Volumen 23
Número 1

Enero-junio de 2021

e-ISSN 2027-7970

REVISTA

INVESTIGACIONES EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD

Alcaldía de Bogotá

Contenido

Editorial 3

Artículo de investigación original

Conocimientos, prácticas y prevalencia de uso de medidas de protección adecuada frente a la radiación ultravioleta en habitantes de Bogotá D.C. (2013-2018) 4

Artículo de revisión

Plan de Atención de Enfermería (PAE) en personas con infección por SARS-COV-2: revisión narrativa 14

La humanización como parte de la atención integral al paciente: revisión narrativa 25

Investigaciones en Seguridad Social y Salud
Investig.seg.soc.salud
Volumen 23 (1)
Enero-junio de 2021
e- ISSN 2027-7970

Claudia Nayibe López Hernández
Alcaldesa Mayor de Bogotá

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Carlos Bolívar López
Subsecretario de Planeación Sectorial

Cristina de los Ángeles Losada
Directora de Planeación Sectorial

Solángel García-Ruiz TO. MSc
Editora

Rosa Nubia Malambo Martínez. OD MSc
Luisa Fernanda Beltrán Enciso. COM.
Jenniffer Sirley Palacio Mateus. Tnlgo.
Coordinación Editorial

Comité Editorial
Alexandra Pava Cárdenas. Nutricionista PhD
(Universidad Javeriana Cali)
Luis Jorge Hernández. Médico PhD
(Universidad de los Andes)
Israel Cruz Velandia. Fisioterapeuta PhD
(Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario) †
Fátima Corrêa Oliver. Terapeuta Ocupacional PhD.
(Universidad de São Paulo - Brasil)

Comité Científico
Carlos Alberto Marín Correa. Médico PhD
(Instituto Nacional de Salud)
Sara Yaneth Fernández Moreno. Trabajadora Social Phd
(Universidad de Antioquía)
Yazmín Adriana Puerto Mojica. Terapeuta Ocupacional MSc.Phd en curso
(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá)
Álvaro Valbuena Barrera. Médico. Anestesiólogo. Phd en curso
(Subred Integrada de Servicios de Salud Sur)
Luis Antonio Morales Muñoz. Médico. Ing de Sistemas. Msc. Phd en curso
(Universidad El Bosque)
Alejandro Guajardo Córdoba. Terapeuta Ocupacional Msc.
(Universidad Santiago de Chile)

Editores Asociados
Erwin Hernando Hernández-Rincón. Docente e investigador en salud pública.
Universidad de la Sabana.
Sara Ramos Jaraba. Administradora en Salud. Mag. en Salud Colectiva.
Coordinadora de Proyecto. Universidad CES. Medellín.
Yazmin Adriana Puerto Mojica. TO. MSc. Phd en curso. Profesional Especializada.
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
Luz Mery Vargas Gómez. Nut. Esp. Profesional Especializada.
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
Roodley Katherine Parada. Fga. Mag. en Bioética.
Hospital San Ignacio. Bogotá D.C.
Óscar Orlando Soler. Antr. Mag. en Salud Pública. UNAD.
Lina Rocío Venegas Páez. Mag. en Salud Pública. Docente MT. UNAD.
Camilo Alejandro Correal Muñoz. Dr. Msc. en Salud Pública.
Universidad de la Sabana.

Corrección de estilo y diagramación: Biteca S.A.S
Diseño de cubierta: Biteca S.A.S.
Foto: imagen tomada del banco de imágenes Freepick.

Web máster: Jairo Quiroga Monroy
Sitio web: https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/invsegsocial

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Teléfono: 364 9090, ext. 9070 y 9796
Bogotá, Colombia
www.saludcapital.gov.co

https://doi.org/10.56085/20277970.314

Editorial

Uno de los fines primordiales de la *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud* es motivar a quienes realizan investigaciones a publicar resultados relacionados con el quehacer laboral, entre otros, dando visos interesantes de aportes a la salud individual y poblacional, especialmente para la ciudad capital.

Desde el año 2020, debido a la pandemia del Covid19, los cambios no se hicieron esperar, generándose una concordancia del Gobierno Nacional con el Distrital en la formulación de normas para enfrentar la pandemia. Así, los profesionales de la salud denominados de la *primera línea* -médicos(as) y enfermeros(as)- debieron reinventarse tanto en su cotidianidad como en la atención hacia las personas. Lo anterior implicó un cambio de mentalidad en los profesionales de la salud y respecto a los servicios, derivando en propuestas de ajustes a los protocolos e innovando en diferentes planes de atención. En este número se presenta la investigación: *"Plan de Atención de Enfermería (PAE) en personas con infección por SARS-COV-2: revisión narrativa"*, en la que se revisa la literatura disponible de prácticas basadas en la evidencia de las condiciones laborales de los enfermeros(as) y que conlleva a diferentes propuestas de ajustes a los planes de atención en enfermería- (PAE).

En Colombia, a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) les concierne conocer las normas emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social relacionadas con la humanización de los servicios la cual debe ser prioritaria, por ello se presenta el artículo de revisión: *"La humanización como parte fundamental en la atención integral al paciente"*. Resulta claro que las percepciones del trato no humanizado de los sujetos de atención en Colombia, de acuerdo a la evidencia identificada, ha dado resultados innegables para que en las instituciones se visibilice y fortalezca la Política de Humanización y se implementen acciones correctivas desde los diferentes ámbitos, no solo por el derecho que asiste a las personas sino por el respeto a las necesidades en el sentido del trato humanizado.

Finalmente, la Secretaría Distrital de Salud (SDS), desde el año 2013, tiene una especial posición frente al tema de la Radiación Ultravioleta (RUV) que es una forma de radiación no ionizante emitida por el sol y fuentes artificiales; comprendiéndose los riesgos, se tomarán precauciones para disminuir o evitar las posibilidades de tener problemas de salud individual y colectiva producto de los (RUV).

En este número, se presentan los resultados de una investigación original de: *"Conocimientos, prácticas y prevalencia de uso de medidas de protección adecuada frente a la RUV en habitantes de Bogotá"*. Se destaca que, es el primer estudio en población bogotana apoyado por la (SDS) y los resultados permitirán a los tomadores de decisiones alcanzar medidas frente al control o prevención a la exposición de los rayos ultravioleta. (RUV).

La Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud invita a continuar con la actividad de investigar, esta publicación es una ventana para compartir, a través del ejercicio investigativo, el cómo las circunstancias permiten describir, comprender y trasformar los aprendizajes desde las diferentes posiciones y áreas del conocimiento.

Juan Carlos Bolívar-López
Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
Secretaría Distrital de Salud, Bogotá (Colombia).

Artículo de investigación original

https://doi.org/10.56085/20277970.375

Conocimientos, prácticas y prevalencia de uso de medidas de protección adecuada frente a la radiación ultravioleta en habitantes de Bogotá D.C. (2013-2018)

Knowledges, practices, and prevalence of the use of appropriate protective measures facing ultraviolet radiation (UVR) in inhabitants of Bogotá D.C. (2013-2018)

Conhecimento, práticas e prevalência do uso de medidas de proteção adequadas contra a radiação ultravioleta em habitantes de Bogotá D.C. (2013-2018)

Guillermo Sánchez-Vanegas[1]
Yazmín Adriana Caicedo-Gelvez[1]
Diana Alejandra Guarín-Castaño[1]
Elías Sagra-Piñeres[2]
Hernán Darío-Cifuentes Vázquez[2]
Alejandro Peralta-Puentes[3]
Diana Patricia Castro-Aguilar[3]

Resumen

Objetivo: describir los conocimientos, las prácticas y la prevalencia de uso de medidas de protección adecuadas frente a la radiación ultravioleta (RUV) en una muestra de habitantes de Bogotá D.C., Colombia (2013-2018). ***Método:*** estudio de corte transversal a partir de encuestas realizadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en diferentes sectores de Bogotá. Se entrevistaron transeúntes de áreas públicas de concentración masiva en las 20 localidades de Bogotá, los cuales fueron incluidos de forma secuencial y por conveniencia. Se estudiaron aspectos sociodemográficos, fenotípicos, antecedente de interés, conocimientos y prácticas relacionadas con la exposición a la RUV. ***Resultados:*** se analizaron 8.420 encuestas, donde el 66 % (n: 5.560) eran sujetos de género femenino, con una mediana de edad de 38 años. La mayoría de los encuestados se ubicaron en los estratos socioeconómicos del I al III (95,6 %; n: 8.051). El 27 % declaró una ocupación laboral al aire libre (n: 2.268) y el 50 % reportaron exponerse a la RUV los siete días de la semana (n: 4.255). El 70 % de los participantes (n: 5.870) reconoció que la RUV es un factor de riesgo de cáncer de piel, pero tan sólo el 20,8 % (n: 1.753)

1. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá (Colombia).
2. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, E.S.E. Bogotá (Colombia).
3. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá (Colombia).

reportó prácticas adecuadas de protección. ***Conclusiones:*** a pesar del alto nivel de conocimiento frente a los riesgos de la RUV existe un bajo porcentaje de uso de medidas de protección en esta muestra de habitantes de Bogotá. Se deben reforzar las estrategias que conduzcan a incrementar la protección frente a la RUV en este grupo poblacional.

Palabras clave: rayos ultravioleta, exposición a la radiación, conocimientos, actitudes y práctica en salud, factores protectores, neoplasias cutáneas.

Abstract

Objective: To describe knowledge, practices, and prevalence of the use of appropriate protective measures facing ultraviolet radiation (UVR) in a sample of inhabitants of Bogotá D.C., Colombia (2013-2018). ***Method:*** A cross-sectional study from surveys carried out by the District Secretariat of Health (SDS according to its Spanish initials) in different sectors of Bogotá. Transients of public areas of mass concentration in 20 localities of Bogotá were interviewed. These were included in a sequential way and by convenience. Sociodemographic, phenotype aspects were studied, along with interests, knowledge, and practices related to UVR exposure. ***Results:*** 8,420 surveys were analyzed, where 66% (n: 5,560) were female, with an average age of 38 years. Most people surveyed were in socioeconomic levels I to III (95.6%; n: 8,051). 27% declared that they worked outside (n: 2,268), and 50% reported exposure to UVR seven days a week (n: 4,255). 70% of participants (n: 5,870) recognized that UVR is a skin cancer risk factor, but only 20.8% (n: 1,753) reported appropriate protection measures. ***Conclusions:*** Despite high levels of knowledge regarding the risk of UVR, there is a low level of use of protection measures in this sample of inhabitants in Bogotá. Strategies must be reinforced that lead to an increase of protection against UVR in this population group.

Keywords: Ultraviolet rays, radiation exposure, knowledge, attitudes and healthcare practice, protective factors, cutaneous neoplasias.

