



Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 460-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898476

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: X Número: 2. Artículo no.:73 Período: 1ro de enero al 30 de abril del 2023.

TÍTULO: La humanización en salud para promover la descentralización en los centros de salud.

AUTOR:

1. Máster. Yris Pachas Cotos.

RESUMEN: Este estudio surge de la preocupación de los aspectos críticos del sistema de salud en Perú, como la ausencia de recursos, poca capacidad del personal en la resolución de conflictos y la falta de empatía hacia el paciente, lo que evidencia una deshumanización de este sistema y la necesidad de humanizarlo. Para dar respuesta a esta situación se exponen en este artículo algunos modelos que pueden contribuir a la humanización de los servicios de salud, teniendo en cuenta los diferentes agentes que participan en la asistencia médica. Se trabajó con la metodología de investigación documental. Entre las conclusiones se destacó la importancia de que el estado, los centros y el personal de salud aborden esta problemática de forma mancomunada.

PALABRAS CLAVES: humanización en salud, atención médica, atención integral, atención centrada en el paciente.

TITLE: Humanization in health to promote decentralization in health centers.

AUTHOR:

1. Master. Yris Pachas Cotos.

ABSTRACT: This study arises from the concern of the critical aspects of the health system in Peru, such as the lack of resources, little capacity of the personnel in the resolution of conflicts and the lack of empathy towards the patient, which shows a dehumanization of this system and the need to humanize it. In order to respond to this situation, this article presents some models that can contribute to the humanization of health services, taking into account the different agents that participate in medical care. We worked with the documentary research methodology. Among the conclusions, the importance of the state, the centers and the health personnel addressing this problem jointly was highlighted.

KEY WORDS: humanization in health, medical care, comprehensive care, patient-centered care.

INTRODUCCIÓN.

El estudio de la realidad nacional nos permite apreciar que la atención de la salud es una posibilidad de desarrollo, muchas veces cuestionada y criticada, y otras pocas con propuestas de quienes son los afectados.

De acuerdo a lo planteado por García-Roco et al. (2002), los países de América continúan sin tener un acceso real a los servicios de salud con recursos limitados, lo que representa un gran desafío para la capacidad de organización y gestión de los sistemas de salud; razón por la cual desde inicios de este siglo, se ha venido insistiendo en que, para reducir los efectos de la crisis económica, resulta de suma importancia que los países utilicen de forma eficiente sus recursos para brindar una atención integral.

Del mismo modo, Bellamy y Castro (2019) afirman que la atención al paciente suele ser deficiente, ya que en los servicios de salud se ejerce violencia en tres categorías: el tiempo de espera para ser atendido, las conductas marginales a los pacientes y el hecho de que muchas de las personas postergadas que asisten a los servicios de salud no son reconocidas como sujetos con derechos. En la

misma línea de idea, Picker líder de la filosofía de Atención Centrada en el Paciente, citado por Villamil (2013) refiere, que el sistema de salud está roto y que mientras la ciencia y la tecnología médicas avanzan, la humanización y empatía en la atención del paciente, no lo hacen.

En torno a los centros de salud de Perú específicamente, Díaz (2020) señala que es evidente la sobredemanda de los servicios de emergencia en hospitales de alta complejidad ubicados en la capital del país, situación que ha sido consecuencia de décadas de descuido y falta de políticas públicas en el sector salud que den respuesta a las necesidades de la población, donde se observa que uno de los principales problemas es el hacinamiento en los servicios de emergencias, principalmente en los hospitales de Lima y Callao, situación que frecuentemente es reportada por los medios de comunicación, lo que marca un claro desequilibrio entre la oferta y demanda que enfrenta el sector salud; el autor resalta, que desde el Ministerio de Salud no se han desarrollado estudios técnicos que permitan medir el problema de hacinamiento en los diversos servicios de los Hospitales de estas regiones, con excepción de un reporte en el Hospital Rebagliati que señala que tiene el nivel más alto de la escala de NEDOCS, correspondiente a la categoría de desastre, lo que se traduce en un riesgo muy elevado para el personal de salud y los pacientes.

El estado debería ser el responsable del desarrollo de políticas de salud que concuerden con el proceso de descentralización que vive el Perú, en el marco de los lineamientos nacionales y de los centros de salud para un cuidado humanizado con miras a garantizar la salud y autonomía para el bienestar de los habitantes de la zona de Lima.

Por lo planteado anteriormente, el presente artículo pretende exponer los procesos que contribuyen a la humanización de los servicios de salud, teniendo en cuenta los diferentes agentes que participan en la asistencia médica: profesionales de la salud, pacientes y familias.

