

**Humanización de la atención en salud en la literatura científica reciente: revisión documental de estrategias, beneficios y desafíos para la calidad del cuidado (2020-2025).**

Evelyn Villalobo Parra

Asesora

Luz Esperanza Blanco

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de Salud- ECISA

Programa Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud.

2026

**Nota de Aceptación**

---

Nombre Director de Trabajo de Grado

---

Jurado

---

Jurado

2026

### **Dedicatoria**

Dedico mi monografía de trabajo de grado, primeramente, a Dios, sin el nada de mi vida sería posible. A mi madre Erika Parra, por guiarme en cada momento de mi vida ayudándome a saber destacarme y dar lo mejor de mí en el ámbito personal y profesional.

Así mismo la dedico a mi pareja quien ha sido mi apoyo y aliento durante cada proceso, dándome fuerzas para continuar.

A mis hermanos, abuelos, padre y demás familiares quienes siempre me acompañan y demuestran su amor e incondicionalidad.

A mí que a pesar de varias dificultades que se pudieron presentar no desistí y continué con mi este proceso personal y profesional. Por último, a ti que lo lees, porque haces que valga la pena haberlo realizado.

### **Agradecimientos**

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a la Universidad Nacional Abierta y a distancia UNAD por abrirme las puertas y permitirme avanzar en mi proceso educativo-profesional.

A la revisora, jurados y sobre todo la directora Luz Esperanza Blanco, quienes permitieron a través de su experiencia, don de enseñanza y paciencia, que este trabajo de grado se desarrollará con calidad.

A mis amigos y compañeros que estuvieron presentes en este proceso, permitiéndome no desistir del mismo y avanzar con muchas más ganas.

Finalmente, a mis padres, hermanos, pareja y demás familiares por ser mi motivo de superación día a día, apoyo incondicional y por brindarme su amor día a día.

## Resumen

La presente monografía analiza la literatura científica publicada entre 2020 y 2025 sobre la humanización de la atención en salud, con énfasis en los enfoques conceptuales, beneficios y desafíos asociados a su implementación en los servicios sanitarios, se realiza una revisión documental de alcance descriptivo-analítico, apoyada en la lógica PRISMA 2020, a partir de artículos científicos, revisiones, capítulos académicos y documentos institucionales relacionados con cuidado humanizado, atención centrada en la persona, calidad asistencial y experiencia del paciente. Se muestra en los hallazgos que la humanización no se reduce al trato amable, sino que integra dignidad, autonomía, comunicación terapéutica, empatía, participación familiar, cultura organizacional y condiciones laborales del talento humano, la literatura muestra también, beneficios en la satisfacción del paciente, la confianza en el personal sanitario, la adherencia al tratamiento y el clima institucional. Se identifican barreras como la sobrecarga laboral, la fragmentación del servicio, la burocratización y la débil formación socioemocional, la conclusión principal es que la humanización debe asumirse como un eje transversal de calidad y no como una acción aislada, pues su sostenibilidad depende de decisiones éticas, relacionales y organizacionales coherentes con el cuidado integral.

**Palabras Clave:** Humanización en salud; cuidado humanizado; atención centrada en la persona; calidad de la atención; servicios de salud.

## Abstract

This monograph analyzes the scientific literature published between 2020 and 2025 on the humanization of health care, with emphasis on the conceptual approaches, benefits, and challenges associated with its implementation in health services. A descriptive-analytical documentary review is conducted, supported by the PRISMA 2020 logic, based on scientific articles, reviews, academic chapters, and institutional documents related to humanized care, person-centered care, quality of care, and patient experience. The findings show that humanization is not limited to kind treatment; rather, it integrates dignity, autonomy, therapeutic communication, empathy, family participation, organizational culture, and the working conditions of health professionals. The literature also shows benefits in patient satisfaction, trust in health care personnel, treatment adherence, and the institutional climate. Barriers such as work overload, service fragmentation, bureaucratization, and weak socio-emotional training are identified. The main conclusion is that humanization must be understood as a cross-cutting axis of quality and not as an isolated action, since its sustainability depends on ethical, relational, and organizational decisions that are coherent with comprehensive care.