Resumo

Objetivo: descrever os conhecimentos, as práticas e a prevalência do uso de medidas de proteção adequadas contra a radiação ultravioleta (RUV) em uma amostra de habitantes de Bogotá D.C., Colômbia (2013-2018). ***Método:*** estudo transversal baseado em inquéritos realizados pela Secretaria Distrital de Saúde (SDS) em diferentes setores de Bogotá. Foram entrevistados transeuntes de áreas públicas de maior concentração nas 20 localidades de Bogotá; eles foram incluídos sequencialmente e por conveniência. Foram estudados aspectos sociodemográficos e fenotípicos, histórico de interesse, conhecimentos e práticas relacionadas à exposição à RUV. ***Resultados:*** foram analisados 8.420 inquéritos, dos quais 66% (n: 5.560) eram do sexo feminino, com mediana de idade de 38 anos. A maioria dos entrevistados estava localizados nos estratos socioeconômicos de I a III (95,6%; n: 8.051). 27% declararam ocupação ao ar livre (n: 2.268) e 50% relataram exposição à RUV sete dias por semana (n: 4.255). 70% dos participantes (n: 5.870) reconheceram que a RUV é um fator de risco para câncer de pele, mas apenas 20,8% (n: 1.753) relataram práticas de proteção adequadas. ***Conclusões:*** apesar do alto nível de conhecimento sobre os riscos da RUV, há um baixo percentual de uso de medidas de proteção nesta amostra de habitantes de Bogotá. Estratégias que levem ao aumento da proteção contra RUV nesse grupo populacional devem ser reforçadas.

Palavras chave: radiação ultravioleta, exposição à radiação, conhecimentos, atitudes e prática em saúde, fatores de proteção, neoplasias cutâneas.

Introducción

La energía solar es ubicua y constituye la principal fuente de radiación ultravioleta (RUV), por lo que diariamente se recibe algún grado de exposición. Del espectro de esta radiación, el 95 % que alcanza la superficie de la tierra corresponde a la RUV-A y el 5 % a RUV-B, mientras que la atmósfera filtra toda la RUV-C. Estos porcentajes que llegan a la superficie terrestre dependen de una serie de factores que incluyen el ozono estratosférico, la hora del día, la estación, la latitud geográfica, la altura sobre el nivel del mar, los contaminantes atmosféricos, el clima y la reflectancia del suelo, entre otros (1). Analizando el comportamiento de dichos factores se explica por qué Colombia es uno de los lugares del mundo en donde se experimenta un alto nivel de RUV a lo largo del año, principalmente, por encontrarse en la región ecuatorial, por su relación con la cordillera de los Andes y por la existencia de niveles mínimos de ozono (236 a 250 U.D.) en algunos periodos del año. Esta confluencia de factores se ve reflejada en el reporte del índice de RUV (riesgo máximo en niveles mayores a 11), que para ciudades como Bogotá ha alcanzado niveles de 18,1, según los reportes emitidos por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) (2).

La importancia de abordar la exposición excesiva a la RUV, especialmente en las horas de mayor riesgo (09:00 am a 16:00 pm), radica en su potencial como factor de riesgo de un conjunto de patologías, como el cáncer de piel, de córnea y de conjuntiva, las queratosis actínicas, la catarata cortical, el pterigion y la reactivación del herpes labial, entre otros. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estudio de carga de la enfermedad, en el año 2000 el cáncer de piel (melanoma y no melanoma) fue responsable de 600.000 años de vida perdidos ajustados por discapacidad (DALYs) (3).

Según (GLOBOCAN) Global Cancer Observatory, que compiló los datos estadísticos del cáncer para el 2020 en 185 países, se estima que para ese año se presentaron 1.198.073 casos nuevos de cáncer de piel no melanoma y 324.635 casos nuevos de melanoma (4). Los datos de incidencia del cáncer de piel disponibles para Colombia mostraron un crecimiento significativo entre el 2003 y 2007, pasando de 23 casos por 100.000 habitantes a 41 casos por 100.000 habitantes, y de acuerdo con la proyección efectuada por Sánchez y colaboradores, se estimó una incidencia esperada de 102 casos por 100.000 habitantes para el año 2020 (5). Adicionalmente, Mejis y colaboradores han enfatizado sobre la importancia de hacer diagnóstico y acceder a un tratamiento oportuno entre los pacientes de cáncer de piel no melanoma, dado que las circunstancias en Colombia indican que estos pacientes acuden tardíamente con un pronóstico menos favorable (6).

El comportamiento descrito para Colombia motivó la inclusión del cáncer de piel en el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) y en el Plan Nacional para Control de Cáncer en Colombia (2012-2020), donde se formularon las metas a 2021, como se cita textualmente a continuación: "...se habrá diseñado y estará en proceso de implementación el sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a la exposición a radiación solar ultravioleta" e "implementar estrategias de intervención sectorial e intersectorial para la prevención del cáncer de piel, en el 100 % de los departamentos del país", respectivamente, y, dentro de las que se destaca la medición de conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la exposición a radiación solar (7,8).

A partir del año 2013 la SDS implementó un programa de medición anual de conocimientos, actitudes y prácticas frente a la RUV en los habitantes de Bogotá, el cual, a través de la aplicación de una encuesta, permite recopilar información relacionada con la exposición a la RUV, y constituye el punto de partida de la presente investigación, cuyo objetivo es describir los conocimientos, las prácticas y la prevalencia de uso de medidas de protección adecuada frente a la RUV en una muestra de habitantes de Bogotá D.C. que participaron en este programa (9,10).

Métodos

Diseño, población y muestra

Se realizó un estudio de corte transversal en el que se incluyeron todas las encuestas realizadas en el marco de la vigilancia epidemiológica y ambiental relacionada con la línea de cambio climático de la SDS de Bogotá entre el 2013 y 2018.

Las encuestas se aplicaron de forma secuencial en los lugares definidos durante el periodo de tiempo establecido a los transeúntes en sitios de concentración masiva, incluyendo estaciones de bus

(Transmilenio), centros comerciales, salas de espera de las instituciones prestadoras de salud, jornadas de vacunación distrital entre otros.

Recolección de la información

La información se obtuvo por medio de una encuesta diseñada por profesionales de la SDS, la cual se diligenció de manera presencial por técnicos o tecnólogos de saneamiento básico o medio ambiente, quienes fueron capacitados en el tema; estas encuestas fueron realizadas a transeúntes ubicados en las áreas públicas de las diferentes localidades de Bogotá D.C., de forma libre y espontánea. Las encuestas se aplicaron a través de un procedimiento de cuatro fases: acercamiento y presentación (explicar la razón de la encuesta), desarrollo del cuestionario (explicación y aclaración de dudas de la encuesta), evaluación y cierre (observaciones del encuestado) y, por último, la revisión y supervisión por parte del ingeniero ambiental y sanitario. Con lo anterior, las encuestas fueron recopiladas en medio físico y digitadas en el aplicativo (Sistema de Información Cambio Climático (SICC)) de forma semanal, esta base de datos fue inspeccionada por el ingeniero ambiental y sanitario, para después ser exportada a una base de datos en Excel. La encuesta cuenta con su ficha técnica y su respectivo instructivo de diligenciamiento.

Las bases de datos obtenidas luego del proceso de digitación fueron sometidas a control de calidad y contrastando la integridad de la información contra el documento fuente original. Adicionalmente, se eliminaron datos duplicados.

Variables de interés

El instrumento de recolección de información incluyó variables sociodemográficas, fenotípicas (fototipo: según la escala definida por Fitzpatrick y ajustada para el contexto colombiano) (11), antecedentes de interés y variables relacionadas con el conocimiento y las prácticas frente a la exposición a la RUV.

Dentro de las prácticas se evaluó específicamente la aplicación de medidas de protección recomendadas por la OMS para niveles de índice de RUV mayores a 11, incluye uso de sombrero, ropa manga larga, ubicación en áreas con sombra y uso de protector solar (12). De acuerdo con estas recomendaciones, se consideró como uso adecuado la aplicación simultánea de las cuatro medidas. Para efectos del análisis se reportó la adopción de cada medida por separado y una variable combinada, denominada protección adecuada, basada en el cumplimiento simultáneo de las cuatro medidas. Esta variable permitió establecer la prevalencia de protección apropiada en esta población.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas fueron descritas a partir de frecuencias absolutas y relativas, mientras que en las cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central y dispersión. La elección de estos estadísticos estuvo orientada según la evaluación de normalidad dada por la prueba de Shapiro-Wilk. Para el cálculo de la prevalencia de protección adecuada se realizó un cociente entre las personas que cumplieron con las cuatro medidas, sobre el total de encuestados. Estas medidas se presentan por año y por todo el período del programa. Los análisis fueron realizados en el paquete estadístico Stata®15.

Consideraciones éticas

Este estudio se adhiere a la declaración de Helsinki (versión 2013). De acuerdo con la Resolución 8430 se clasifica como una investigación sin riesgo (13). El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud y por el Comité de Investigación y Ética de la Secretaría Distrital de Salud.

Resultados

Entre los años 2013 y 2018 se realizó un total de 8.420 encuestas en las 20 localidades de Bogotá. Los sujetos incluidos estuvieron entre los 18 y 89 años, con una mediana de edad de 38 años (RIC 26 – 52), y un 66 % de género femenino (n=5.560). De la población de estudio, un total de 3.168 personas (37,6 %) declararon haber vivido en zona rural durante alguna época de la vida; el 26,9 % (n=2.268) reportó ocupaciones al aire libre, dentro de los cuales 1.662 eran vendedores ambulantes. Entre estos participantes el 66 % (n=5.563) declaró haber presentado al menos una quemadura solar durante la vida. Otras variables, incluyendo el estrato socioeconómico, tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), nivel educativo y fototipo se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y fototipo.

Variables	n (8420)	%
Estrato socioeconómico		
I-III	8051	95,61
IV-VI	335	3,97
Vinculación SGSS		
Contributivo	3494	41,50
Vinculado/particular	2001	23,76
Subsidiado	2274	27,01
Ninguno	515	6,12
Especial	135	1,6
Nivel educativo		
Sin estudios	128	1,52
Primaria	1810	21,5
Secundaria incompleta	1406	16,7
Secundaria completa	2734	32,47
Técnico/tecnólogo	1182	14,04
Superior	1160	13,78
Fototipo		
I	706	8,38
II	2479	29,44
III	3673	43,62
IV	1358	16,13
V	143	1,7
VI	61	0,72

*SGSSS: Sistema general de seguridad social en salud.
Fuente: elaboración propia.

Conocimientos frente a la RUV

Frente a la pregunta de conocimiento sobre el mayor riesgo de cáncer de piel en función de la altura sobre el nivel del mar, el 77 % de los encuestados (n=6.487/8.420) respondió adecuadamente que el riesgo se incrementa a mayor altura. Así mismo, de los 8.420 encuestados, 5.870 declararon conocer la asociación existente entre RUV y cáncer de piel (69,7 %). Frente a las estrategias de información a la comunidad acerca de los conocimientos sobre los riesgos de la RUV, propuestas por la SDS de Bogotá, el 28,4 % reportó conocer alguna de ellas (n= 2.246/7.891). Cuando se indagó específicamente por la estrategia del "solmáforo" (semáforo de RUV ubicado en sitios de concentración), solo 137 encuestados respondieron afirmativamente (1,7 %). Estas dos últimas preguntas se realizaron a partir del año 2014, es decir que corresponde a un total de 7.891 encuestas.