En este punto, es oportuno resaltar, la investigación de Campos et al. (2017) quienes señalan la necesidad de plantear una política que desarrolle etapas previas al proceso de atención que se

caractericen por procesos de concientizar, informar y adjudicación de conceptos y prácticas de salud entre los servidores de este campo a todo nivel, proponiendo un nuevo modelo de atención. En ese sentido, se debe resaltar el cuidado humano, ya que este es significativo y trascendente tanto para quien presta el servicio como para el paciente; sin embargo, muchas veces no hay reciprocidad dado que la asistencia se da en situaciones de desigualdad, lo que ocasiona que en algunos casos, los pacientes opten por no volver a un determinado centro de salud, no recomendarlo y en muchos casos, desacreditarlo.

Sin duda alguna, las organizaciones de prestadoras de servicios de salud deben estar orientadas a prestar un servicio humanizado, al respecto Ariza (2012) señala, que estos procesos deben partir desde el personal de este campo, a quienes es importante recordarles constantemente que deben poner su conocimiento y capacidades al servicio de los pacientes con alto grado de igualdad, dando prioridad a la sensibilidad y la ética en el proceso de atención y cuidado del paciente, resaltando la dignidad humana y brindando una atención de calidad a usuarios, pacientes, familiares y otros profesionales implicados en el sistema de salud. Igualmente, la autora señala que el respeto a la vida, a la dignidad, a los derechos, sin distinción de ningún tipo, deben ser los principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de cualquier profesional de la salud, con la intención de garantizar un servicio más humanizado. Lo planteado hasta ahora debería ser el propósito de los hospitales no sólo en la capital, sino en las urbes y las diferentes regiones de Perú, y en todos los países de América.

En torno al trato humanizado por parte de los profesionales de la salud, siempre será uno de los factores por los que el paciente volverá e incluso recomendará o desacreditará el hospital donde se atendió. Al respecto, Ariza (2012) afirma, que la atención implica un juicio de valor que involucra un proceso dinámico y participativo para determinar y dar prioridad a las necesidades, y decidir la

intervención médica y el cuidado más adecuado para el paciente, con el objetivo de promover la vida, prevenir la enfermedad, aplicar el tratamiento y dar cuidado paliativo adecuado.

El presente artículo constituye un aporte importante, debido a que tanto en Perú como en el resto de los países de América existe la necesidad de generar planes de mejora continua que permitan optimizar los servicios de salud y elevar la percepción que tienen los usuarios en los servicios de este campo, considerando no sólo al paciente sino también al conjunto de personas que lo acompañan de manera práctica; esta investigación permitirá elaborar un conjunto de procesos para el mejoramiento de la atención y así responder a los estándares de calidad en salud, y también será un antecedente del cual se obtendrán algunas sugerencias y recomendaciones en la misma línea de estudio.

DEASARROLLO.

En cuanto a la metodología de esta investigación, se desarrolló bajo un enfoque documental orientado a la construcción teórica conceptual, donde el propósito fundamental estuvo orientado a sistematizar las investigaciones publicadas en torno a la temática de la humanización de los servicios de salud, con particular atención a los estudios centrados en Perú y algunos países latinoamericanos con la intención de contrastar la situación de Perú con otros sectores de la región. Para lograrlo, se siguió la metodología propuesta por Kitchenham (2004) y Okoli y Schabram (2010), que es bastante similar a la declaración PRISMA de Liberati et al. (2009), con la intención de sistematizar de forma organizada los hallazgos encontrados sobre el tema de estudio.

Se empleó de forma rigurosa una serie de métodos y técnicas tanto en la búsqueda como en la síntesis y organización del texto, siguiendo la metodología de ocho pasos propuesta por Okoli y Schabram (2010), que permiten realizar una revisión de la literatura, los cuales son: 1. determinar el propósito de la revisión; 2. Protocolo y formación; 3. Búsqueda de literatura; 4. Cribado para la inclusión; 5. Evaluación de la calidad; 6. Extracción de la información; 7. Síntesis de los estudios, y

8. Realización de la reseña. Con esto se pudo seguir el proceso de planificación, desarrollo y reporte de la revisión sistemática propuesta por Kitchenham (2004).

Para esta investigación se trabajó con información académica disponible en la web, y las palabras claves que guiaron esta revisión fueron las asociadas con los modelos de atención de salud centradas en el paciente, lo que permitió depurar la información encontrada y descartar lo que no era pertinente como información duplicada o que no aportaban aspectos relevantes al objetivo de este estudio.