**Keywords:** Humanization of health care; humanized care; person-centered care; quality of care; health services.

## Tabla de Contenido

Introducción .....	11
Planteamiento del Problema .....	14
Justificación .....	18
Objetivos .....	21
Objetivo General.....	21
Objetivos Específicos.....	21
Pregunta de Investigación.....	22
Metodología .....	23
Criterios de Inclusión y Exclusión de los Artículos Incluidos.....	26
Marco conceptual.....	40
Concepto de Humanización en Salud .....	41
Atención Centrada en la Persona, Dignidad y Autonomía .....	42
Empatía, Comunicación y Relación Terapéutica.....	43
Cultura Organizacional, Calidad y Acreditación .....	43
Barreras y Estrategias para la Implementación.....	44
Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.....	45
Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.....	46
Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau .....	47

Bioética del Cuidado y Ética del Cuidado .....	48
Resultados .....	49
Principales Enfoques Conceptuales y Teóricos Relacionados con la Humanización de la Atención en Salud .....	50
Beneficios Asociados a la Implementación de Prácticas de Atención Humanizada .....	52
Retos, Barreras y Condiciones Institucionales que Limitan la Implementación .....	55
Discusión.....	58
Conclusiones.....	67
Referencias.....	69

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> <i>Diagrama de flujo PRISMA del proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de documentos</i> .....	29
---	----

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1.</b> <i>Ecuaciones de búsqueda aplicadas</i> .....	28
<b>Tabla 2.</b> <i>Documentos seleccionados para el análisis documental 2020-2025</i> .....	30
<b>Tabla 3.</b> <i>Síntesis crítica por categorías de análisis</i> .....	57

## Introducción

Durante los últimos años, la humanización de la atención en salud se ha consolidado como una categoría central para comprender la calidad del cuidado más allá de la eficacia técnica o del cumplimiento de protocolos, según señalan Henao, Vergara y Gómez (2021), el concepto de humanización remite al reconocimiento integral de la persona y a la necesidad de orientar la atención desde valores como la dignidad, el respeto y la empatía, Cruz (2020) plantea que el cuidado humanizado exige reconocer al sujeto en su dimensión biológica, emocional, social y espiritual, de manera que la atención no reduzca al paciente a un diagnóstico ni a un procedimiento asistencial.

La literatura muestra que la atención humanizada se relaciona con la comunicación terapéutica, la escucha activa, la privacidad, el acompañamiento emocional y la participación del paciente en la toma de decisiones, de lo internacional, Grover et al. (2022) explican que la atención centrada en la persona constituye un marco complementario para entender la humanización, mientras que Villa et al. (2023) y Melita, Jara y Valencia (2022) han destacado que estos componentes también pueden traducirse en indicadores observables de calidad del cuidado intrahospitalario, la humanización no se restringe al trato cordial, sino que implica prácticas concretas orientadas a fortalecer la experiencia de pacientes y familias.

En el contexto colombiano e iberoamericano, la discusión adquiere especial relevancia porque se articula con el derecho a la salud, los procesos de acreditación y las políticas de mejoramiento de la calidad, el Proyecto de Política Nacional de Humanización en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) reconoce que la fragmentación del servicio, ha ido reconociendo que la sobrecarga del talento humano y las barreras administrativas afectan de manera directa la experiencia del usuario, de forma convergente, el Protocolo Iberoamericano de

Humanización de la Salud (Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud, 2022) insiste en que la humanización debe asumirse como un compromiso ético, organizacional y relacional, la revisión de Bernal et al. (2021) evidencia que en Colombia persisten prácticas percibidas como deshumanizadoras en diferentes contextos hospitalarios.

Junto con esa gran relevancia ética, la humanización ha sido asociada con beneficios para pacientes, profesionales e instituciones, es así que Pérez et al. (2020) encontraron que la empatía y la gestión emocional del personal se relacionan con ambientes de trabajo más favorables para el cuidado humanizado, mientras que Gomes, Souza y Araujo (2020) advierten que en las unidades de cuidado intensivo la implementación de estas prácticas enfrenta tensiones derivadas de la alta complejidad tecnológica y la sobrecarga asistencial, a su vez, Matos y Barros (2024) subrayan que los procesos de trabajo en salud pueden facilitar o limitar la oferta de cuidado humanizado, y Méndez (2025) sintetiza beneficios, desafíos y estrategias reportados en la literatura de hospitalización.

A partir de este panorama, la presente monografía se orienta a analizar la literatura científica publicada entre los años 2020 a 2025 sobre la humanización de la atención en salud, así como los beneficios y desafíos asociados a su implementación en los servicios sanitarios. El interés del estudio consiste en identificar enfoques conceptuales, reconocer aportes para la calidad del cuidado y precisar las principales barreras institucionales descritas en la evidencia reciente. En consecuencia, se adopta una revisión documental con alcance descriptivo-analítico y con apoyo en la lógica PRISMA, con el fin de ofrecer un proceso de búsqueda y selección transparente y coherente con los objetivos del trabajo.