Adicionalmente, a partir del año 2016 se indagó por el conocimiento del concepto de factor de protección solar (FPS), se encontró que el 49,3 % (n=2.838/5.753) respondió afirmativamente a esta pregunta. El detalle de cada factor evaluado y su comportamiento por año se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Conocimientos frente a la RUV.

Variables	2013		2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
	n (529)	%	n (698)	%	n (1440)	%	n (1655)	%	n (1705)	%	n (2393)	%	n (8420)	%
1. A mayor msnm mayor RUV.	204	38,6	639	91,6	1156	80,3	1423	86	1438	84,3	1627	67,9	6487/8420	77
2. RUV se asocia con cáncer de piel.	113	21,4	673	96,4	1118	77,6	1364	82,4	1408	82,6	1194	49,9	5870/8420	69,7
3. Conoce solmáforos en Bogotá.	NI		14	2	31	2,15	19	1,1	27	1,6	46	1,92	137/7891	1,7
4. Conoce las campañas de información sobre RUV en Bogotá.	NI		163	23,3	471	32,7	592	35,6	513	30,1	507	21.1	2246/7891	28,4
5. Sabe qué es el FPS.	NI		NI		NI		769	46,5	997	58,5	1072	44,8	2838/5753	49,3

msnm: metros sobre el nivel del mar.
RUV: radiación ultravioleta.
Solmáforo: semáforo que indica el nivel de RUV.
FPS: factor de protección solar.
NI: no se incluyó la pregunta en el año respectivo.
Nota metodológica: la pregunta 3 y 4 no fueron evaluadas en el 2013. La pregunta 5 se incluyó a partir del 2016. El denominador para el cálculo del porcentaje total se ajusta por el número de personas que contestaron (pregunta 1 y 2: 8420; pregunta 3 y 4: 7891; pregunta 5: 5753.

Fuente: elaboración propia.

Prácticas frente a la RUV

De los 8.420 encuestados, 4.255 (50,5 %) reportaron exponerse a la RUV los siete días de la semana (mediana de días de exposición: 7 días; p25: 4 días; p75: 7 días). El 76,81 % (n=6.467) de los participantes declararon que su horario principal de exposición estaba entre las 09:00am y las 15:00 pm (horario de alto riesgo), y el 30,2 % reportaron una exposición mayor a 4 horas al día (n=2.549). La prevalencia de uso de medidas de protección adecuadas fue del 20,82 % (n=1.753); de las cuatro prácticas que componen la protección adecuada, la más usada fue la ubicación bajo la sombra en un 90,64 % (n=7.632), seguida del uso de ropa manga larga en un 78,4 % (n=6.604), de la aplicación de protector solar en un 57,45 % (n=4.837), y del uso de sombrero en un 42,89 % (n=3.611). A partir del 2014 se ha evaluado el uso de sombrilla, la cual fue reportada por el 55,4 % (n=4.375/7.891), y el uso de gafas de sol, a partir del 2016, en un 54 % (n=3.107/5.753). El uso de cámara de bronceo fue reportado por 21 personas que corresponde al 0,25 % de los encuestados. En la tabla 3 se describe el comportamiento de prácticas por año.

Tabla 3. Prácticas frente a la RUV.

Variables Días de exposición	2013 (n:529) n (%)	2014 (n:698) n (%)	2015 (n:1440) n (%)	2016 (n:1655) n (%)	2017 (n:1705) n (%)	2018 (n:2393) n (%)	Total (n: (n:8420) n (%)
1	118 (22,31)	64 (9,17)	22 (1,53)	120 (7,25)	42 (2,46)	246 (10,28)	612 (7,27)
2	55 (10,40)	21 (3,01)	70 (4,86)	142 (8,58)	76 (4,46)	217 (9,07)	581 (6,9)
3	39 (7,37)	28 (4,01)	106 (7,36)	169 (10,21)	170 (9,97)	205 (8,57)	717 (8,52)
4	12 (2,27)	23 (3,30)	290 (20,14)	159 (9,61)	181 (10,62)	198 (8,27)	863 (10,25)
5	-	-	-	94 (5,68)	154 (9,03)	214 (8,94)	462 (5,49)
6	-	-	-	158 (9,55)	398 (23,34)	357 (14,92)	913 (10,84)
7	305 (57,66)	562 (80,52)	952 (66,11)	813 (49,12)	684 (40,12)	939 (39,24)	4255 (50,53)
Sin estudios	128	1,52	1,52	1,52	1,52	1,52	1,52
Horario exposición							
<9am y >3pm	170 (32,14)	187 (26,79)	255 (17,71)	316 (19,09)	394 (23,11)	631 (26,37)	1953 (23,19)
Entre 9 am y 3pm	359 (67,86)	511 (73,21)	1185 (82,29)	1339 (80,91)	1311 (76,89)	1762 (73,63)	6467 (76,81)
Horas de exposición							
0-1 hrs	253 (47,83)	134 (19,20)	185 (12,85)	478 (28,88)	402 (23,58)	802 (33,51)	2254 (26,77)
2-4 hrs	182 (34,40)	300 (42,98)	544 (37,78)	612 (36,98)	781 (45,81)	1194 (49,9)	3613 (42,91)
> 4 hrs	92 (17,34)	264 (37,82)	711 (49,38)	565 (34,14)	522 (30,62)	395 (16,51)	2549 (30,27)
Medidas de Protección							
Quedarse en la sombra	477 (90,17)	631 (90,40)	1324 (91,94)	1573 (95,05)	1573 (92,26)	2054 (85,83)	7632 (90,64)
Sombrero	262 (49,53)	253 (46,25)	593 (41,18)	674 (40,73)	764 (44,81)	1065 (44,5)	3611 (42,89)
Ropa manga larga	471 (89,04)	531 (76,06	1112 (77,22)	1378 (83,26)	1356 (79,53)	1756 (73,38)	6604 (78,43)
Protector solar	310 (58,60)	413 (59,17)	730 (50,69)	864 (52,21)	1045 (61,29)	1475 (61,64)	4837 (57,45)
Sombrilla	NI	189 (27,08)	857 (59,51)	998 (60,30)	1034 (60,65)	1297 (54,20)	4375 (55,44)
Gafas de sol	NI	NI	NI	785 (47,43)	1031 (60,47)	1291 (53,95)	3107 (54)
Protección adecuada	**134 (25,33)**	**125 (17,91)**	**254 (17,64)**	**324 (19,58)**	**374 (21,94)**	**542 (22,65)**	**1753 (20,82)**

Protección adecuada: uso de 4 medidas de protección (sombra, sombrero, ropa manga larga y protector solar).
NI: no se incluyó la pregunta en el año respectivo.
Nota metodológica: la pregunta sombrilla no fue evaluada en el 2013 (denominador: 7891). La pregunta gafas de sol se incluyó a partir del 2016 (denominador 5.753)

Fuente: elaboración propia.

Discusión

La SDS de Bogotá ha buscado establecer la línea base de conocimientos, actitudes y prácticas frente a la RUV de sus ciudadanos, y para dar respuesta a los planteamientos propuestos en el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) y en el Plan Nacional para Control de Cáncer en Colombia (2012-2020), entre el 2013 y 2018 fue implementada la intervención de encuestas que permitió el desarrollo de la presente investigación. Los resultados obtenidos no pretenden ser extrapolados a toda la población de Bogotá, pero pueden ilustrar el nivel de conocimientos y las prácticas de una muestra de la población que suele frecuentar sitios de concentración masiva, y que serán útiles para planear estrategias futuras.

En relación con el capítulo de conocimientos, en la presente investigación se documentó que la mayor parte de los participantes reconocen que a mayor altura sobre el nivel del mar hay mayor riesgo de exposición a la RUV (77 %), y en consecuencia, mayor riesgo de cáncer de piel. En la literatura latinoamericana se identificaron dos estudios que han indagado por este factor entre su población. Molgo y colaboradores evaluaron este conocimiento en población chilena en el año 2005, en el que, en una población de transeúntes, el 90 % fueron conscientes de la relación entre la exposición al sol y el cáncer de piel (14), y un segundo estudio en población mexicana en el que el 85,4 % de la muestra sabía que la exposición al sol causaba cáncer de piel (15). Estos resultados sugieren que regionalmente podría estar ocurriendo un proceso de sensibilización frente a esta temática, o por lo menos demuestra un alto nivel de conocimiento que contrasta con la aplicación de prácticas preventivas adecuadas, como se discutirá más adelante. Este hallazgo es importante para enfocar las estrategias, ya que el conocimiento no necesariamente implica un cambio de conducta.

A partir del 2016, la encuesta de la SDS indagó en conocimientos acerca del FPS; más allá de la definición técnica exacta, pretendía evaluar si los transeúntes reconocen que se trata de una medida que le informa al usuario sobre el nivel de protección que le confiere el protector solar. En nuestra población, este conocimiento llegó al 49,3 %, resultado que contrasta con un mayor nivel de conocimiento reportado para la población chilena, en el que el valor reportado fue del 70 % (14), lo cual devela un aspecto relevante que debe ser difundido entre nuestra población, reforzando explicaciones pedagógicas sencillas que le permitan a la población comprender el concepto, buscando modificar sus prácticas.

En el campo de difusión de estrategias frente a la RUV, la OMS presentó en el 2003 la carta de colores del índice de RUV en su guía de práctica (12), y algunos países como Ecuador, han propuesto metodologías para acercar el conocimiento de dicho índice a la población general (16). Esta estrategia fue adaptada por el gobierno local de Bogotá con el nombre de "solmáforo", que corresponde a un dispositivo ubicado en áreas de concentración masiva y que pretende informar al público acerca del nivel de RUV. Sin embargo, la presente investigación permitió establecer que el nivel de difusión y conocimiento de esta estrategia es aún muy bajo, dado que solo el 1,7 % de los encuestados reconocieron el concepto de "solmáforo". Estos resultados deben llamar la atención de las instituciones involucradas, y se deben reajustar los programas tendientes a la adecuada difusión para lograr un mayor nivel de penetración en la comunidad.

Dentro de la historia de exposición solar, se estudiaron los antecedentes de quemaduras solares durante la vida, las cuales fueron reportadas por el 66 % de la población, lo que indica un elevado nivel de exposición. En otras poblaciones se han documentado niveles mayores, como el caso del estudio de Grandahl y colaboradores, realizado en población danesa (2018), se encuentra que el 88,9 % de los trabajadores al aire libre reportaron antecedentes de quemaduras solares (17). Estas diferencias pueden atribuirse a diferencias en el fototipo de la población danesa, donde predominan los niveles I y II, susceptibles fenotípicamente al desarrollo de quemaduras solares.

