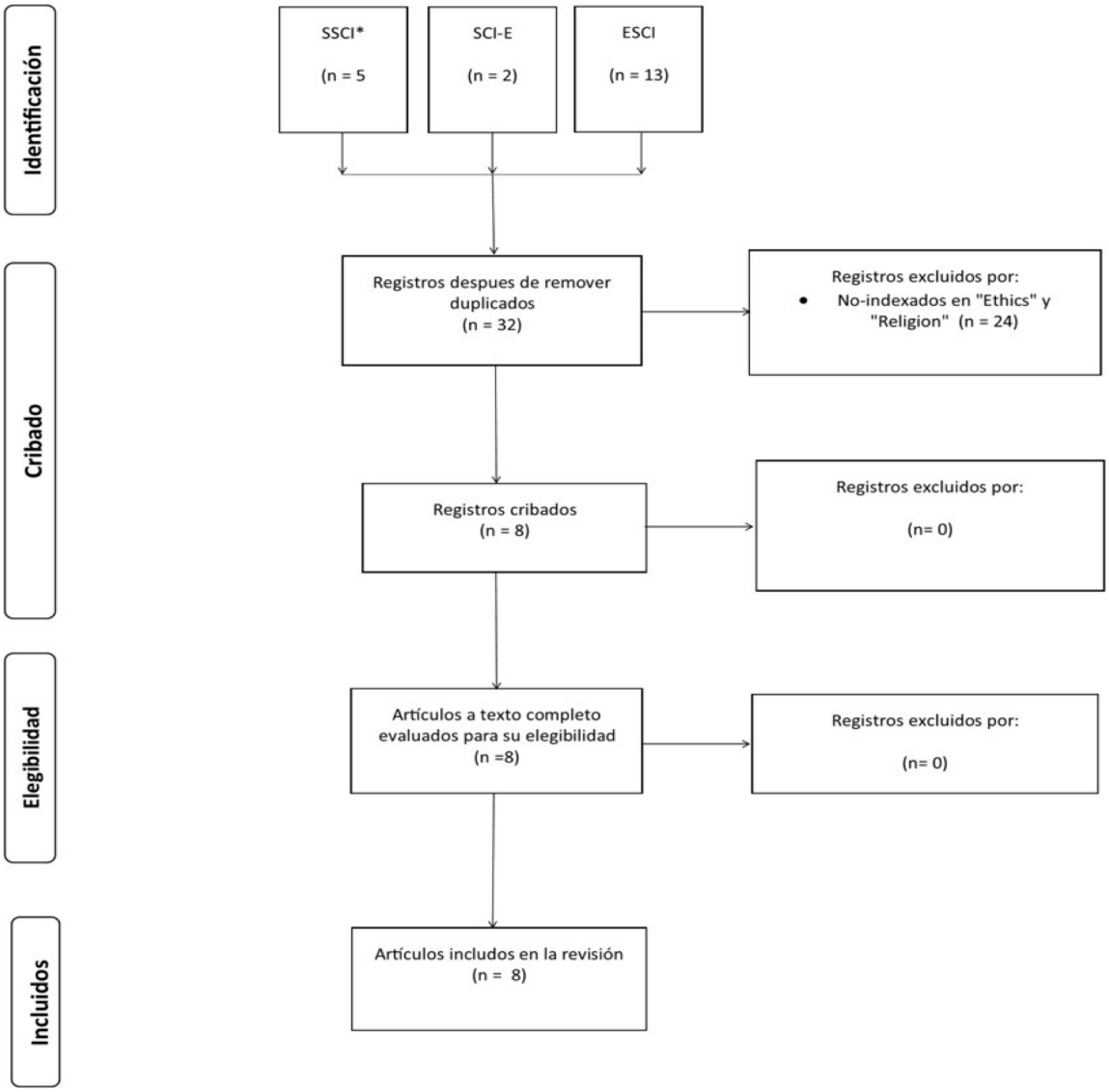


Figura 1: esquema PRISMA de la presente revisión. *SSCI = Social Sciences Citation Index; SCI-E = Science Citation Index Expanded; ESCI = Emerging Sources Citation Index.

¿Cómo influyen estas nociones conceptuales en las prácticas en salud al interior de los recintos sanitarios, considerando beneficiarios, personal de salud y organización institucional?

III. Resultados

La estrategia de búsqueda, sobre la base de la colección central de la Web of Science (WoS), mediante el vector de búsqueda sobre Humanización y Dignidad en Salud: {TS=(health* AND humanization AND digni*)}, realizada con extracción del 6 de abril de 2023, logró un resultado total de 32 documentos sin duplicados (artículos y artículos de revisión). Estos documentos, fueron sometidos a un cribaje de pertinencia, a texto completo, por los investigadores, y a una categorización por indexación de sus revistas de publicación en "Ethics" y "Religion". Así, se pasó de 32 documentos a un subconjunto más específico, como se esquematiza en la figura 1.

Los ocho artículos que se seleccionaron según el esquema PRISMA de la figura 1, se detallan en la tabla 1 al final del artículo.