Resultados.

La RAE concibe la humanización como la acción y efecto de humanizar o humanizarse; es decir, es el proceso por el cual se propicia el desarrollo u optimización de cualidades humanas a una actividad, y en este sentido, es un procedimiento consciente y deliberado que tienen las personas para lograr ser empáticas, solidarias, afectivas, comunicativas, amorosas, sociales, racionales y relacionales; lo contrario a esto es considerado inhumano.

La humanización de la salud es uno de los principales retos de este sistema en Perú, que en la actualidad se encuentra caracterizado por un sinnúmero de problemas y con pocos reconocimientos. Una situación muy observada en los centros de salud de este país es la escasa atención al paciente y al familiar desde el ingreso al hospital con indiferencia y poca solidaridad por parte del personal de seguridad y recepción frente a la emergencia o situación del usuario, lo que incrementa su estrés y ansiedad en un momento que debería estar caracterizado por la hospitalidad.

En ese sentido, en este estudio el concepto de hospitalidad es asumido como una alternativa que permite tener una actitud más humana a la hora de atender al paciente con la intención de mejorar su relación con los agentes asistenciales. En este orden de ideas, Bermejo (2014) afirma que: Cada vez siento mayor incomodidad al constatar que en diferentes contextos de reflexión, se tiende a equiparar la humanización con el trato cálido, acogedor, en las relaciones asistenciales. Casi como si

lo más genuinamente humano estuviera en estas cualidades de las relaciones de ayuda. Hablar de humanización, en cambio, es mucho más comprometedor: reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se deriva (p. 1).

Lo señalado por el autor evidencia la necesidad de precisar que la humanización de la salud sea el resultado del respeto como un constructo de integralidad, de respeto por la vida y del reconocimiento de la dignidad y los derechos del paciente; por lo que se puede afirmar, que dignificar, respetar, humanizar, acoger, ser hospitalarios con quien lo necesite, sobre todo con el paciente, es una acción de inclusión, es una oportunidad de ser solidarios y respetuosos de los derechos de las personas y de los procesos de todos los servicios prestados en los centros de salud, pero ni la dignidad, la acogida, la puesta en práctica de la hospitalidad, las valoraciones éticas, morales y bioéticas deben ser consideradas como simples términos, ni ejecutados a la ligera para solucionar el problema de la humanización en la salud.

En ese sentido, es oportuno resaltar, que en los hospitales al servicio de la salud en Perú según Quiroz (2018), “existen brechas de salud colectiva, grandes desigualdades en la atención de salud, limitada cobertura, inequidad e ineficiencia en el uso de recursos, insuficiencia financiera, deficiencias gerenciales y desarticulación entre las instituciones” (p.34), lo que evidencia un alto grado de deshumanización en la asistencia al enfermo, que acude a un centro de salud con la necesidad de atender cualquier situación de salud, pero lamentablemente no recibe la atención correspondiente.

En el contexto actual, hablar de humanización salud, según Ariza (2012) implica tratar necesariamente la urgente incorporación de valores, y hacer un llamado a las instituciones del sector salud peruano, como responsables de administrar a profesionales y técnicos de las herramientas e insumos para que puedan cumplir asertivamente sus funciones, ya que no solamente hay que considerar las carencias en la formación y en las relaciones interpersonales, sino también las

limitaciones y deficiencias de las infraestructuras, la escasez de equipos que impide lograr una atención de calidad, a lo que se le suma la falta de capacitación, impactando de manera negativa en el logro de los resultados, objetivos y metas de las instituciones de salud en Perú.

Ese autor señala, que son las instituciones estatales las que deben buscar alternativas para motivar e incentivar al personal de salud, pero sobre todo a los asistenciales para que se sientan a gusto con el ejercer de su profesión, suprimiendo las barreras organizativas y administrativas, para alcanzar una resolución eficiente con la prestación de un servicio de salud de calidad.

En la actualidad, el sistema de salud peruano afronta varios desafíos, tales como los cambios en las necesidades y las preferencias de las personas, los requerimientos de aporte a la equidad y la cohesión social, y la capacitación del personal, ya que el personal que se encuentra en las instalaciones muchas veces no está capacitado ni siquiera para brindar los primeros auxilios, dar consuelo a los familiares de pacientes graves o muy graves, carecen de sistemas que permitan al usuario hacer sugerencias o reclamaciones, y en muchas ocasiones, el paciente y sus acompañantes tienen poca información del centro, debido a la falta de personal o sistema que oriente al usuario en el funcionamiento de la institución.