En la presente investigación se reportó que el 76 % de los encuestados se expone entre las 09:00 am y las 15:00 pm, más de la mitad (50,5 %) se expone los 7 días en la semana y, adicionalmente, el 30 % se exponen más de cuatro horas al día; estos hallazgos indican un mayor nivel de exposición, comparado con el estudio chileno (14), en el que el 37 % de los sujetos refirieron exponerse diariamente más de 2 horas entre las 12:00 m y las 16:00 pm. Dichos hallazgos deben llamar la atención, ya que reflejan un comportamiento que debe derivar en planes específicos y campañas de prevención en este sector de la población.

El uso de cámara de bronceo fue poco común entre los encuestados, hallazgo que, por lo demás, coincide con lo mostrado por Galán y colaboradores en Madrid, España, en donde por medio de encuestas telefónicas, el 4,3 % tuvo exposición a RUV artificial y, además, desconocían los efectos de esta exposición (18).

En cuanto a las medidas de protección, solo el 20,8 % de los encuestados utilizan de rutina las cuatro medidas recomendadas por la OMS (12), lo cual resulta preocupante dado el alto nivel de RUV que experimenta Bogotá a lo largo del año. La estrategia más usada fue la ubicación bajo la sombra (90,6 %), y en orden de frecuencia le siguen el uso de ropa de manga larga (78,4 %), aplicación de protector solar (57,4 %) y del uso de sombrero (42,8 %). Al contrastar con un estudio realizado en México cuya muestra fue de 964 encuestados, en población mayor de 15 años que acudieron a un centro comercial en San Luis Potosí, se encontró que el 30 % no tomó ninguna medida preventiva, el 41 % usaba sombreros y el 11,8 % empleaba protector solar filtros solares (15). A pesar de las diferencias entre estas dos poblaciones, parece ser que dentro de la población bogotana podría existir un mayor nivel de percepción del riesgo, lo cual se puede traducir en un mayor uso de prácticas protectoras. Sin embargo, en una ciudad como Bogotá, con uno de los niveles de RUV más elevados del planeta, se deben enfatizar las acciones que fortalezcan los hábitos de protección solar entre sus habitantes. Es así como, por ejemplo, vale la pena destacar el bajo uso de sombrero, que a pesar de ser una medida económica y muy efectiva, tiene un bajo nivel de aceptación entre la población bogotana, por lo que sería fundamental implementar estrategias tendientes a rescatar y reforzar su uso. En la literatura mundial se han reportado múltiples trabajos que han estudiado las creencias, actitudes y prácticas frente al cáncer de piel (19). En estos estudios se ha documentado una serie de creencias y prácticas reportadas por pacientes que ya padecen cáncer de piel, dentro de los que vale la pena destacar un alto nivel de horas promedio de exposición a lo largo del día y, en contraste, un bajo nivel de uso de protector solar y otras medidas. A pesar de que nuestro estudio se ha desarrollado sobre población sana, los hallazgos son consistentes frente al bajo nivel de uso de medidas de protección solar.

Los planes de salud pública futuros deberán propender por reforzar la educación, buscando mejorar las prácticas de autocuidado entre la población general y, de esta manera, contrarrestar la morbi-mortalidad asociada con la exposición nociva a la RUV.

Teniendo en cuenta lo reportado en el 2010 sobre el poco conocimiento y uso de prácticas protectoras frente a la RUV en pacientes con carcinoma basocelular en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta (20), es importante destacar que, a pesar de que los resultados en términos de prácticas y conocimientos deben mejorarse, se evidencia un avance significativo en estos temas entre la población general. Lo cual siguiere la necesidad de fortalecer y mantener estrategias a lo largo del tiempo. Este argumento fue documentado en una revisión sistemática en la que se demostró que la implementación de campañas de prevención en trabajadores al aire libre, acompañadas de seguimiento permanente, permitieron aumentar los niveles de prácticas protectoras y disminuyeron la incidencia de lesiones relacionadas con RUV (21). Adicionalmente, vale la pena destacar que un porcentaje muy importante de la población encuestada tenía una ocupación al aire libre; sin embargo, este hallazgo contrasta con el bajo uso de medidas de protección por escasa disponibilidad y bajo conocimiento. Frente a esta población, tal y como lo han demostrado otros investigadores (22), vale la pena reforzar la educación frente al riesgo de desarrollar cáncer de piel con ocasión de su alta exposición y fomentar políticas que faciliten a que este tipo de personas con ocupaciones al aire libre cuenten con infraestructura o medios de protección solar de barrera.

Si consideramos que estas campañas se deben enfocar también en otros subgrupos de poblaciones, como lo son las comunidades escolares, teniendo en cuenta que los estudiantes están prestos a aprender y a su vez son un medio de propagación de las conductas de autocuidado en sus familias. Lo anterior, sin desconocer la gran importancia que tiene a futuro, resulta en que se dé inicio desde la infancia a la foto protección, lo que muy probablemente llevaría a disminución del riesgo a mediano y largo plazo en las estadísticas de patologías asociadas a la RUV con su respectivo impacto en salud pública.

Adicionalmente, se podrían sugerir campañas de empleadores donde se logre transmitir la información del riesgo con sus empleados y familias (21); sin embargo, Colombia tiene una gran limitación y es la gran proporción de trabajadores informales, por lo cual las campañas también deben ser dirigidas por el ente

territorial hacia estos sectores.

Es de anotar que la mayor parte de la información que llega con gran facilidad a la población con respecto a la protección solar se obtiene de los productores de protectores solares (23), por lo cual se debe considerar que sean los prestadores de salud, salubristas y entidades de interés comunitario quienes lideren la transmisión de la información en protección solar, para que dicho conocimiento sea claro, fácil de entender y dirigido a todos los niveles. Es fundamental reforzar el conocimiento acerca de la efectividad de las cuatro medidas de protección combinadas, y no solo limitado al uso de protector solar, ya que la sombra, la ropa manga larga y el sombrero son medidas costo-efectivas para la población general.

Dentro de las principales fortalezas de esta investigación, se debe destacar que se trata del primer estudio en población bogotana apoyado directamente por la Secretaría Distrital de Salud, con una población que en su mayor proporción es afectada por la RUV. Otra de las fortalezas es el gran tamaño de la muestra de estudio con respecto a la población de interés que permitirá enfocar las medidas futuras.

Debemos reconocer que la encuesta aplicada ha requerido ajustes en algunos momentos, con base en la experiencia y en el concurso de expertos en el tema, lo cual ha derivado en la inclusión o exclusión de algunas variables. Adicionalmente, los instrumentos de recolección fueron aplicados de manera secuencial por conveniencia, lo cual podría representar un sesgo potencial de selección. No obstante, los hallazgos son un insumo fundamental para los tomadores de decisiones implicados en la definición de estrategias frente a la prevención de la exposición a la RUV.

Conclusiones

A pesar del alto nivel de conocimiento frente a los riesgos de la RUV, existe un bajo porcentaje de uso de medidas de protección en esta muestra de habitantes de Bogotá. Se deben reforzar las estrategias que conduzcan a incrementar la protección frente a la RUV en este grupo poblacional y focalizar en otros subgrupos poblacionales, como las comunidades escolares.

Conflicto de intereses: los autores del presente estudio no declaran ningún conflicto de intereses.

Financiación: el proyecto fue financiado con recursos de las instituciones participantes y de los investigadores involucrados.

Referencias

1. Gies P, Javorniczky J, Roy C, Henderson S. Measurements of the UVR protection provided by hats used at school. Photochem Photobiol. 2006;82(3):750-4. https://doi.org/10.1562/2005-10-27-RA-727

2. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Índice ultravioleta (IUV). [Internet]. 2022. Disponible en: http:www.ideam.gov.co/web/tiempo-y-clima/indice-ultravioleta-iuv-

3. Lucas RM, Repacholi MH, McMichael AJ. Is the current public health message on UV exposure correct? Bull World Health Organ. 2006;84(6):485-491. https://doi.org/10.2471/BLT.05.026559

4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249. https://doi.org/10.3322/caac.21660

5. Sánchez G, Nova J, de la Hoz F, Castañeda C. Incidencia de cáncer de piel en Colombia, años 2003-2007. Piel. 2011;26(4):171-177. https://doi.org/10.1016/j.piel.2010.10.028

6. Meijs M, Herrera A, Acosta A, de Vries E. Burden of skin cancer in Colombia. Int J Dermatol. 2022;61(8):1003-1011. https://doi.org/10.1111/ijd.16077

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de control de Cáncer 2012-2020. Bogotá; 2012: p. 85.

8. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá; 2012. p. 452. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf

9. Secretaría Distrital de Salud. Fase exploratoria del sistema de vigilancia epidemiológico y ambiental de cáncer de piel asociada a la exposición a radiación ultravioleta solar. Bogotá; 2017: p. 3.

10. Corredor JA. Instructivo para la encuesta periódica de percepción de los efectos en la salud por la exposición a radiación ultravioleta. Bogotá; 2017: p. 10.

11. Sánchez G, Nova J. Confiabilidad y reproducibilidad de la escala de fototipos de Fitzpatrick antes y después de un ejercicio de estandarización clínica. Biomedica. 2008;28(4):544-50. https://doi.org/10.7705/biomedica.v28i4.59

12. World Health Organization. Global Solar UV index: A Practical Guide. [Internet]. 2002. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42459

13. Ministerio de Salud. Resolución N° 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF.

14. Molgo M, Castillo C, Valdes R, Romero W, Jeanneret V, Cevo T, et al. Sun exposure behaviors and knowledge among Chileans. Rev Med Chil. 2005;133(6):662-666.

15. Castanedo-Cazares JP, Torres-Alvarez B, Medellin-Perez ME, Aguilar-Hernandez GA, Moncada B. Knowledge and attitudes of Mexican population concerning solar radiation. Gac Med Mex. 2006;142(6):451-455.