No desconocemos las propuestas realizadas en el ámbito latinoamericano de una medicina centrada en la persona*(23,24)*, de una medicina narrativa*(25)*, que definen como su objetivo abordar las dimensiones relacionales y psicológicas, que ocurren en conjunto con la enfermedad física, desde la compasión y las experiencias nacidas de una intención de humanizar la atención de salud en nuestros países*(26)*. Son todas iniciativas que llevan a una recuperación y profundización de la ética en la humanización de la salud.

En este sentido, nos proponemos relevar la calidad y empatía de las relaciones humanas involucradas en la humanización, que se establecen entre agentes del sistema durante el diagnóstico y tratamiento específico, para prestar y recibir un servicio consistente con las necesidades de las personas*(27)*. La agudeza empática y la relación entre empatía terapéutica y compasión nos invitan a revisitar también la hospitalidad compasiva en el sufrimiento, la escucha activa y las técnicas de respuesta empática desde una perspectiva humanizadora y sensible al aprendizaje entre agentes*(12)*.

Una perspectiva compleja como la delineada, con profundas implicancias éticas y bioéticas, requiere, a juicio de los autores, formular un primer objetivo para este trabajo, el que consiste en desandar el camino desde las prácticas aisladas y hechos puntuales aplicables a distintos grupos de usuarios, sus cuidadores y personal de salud, hacia las conceptualizaciones en **humanización del trato** que las sostienen y promueven, considerando la perspectiva de los actores involucrados en los niveles contextual, institucional, interpersonal y personal. Al mismo tiempo, como un segundo objetivo, nos parece fundamental avanzar hacia un **modelo relacional** que permita visualizar dimensiones, agentes y prácticas involucradas, con el propósito de monitorear apropiadamente sus desvíos o transgresiones.

Método

Diseño del Estudio

La búsqueda inicial de artículos se realizó mediante procedimientos bibliométricos*(28)*, luego se utilizaron las directrices Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*(29)*.

Estrategia de búsqueda

Se utilizó un conjunto de artículos con base homogénea de citas, apoyándose en la colección central de la Web of Science (WoS), seleccionando artículos publicados en revistas indexadas en esta base de datos a partir de un vector de búsqueda sobre Humanización y Dignidad en Salud: {TS=(health* AND humanization AND digni*)}, sin restringir el periodo de publicación y realizando la extracción el 06 de abril de 2023. Solo se incluyeron los documentos tipificados por WoS como artículos y artículos de revisión.

Criterios de selección

La selección de los documentos se realizó sobre la base de la categoría WoS de indexación, escogiendo los registros indexados en “Ethics” y “Religion”. “Ética” abarca recursos sobre ética normativa, incluidos todos los aspectos de la evaluación de la conducta humana y las relaciones sociales, como la ética empresarial, la ética médica, la ética medioambiental, etc. Y “Religión” incluye recursos sobre las principales religiones del mundo, así como estudios bíblicos, espiritualidad e historia, y sociología de la religión*(30)*.

Selección de estudios y extracción de datos

En el primer paso se eliminaron manualmente los duplicados. A continuación, dos investigadores comprobaron la pertinencia de los títulos y resúmenes de los artículos. Posteriormente, de forma independiente, revisaron los textos completos de los artículos potencialmente elegibles. Cualquier desacuerdo se discutió con un tercer investigador hasta que se alcanzó un consenso.

Preguntas de investigación

Siguiendo a la literatura y privilegiando una óptica relacional, nos preguntamos en esta revisión sistemática por:

¿Cuáles son las conceptualizaciones actualizadas sobre humanización y trato digno que, desde una perspectiva ética, recoge la literatura? ¿Es posible realizar una distinción de dimensiones, ejes y/o ámbitos de aplicación en salud desde una perspectiva relacional?

Se destaca la formación de los primeros autores en universidades confesionales católicas y musulmanas: Pontificia Universidad Católica de Paraná (Congregación de los Hermanos Maristas, Brasil), Pontificia Universidad Javeriana (Compañía de Jesús, Colombia), Pontificia Universidad Urbaniana (Orden de Clérigos Regulares - Teatinos, Italia), Tarbiat Modares University (Universidad de confesión Islámica - Coránica), Universidad Católica Portuguesa (Compañía de Jesús, Portugal), Universidad de Navarra (Prelatura Opus Dei, España). Por otra parte, las revistas en las que se publican los artículos concentran su indexación en Emerging Sources Citation Index, observándose solo en dos artículos publicados en índices que forman parte de Journal Citation Report 2022 y cuentan con un alto prestigio y reconocimiento global*(38)*, en los casos de Acta Bioethica*(34)* y Nursing Ethics*(22)*.

Las dimensiones y disposiciones presentadas en la tabla 2 (al final del artículo) permiten reconocer la ética y bioética como sustento de la reflexión sobre la humanización y el trato digno en salud*(31,32,34,35)*, el respeto por la integridad de las personas, ética relacional y principios éticos asociados*(22,31,32-34,36,37)*, y prácticas institucionales concretas para la atención humanizada en salud*(31,32,34,35)*.