En este mismo orden de ideas, Bustinza (2019) afirma, que uno de los retos más importantes del sistema de salud peruano es incrementar la accesibilidad a los servicios de salud, por lo que es indispensable rediseñar su modelo de atención con base en la atención primaria, con énfasis en la capacitación del personal de salud y en el incremento de la capacidad resolutoria de los establecimientos que permitan responder a las necesidades del paciente y sus familiares.

El modelo de atención es una representación descriptiva de la forma óptima de organizar las acciones que toma la institución, procurando satisfacer las necesidades y demandas de salud del paciente y su familia, y ayudar a mejorar el sistema. Este proceso no se produce por sí solo, requiere

trabajo de conducción y reorganización del mismo, que solo puede llevarse a cabo con persistencia, tiempo y gestión estratégica de alta calidad.

La utilidad principal de un modelo de atención es la de orientar la toma de decisiones dentro del sistema de salud: las decisiones estratégicas tienen por objeto avanzar en la instauración del modelo, y una vez que este se conoce, se asume y se comparte para orientar las decisiones cotidianas que hacen posible que este funcione adecuadamente. Cualquier modelo de atención orientado al trato humanizado es poderoso siempre y cuando movilice la energía del sistema y de coherencia al quehacer de quienes toman las más altas decisiones, involucrando a todos los participantes de todos los niveles.

En otros países latinoamericanos, como es el caso de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (s/f) plantea un modelo de atención integral de salud que permite que cada persona, familia o comunidad cuente con un equipo de salud interdisciplinario humano que le ayude a llevar una vida saludable. Ese equipo debe poder dar seguimiento y responder a la mayoría de las peticiones y contar con el apoyo de otros componentes del sistema de salud (centros especializados, laboratorios, centros de atención complementario) sociales (grupos de motivación, atención en servicio social) para las situaciones en que no fuese conveniente, pertinente o posible tener una capacidad de resolución dentro de la misma institución.

Esa concepción, que consagra una nueva visión para orientar el trabajo del sistema, tiene consecuencias en la manera en que los hospitales participan en la provisión de servicios. La función de los hospitales en este modelo de atención es según Artaza et al. (2011), “contribuir a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le defina, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia” (p. 85).

En algunos países se viene avanzando en el sistema de cobertura sanitaria nacional, que permita disponer de la capacidad de los sistemas de salud de manera ininterrumpida, ya que de acuerdo a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), se viene observando que si la población tiene que pagar la mayoría de los gastos, los más pobres serán incapaces de obtener muchos de los servicios que necesitan e incluso los pudientes podrían tener dificultades económicas en caso de enfermedad grave o prolongada.

Es necesario comprender, que la mejora en la cobertura de salud depende de la disponibilidad y accesibilidad de los servidores de la salud. En un sistema de buena cobertura es imprescindible asegurar que los servicios de salud estén integrados y centrados en las necesidades de las personas y toda la sociedad, en equilibrio entre los usuarios externos y los internos de los sistemas de salud.

Para tener este modelo, los hospitales según Artaza et al. (2011) “deben pasar a ser estructuras flexibles que puedan ser redefinidas dinámicamente en el tiempo por sus redes asistenciales, quienes les deben fijar la cartera o portafolio de servicios; es decir, el tipo de actividades, niveles de complejidad y especialidades. A su vez, los establecimientos deben tener las competencias y las facultades para modular su estructura de funcionamiento organizacional según los requerimientos de sus respectivas redes, con el objeto de obtener respuestas efectivas a las necesidades de salud de las personas. Esta declaración debe contribuir a una definición dinámica del rol de los diversos tipos de hospitales en el concierto del quehacer de una red, para satisfacer las necesidades de salud de una población determinada. Dicho de otro modo, habrá que superar las miradas tradicionales de que ciertas prestaciones necesariamente son y serán realizadas en un hospital convencional, pudiendo ser ejecutadas de manera más costo efectiva en otros dispositivos” (p.86)

De acuerdo a lo planteado por el autor en los nuevos modelos de atención hospitalaria, los centros de salud pueden asumirse como instituciones que gestionen adecuadamente componentes especializados de apoyo y atención al paciente y su familia; así, los hospitales se conciben no como

entes autónomos, sino como partes de la red y apoyo a la primera línea de atención y el funcionamiento del sistema se ordena en torno a la promoción de la salud y los servicios preventivos que se dan, principalmente, cerca de la comunidad.