La humanización de la atención en salud no puede entenderse únicamente como una actitud cordial del personal sanitario ni como una estrategia decorativa dentro de los procesos

institucionales, su importancia ha radicado en que se cuestiona la forma en que los servicios de salud responden a las necesidades reales de las personas, especialmente cuando estas se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, dolor, incertidumbre o dependencia. En este sentido, hablar de humanización implica reconocer que la calidad asistencial no se agota en el diagnóstico oportuno, en la tecnología disponible o en la aplicación correcta de protocolos, sino que también exige una relación respetuosa, comprensible y sensible entre quienes cuidan y quienes reciben el cuidado.

Desde una mirada crítica, la humanización revela una tensión permanente entre el ideal del cuidado integral y las condiciones concretas en las que operan los sistemas de salud, algunas instituciones suelen incorporar este concepto en sus discursos de calidad, su aplicación real depende de factores como la disponibilidad de personal, la organización del trabajo, la formación ética y comunicativa, el liderazgo institucional y el bienestar del talento humano. Por ello, esta revisión no solo busca describir qué se ha dicho sobre la humanización entre 2020 y 2025, sino analizar hasta qué punto los enfoques, beneficios y desafíos identificados permiten comprenderla como una práctica sostenible y no como una intención aislada.

## Planteamiento del Problema

En las últimas décadas, algunos sistemas de salud han ido incorporando avances científicos, tecnológicos y administrativos que han fortalecido la capacidad diagnóstica, terapéutica y organizacional de los servicios, estas transformaciones no siempre se han traducido en experiencias de atención percibidas como dignas, cercanas y respetuosas por parte de los usuarios (Henaó, Vergara y Gómez, 2021).

En la literatura especializada se reconoce que la calidad de la atención no puede reducirse a la eficacia técnica ni al cumplimiento de procedimientos, ya que también depende de la manera en que se reconoce a la persona enferma en sus dimensiones biológica, emocional, social, cultural y ética (Cruz, 2020), la tensión entre avance técnico y experiencia humana constituye un punto de partida clave para comprender el problema de la humanización en salud.

El problema central de la humanización en salud ha surgido de la distancia que existe entre el avance técnico de los servicios sanitarios y la experiencia humana de los pacientes, en algunos escenarios, la atención puede ser eficiente desde el punto de vista clínico, pero percibirse como fría, fragmentada o poco sensible frente a las necesidades emocionales, familiares y sociales de la persona atendida, la contradicción ha de demostrar que el cumplimiento de procedimientos no siempre garantiza una atención digna, pues el paciente no solo requiere intervención médica, sino también escucha, información clara, respeto por su autonomía y reconocimiento de su historia personal.

El problema no debe atribuirse exclusivamente a la falta de empatía individual de los profesionales de salud, aunque las actitudes personales influyen en la calidad del trato, también existen condiciones estructurales que dificultan la atención humanizada, como la sobrecarga laboral, la presión administrativa, la escasez de tiempo, la fragmentación de los servicios y la

burocratización del sistema, la deshumanización debe analizarse como un fenómeno complejo que involucra tanto la relación entre paciente y profesional como la cultura institucional y las políticas de gestión que orientan la prestación del servicio.

En este sentido, el problema se delimita en la brecha entre el reconocimiento formal de la humanización y su aplicación efectiva en los servicios de salud, actualmente la literatura coincide en que la dignidad, la comunicación y la atención centrada en la persona son componentes esenciales del cuidado, también muestra que dichas prácticas solo se consolidan cuando existen condiciones institucionales que las respaldan, como liderazgo, formación, coordinación del servicio y bienestar del talento humano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021; Reyes et al., 2024).

La humanización de la atención en salud ha ocupado un lugar central en la discusión académica e institucional, al proponer que el cuidado debe orientarse por la dignidad humana, el respeto por la autonomía, la comunicación comprensible, la empatía y la integralidad del sujeto atendido (Reyes et al., 2024). Más que una definición normativa o un ideal abstracto, la humanización remite a un proceso ético, relacional y organizacional que exige reconocer a pacientes, familias y trabajadores como sujetos de valor, y no únicamente como usuarios, casos clínicos o recursos del sistema.