IV. Discusión

La presente revisión sistemática ofrece una perspectiva general de las referencias éticas y bioéticas presentes en conceptualizaciones, discusiones, revisiones, propuestas y estudios contemporáneos sobre la humanización y el trato digno en salud. La revisión incluyó 8 artículos originales publicados entre 2010 y 2022, que cubrieron temáticas diversas, entre ellas, la acreditación en salud, la conformación de comités de ética, la promoción de acciones específicas humanizadoras por parte de los equipos de salud, la práctica de la enfermería humanística en unidades de cuidados críticos, los cuidados paliativos y el acompañamiento, soluciones para enfrentar dificultades entre profesionales de la salud y pacientes, y la espiritualidad de los profesionales de la salud. Estas temáticas han sido tratadas en revistas especializadas del área de la ética, incluyendo la *Revista Colombiana de Bioética*, *Nursing Ethics*, *Cuadernos de Bioética*, *Acta Bioethica* y *Estudios Teológicos*.

De los artículos seleccionados se puede reconocer que la humanización ha resurgido como una forma de evidenciar y contrarrestar consecuencias no deseadas de las prácticas tecnificadas y cientificistas en salud que, si bien han otorgado beneficios a la disciplina médica y asistencial, al mismo tiempo han provocado efectos deshumanizadores. La puesta en marcha o la recuperación de la humanización, en este sentido, debería estar basada en el respeto de los derechos y la dignidad de las personas, en la promoción de acciones y obligaciones éticas y principios bioéticos que centren sus propuestas en el valor, integridad y el cuidado de los pacientes.

Los artículos también resaltan las consecuencias de la atención humanizada, afirmando el sentido de la vida humana, apoyando la sensación de amparo y la conexión interpersonal entre profesionales, usuarios y familiares, en el contexto de instituciones que actúan en situaciones en que las personas que requieren de su acogida, protección y asistencia pueden encontrarse (se encuentran) en un estado importante de vulnerabilidad.

IV.1. Ética y bioética como sustento de la reflexión sobre la humanización y el trato digno en salud

Algunos autores de los artículos incluidos en esta revisión sostienen que la humanización en salud necesita articularse desde un análisis sistemático y crítico del actuar de las instituciones y de los profesionales de salud, en el contexto de la interacción ineludible con los usuarios. El referente de esta reflexión constante estaría situado en el imperativo ético de la atención integral (y no solo técnico científico) hacia las personas*(34)* en tanto seres humanos, ya que la ética y moral son considerados valores humanos irrenunciables y la bioética un pilar de reflexión ética y moral que permitiría no solo hacer una reflexión integrada en este ámbito, sino también servir de punto de conexión entre distintas dimensiones prácticas*(31,32)*. La ética entonces puede sostener y conectar distintos ámbitos de lo humano, incluyendo la espiritualidad, en función de la atención y disposición hacia alguien que es semejante y se define más allá de relaciones asimétricas de poder, entre otros aspectos

que necesitan considerarse en este tipo de interacciones profesionales. La centralidad de la persona humana y su valor *per se* motivarían la reflexión bioética*(35)* en el campo de la salud, precisamente porque allí los intercambios interpersonales se establecen en solicitud de un ser humano en estado vulnerable, que es todo el tiempo digno, hacia otro ser humano que se encuentra en una posición de mayor poder y saber, en términos foucaultianos, que, suponiendo unas competencias técnicas adecuadas, no debe subestimar la calidad de esta dignidad y, por tanto, la igualdad intrínseca entre ellos y quienes están solicitando su ayuda.

IV.II. Respeto por la integridad de las personas, ética relacional, y principios éticos asociados

La forma en que la reflexión ética se traduce en principios posibles de poner en práctica y actualizar constantemente define la capacidad de acción de los profesionales de la salud en sus particulares contextos. Posiblemente, una forma de respaldar la coherencia y aplicabilidad de estas acciones sea integrando a esta reflexión una perspectiva ético-relacional. Salvaguardar la integridad de las personas requiere que las reflexiones ética y bioética se concreticen en acciones dirigidas hacia la protección de la vida, el bienestar y la salud*(31,32)*, dentro de un mundo de relaciones que va definiendo momento a momento una unicidad dinámica entre las distintas personas interactuantes, desplegada en y a través del lenguaje y la comunicación*(39)*. Esta comprensión de la ética como una actividad multidisciplinar relacional puede resultar influyente y validante frente a lo que los autores de esta revisión resaltan como uno de los criterios fundamentales de la humanización en salud, entre ellos, el respeto de los derechos de las personas*(33)*, la naturaleza moral y existencial de los seres humanos*(22)* e incluso su espiritualidad, religiosidad y trascendencia*(36)*. Por último, dicha comprensión puede permitir una relectura integradora de los cinco principios bioéticos que Wunsch & Souza*(37)* citan en su trabajo: 1. Respeto a la autonomía que determina la voluntad del paciente en sus elecciones; 2. Beneficencia, por el deber moral de considerar el máximo beneficio para el paciente; 3. Justicia, en el sentido de priorizar la equidad; 4. Protección de las personas vulnerables y la reducción de las desigualdades, y 5. Principio de no maleficencia, en el sentido de evitar daños. Dicha integración, entonces, permitiría que la reflexión sobre humanización pueda comprometer principios éticos considerando a la propia persona que hace la reflexión y aplica los principios, ya que no podría hacerlo coherentemente sin involucrarse de forma activa en sus consecuencias subjetivas e intersubjetivas. Desde esta perspectiva, el agente que reflexiona sobre su propio dolor no pierde su condición propiamente humana; a través de la herida, no solo sana en términos integrales, sino que exhibe sus derechos y posibilidades resilientes de avanzar éticamente en la comprensión activa de sí mismo y el mundo que le rodea*(34)*.