De igual modo, como las instituciones de salud han dejado de estructurarse en estancos verticales fundamentados en órganos y especialidades para organizarse matricialmente en torno a macroprocesos centrados en las necesidades de sus usuarios, ocasiona que cada vez hay más funciones que no son responsabilidad exclusiva del centro de salud, sino que requieren de una gestión más integrada, y pasan a ser asuntos compartidos con otros entes, tales como los servicios comunitarios y ambulatorios.

La atención centrada en la persona es un enfoque de alta capacidad para mejorar la calidad y buenas prácticas de los servicios de salud. En la actualidad, se aprecia en esta área, un gran interés por conocer y aplicar modelos de atención orientados a las personas; sin embargo, este se encuentra definido en enfoques de varios autores, y sobre todo, de psicólogos que se han encargado de medir el impacto sobre un trato humanizado; por ello, en este estudio se resalta la importancia de contar con una atención profesional de calidad que permita y apoye a las personas, incluso las que tienen un deterioro cognitivo avanzado, que puedan seguir teniendo control sobre su vida cotidiana, destacando la importancia de aspectos como el conocimiento de cada paciente y su entorno, su salud y su funcionamiento, pero también su historia de vida, sus capacidades, sus preferencias y las actividades que le agradan.

Es oportuno destacar, la importancia de ofrecer cuidados de calidad, apoyando la autodeterminación de las personas y protegiendo su intimidad o la necesidad de fomentar las relaciones sociales y el contacto con su medio social. También es pertinente resaltar, el papel del espacio físico, la conveniencia, el aspecto del centro, y que estos cuenten con un diseño agradable que brinde hospitalidad al paciente y acompañantes, dejando en el pasado los ambientes uniformes e

institucionales, ya que estos elementos tienen una gran influencia en el bienestar y en la forma de relacionarse de las personas que hacen vida dentro de estas instituciones.

En ese sentido, es acertado destacar, los estudios de algunos especialistas como los de Maslow (2016), quien centra al ser humano en la autorrealización, asumiendo esta como la satisfacción de necesidades progresivamente superiores como la satisfacción de la necesidad de estructurar el mundo a partir de sus propios análisis y valores. El autor también afirma, que toda persona tiene necesidad de afecto, lo que incluye el respeto a los sentimientos referidos a potencialidades y capacidades tales como la confianza, la competencia, los logros, la independencia y la libertad, la necesidad de estima vinculadas al desarrollo afectivo del individuo como asociación, participación y aceptación.

En este mismo orden de ideas, el psicólogo Rogers (1942), en su trabajo de terapia centrada en el cliente, constituye un enfoque humanista orientado a las formas en que las personas se perciben a sí mismas conscientemente, en lugar de cómo un médico puede descifrar sus pensamientos, ideas y emociones inconscientes. El autor también considera, que para que un terapeuta sea efectivo, necesita ser auténtico en la relación profesional con el paciente.

En concordancia con lo propuesto por ese autor, Heidegger (1971) afirma, que el cuidado al paciente constituye una parte esencial de la existencia humana y determina la estructura de la práctica médica. Sartre (1954) con su teoría sobre existencialismo enfatiza en el compromiso histórico del humanismo con el misterio de la vida y la importancia de la comprensión de la contingencia humana. En su trabajo, "El Ser y la nada", analiza los problemas de la existencia humana.

En esta misma línea de pensamiento, el psiquiatra estadounidense Engel (1977) propone un modelo biopsicosocial, en el cual analiza la esfera psicológica como parte integral del ser humano, en el contexto de la enfermedad. El conocimiento del contexto emocional y social en el que vive cada sujeto o incluso los factores psicológicos que se dan en él, influyen en los procesos biológicos, los

cuales también pueden incidir en el sistema social del paciente. Este modelo hace énfasis en la visión integral de los factores relacionados con la salud, la enfermedad y la atención, con el propósito de mostrar la interrelación que presentan las creencias familiares con la forma en que las familias se adaptan a las enfermedades. El trabajo de este autor está consolidado en la teoría de la terapia familiar que atiende los aspectos biopsicosociales del individuo y con la atención médica centrada en la familia que culmina con la creación de la terapia médica familiar.

Igualmente, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2020) hace énfasis en poner las necesidades integrales de las personas y las comunidades en el centro de los sistemas de salud, no solo desde la mirada de la enfermedad, si no del compromiso de capacitar a las personas para que tengan un papel más activo en su propia salud; asimismo, proponen cuatro pilares útiles para desarrollar una respuesta, con una fundamentación sólida para poder ejecutar un nuevo marco conceptual de las funciones esenciales de la salud pública en todos los países.