Según la perspectiva, el concepto resulta complejo porque implica transformaciones en la cultura institucional, en las relaciones asistenciales y en las condiciones en que se presta el servicio, problematizar la humanización supone analizar no solo su significado, sino también las exigencias concretas que plantea para la práctica sanitaria.

Sin embargo, diversos estudios advierten que en los escenarios sanitarios todavía persisten prácticas percibidas como distantes, fragmentadas o despersonalizadas. La revisión

sistemática sobre humanización en Iberoamérica evidenció que, aunque existe un mayor interés investigativo y programático en el tema, continúan los vacíos teóricos, las limitaciones institucionales y las dificultades para traducir el discurso humanizador en acciones sostenidas dentro de los servicios.

De manera convergente, revisiones recientes sobre cuidado humanizado en hospitalización señalan que barreras como la escasez de personal, la sobrecarga laboral, las deficiencias organizacionales y la insuficiente formación socioemocional restringen la posibilidad de ofrecer una atención verdaderamente centrada en la persona (Méndez, 2025). Palomino, Guzmán y Escobar (2020) también evidencian esta tensión, consecuentemente se hace visible una brecha entre el reconocimiento discursivo de la humanización y su materialización efectiva en la práctica asistencial.

En Colombia, la problemática adquiere especial relevancia porque el debate sobre calidad, acceso y oportunidad del servicio se articula con la obligación de garantizar el derecho fundamental a la salud en condiciones de dignidad, dentro del plano normativo e institucional, la Política Nacional de Humanización en Salud reconoce brechas asociadas con trámites administrativos excesivos, fragmentación del trabajo interdisciplinario, deficiencias en infraestructura, inestabilidad laboral, remuneración inadecuada y sobrecarga del talento humano, los factores no solo afectan la experiencia del paciente, sino que también limitan la integralidad y la continuidad del cuidado.

Así, la humanización deja de ser un asunto complementario y se configura como un componente estructural de la calidad del servicio y de los procesos de acreditación en salud (Acreditación en Salud, 2020). El Ministerio de Salud y Protección Social (2021) también ubica la humanización como condición de calidad del servicio.

A pesar de estos desarrollos normativos y conceptuales, la literatura muestra una importante diversidad de enfoques sobre el significado de la humanización, las estrategias más adecuadas para fortalecerla y los beneficios concretos que puede generar su implementación, muchas de las propuestas disponibles se concentran en experiencias aisladas, poblaciones específicas o iniciativas formativas, sin integrar de manera suficiente las dimensiones éticas, relacionales, organizacionales y de política pública implicadas en el fenómeno.

Esta dispersión dificulta construir una comprensión analítica y articulada de la humanización de la atención en salud, así como establecer con claridad qué obstáculos persisten y qué acciones cuentan con mayor respaldo en la evidencia científica (Obando, 2020). Reyes et al. (2024) actualizan esta lectura desde la evidencia reciente.

El problema que orienta esta monografía no consiste únicamente en dar una afirmación de la importancia de la humanización, sino en examinar críticamente cómo ha sido conceptualizada en la literatura científica y documental, qué estrategias se han propuesto para fortalecerla, cuáles beneficios se le atribuyen y qué barreras limitan su implementación en los servicios sanitarios. la formulación delimita categorías de análisis coherentes con la revisión y permite articular el problema con la búsqueda bibliográfica, los criterios de selección y la organización de resultados, la investigación se orienta hacia una revisión analítica del fenómeno y no hacia una simple exposición temática general.

## Justificación

La presente monografía se justifica por la necesidad de examinar, desde una perspectiva académica y aplicada, la humanización de la atención en salud como un componente decisivo de la calidad del cuidado, mediante un enfoque descriptivo- analítico, basándose en la metodología de la guía estandarizada de estudios sistemáticos el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), ya que, este nos permite garantizar la reproducibilidad, claridad y rigor científico del proceso de investigación.

Aunque el tema ha ganado visibilidad en los discursos institucionales y en la literatura especializada, sigue siendo necesario esclarecer por qué su análisis resulta relevante para comprender las tensiones actuales entre eficiencia técnica, organización del servicio y reconocimiento de la dignidad humana. En este sentido, el trabajo no se limita a contextualizar un problema ya conocido, sino que busca aportar una revisión que permita entender su alcance, su complejidad y su pertinencia dentro del campo de estudio de la calidad en salud (Henao, Vergara y Gómez, 2021).