16. Secretaría de Desarrollo Industrial del Ecuador. Proyecto de fortalecimiento institucional relativo a la protección de la capa de ozono. [Internet]. 2015. Disponible en: https://docplayer.es/77584464-Proyecto-de-fortalecimiento-institucional-relativo-a-la-proteccion-de-la-capa-de-ozono.html

17. Grandahl K, Ibler KS, Laier GH, Mortensen OS. Skin cancer risk perception and sun protection behavior at work, at leisure, and on sun holidays: a survey for Danish outdoor and indoor workers. Environ Health Prev Med. 2018;23(1):p.47. https://doi.org/10.1186/s12199-018-0736-x

18. Galan I, Rodriguez-Laso A, Diez-Ganan L, Camara E. Prevalence and correlates of skin cancer risk behaviors in Madrid (Spain). Gac Sanit. 2011;25(1):44-49. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.07.013

19. Nahar VK, Wilkerson AH, Pearlman RL, Ferris TS, Zardoost P, Payson SN, et al. Skin cancer-related knowledge, attitudes, beliefs, and practices among the population in Gulf Cooperation Council countries: a systematic search and literature review. Arch Dermatol Res. 2020;312(8):533-544. https://doi.org/10.1007/s00403-020-02041-w

20. Sánchez G, Nova J, Arias N. Prácticas frente a la radiación ultravioleta y características epidemiológicas de un grupo de pacientes con carcinoma basocelular en un centro de referencia nacional en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología. 2010;14(3):144-151. https://doi.org/10.1016/S0123-9015(10)70095-0

21. Glanz K, Buller DB, Saraiya M. Reducing ultraviolet radiation exposure among outdoor workers: state of the evidence and recommendations. Environ Health. 2007;6:22. https://doi.org/10.1186/1476-069X-6-22

22. Rocholl M, Ludewig M, John SM, Bitzer EM, Wilke A. Outdoor workers' perceptions of skin cancer risk and attitudes to sun-protective measures: A qualitative study. J Occup Health. 2020;62(1):1-9. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12083

23. Haluza D, Cervinka R. Perceived relevance of educative information on public (skin) health: across-sectional questionnaire survey. J Prev Med Public Health. 2013;46(2):82-88. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12083

Recibido para evaluación: 07 de septiembre del 2020
Aceptado para publicación: 05 de agosto de 2022

Correspondencia:
Guillermo Sánchez-Vanegas
guillermosanchezvanegas@gmail.com

Bogotá, D.C., Colombia

Artículo de revisión

https://doi.org/10.56085/20277970.332

Plan de Atención de Enfermería (PAE) en personas con infección por SARS-COV-2: revisión narrativa

Nursing Care Plan for people infected with SARS-COV-2: a narrative review

Plano de Assistência de Enfermagem em pessoas com infecção por SARS-COV-2: revisão narrativa

Rosibel Prieto-Silva[1]
Leandro Guarín-Muñoz[2]
Pedro Enrique Sánchez-García[2]
Carlos Andrés Sarmiento-Hernández[3]
Elver Camilo Jiménez-Beltrán[4]
Fabian Prieto-Silva[5]
Karen Tatiana Roa-Lizcano[6]

Resumen

Objetivo: generar un Plan de Atención de Enfermería con base en la literatura disponible para la atención de personas en Unidades de Cuidado Intensivo que presentan infección por SARS-COV-2. ***Métodos:*** se realizó una revisión narrativa con artículos disponibles desde diciembre del 2019 hasta agosto del 2020 en las bases de datos PubMed, Scielo y Dialnet; además, se revisaron documentos oficiales que abordan pautas de práctica basadas en la evidencia relacionadas con COVID-19 y condiciones laborales óptimas de trabajadores en salud. ***Resultados:*** los resultados son analizados en dos secciones: condiciones laborales óptimas y carga laboral del personal de enfermería, y una propuesta metodológica para el proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico de enfermería, planificación de las intervenciones, ejecución de las intervenciones y evaluación) de personas en condición crítica por COVID-19. ***Conclusiones:*** el cuidado de la persona en situación crítica por COVID-19 debe tener un enfoque integral y holístico; siendo esto una oportunidad para llevar a cabo manejos que respondan a sus necesidades personales y familiares. Esto incluye tratamientos ofrecidos para el manejo de la dimensión biológica, como el manejo de los síntomas y las manifestaciones clínicas; en la dimensión emocional, propiciar la comodidad, el bienestar mental, involucrar la familia en el cuidado; en la dimensión

1. Enfermera, Abogada, Máster en Salud Pública y Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora titular con tenencia de cargo de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia). Líder y miembro fundadora del Grupo de Investigación en Cuidado Perioperatorio. Coordinadora de la Red Colombiana de Salud Perioperatoria, Bogotá (Colombia).
2. Estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia). Miembro del Grupo de Investigación en Cuidado Perioperatorio, Bogotá (Colombia).
3. Enfermero y estudiante de Derecho de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia). Miembro del Grupo de Investigación en Cuidado Perioperatorio, Bogotá (Colombia).
4. Enfermero de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia). Miembro del Grupo de Investigación en Cuidado Perioperatorio, Bogotá (Colombia).
5. Enfermero de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia). Ingeniero de Sistemas y Especialista en Gerencia en Salud Pública y Auditoría en Salud. Miembro del Grupo de Investigación en Cuidado Perioperatorio, Bogotá (Colombia).
6. Enfermera, Magíster en Enfermería y candidata a Doctora en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia). Miembro del Grupo de Investigación en Cuidado Perioperatorio, Bogotá (Colombia).

espiritual, buscar aliviar el sufrimiento o el dolor, fomentar la compasión; y en la dimensión social, usar las herramientas tecnológicas disponibles para mantener los lazos familiares y de afinidad.

Palabras clave: COVID-19, proceso de enfermería, infecciones por coronavirus, cuidados críticos, enfermería.

Abstract

Objective: To generate a Nursing Care Plan based on the available literature to attend people in Intensive Care Units with SARS-COV-2 infections. ***Methods:*** A narrative review was carried out with the articles available from December 2019 to August 2020 on the PubMed, Scielo and Dialnet databases. In addition, official documents were reviewed that covered practice guidelines based on evidence related to COVID-19 and optimal working conditions for health care workers. ***Results:*** The results were analyzed in two sections: The optimal working conditions and workloads of nursing staff, and a methodological proposal for the nursing care process (assessment, nursing diagnosis, planning interventions, executing interventions and evaluations) for people in critical conditions due to COVID-19. ***Conclusions:*** Caring for a person in a critical situation due to COVID-19 must involve an integral and holistic approach. It is an opportunity to carry out managing that answer to their personal and family needs. This includes treatments offered to managing the biological dimension such as managing symptoms and clinical manifestations; promoting comfort, mental well-being and involving the family in caring for them from an emotional dimension; seeking to alleviate suffering or pain and promoting compassion from a spiritual dimension; and using the available technology to maintain family and other relationships from a social dimension.

Keywords: COVID-19, nursing process, coronavirus infection, critical care, nursing.

Resumo

Objetivo: gerar um Plano de Assistência de Enfermagem com base na literatura disponível para o cuidado de pessoas em Unidades de Terapia Intensiva com infecção por SARS-COV-2. ***Métodos:*** foi realizada revisão narrativa com artigos disponíveis de dezembro de 2019 a agosto de 2020 nas bases de dados PubMed, Scielo e Dialnet. Além disso, foram revisados documentos oficiais que abordam diretrizes práticas baseadas em evidências relacionadas ao COVID-19 e condições ótimas de trabalho para profissionais de saúde. ***Resultados:*** os resultados são analisados em duas seções: condições ótimas de trabalho e carga de trabalho do pessoal de enfermagem e uma proposta metodológica para o processo de assistência de enfermagem (avaliação, diagnóstico de enfermagem, planejamento da intervenção, implementação da intervenção e avaliação) de pessoas em estado crítico pela COVID-19. ***Conclusões:*** o cuidado da pessoa em situação crítica devido à COVID-19 deve ter uma abordagem integral e holística; sendo esta uma oportunidade para realizar uma gestão que responda às suas necessidades pessoais e familiares. Com tratamentos oferecidos para a gestão da dimensão biológica como manejo de sintomas e manifestações clínicas; da dimensão emocional, promover conforto, bem-estar mental, envolver a família no cuidado; na dimensão espiritual procurar aliviar o sofrimento ou a dor, promover a compaixão; e na dimensão social, utilizar as ferramentas tecnológicas disponíveis para manter os vínculos familiares e de afinidade.

Palavras chave: COVID-19, processo de enfermagem, infecções por coronavírus, cuidados críticos, enfermagem.

Introducción

Al inicio del año 2020 el mundo enfrentó el impacto y las consecuencias de la pandemia por COVID-19, una enfermedad del tracto respiratorio causado por el virus SARS-COV-2 *(Severe Acute Respiratory Coronavirus)*, el cual transcurre con diversos síntomas como fiebre, tos seca, sensación de fatiga, anosmia, disgeusia, congestión nasal, mialgias, cefaleas, conjuntivitis, entre otros (1). Aunque la mayoría experimenta cuadros leves o asintomáticos, un porcentaje de la población contagiada desarrolla alteraciones como edema pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria aguda, neumonía severa o insuficiencia orgánica múltiple, siendo necesario la remisión de estos casos a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (2). De los casos severos se ha podido documentar, como factores de riesgo para mal pronóstico (mayor riesgo de progresión de la enfermedad y muerte), personas mayores de 60 años, antecedentes de tabaquismo, enfermedades cardiovasculares, respiratorias como EPOC y asma, hipertensión, diabetes mellitus y cáncer (1,2).

Colombia concentró sus recursos principalmente en ciudades como Bogotá, Cali y Medellín, situación que ha evidenciado la disparidad en salud en el territorio, puesto que departamentos periféricos como Amazonas y Chocó han enfrentado la situación con muchísima dificultad debido a sus escasos recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura (3). El país en su capacidad de respuesta ante la pandemia contaba con 1,2 médicos y tan solo 0,49 profesionales en enfermería por cada mil habitantes para atender la emergencia sanitaria por COVID-19 (4). Pero el recurso humano no es su única falencia, el país latinoamericano contaba con 1,7 camas hospitalarias por cada mil habitantes, siendo uno de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) con la razón[7] más baja en comparación con países como Japón y Corea del Sur, quienes registran 12,8 y 12,4 camas hospitalarias por cada mil habitantes, respectivamente (5).

Referente a las camas de UCI, el país contaba con 5.845 en todo el territorio colombiano (6). Teniendo en cuenta las dificultades expresadas en términos de falta de talento humano y su capacitación, y la limitada capacidad de recursos materiales y tecnológicos, se precisa optar por estrategias que optimicen y garanticen el cuidado de los pacientes que padecen esta enfermedad, uno de ellos es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El PAE es el método utilizado por los profesionales de enfermería para asegurar una atención profesional, científica, sistemática, humanista y de alta calidad que permita obtener la recuperación, mantenimiento y progreso de la salud; valora el avance y los cambios en la condición de salud de una persona, familia o comunidad a partir de las intervenciones realizadas por el profesional. El PAE está conformado por 5 fases o etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación de las intervenciones, ejecución de las intervenciones y evaluación (7).

Las óptimas condiciones laborales son fundamentales para el pleno desarrollo de la práctica de enfermería. La sobrecarga laboral, la pérdida del rol y las variables organizacionales se constituyen como barreras o facilitadores de modelos óptimos de cuidado. Los aspectos de la pandemia han evidenciado que es necesario reflexionar acerca de las condiciones laborales. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es generar un Plan de Atención de Enfermería con base a la literatura disponible, para la atención de personas en Unidades de Cuidado Intensivo que presentan infección por SARS-COV-2.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa con artículos disponibles desde diciembre del 2019 hasta agosto del 2020 en las bases de datos *PubMed, Scielo y Dialnet*, además, se consultaron documentos oficiales de asociaciones gremiales de enfermería. Se incluyeron documentos que abordaran pautas de práctica basada en la evidencia relacionadas con COVID-19 y condiciones laborales óptimas de trabajadores en salud. Se seleccionaron aquellos artículos que resultaron relevantes y brindaban pautas específicas de valoración, diagnóstico, intervención y evaluación de resultados. Con relación a los artículos revisados sobre condiciones laborales, se tuvieron en cuenta aquellos que evaluaban la carga laboral y analizaban la razón enfermera(o)-paciente.