El primer pilar está orientado a aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las desigualdades en relación con la salud y sus causas. El segundo hace referencia al adecuado abordaje de las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de los ciudadanos. El tercero aborda la germanización del acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados para toda la población sin discriminación de ningún tipo, y el cuarto pilar enfatiza en la necesidad de expandir la función del personal directivo y autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública.

En este sentido, la OPS (2020) hace énfasis en varias necesidades de los sistemas de salud pública y establece cinco estrategias para mejorar los sistemas de salud pública:

La primera estrategia es empoderar y comprometer a los servidores de salud a capacitarse de manera adecuada en cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, y en la atención al usuario de los servicios de salud para garantizar el acceso universal de todos los servicios que se brindan.

La segunda hace referencia al fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas con el propósito de mejorar el diálogo sobre políticas, la formulación y evaluación de las mismas, de común acuerdo con ciudadanos, comunidades y otras partes interesadas, promoviendo con transparencia la toma de decisiones para generar sistemas sólidos para la rendición colectiva de cuentas por parte de todos los involucrados en el sistema de salud.

La tercera estrategia pone énfasis en la reorientación del modelo de atención, fortaleciendo la prestación de servicios de atención de salud eficientes, efectivos, oportunos y de calidad, a través de modelos de cuidado que prioricen la atención adecuada del paciente.

La cuarta resalta la importancia de articular la atención en torno a las necesidades y preferencias de las personas en todos los niveles de atención, así como de promover actividades para integrar a diferentes proveedores de atención, mediante la creación de redes efectivas entre la salud y los demás sectores, y por último, la quinta estrategia plantea crear entornos adecuados para que las cuatro anteriores se conviertan en una realidad operante, siendo necesario desarrollar espacios propicios que reúnan a las diferentes partes interesadas y comprometidas en emprender un cambio transformador dentro del centro.

La OPS (2020) también refiere, que para garantizar la mejor atención al paciente, se debe contar en primer lugar con el compromiso de centrar la atención en él y su familia, como elemento fundamental y conceptual de un sistema de salud de calidad, y en segundo lugar, con la responsabilidad de involucrar en todo el proceso al paciente y acompañantes en cuanto a la toma de decisiones frente al cuidado y manejo de la enfermedad.

En este mismo orden de ideas, Veringa (2018) plantea la atención médica centrada en la persona, con más hospitalidad, ambiente saludable y de confort para el paciente, para brindar apoyo positivo y experiencias satisfactorias en favor de la calidad de vida. Este modelo contribuye a la

implementación sistemática de la humanización con la atención centrada en la persona y su familia, el cual está estructurado en siete componentes:

1. Orientación al liderazgo del personal.
2. Evaluación Cultural del contexto del centro.
3. Implementación de prácticas que promueven la participación de toda la comunidad de la organización que contribuyen con su labor del bienestar y salud.
4. Mejorar las habilidades y estructuras requeridas para lograr la gobernanza y la toma de decisiones adecuadas.
5. Conectar con el personal a través del reconocimiento del cumplimiento de sus funciones.
6. Desarrollar programas para la organización de equipos de acción, comités directivos, programas de aprendizaje para abordar planes de cambios dentro del centro.
7. El entrenamiento gerencial para el personal directivo y administrativo del centro.

Según el autor, esto contribuye a prestar una atención de calidad centrada en el paciente, lo que crea ambientes saludables en el trabajo y contribuye a mejorar los resultados de salud en los pacientes y compromete a las comunidades en torno a la salud y el bienestar. De igual modo, señala que la aplicación de este modelo tiene efecto positivo en el desempeño directo de las organizaciones de salud y la mejora de la experiencia de la persona; por ello, contribuye a optimizar los estados de bienestar de toda la comunidad vinculada a la organización, incrementar los niveles de la calidad de la atención, aumentar la confianza en la organización por parte del paciente, familia y la comunidad, mejorar el clima organizacional, liderazgo y compromiso del personal, así como en la satisfacción de usuarios y prestadores del servicio, optimizar la eficacia en la administración de los recursos que disponen las organizaciones de salud, mejorar los procesos de los ingresos y su funcionamiento, fomentar el mejoramiento continuo, y fortalecer la cercanía y conexión de la comunidad con la organización.