IV.III. Prácticas institucionales concretas para la atención humanizada en salud

Humanizar las prácticas institucionales y las instituciones mismas en salud*(32)* supondría repensar los servicios asistenciales desde una perspectiva no meramente técnica, sino que ética y bioética con foco en lo social y relacional. Toda práctica humanizadora requiere retornar sobre sí misma y revisar los principios, lineamientos y especialmente los valores que la sustentan y propician*(5)*.

Si se pretende que los centros asistenciales brinden calidad y calidez, respetando en su completitud e integridad los derechos humanos de usuarios y funcionarios*(34)*, entonces, los sistemas de acreditación en salud requieren considerar las prácticas humanizadoras y el trato digno como criterios éticos sustanciales y no meramente accesorios*(31)*. En términos concretos, evaluar la atención centrada en el paciente, con un trato digno respetuoso y empático, relevando la calidad del trato del usuario con instrumentos que se focalicen en los cuidados y la atención pertinente y oportuna en espacio-tiempo-lugar, debiera lograr protagonismo e insertarse como una práctica regular y sistemática en centros asistenciales tanto públicos como privados*(5,32)*.

Por su parte, los funcionarios insertos en equipos de salud requieren contar con condiciones laborales favorables que, en respeto de sus derechos fundamentales, les posibiliten realizar su labor clínica y de cuidados en un ambiente físico, social y cultural que les facilite tomar conciencia y resguardo de su quehacer más allá de lo tecnocrático*(35)*. El

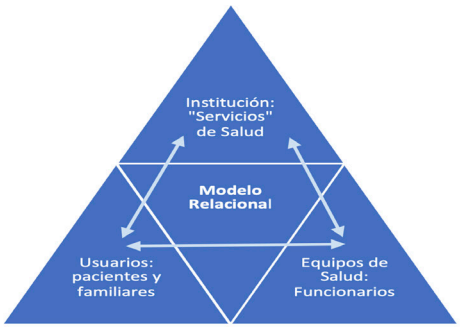


Figura 2: Modelo relacional en humanización en salud. Elaboración propia.

nivel de satisfacción de los equipos de salud está vinculado con la atención a los riesgos psicosociales de su labor y con la relación laboral que establecen con sus empleadores. Estas dimensiones inciden en el vínculo relacional que establecen con los usuarios, pacientes o enfermos del servicio de salud, y, por lo tanto, se requiere de instrumentos que las evalúen, aportando a su visibilización, toma de conciencia y aporte sustantivo a la certificación y acreditación de este tipo de servicios*(40)*.

Finalmente, ha quedado en evidencia en esta revisión sistemática de la literatura que las prácticas humanizadoras requieren de la concurrencia de los tres agentes relevantes en salud: los usuarios, los funcionarios y la institución como un todo. Sin uno de ellos, la visión de la problemática enfrentada se reduce a cuestiones individuales, autogestionadas y/o desligadas unas de otras, jibarizando la óptica comprensiva y no aportando a una visión sistémico-relacional de la humanización en salud. En este sentido, nuestra propuesta se configura como señala la figura 2:

El modelo relacional propuesto se articula en y por:

El vínculo recíproco entre usuarios, pacientes y familiares del sistema sanitario con los equipos de salud y funcionarios, en el mutuo reconocimiento a sus derechos humanos, trato digno y valores humanizadores.

El vínculo de usuarios y funcionarios con la institución o centro de salud en lo referente a sus condiciones de acceso, familiaridad, respeto de lineamientos laborales, administrativos, de cuidados y propiamente simbólicos de acogida, seguimiento y evaluación empática.

El vínculo de la institución, en sus dimensiones conceptuales, procedimentales y actitudinales, además de las propiamente físicas y administrativas, con sus respectivos equipos de salud y usuarios del sistema, a modo de un paraguas que resguarda la integridad del trato humanizado entre unos y otros.

Limitaciones

Retomando los objetivos de este estudio, podemos estar ciertos de haber avanzado en formular un modelo relacional de la humanización en salud, considerando los agentes involucrados y sus prácticas específicas. La elección de los artículos seleccionados en esta revisión permitió profundizar en dimensiones conceptuales y procedimentales desde una óptica ética y bioética en humanización y bienestar integral en salud*(3,6,7)*, no obstante, no logramos del todo ahondar en los bordes contextuales y culturales que respaldan y promueven este tipo de prácticas. El propósito de universalización de las prácticas humanizadas en salud, a juicio de los autores de este trabajo, requiere de, a lo menos, contar con una diversidad de información teórica — y especialmente empírica— que permita deslindar: (a) tipo específico de práctica sanitaria implementada (Ej. práctica obstétrica); (b) anclaje cultural de la práctica implementada (Ej. prácticas chamánicas indígenas); (c) relación intercultural de la práctica en consideración de variables etarias, de etnia, de género, de condición o situación particular, entre otras (Ej. prácticas de curación en personas mayores de sexo no conforme implementadas por enfermeras jóvenes).