La revisión que se realiza sobre humanización de la atención en salud se justifica porque permitirá comprender un aspecto esencial de la calidad asistencial que muchas veces queda subordinado a indicadores técnicos o administrativos, la eficacia clínica es indispensable, no resulta suficiente cuando la persona atendida se siente ignorada, desinformada o tratada como un número dentro del sistema, estudiar la humanización permite ampliar la comprensión del cuidado, incorporando dimensiones éticas, comunicativas, emocionales y organizacionales que influyen directamente en la experiencia del paciente y en la percepción de calidad.

Además, esta monografía tiene relevancia porque organiza críticamente una literatura reciente entre los años 2020 a 2025 que aborda el tema desde perspectivas diversas, de este

modo, el aporte no consiste solo en reunir fuentes, sino en analizar cómo se relacionan los enfoques conceptuales, los beneficios y los desafíos de implementación, la mirada permite evitar una visión idealizada de la humanización y reconocer que su aplicación requiere condiciones reales de sostenibilidad, especialmente en instituciones donde el talento humano enfrenta cargas laborales elevadas y limitaciones operativas, el estudio resulta pertinente para pensar la humanización como un compromiso ético, institucional y práctico.

Asimismo, esta revisión se justifica porque la literatura iberoamericana y colombiana ha mostrado que la humanización se relaciona con resultados relevantes para la atención en salud, tales como la satisfacción del paciente, la adherencia a los tratamientos, la confianza en el personal sanitario y el fortalecimiento del vínculo terapéutico, dichos efectos no pueden interpretarse de manera aislada, ya que la misma evidencia advierte que las prácticas deshumanizadas también están asociadas con factores estructurales como la mercantilización del servicio, la burocratización, la fragmentación de procesos y las condiciones laborales adversas del talento humano.

Por ello, revisar estos hallazgos resulta pertinente para esta monografía, en la medida en que permite comprender la humanización como una categoría compleja y transversal, vinculada simultáneamente al cuidado, a la gestión institucional y a la política sanitaria (Méndez, 2025), el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) reconoce estas tensiones en el contexto colombiano.

A su vez, y dentro del plano académico, la monografía aporta al organizar de manera crítica un campo de literatura que aún aparece disperso en definiciones, enfoques y estrategias de intervención, más afirmar de forma general que el estudio contribuye al tema, su aporte concreto radica en identificar tendencias de análisis, reconocer vacíos en la producción revisada y

relacionar los hallazgos con las categorías centrales del problema investigado, la revisión de estudios nacionales y regionales favorece una lectura más estructurada del tema y ofrece una base conceptual útil para futuras investigaciones sobre calidad del cuidado y humanización en salud (Palomino, Guzmán y Escobar, 2020), el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) complementa esta lectura desde la política pública.

El estudio también se justifica por su utilidad práctica y formativa, ya que la sistematización de la evidencia puede servir como referente para instituciones de salud, programas de formación y profesionales interesados en fortalecer la comunicación clínica, promover prácticas centradas en la persona y reconocer el bienestar del talento humano como condición para un cuidado verdaderamente humanizado.

En el documento no se pretende formular una guía operativa institucional, sí se ofrece una base argumentativa y conceptual aplicable a escenarios reales de gestión, docencia y práctica asistencial, se reafirma que la humanización debe asumirse como un eje de calidad, dignidad y cuidado integral en los servicios de salud (Acreditación en Salud, 2020), además el Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud (2022) amplía esta orientación en clave regional.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la literatura científica publicada entre 2020 y 2025 sobre la humanización de la atención en salud, identificando sus principales enfoques, beneficios y desafíos en los servicios de salud.

### **Objetivos Específicos**

Identificar los principales enfoques conceptuales y teóricos relacionados con la humanización de la atención en salud reportados en la literatura científica.

Describir los beneficios asociados a la implementación de prácticas de atención humanizada para los pacientes, el talento humano en salud y las instituciones sanitarias.

Explorar los principales retos, barreras y condiciones institucionales que limitan la implementación de estrategias de humanización en los servicios de salud.

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los principales enfoques, beneficios y desafíos reportados en la literatura científica publicada entre 2020 y 2025 sobre la humanización de la atención en salud y su implementación en los servicios sanitarios?

## **Metodología**

La presente monografía se desarrolló mediante una revisión de literatura con alcance descriptivo-analítico, orientada a examinar la producción científica y documental publicada entre 2020 y 2025 sobre la humanización de la atención en salud. Este diseño resulta pertinente porque permite identificar enfoques conceptuales, beneficios, barreras y estrategias de implementación sin apartarse del propósito académico de una monografía. El presente estudio corresponde a una revisión documental descriptivo-analítica apoyada en la lógica PRISMA 2020 para organizar el proceso de búsqueda y selección documental, sin pretender constituirse como una revisión sistemática formal.