De igual manera, Orjuela (2002) propone algunos puntos claves para alcanzar un enfoque integral centrado en la persona: establecimiento de sistemas para escuchar la voz del cliente, fortaleciendo la capacidad de liderazgo del personal de la institución, el rediseño de la forma en que se prestan los servicios de atención y centrarlos en el cliente, el establecimiento de sistemas para evaluar la calidad de la prestación de los servicios ofrecidos y la articulación con otros actores del sistema de salud que permitan mejorar la calidad de atención integral del paciente.

En este mismo orden de pensamiento, Villamil (2013) también resalta la importancia de una atención centrada en el paciente y su familia, por lo que los centros de salud deben concentrar sus esfuerzos en involucrar a la persona, su red de apoyo en la atención, la cual puede describir tres aspectos relevantes para la definición del modelo:

1. Enfoque estratégico que permita a la organización alinear y concentrar los recursos y esfuerzos en mejorar la calidad de atención.
2. Transformación cultural, lo que exige el conocer la cultura organizacional y contexto de la organización.
3. El rediseño de procesos con la aplicación herramientas que faciliten la implementación y evaluación del modelo de atención centrada en la persona.

Asimismo, el Planetree International (2020) propone tres elementos claves para lograr una atención centrada en la persona: el primero es establecer criterios estandarizados que delinean los elementos necesarios para implementar y sostener una cultura organizacional de cuidado centrado en la persona. El segundo orientado a la validación a través de la documentación y de la experiencia vivida, y el tercero desarrollar los niveles de reconocimiento que permita dar el oportuno reconocimiento del progreso del personal de la organización.

CONCLUSIONES.

La implementación del trato humanizado en salud debe ser abordada como una propuesta de política nacional de humanización, y para ello se requiere de la continua creación, ajustes o adecuaciones contextualizadas a cada realidad institucional, siempre que sean pertinentes y que vayan de acuerdo a las características de la población usuaria, a su interculturalidad, sus condiciones de desarrollo, económico, social, cultural e incluso a sus características político-administrativas según la región a la que pertenece. De esta forma, su implementación será un reto importante en la generación de políticas públicas.

Para hablar de una atención humana en los diferentes escenarios del ámbito de la salud Perú, es importante contemplar las acciones de todos los servidores de la salud que participan en ellas, además de las instituciones prestadoras de servicio y las formadoras que deben contar con los atributos para caracterizar dicha atención.

Sobre los profesionales de la salud, es importante destacar, que es su responsabilidad garantizar la calidad de su desempeño a quienes reciben sus servicios y atenciones. Esto implica velar por la continuidad y actualización permanente en su formación del personal de salud; asimismo, se debe velar, porque se pueda contar con la infraestructura, el recurso humano y los insumos necesarios para prestar una atención de calidad que permita en primer lugar la satisfacción del paciente, y en segundo lugar, la motivación del personal del centro de salud a través de la capacitación continua y el reconocimiento de su desempeño.

La práctica en los centros de salud debe garantizar una atención adecuada del paciente, y esta debe ser centrada en él, donde se brinden espacios que de verdad permitan su atención y recuperación; para ello, el estado, los centros de salud y el personal de esta área deben trabajar de manera mancomunada en pro de mejorar el sistema a través de la implementación de un proceso de atención más humano.

A partir de lo expuesto hasta ahora, y considerando que optimizar la calidad de la atención de salud peruana no es una tarea sencilla, porque demanda la acción de todos los actores del sistema, se sugiere a los centros de salud de dicho país y toda América, mejorar la calidad de la atención a través del desarrollo y la aplicación de estrategias que aporten un trato al paciente con mayor calidez humana y que esta se vea reflejada en todo el sistema.

Hay problemas en una atención de calidad en todos los países; sin embargo, la intensidad del problema es cambiante, pero continúa siendo mucho peor en los países menos desarrollados; por ello, este estudio constituye un aporte al servir de referente o incluso guiar al momento de tomar decisiones en el ámbito de la salud orientadas a la atención integral y centrada en el paciente con un trato empático, amistoso, hospitalario y respetuoso hacia él, su diagnóstico y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ariza, O. C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería universitaria*, 9(1), 41-51. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006
2. Artaza, B. O., Méndez, C. A., Morrison, H., Reynaldo, & Suárez, J. J. M. (2011). Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. OPS/OMS. https://paho.org/chi/dmdocuments/Redes_Integrales_de_servicios.pdf
3. Bellamy, C., & Castro, R. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Revista Ciencias de La Salud*, 17(1), 120-137. <https://www.redalyc.org/journal/562/56258058009/56258058009.pdf>
4. Bermejo, J. C. (2014). ¿Derecho a la humanización. *Revista chilena de endocrinología y diabetes*, 7(1), 25-26. <https://www.josecarlosbermejo.es/derecho-a-la-humanizacion>
5. Bustinza, V. (2019). ¿Cuáles son los retos de la salud pública en el Perú? Universidad de Piura. <https://www.udep.edu.pe/hoy/2019/04/cuales-son-los-retos-de-la-salud-publica-en-el-peru/>