7. Se hace referencia a la razón matemática porque se está hablando del vínculo entre dos magnitudes: la primera, el número de camas hospitalarias, y segundo, mil habitantes.

Resultados

Los resultados fueron analizados en dos secciones. En la primera se abordan las condiciones laborales óptimas reportadas en la literatura. En segunda medida, como resultado del análisis de la literatura, se presenta una propuesta metodológica para el proceso de atención en enfermería de personas bajo condición crítica por COVID-19.

Condiciones laborales óptimas del personal de enfermería para responder a la pandemia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 59 % (19,3 millones de personas) de la fuerza laboral del sector salud está compuesta por enfermeros y enfermeras; sin embargo, esta situación no es equitativa ni suficiente para satisfacer la creciente demanda de atención en salud (evidenciado aún más por la actual pandemia), y deja rezagados a algunos países. A pesar de ser la mayor proporción de la fuerza laboral en el área de la salud, gozan de menores condiciones laborales debido a la modalidad de contratación, acceso a prestaciones económicas, discriminación, bajos salarios, sobrecarga laboral y, en los peores casos, víctimas de algún tipo de violencia.

Es por ello que la OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras instan a mejorar las condiciones de los profesionales de enfermería con incentivos de fidelización, la mejora e igualdad de sueldos, mejora de las condiciones laborales (horas de trabajo, contratos estables, periodos de vacaciones, mejora de la razón enfermera(o)-paciente[8], disponibilidad de los elementos de trabajo necesarios y de calidad y condiciones de bienestar mental), aplicación de normas que eviten cualquier forma de estigma y discriminación, propiciar oportunidades e incentivar el desarrollo profesional y académico, permitir que el personal de enfermería desempeñe sus funciones y sea un actor clave en la toma de decisiones basado en su formación a nivel comunitario, asistencial, directivo y gubernamental (8-10).

Un estudio realizado con 10.184 enfermeras(os), 232.342 pacientes en 168 hospitales generales para adultos, evidenció que las probabilidades de mortalidad de los pacientes aumentaron en un 7 % por cada paciente adicional en la carga laboral promedio de una enfermera(o) clínica, y que la diferencia de cuatro a seis y de cuatro a ocho pacientes por enfermera(o), estaría acompañada por un aumento de la mortalidad del 14 % y del 31 %, respectivamente (11). Este y otros estudios han motivado a la asociación y sindicato National Nurses United, de Estados Unidos, a promover la creación de leyes que reglamenten la razón enfermera(o)-paciente en cada uno de los servicios médico-quirúrgicos, considerando que el estándar en las UCI es de una enfermera(o) por cada dos pacientes (12).

En Colombia, una investigación realizada en 6 UCIs situadas en Bogotá e Ibagué encontró que la razón enfermera(o)-paciente en promedio es de 5,4 por cada profesional en la unidad, con hasta un máximo de 12 y un mínimo de 0,47. El personal técnico en auxiliar de enfermería cuenta con una razón promedio de 2,4 por cada auxiliar disponible, un máximo de pacientes de 6 y un mínimo de 0,85 (13).

Se hace de gran importancia medir las cargas de trabajo que están asignadas a los profesionales de enfermería, ya que estas tienen un impacto en la salud física y mental de los trabajadores, lo cual, a su vez, tiene un efecto sobre la seguridad del paciente. Alrededor del mundo se ha utilizado NAS *(Nursing Activities Score)*, una escala que mide el consumo de tiempo que un enfermero debe dedicar para la atención del paciente crítico. La NAS no solo tiene en cuenta actividades asistenciales básicas y avanzadas, sino también las tareas administrativas que debe realizar el profesional para garantizar la continuidad del cuidado en óptimas condiciones. La aplicación de esta escala guía la ratio enfermera(o)-paciente que debe mantenerse para garantizar un cuidado óptimo (14).

Hospitales con mejores ambientes laborales y mejores condiciones para la enfermería presentan menor mortalidad, menos readmisiones, menores días de hospitalización y mejores costos asociados al recurso humano en enfermería (15).

8. Cuando se habla de "razón enfermera-paciente" se refiere a la cantidad de personas que están a cargo de una enfermera, por ejemplo: cada enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital tiene a su cargo 7 pacientes, por lo tanto, se manifiesta como una razón enfermera-paciente de 1:7.

Proceso de atención de enfermería ante el COVID-19 bajo condiciones laborales óptimas

Para llevar a cabo el desarrollo del presente PAE se incluyó valoración, diagnósticos, intervenciones y evaluación.

Valoración

En este proceso sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona se tomará en cuenta tanto la valoración de antecedentes como la situación actual. La finalidad de esta valoración será identificar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que den señal sobre la presencia de necesidades de salud.

Por otra parte, el profesional de enfermería debe valorar al personal disponible y su cualificación para el cuidado de pacientes en estado crítico, y asegurarse que el equipo de atención contenga al menos un médico especialista en medicina crítica, un profesional de enfermería, un técnico o auxiliar de enfermería y un profesional terapeuta respiratorio (16).

Valoración de antecedentes.

Es preciso consignar en la anamnesis el ciclo de vida en donde se ubica la persona y hacer hincapié en enfermedades que han sido identificadas como factores de riesgo y predisponentes a complicaciones, tales como enfermedades cerebro y cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, hiperlipidemias, diabetes, cáncer activo, enfermedades autoinmunes, obesidad, tabaquismo, hipertensión o enfermedades de la tiroides (17-19).

Valoración de la situación actual.

Este apartado debe considerar signos, síntomas, conductas, sentimientos o manifestaciones verbales o no verbales. Con el fin de dar una estructura a la información recolectada, aquí será presentada según los dominios planteados por la taxonomía NNN (20).

Teniendo en cuenta que el aumento de los marcadores biológicos de inflamación CPK, troponina y PCR están asociados fuertemente con el deterioro del estado de oxigenación en el paciente crítico, se aconseja valorar dichos marcadores periódicamente (22).

Tabla 1. Principales aspectos de valoración de la persona con COVID-19.

Dominio	Clase	Parámetros para valorar
1) Funcional **Incluye parámetros para identificar el estado de las necesidades básicas de la vida diaria (movilizarse, bañarse, alimentarse, etc.).**	Actividad/reposo	Escala de Downton / Escala de morse.
	Comodidad	Escala Visual Análoga del Dolor.
	Nutrición	Peso, IMC, Glucometría, triglicéridos y colesterol HDL, LDL y total, albúmina, tipo de dieta.
	Autocuidado	Índice de Barthel (21).
	Sueño y reposo	Escala de Rass, Escala de Ramsay.
	Valores/creencias	Hitos de tratamientos autoadministrados y demás creencias.
2) Fisiológico **Incluye parámetros para identificar el estado de funcionamiento corporal. (Estado de conciencia, función respiratoria, función cardiaca, balance hidroelectrolítico, homeostasis, función de eliminación urinaria e intestinal, función metabólica, etc.).**	Función cardiaca y vascular	Frecuencia cardiaca, tensión arterial, tomografía computarizada de tórax, llenado capilar, dímero D, troponina, ruidos cardiacos, parámetros hemodinámicos, tiempos de coagulación (PT, PTT INR).
	Función respiratoria	Patrón respiratorio, frecuencia respiratoria, signos de dificultad respiratoria, saturación de pulso de O2, relación PaO2/FiO2, radiografía o TAC de tórax, ruidos respiratorios, gases arteriales, capnógrafo, llenado capilar, posición de la persona, presencia de acrocianosis y/o cianosis peribucal.
	Líquidos y electrolitos	Balance hídrico, Sodio, Potasio, Cloro, Calcio, Magnesio.
	Neurocognición	Glasgow, reflejos vegetativos (centro respiratorio, circulatorio, deglución), estado de conciencia, orientación en las tres esferas, contemple la aplicación de la escala de cincinnati, toma de TAC de cráneo, toma de angioresonancia cerebral, presencia de síntomas como anosmia o disgeusia.
	Regulación física y control de infecciones	Temperatura, lactato deshidrogenasa, proteína C reactiva, cuadro hemático, hemocultivo, urocultivo, reacción en cadena de polimerasa y panel viral para SARS-COV-2, TGO, TGP, bilirrubinas, ferritina.
	Eliminación	Gasto urinario, Nitrógeno Ureico, creatinina, relación BUN: creatinina, patrón de eliminación intestinal y urinaria.
	Integridad Tisular	Escala de Norton. Lactato sérico, troponina, procalcitonina, CPK.

Fuente: elaboración propia con base en González y Monroy (20).

Una vez recolectados los datos anteriormente mencionados, es recomendable aplicar escalas de severidad de la infección y de riesgo de mortalidad. Las escalas más recomendadas para la aplicación en pacientes críticos por infección de SARS-COV-2 son:

evaluación rápida de insuficiencia de órganos relacionada con sepsis (qSOFA) y el puntaje nacional de alerta temprana para la identificación de sepsis grave y choque séptico (NEWS) (23).

Diagnósticos de enfermería (NANDA).

A continuación, se exponen algunos diagnósticos de enfermería que se podrán presentar en los pacientes críticamente enfermos por COVID-19 y, en los cuales, se requiere intervención prioritaria por parte de enfermería, no obstante, es a criterio del profesional de enfermería incorporar nuevos o retirar diagnósticos que le permitan garantizar un eficiente y efectivo cuidado de calidad (24).

- Deterioro del intercambio de gases, en el cual se evidencia que el principal factor relacionado es el cambio en la membrana alveolar-capilar (6).
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, donde resaltan algunos factores de riesgo como lo es la exposición constante a humedad, presión, y cizalla.
- Riesgo de sufrimiento espiritual.
- Riesgo de ansiedad ante la muerte.
- Riesgo de confusión aguda.

Planeación.

Se sugieren las siguientes actividades previas a las acciones de cuidado de la persona con diagnóstico de COVID-19:

1. Asegurar en cantidad suficiente para todos los trabajadores del área los elementos de protección personal, tales como (1):

a. Mascarillas faciales, respiradores o tapabocas con una eficiencia de filtración de partículas superior al 95 %.

b. Gorro desechable con elástico cuyo material sea de polipropileno y el resorte en Nylon.

c. Batas antifluidos de tela no tejida, preferiblemente de polipropileno y repelente a líquidos o secreciones, con refuerzo en las mangas, puños elásticos de algodón ajustables a la muñeca y ajustable anatómicamente al cuello, que cumplan con la norma técnica colombiana NTC5623, NTC5624.

d. Monogafas de policarbonato antiempañante, resistente a rayones, con amplio rango de visión sin obstrucciones que cumplan con la norma técnica colombiana NTC1825 y la norma ANSI Z87.1 de 2010, en caso de no disponer monogafas, se puede optar por el uso de careta.

e. Polainas antideslizantes no tejidas de polipropileno.

f. Cantidad suficiente de guantes no estériles en látex o vinilo que cumplan con las normas técnicas colombianas NTC5884.

g. Cantidad suficiente de guantes estériles en látex o vinilo que cumplan con las normas técnicas colombianas NTC5884 y que hayan sido esterilizados con Óxido de Etileno.