Afirmamos, no obstante lo anterior, que la focalización en las reflexiones éticas relacionales y bioéticas sociales es el camino para revisitar conceptualmente la humanización en salud y el trato digno*(13,14)* como gravitante en las condiciones de prevención, promoción, atención y rehabilitación en salud de la población.

V. Conclusiones

La necesidad de orientar prácticas humanizadoras en la atención en salud parece haberse acentuado en el último tiempo*(3,6,7)*. En el marco de la implementación del Modelo de Servicios de Salud Integrados y Humanizados del año 2007, impulsado por el Ministerio de Salud de Chile, uno de los pocos estudios sobre la atención humanizada durante el parto, realizado en uno de los principales hospitales del Sistema Nacional de Salud en Santiago de Chile, concluyó que existe una asimetría entre la perspectiva de profesionales y usuarias respecto de la integridad de su atención, ya que las profesionales consideraban dar un trato preocupado y humanizado a las usuarias, mientras que éstas señalaron que las matronas y obstetras estaban muy bien calificadas técnicamente, pero que recibieron un trato personal inadecuado de su parte*(41)*. Un análisis documental en el mismo campo destacó que la práctica obstétrica desarrollada desde una perspectiva intervencionista, tecnificada y mecanizada vulnera principios bioéticos fundamentales, sobre todo respecto de la corporalidad femenina, y se sitúa en contraposición con abordajes humanizadores*(42)*, conclusión similar a la que arribó la revisión bibliográfica realizada por Parada y Olivares*(33)* seleccionada en este trabajo, que comprobó que en las prácticas asistenciales desarrolladas durante el trabajo de parto no se aplicaban principios bioéticos que promovieran la humanización y el respeto por la dignidad humana. Dichos ejemplos son paradigmáticos a las dimensiones relacionales (relaciones profesional-usuaria, madre-bebé, profesionales-madre-bebé-familiares) presentes en las intervenciones en salud, y parecen dar cuenta de una escisión entre los elementos técnicos —profesionales e institucionales—, por un lado, y la integridad de la vida humana por otro. Los artículos revisados, a pesar de su heterogeneidad, destacan la preponderancia de las reflexiones éticas y bioéticas para sostener la construcción de conceptos y nociones teórico-prácticas que puedan aplicarse en el ámbito de la humanización en la atención en salud. El desafío entonces consiste en introducir estas reflexiones y otorgarles líneas de acción basadas en principios bioéticos, éticos y ético-relacionales, que puedan traducirse en prácticas institucionales concretas en las respectivas áreas disciplinares médicas y asistenciales*(43,44)*.

Agradecimientos

Agradecemos el pago del cargo por procesamiento del artículo (APC) al Instituto de investigación y postgrado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile (Código: ACD 219201).