6. Campos, F. H. P., Zeitoune, R. C. G., Iparraguirre, H. A. R., Aguilar, R. M. P., & Souza, A. I. (2017). Cuidado humanizado como Política Publica. El caso peruano. Escola Anna Nery, 21. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200701&lng=en

7. Díaz, L. (2020). Modelo articulado para enfrentar el alto nivel de hacinamiento de pacientes en los servicios de emergencia de los hospitales nivel III MINSA de Lima Metropolitana y Callao” https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/19842/DIAZ_ALARCON_LUIS_ADELMO_MODELO_ARTICULADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136.

9. García-Roco, P. O., Castañeda González, N., Pérez González, Z., & Labrada Iribarren, H. (2002). La salud pública en América Latina y el Caribe. Humanidades Médicas, 2(2), 0-0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000200003

10. Heidegger, M. (1971). Ser y Tiempo (4a ed.). México: Fondo de Cultura Económica. p. 62-78.

11. Kitchenham, B. (2004). Procedures for performing systematic reviews. Keele, UK, Keele University, 33(2004), 1-26.

12. Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. Journal of clinical epidemiology, 62(10), e1-e34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621070/>

13. Maslow, A. (2016). El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser. Editorial Kairós. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=8O2bDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=e+Ma>

[slow,+quien+centra+al+ser+humano+en+la+autorrealizaci%C3%B3n,+&ots=ZicFStJIUK&sig=DAtEUIP8rabEsh_0_dNyFQUcI#v=onepage&q&f=false](#)

14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (s/f) Modelo de atención integral en salud. https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Modelo_de_atencion_integral_en_salud_MSPAS.pdf
15. Okoli, C., & Schabram, K. (2010). A guide to conducting a systematic literature review of information systems research. *Sprouts: Working Papers on Information Systems*. 10(26).
16. Organización mundial de la Salud (OMS; 2021). Cobertura sanitaria universal. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
17. Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las américas. Una renovación para el siglo XXI. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Orjuela, de D. N. (2002). Prepárese para ofrecer servicios humanos: Una necesidad del sector salud. *Revista Vía Salud*. <https://oes.org.co/portfolio/revista-via-salud-no20-2002/#1485881150986-7a5f55a2-111c>
19. Planetree International, (2020). Manual de certificación de atención centrada en la persona. Derby, CT: Planetree International. https://planetreeamericalatina.org/wp-content/uploads/2021/08/Programa-para-la-Certificacioin-en-Atencioin-Centrada-en-la-Persona-2020-v19-agosto_compressed.pdf
20. Quiroz, G. (2018). Deshumanización de la salud: aspectos generales. Academia nacional de medicina http://anmperu.org.pe/deshumanizacion_de_la_medicina.pdf
21. Real Academia Española – RAE (S/f). Humanización. <https://dle.rae.es/humanizaci%C3%B3n/>

22. Rogers, C.R. (1942). Counseling and psychotherapy: Newer concepts and practice. Boston: Houghton Mifflin.
23. Sartre, J. P. (1954). El ser y la nada, 3 vols., Iberoamericana, Buenos Aires, 19461, 2ª ed. <https://elartedepreguntar.files.wordpress.com/2009/06/sartre-jean-paul-el-ser-y-la-nada.pdf>
24. Veringa, E. M. (2018). Planetree: Modelo para la Atención Centrada en la Persona. Planetree Internacional. <https://cicsp.org/wp-content/uploads/2017/12/Etel-Veringa.Planetree.pdf>
25. Villamil H., (2013). La atención humanizada: un enfoque hacia la búsqueda de la mejor atención centrada en el usuario. Revista Vía Salud.17 (4). pág. 10-14.

DATOS DEL AUTOR.

1. Yris Pachas Cotos. Magister en Psicología Educativa en la Universidad César Vallejo. Actualmente labora en el Hospital de Huaycán como responsable de Bienestar de Personal. Perú. Correo electrónico: pachascotosyris@gmail.com

RECIBIDO: 2 de noviembre del 2022.

APROBADO: 11 de diciembre del 2022.