2. Planear con antelación al inicio del cuidado de la persona con COVID-19 en situación crítica actividades a ejecutar, con el fin de limitar la circulación del personal de la salud en la unidad de la persona hospitalizada por COVID-19.
3. En caso de que el profesional de enfermería delegue actividades al personal técnico o auxiliar, este debe tener dedicación exclusiva a un solo paciente.
4. Decidir el uso de insumos o materiales médico-quirúrgicos que no generen aerosoles, siempre y cuando la condición del paciente lo amerite.
5. Garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos, especialmente los sedantes y relajantes.

Resultados esperados de enfermería (NOC) (25).

0403 estado respiratorio: ventilación con indicadores:

1. Utilización de los músculos accesorios.
2. Ruidos respiratorios patológicos.

2007 muerte confortable con indicadores:

1. Sufrimientos

Principales intervenciones de enfermería (NIC) (26).

Tabla 2. Principales intervenciones de enfermería para la persona con COVID-19.

Intervención	Actividad	Responsable
Manejo de la vida aérea	Identificar a los pacientes que requieran intubación orotraqueal.	Enfermera(o)
	Posicionar al paciente para obtener el máximo potencial ventilatorio (decúbito prono, semifowler).	Enfermera(o) con ayuda de auxiliar de enfermería
	Auscultar campos pulmonares en búsqueda de cambios en los ruidos respiratorios.	Enfermera(o)
	Valorar el patrón respiratorio y estado de oxigenación.	Enfermera(o)
Oxigenoterapia	Eliminar secreciones nasales, bucales y traqueales evitando generar aerosoles.	Enfermera(o)
	Preparar y administrar oxígeno a través de humidificación.	Enfermera(o) y/o auxiliar de enfermería
	Valorar la eficacia de la oxigenoterapia mediante oximetría de pulso y gases arteriales.	Enfermera(o)
	En caso de tener ventilación mecánica, revisar y ajustar parámetros ventilatorios, estado ácido/base, gases arteriales venosos.	Enfermera(o)
Fisioterapia respiratoria	Determinar si existe contraindicación para el uso de fisioterapia respiratoria.	Enfermera(o)
	Determinar el segmento pulmonar a drenar.	Enfermera(o)
	Observar el nivel de tolerancia del paciente mediante la valoración de la saturación de O2, ritmo y frecuencia respiratorios, ritmo y frecuencia cardiaca y comodidad.	Enfermera(o)
	Practicar técnicas de vibración y percusión adicionales al drenaje postural.	Enfermera(o)
Monitorización respiratoria	Valorar esquemas respiratorios *(Kussmaul, Cheyne-Stokes, Hiperventilación).*	Enfermera(o)
	Realizar lecturas del ventilador mecánico, teniendo presente aumento y disminución de los parámetros establecidos.	Enfermera(o)
	Valorar cambios en la saturación de pulso O2 y saturación venosa de O2, así como cambios en los indicadores de respiración de los gases arteriales.	Enfermera(o)
Administración de medicación	Administración de fármacos prescritos, tales como sedantes y relajantes, de acuerdo con los 10 correctos para la administración de medicamentos.	
Monitorización de signos vitales	Medir y registrar rigurosamente las constantes vitales del paciente: temperatura, frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SaO2), presión arterial, frecuencia cardiaca y dolor.	
Apoyo espiritual	Escucha activa y presencia. Conversación. Contacto indirecto.	Enfermera(o)
Apoyo a la familia	En esta actividad el profesional de enfermería clarifica las intervenciones desde la disciplina que se están llevando a cabo, su objetivo, los resultados que se esperan y el proceso de acompañamiento que se está desarrollando. Por otra parte, se deben abordan dudas e intranquilidades, en definitiva, se intenta facilitar el futuro proceso de duelo ante una posible muerte, a priori, no esperada y sobrevenida por una crisis epidémica. Debido a la ansiedad y angustia de la persona y de su familia derivada por el COVID-19, y su prolongado aislamiento, se necesita de un soporte emocional mediante un trabajo interdisciplinario entre el profesional de enfermería, psicología, trabajo social y psiquiatría de enlace, quienes opten por el uso de herramientas tecnológicas como tabletas o celulares tipo *smartphone* y el uso de aplicaciones de mensajería o de comunicación que preferiblemente tenga la opción de realizar videollamadas.	Enfermera(o)
Prevención de úlceras por presión. Cambio de posición.	Cambio de puntos de apoyo óseos mediante almohadas. Control de humedad.	
Manejo del delirio. Orientación de la realidad.	Valoración constante del dolor, estado mental y neurológico. Ajustar la sedación de acuerdo con las necesidades de ventilación. Realice intervenciones no farmacológicas como la orientación en tiempo, persona y espacio; estimulación de los sentidos como la visión y el odio a través del uso de gafas o audífonos y monitorear el sentido del gusto y el olfato. Opte por ejercicios pasivos en la cama. Las descritas en la actividad apoyo a la familia.	Enfermera(o)
Aislamiento	La unidad o cubículo debe estar bien ventilado, iluminado (sin uso de aires acondicionados) y preferiblemente bajo presión negativa.	Enfermera(o)

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El presente artículo aborda las condiciones laborales de enfermería necesarias para llevar a cabo un proceso de atención en enfermería adecuado en el contexto de pacientes en estado crítico afectados por COVID-19. Se ha propuesto un PAE de acuerdo con la evidencia científica disponible; no obstante, hay consideraciones sobre el rango de aplicación de este proceso de acuerdo con la carga laboral de enfermería y otras condiciones del entorno, las cuales afectan la aplicabilidad de las intervenciones.

Enfermería desempeña un papel clave en la atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19, ya que es la disciplina que tiene un mayor contacto con las personas hospitalizadas, lidera las unidades y debe asegurar una atención con calidad, individualizada y humana (27).

Por ello resulta importante hacer un análisis en torno al cuidado omitido o perdido. Esta categoría, entendida por algunos autores como teoría de rango medio, fue propuesta desde el 2006 (28). El cuidado perdido hace referencia a cualquier aspecto de la atención necesaria del paciente que es omitido, total o parcialmente, o que no ocurre oportunamente. Este concepto recibe una notable influencia desde las teorías de la responsabilidad en materia de derecho, y ha sido elaborado en el contexto del movimiento por la seguridad del paciente *(patient safety movement)*, haciendo parte de una evaluación doble, cuyo complemento es el error por comisión.

La identificación de este fenómeno ha motivado la realización de estudios que examinan las razones por las cuales el cuidado se omite. Se ha identificado que el entorno y la carga laboral están asociados a las acciones de enfermería omitidas; esta relación entre la carga y el cuidado omitido se encuentra explicada, esencialmente, por la falta de tiempo, un bajo número de enfermeras(os) disponibles, y la interacción entre las habilidades de los trabajadores (29).

El PAE que se ha propuesto en el presente artículo debe tener en cuenta, para su aplicabilidad, el impacto del cuidado omitido en el desempeño de los enfermeros(as). Es evidente que las actividades omitidas aumentan en un contexto laboral como el colombiano, donde la razón enfermero paciente se duplica, e incluso triplica los estándares internacionales. Por tal motivo, se torna imposible lograr la aplicación concreta y eficaz de los planes de cuidado de enfermería sin abordar primero el grave problema de la sobrecarga laboral, la cual ha llevado a fragmentar el proceso de atención; el cuidado debería coordinarse para ser continuo durante las 24 horas y determinados objetivos terapéuticos deberían ser establecidos.

Como es bien sabido, los profesionales de enfermería en Colombia tienen una alta carga laboral entre lo administrativo y asistencial, por lo que se requiere que todos los conocimientos y esfuerzos intelectuales de estos profesionales se enfoquen en la atención directa de los pacientes. De igual forma se necesita que las condiciones laborales de los profesionales en enfermería mejoren, teniendo en cuenta un escalafón salarial, reconocimiento de títulos de posgrado, la autonomía profesional, una razonable y equitativa razón enfermera(o)-paciente adecuada, entre otros. Por ello, enfermería debe abogar por la reivindicación de sus derechos laborales, una mejor distribución de las cargas laborales, limitación de su actuar al cuidado directo de las personas, implementar un sistema de monitoreo u observatorio que haga seguimiento de las condiciones de bienestar y la salud a nivel laboral en los campos físicos y emocionales (29).

En esta discusión respecto a las condiciones que se requieren para implementar un PAE, se encuentra también la necesidad de contar con estándares y normativa públicos y avalados por organizaciones profesionales y académicas. Estos estándares deben incorporar, entre otros elementos, las actividades que se deben realizar, los tiempos necesarios de cada actividad y el máximo de actividades que se pueden lograr en un turno. También se debe clarificar cuáles actividades son esenciales para cada rol, ya que en la actualidad muchas tareas administrativas se consideran parte del trabajo de enfermería, sin que exista un consenso adecuado al respecto.

En Colombia, el equipo de enfermería está conformado por auxiliares de enfermería, quienes realizan estudios a nivel técnico laboral, y enfermeros, quienes realizan estudios a nivel universitario, conocidos popularmente como "jefes". Para que este equipo pueda coordinar sus actividades, es necesario que las organizaciones emitan recomendaciones respecto a cuáles actividades son delegables y cuáles no, dado que en la actualidad existe mucha confusión respecto a las responsabilidades que se puedan delegar a auxiliares de

enfermería y cuáles responsabilidades son compartidas de manera colaborativa con otras disciplinas. Se hace necesario igualmente establecer normatividad clara sobre los registros. Todas las actividades que realiza la enfermera(o) deben estar registradas y debe existir un espacio en la historia clínica con una estructura que evidencia el proceso de atención completo.

Por último, las discusiones actuales sobre el proceso de atención de enfermería deben abordar la diferenciación entre básicos y avanzados. Esta diferenciación es requerida para establecer estándares que permitan identificar los requerimientos de experiencia y formación de las actividades. Así mismo, se hace necesario discutir la pertinencia de la aplicación de escalas en la valoración; estas deben usarse con un alto criterio y sentido crítico; sin embargo, en la actualidad se utilizan como forma de diligenciar espacios en la historia clínica y no se tiene en cuenta que estos instrumentos deben ser aplicados por enfermeras(os) con una formación adecuada, contando con un tiempo razonable y complementando los resultados obtenidos con el propio juicio clínico.

Conclusiones

El profesional de enfermería desempeña un rol indispensable dentro de la atención de los pacientes críticamente enfermos, por lo que es necesario que estos profesionales cuenten con el tiempo y los recursos para poder ejecutar todos los cuidados necesarios y poder responder ante eventuales complicaciones de forma óptima para propender por el bienestar de las personas vulnerables.