Referencias

1. Didier A, Dzemaili S, Perrenoud B, et al. Patients' perspectives on interprofessional collaboration between health care professionals during hospitalization: A qualitative systematic review. *JBI Evid. Synth.* 2020 Jun; 18(6): 1208-1270.
2. Gareau S, de Oliveira ÉM, Gallani MC. Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. *JBI Evid. Synth.* 2022 Feb; 20(2): 647-657.
3. Henao-Castaño AM, Vergara-Escobar OJ, Gómez-Ramírez OJ. (2021). Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Rev. Cienc. Cuidad.* 2021 Sep; 18(3): 84-95.
4. Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Prevalencia de violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. *Rev. Méd. Chile* 2018 Jun; 146(6): 727-736.
5. León FJ. Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud. Una mirada bioética. *Rev. Méd. Chile* 2012 Nov; 140(11): 1490-1494.
6. Baró S. Humanización de las prácticas de salud. Una revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud. *Calid. Vida Salud* 2020 Jul; 13(Esp.): 18-29.
7. Busch IM, Moretti F, Travaini G, et al. Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient* 2019 Oct; 12(5): 461-474.
8. Di Lorenzo R, Cabri G, Carretti E, et al. A preliminary study of Patient Dignity Inventory validation among patients hospitalized in an acute psychiatric ward. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017 Jan 23; 13: 177-190.
9. Li YC, Wang HH, Ho CH. Validity and reliability of the Mandarin version of Patient Dignity Inventory (PDI-MV) in cancer patients. *PloS one* 2018 Sep 6; 13(9): e0203111.
10. Rueda FEG. Derecho a morir dignamente. *Universitas M*édica 2015 abril-junio; 56(2): 178-185.
11. Rueda FEG, Rubiano, MAM. Perspectivas sobre dignidad y autonomía. Relatos de tres personas cercanas al final de la vida. *Universitas M*édica 2022 Nov; 63(4): 1-5.
12. Bermejo JC. *Empatía terapéutica: la compasión del sanador herido*. Madrid, España: Desclée de Brouwer; 2012.
13. Burrows J, Echeverría B, Goic G, et al. Organizing health care: an ethical perspective. *Rev Med Chile* 2013 Jun; 141(6): 780-786.
14. Wahlbrinck IF, Duso Pacheco LM. University extension: the possibility of a liberating praxis by the ethics of care. R*evista Eletronica Em Gestao Educacao e Tecnologia Ambiental* 2015; 19(4): 61-69.
15. Ahmed FR, Saifan AR, Dias JM, et al. Level and predictors of caring behaviours of critical care nurses. *BMC nursing* 2022 Dec; *21*(1): 341.
16. Mujica-Johnson FN, Arduiz NDCO. Educar el respeto a la dignidad humana: Un valor fundamental para promover los derechos humanos. *REduca* 2021 Mar; 4(1): 1-13.
17. Pérez-Rojo G, López J, Noriega C, et al. Validation of the professional good care scale in nursing homes (GCS-NH). *BMC geriatrics* 2021 Apr; 21: 1-9.
18. Clark L, Canary HE, McDougle K, et al. Family sense-making after a Down syndrome diagnosis. *Qual Health Res* 2020 Oct; 30(12): 1783-1797.
19. Geuze L, Goossensen A. Parents caring for children with normal life span threatening disabilities: A narrative review of literature. *Scand J Caring Sci* 2019 Dec; 33(2): 279-297.
20. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, et al. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* 2020 Jun; 18: 41.
21. Membrive-Jiménez MJ, Pradas-Hernández L, Suleiman-Martos N, et al. Burnout in nursing managers: a systematic review and meta-analysis of related factors, levels and prevalence. *Int J Environ Res Public Health* 2020 Jun; 17(11): 3983.
22. Asl SM, Khademi M, Mohammadi E. The influential factors in humanistic critical care nursing. *Nurs Ethics* 2022 May; 29(3): 608-620.
23. Rosas Jiménez CA. Medicina narrativa: el paciente como "texto", objeto y sujeto de la compasión. *Acta Bioethica* 2017 Jul; 23(2): 351-359. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200351
24. Appleyard WJ, Christodoulou GN, León-Correa FJ. (2023). Human Rights, Ethics and Values in Person Centered Medicine. In: Mezzich JE, Appleyard WJ, Glare P, Snaedal J, Wilson CR. (eds.), *Person Centered Medicine*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-17650-0_4
25. Mezzich JE, Perales S. Atención clínica centrada en la persona: principios y estrategias. *Rev Peru Med Exp Salud P*ú*blica* 2016 Oct-Dec; 33(4): 794-800.
26. González Blasco P, et al. Modelos para construir la Medicina Centrada en la Persona. En: León Correa FJ, González Blasco P, (Coord.), *La humanización de la salud y el humanismo médico en Latinoamérica*. Santiago: FELAIBE, SOBRAMFA y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile; 1998: 53-57.

27. World Health Organization. *Humanity, empathy and autonomy: Italian study on how to "humanize" health-care systems.* Cited 2023, April. https://www.who.int/europe/news/item/25-02-2021-humanity-empathy-and-autonomy-italian-study-on-how-to-humanize-health-care-systems
28. Porter AL, Kongthon A, Lu, JC. Research profiling: Improving the literature review. *Scientometrics* 2002 Mar; 53: 351-370.
29. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021 Mar; 372: 71.
30. Clarivate. *Master Journal List. Categories & Collections (Scope Notes).* Cited 2023, April. https://mjl.clarivate.com/help-center.
31. Andino CA. La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Rev Colomb Bioet.* 2018 Jul – Dic; 13(2): 68-86.
32. Andino CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Rev Colomb Bioet.* 2015 Oct; 10(1): 38-64.
33. Parada DA, Olivares PE. Humanización del cuidado durante el encuentro madre-recién nacido: una responsabilidad ética del equipo de salud. *Rev Colomb Bioet.* 2015 En-Jun; 10(1), 134-147.
34. García E. Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritual. *Cuad Bioet.* 2020 May-Aug; 31(102): 203-222.
35. Da Silva ECC, Ramos DLP. Transcultural Interaction in Health Services. *Acta Bioethica* 2010 Jan; 16(2): 180-190.
36. Gomes C, Borges R. Bioethics and spirituality at the end of life. *Cuad Bioet.* 2020 Jan-Apr; 31(101): 13-18.
37. Wunsch VL, Souz, W. Bioethical references in the interface of palliative care: looking at the patient's family in times of the COVID-19 pandemic. *Estudos Teologicos* 2022; 62(1): 141-160.
38. Repiso R, Torres-Salinas D. Características e implicaciones de la base de datos Emerging Sources Citation Index (Thomson Reuters): las revistas en estado transitorio. *ThinKEPI* 2016 May; 10: 234-236.
39. Marková I. Ethics in Sociocultural Psychologies. In: Bo Allesøe (Ed.), *The Second Cognitive Revolution: A Tribute to Rom Harré* (Theory and History in the Human and Social Sciences). Cham, Switzerland: Springer; 2019.
40. Pérez-Fuentes MDC, Herera-Peco I, Molero Jurado MD, et al. The development and validation of the healthcare professional humanization scale (HUMAS) for nursing. *Int J Environ Res Public Health* 2019 Oct; 16(20): 3999.
41. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery* 2016 Apr; 29(10): 1151-1157.
42. Hernández Garré JM, Echevarría Pérez P, Gomariz Sandoval MJ. ¿Némesis obstétrica o disminución del riesgo? A debate bioético el abordaje intervencionista en los partos de bajo riesgo. *Acta Bioethica* 2017 Jun; 23(1): 161-170.
43. Kuehlmeyer K, Jansky B, Mertz M, Marckmann G. Transformative medical ethics: A framework for changing practice according to normative-ethical requirements. *Bioethics* 2013 Jun; 13185 (Acceso temprano).
44. Schleidgen S, Kremling A, Mertz M, Kuehlmeyer K, Inthorn J, Haltaufderheide J. How to derive ethically appropriate recommendations for action? A methodology for applied ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2023 Jun; 26(2): 175-184.