La literatura disponible hasta agosto del 2020 sobre COVID-19 se centraba en describir la fisiopatología, factores de riesgo y posibles tratamientos. Generando que la información encontrada sobre la planificación, evaluación, intervenciones y resultados por parte del personal de enfermería fuera reducida. Se identificó la escasez de información como la principal limitante de nuestro estudio.

Es evidente la importancia que tiene el proceso de valoración y su registro en la historia clínica por parte de los enfermeros para detectar cambios súbitos en el estado de salud y riesgos potenciales y/o reales. El cuidado de la persona en situación crítica por COVID-19 debe tener un enfoque integral y holístico, siendo esto una oportunidad para llevar a cabo manejos que respondan a sus necesidades personales y familiares con tratamientos ofrecidos para el manejo de la dimensión biológica como el manejo de los síntomas y las manifestaciones clínicas; en la dimensión emocional, propiciar la comodidad, el bienestar mental, involucrar la familia en el cuidado; en la dimensión espiritual, buscar aliviar el sufrimiento o el dolor, fomentar la compasión; y en la dimensión social, usar las herramientas tecnológicas disponibles para mantener los lazos familiares y de afinidad.

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

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

Referencias

1. Asociación Colombiana de Infectología. Consenso Colombiano de Atención, Diagnóstico y Manejo de la Infección por SARS-COV-2/COVID-19 en Establecimientos de Atención en Salud. Infectio Revista de la Asociación Colombiana de Infectología. 2020;24(3)(s1). https://doi.org/10.22354/in.v24i3.892

2. Mo P, Xing Y, Xiao Y, Deng L, Zhao Q, Wang H, et al. Clinical characteristics of refractory COVID-19 pneumonia in Wuhan, China. Clin Infect Dis. 2020; Mar 16: ciaa270. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa270

3. Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).COLOMBIA: Impacto humanitario por el COVID-19. Informe de Situación No. 02. 2020 [Internet]. Disponible en: https://www.refworld.org.es/pdfid/5ed1c2b84.pdf

4. Organization for Economic Cooperation and Development. Health Status [Internet]. OECD; 2019. Disponible en: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

5. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Camas de hospital - OECD [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.oecd.org/centrodemexico/estadistica/camas-de-hospital.htm

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia cuenta actualmente con 5.845 UCI [Internet]. Minsalud; 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-actualmente-con-5845-UCI-.aspx

7. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Revista de Salud Pública de Paraguay [Internet]. 2013;3(1):41-48. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf

8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. 69a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2016 [citado el 31 de agosto del 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254600/A69_R19-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo [Internet]. OMS; 2020 [citado el 31 de agosto del 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/332164

10. World Health Organization. 2020 Triad Statement International Council of Nurses – International Confederation of Midwives – World Health Organization. [Internet]. 2020 [citado el 31 de agosto del 2020]. Disponible en: http://file:///C:/Users/Leandro%20G.%20Mu%C3%B1oz/Desktop/triad-statement-2020.pdf

11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93. https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987

12. National Nurses United. RN-to-Patient Staffing Ratios [Internet]. National Nurses United; 2020. [citado el 31 de agosto del 2020]. Disponible en: https://www.nationalnursesunited.org/ratios

13. Arango G, Peña B, Vega Y. Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos adulto. Aquichan. 2015;15(1):90-104. https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.9

14 Fajardo J, Cruz M, Mora Y, Torres L. Facial validation of Nursing Activities Score in three intensive care units in Bogota, Colombia. Enferm. glob. 2017;16(45):102-129. https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.261091

15. Lasater K, McHugh M, Rosenbaum P, Aiken L, Smith H, Reiter J, et al. Valuing hospital investments in nursing: multistate matched-cohort study of surgical patients. BMJ Qual Saf. 2021;30(1):46-55. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010534.

16. de Andrés-Gimeno B, Solís-Muñoz M, Revuelta-Zamorano M, Sánchez-Herrero H, Santano-Magariño A, Grupo de Cuidados COVID-19 HUPHM, et al. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19. Enferm Clin. 2020;31(1):49-54. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.016

17. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA. 2020;323(18):1775–1776. https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683

18. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020;323(13):1239–1242. https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648

19. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell L, Chernyak Y, et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. BMJ. 2020 May 22;369:m1966. https://doi.org/10.1136/bmj.m1966

20. González-Castillo M.G., Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enferm. univ. 2018;13(2):124-129. https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003

21. Barrero Solís C, García Arrioja S, Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial

para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast & Rest Neurol. 2005;4(1-2):81-85.

22. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell L, Chernyak Y, et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. BMJ. 2020;22;369:m1966. https://doi.org/10.1136/bmj.m1966

23. Rojas Gambasica J, Urriago G J, Montaño Villalobos Y, Moreno Araque L, Ahumada Bayuelo E, Chavarro Falla G, et al. Enfoque y Manejo Clínico de Pacientes con Enfermedad por SARS CoV 2 (COVID-19) en Unidad de Cuidado Intensivo. Revista Médica Sanitas [Internet]. 2020 [citado el 31 de agosto del 2020];23(1). https://doi.org/10.26852/01234250.52

24. Allande Cussó R, Navarro Navarro C, Porcel Gálvez AM. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. Enferm Clin. 2020;31(1). https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018

25. Moorhead S, Elizabeth E, Johnson M, Maas M. Nursing Outcomes Classification (NOC) Measurement of Health Outcomes. 6th ed. Missouri: NOC; 2016.

26. Kotfis K, Williams Roberson S, Wilson JE, Dabrowski W, Pun BT, Ely EW. COVID-19: ICU delirium management during SARS-COV-2 pandemic. Crit Care. 2020;24(1):176. https://doi.org/10.1186/s13054-020-02882-x

27. Choi KR, Skrine Jeffers K, Cynthia Logsdon M. Nursing and the novel coronavirus: Risks and responsibilities in a global outbreak. J Adv Nurs. 2020;76(7):1486-1487. https://doi.org/10.1111/jan.14369

28. 4. Kalisch B, Landstrom G, Hinshaw A. Missed nursing care: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(7):1509-1517. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x

29. Zárate-Grajales R.A, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. Enferm. univ. 2019;16(4):436-451. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777

Recibido para evaluación: 19 de octubre de 2020
Aceptado para publicación: 7 de junio de 2022

Correspondencia:
Rosibel Prieto-Silva
rprietos@unal.edu.co

Bogotá D.C., Colombia

Artículo de revisión

https://doi.org/10.56085/20277970.374

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

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

Humanização como parte do cuidado integral ao paciente: revisão narrativa

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

Resumen

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

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

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

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

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

Abstract

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

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

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

Resumo

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodología

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

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

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

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

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

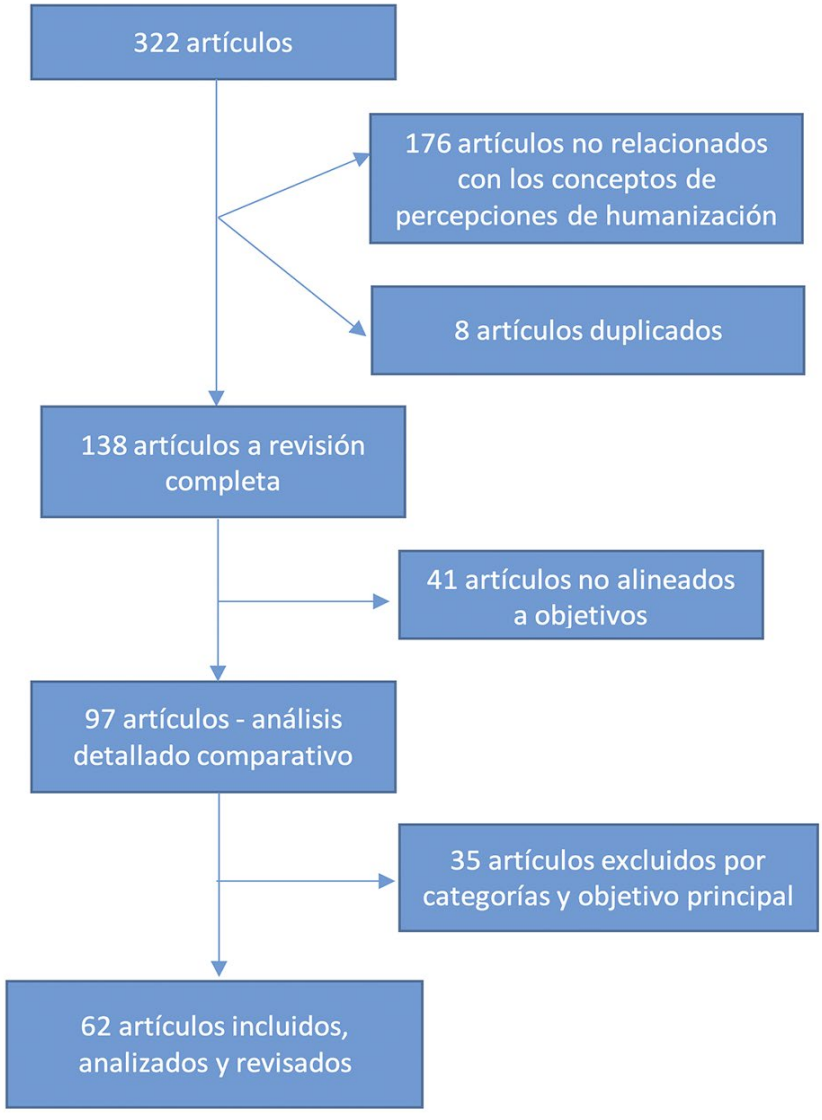

Figura 1. Proceso de revisión de la literatura.

Fuente: elaboración propia.

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

Tabla 1. Distribución cantidad de artículos por categoría.

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

Fuente: elaboración propia.

Resultados

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

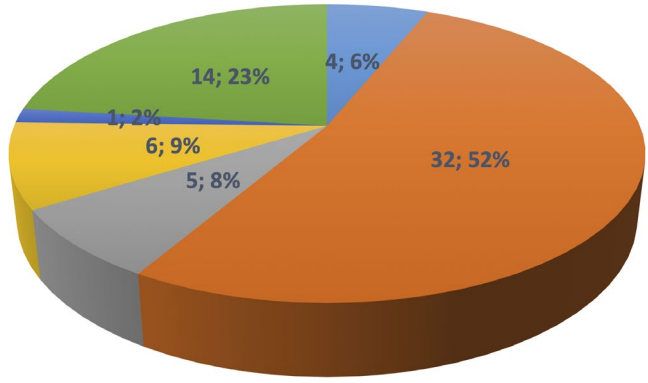

Figura 2. Distribución porcentual artículos incluidos por categoría.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Distribución de referencias bibliográficas por categoría.

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

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

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

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión realizada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discusión

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bogotá, D. C., Colombia