Recibido: 20 de julio de 2023
Aceptado: 8 de enero de 2024

Tabla 1. Características generales de los artículos seleccionados.

ID	Autores	Trayectoria del primer autor	Año de publicación	Revista	Categorías de la Revista en WoS	Índice Web of Science
RHD01	Andino, C.A.*(31)*	Magíster en Bioética (Universidad El Bosque, Colombia, 2020) Magíster en Teología (2015), Licenciado (2015) y Bachiller (2010) (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)	2018	Rev. Colomb. Bioet.	Ethics	Emerging Sources Citation Index (ESCI)
RHD02	Andino, C.A.*(32)*	Magíster en Bioética (Universidad El Bosque, Colombia, 2020) Magíster en Teología (2015), Licenciado (2015) y Bachiller (2010) (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)	2015	Rev. Colomb. Bioet.	Ethics	Emerging Sources Citation Index (ESCI)
RHD03	Parada, D.A.; Olivares, P.E.*(33)*	Enfermera, Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia)	2015	Rev. Colomb. Bioet.	Ethics	Emerging Sources Citation Index (ESCI)
RHD04	Asl, S.M*.; Khademi, M.; Mohammadi, E.*(22)*	Doctor en Enfermería (Tarbiat Modares University, Iran, 2013), Magíster en Enfermería (Isfahan Medical University, Iran, 2004) Profesor Adjunto Facultad de Enfermería y Obstetricia e Investigador del Centro de investigación sobre determinantes Sociales de la Salud, Lorestan University of Medical Sciences (Iran)	2022	Nurs. Ethics	Ethics; Nursing	Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED); Social Science Citation Index (SSCI). JIF 2022 Q1.

RHD05	García, E.*(34)*	Doctor en Teología Moral (2006) y Máster en Bioética (2010) (Universidad de Navarra, España). Profesor de Bioética en las Facultades de Medicina y Enfermería, e Investigador Principal del Grupo de Investigación en Bioética de la Universidad CEU Cardenal Herrera, España. (2008 -).	2020	Cuad. Bioet.	Ethics	Emerging Sources Citation Index (ESCI)
RHD06	Camillo, E. C.; de Paula, D.*(35)*	Doctora en Ciencias Odontológicas, Odontología Social (Universidad de São Paulo, Brasil). Máster en Filosofía Social de la Movilidad Humana (Pontificia Universidad Urbaniana, Italia, 2002).	2010	Acta Bioet.	Ethics; Medical Ethics; Social Sciences, Biomedical	Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED); Social Science Citation Index (SSCI). JIF 2022 Q4.
RHD07	Gomes, C.; Borges, R. D.*(36)*	Doctor Bioética (2012) y Licenciado en Teología (2003) (Universidad Católica Portuguesa).	2020	Cuad. Bioet.	Ethics	Emerging Sources Citation Index (ESCI)
RHD08	Wunsch, V. L.; Souza, W.*(37)*	Máster en Bioética (2018) y Licenciada en Teología (2016) (Pontificia Universidad Católica de Paraná, Brasil). Miembro del Grupo de Investigación en Bioética, Humanización y Salud (BIOHCS), Pontificia Universidad Católica de Paraná.	2022	Estud. Teol.	Religion	Emerging Sources Citation Index (ESCI)

* Dada la no disponibilidad de antecedentes más específicos de la coautora S.M. Asl, se han declarado los antecedentes del autor de correspondencia: M. Khademi.

Tabla 2. Dimensiones y disposiciones en humanización encontradas en los artículos revisados

ID	**Define Humanización y cómo**	**Conceptos Auxiliares**	**Procedimentaliza mediante:**	**Grupo de estudio**	**Dimensiones**	**Disposiciones**
RHD01	Operacionalmente (mediante componentes y dimensiones), Respuesta al problema de Deshumanización	Moral	Acreditación en Salud	Profesionales de salud	Humanización; Deshumanización; Dignidad; Respeto por la persona y sus derechos; Bioética; Cuidado de la Salud	Reflexión Dialógica para el discernimiento disciplinar de unidad ética y moral como valores humanos irrenunciables.
RHD02	Respuesta al problema de la deshumanización de las instituciones.	Dignidad humana	Comités de Bioética	Centros Asistenciales	Bioética como puente que une Ciencia y Humanismo; Principios Éticos de Dignidad; Salud, Enfermedad; Calidad de Vida; Protección a la Vulnerabilidad.	1.Bioética como referente de reflexión ética y moral. 2.Comprensión e Interpretación para la Humanización de los servicios asistenciales en salud. 3.Comprensión integral del ser humano. 4.Resignificado del sentido de la existencia humana y su dignificación.5. Salvaguardar la vida, el bienestar y la salud.6. Corporalidad, vulnerabilidad y finitud.

RHD03	No, pero la asocia con respeto de los derechos, promoción de acciones y obligaciones éticas y principios bioéticos en beneficio de las personas	Respeto por la dignidad humana	Promoción de acciones específicas por parte de los equipos de salud	Revisión sistemática (sin PRISMA) en humanización del cuidado en la relación madre-recién nacido	Respeto de los derechos de las personas (por ejemplo, intimidad, dignidad, tomar decisiones libres e informadas, autonomía); obligaciones éticas y principios bioéticos (la búsqueda del bien, basado en la evidencia, evitar las violaciones de derechos, evitar relaciones paternalistas, disminución de intervenciones dañinas)	Promoción de acciones por parte del equipo de salud (acciones que mejoran la calidad de vida en general; acciones que facilitan la interacción funcionarios / usuarios; acciones que facilitan la toma de decisiones de los usuarios), y promoción de intervenciones multidisciplinarias
RHD04	La atención humanizada tiene consecuencias generalizadas, como afirmar la dignidad de los pacientes, apoyar su sensación de amparo, así como lograr conexión interpersonal, afirmar el sentido de la vida, y el cuidado de su integridad personal.	Dignidad humana; compromiso moral; calidad del cuidado en salud	Práctica de enfermería humanística en unidades de cuidados críticos.	Enfermeras y pacientes de unidades de cuidados críticos, y unidades de cuidados intensivos	Dignidad humana, empatía y compromiso	Aspectos que favorecen la enfermería humanizadora basados en la investigación cualitativa: Naturaleza moral, educativa y existencial de los dos seres humanos implicados en la interacción; Mantenimiento de la dignidad de las enfermeras; Interacciones en el contexto cultural y social.

RHD05	Imperativo ético – una obligación natural- que exige que la misión sanitaria no quede cumplida limitándose solo a curar, a paliar y a salvar el mayor número de vidas. El centro de la asistencia y el cuidado son los y las pacientes.	Espiritualidad, cuidados espirituales	Cuidados paliativos y acompañamiento a los y las pacientes	Personas que fallecen en instituciones de salud durante la pandemia covid-19	Individualidad (vs agrupación estadística), autonomía, afecto como una forma de aumentar las probabilidades de curación, necesidad de escuchar, identidad humana, contacto físico como nexo, dignidad humana, fragilidad	Acompañamiento, compasión y obligaciones éticas hacia los y las pacientes
RHD06	No. La persona humana tiene una centralidad y un valor per se que debe ser incorporado en la reflexión bioética.	Ética y bioética relacionadas	Soluciones para enfrentar dificultades entre profesionales de la salud y pacientes (reconocimiento de los propios prejuicios, recepción a la alteridad, respeto por la cultura distinta).	Interacción entre profesionales de la salud y pacientes extranjeros	Se consideran a partir de las dimensiones éticas y bioéticas propuestas (dignidad de la persona, valor de la vida humana, recepción a la alteridad, escucha activa y comprensión)	Soluciones para enfrentar problemas en la relación profesional de la salud - paciente, en un marco ético y bioético, dentro de un contexto transcultural.
RHD07	No	Espiritualidad, religiosidad, trascendencia	Requisito de espiritualidad del profesional de la salud			

RHD08	No. Considera el ámbito humanizador de la salud orientado a la solidaridad, compasión, acogida, protección, defensa y preservación de la integridad humana ante la vulnerabilidad de la vida, reconociendo los derechos de los y las pacientes.	Nociones de Bioética Personalizada Teorías de las Referencias.	Filosofía de los cuidados paliativos. Aplicación de dimensiones bioéticas en salud y normas morales en la práctica médica.	Pacientes en instituciones de salud durante la pandemia covid-19.	Cuidado humanizado (dignidad, autonomía, respeto a través de un cuidado ético y responsable, igualdad de derechos, derecho a la información, escucha atenta, apoyo, compasión, empatía, integridad, individualidad, confianza, comunicación e información sobre la enfermedad y acompañamiento de la pérdida).	Bioética en salud (dignidad de la especie humana / dignidad humana ante vulnerabilidad, protección de la vida y salud humana, protección de las futuras generaciones, autonomía de los seres humanos, cinco principios bioéticos: 1. Respeto a la autonomía que determina la voluntad del paciente en sus elecciones; 2. Beneficencia, por el deber moral de considerar el máximo beneficio para el paciente; 3. Justicia, en el sentido de priorizar la equidad; 4. Protección de los vulnerables y la reducción de las desigualdades, y 5. Principio de no maleficencia, en el sentido de evitar daños).