El enfoque fue cualitativo, de tipo documental, dado que la unidad de análisis estuvo constituida por artículos científicos, revisiones, capítulos de libro y documentos institucionales relacionados con la atención humanizada, el cuidado humanizado, la experiencia del paciente y la atención centrada en la persona, la decisión metodológica se da por la naturaleza del tema, ya que la humanización ha de estudiarse simultáneamente como concepto, práctica clínica y orientación organizacional, a su vez, en términos analíticos, la revisión buscó no solo describir las fuentes, sino también comparar sus aportes para responder al objetivo general y a los objetivos específicos de la investigación.

Las consultas bibliográficas se realizaron entre el 10 de abril y el 15 de mayo del año 2026, y la depuración, lectura de títulos, revisión de resúmenes y selección de documentos se efectuó entre el 16 y el 19 de mayo de 2026, el registro temporal permitió organizar el proceso de búsqueda, cribado y elegibilidad de acuerdo con la lógica de transparencia propuesta por PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

Es importante resaltar, que la metodología documental resulta adecuada para esta monografía porque permite revisar de manera organizada la producción académica e institucional reciente sobre humanización de la atención en salud. Al tratarse de un tema amplio, ético y organizacional, la revisión de literatura facilita identificar tendencias, enfoques y vacíos sin reducir el análisis a una sola experiencia clínica o institucional. Además, el uso de criterios de búsqueda, selección e inclusión fortalece la coherencia del trabajo, ya que permite justificar por qué ciertos documentos fueron considerados pertinentes y otros fueron descartados.

La metodología, no debe asumirse como una simple recopilación de artículos, en este caso se hará una comparación de las fuentes, logrando reconocer coincidencias, identificar contradicciones y organizar los hallazgos de acuerdo con los objetivos del estudio, la matriz de análisis documental y las categorías propuestas son fundamentales, ya que permiten pasar de la descripción de los documentos a una lectura interpretativa, la decisión metodológica fortalece el carácter académico de la monografía y evita que el trabajo se convierta en una suma de citas sin análisis propio.

La búsqueda bibliográfica se realizó con descriptores en español, inglés y portugués, debido a la amplia producción iberoamericana e internacional sobre el tema, entre los términos empleados se incluyeron “humanización en salud, humanización de la atención, atención humanizada, cuidado humanizado, calidad de la atención, experiencia del paciente”, “humanized care, humanization of health care, patient-centered care, person-centered care” y “humanização da assistência”, los descriptores se combinaron mediante operadores booleanos AND y OR, de acuerdo con las características de cada base de datos, con el fin de ampliar la sensibilidad de la búsqueda y, al mismo tiempo, mantener la pertinencia temática del sondeo.

En la fase de identificación se recuperaron 369 registros: 128 en PubMed/MEDLINE, 96 en SciELO, 84 en BVS/LILACS y 61 en Dialnet y otras fuentes académicas e institucionales, la distribución permitió combinar bases biomédicas, repositorios regionales y literatura técnica pertinente para el análisis de la humanización en salud.

La inclusión de documentos institucionales junto con artículos científicos se justificó porque la humanización de la atención en salud no se configura únicamente como objeto de investigación académica, sino también como lineamiento de política pública, criterio de calidad y orientación para la gestión de servicios.

La búsqueda documental se delimitó al periodo 2020-2025 para garantizar la actualidad de los hallazgos empíricos, revisiones e instrumentos analizados; sin embargo, las teorías clásicas de Watson, Leininger, Peplau y la ética del cuidado se incorporaron como sustento epistemológico, debido a que ofrecen las bases conceptuales que permiten interpretar la humanización más allá de la fecha de publicación de los estudios recientes. En consecuencia, los documentos contemporáneos fueron utilizados para identificar enfoques, beneficios, barreras y estrategias actuales, mientras que las teorías clásicas se asumieron como referentes fundacionales para comprender la dignidad, la relación terapéutica, la diversidad cultural, la autonomía, la vulnerabilidad y la responsabilidad ética presentes en el cuidado humanizado.

Por esta razón, los documentos normativos y técnicos fueron analizados como fuentes complementarias, útiles para comprender la traducción del concepto en estrategias institucionales, estándares de calidad y acciones de implementación, la matriz documental se diligenció mediante una lectura inicial de identificación, una segunda lectura analítica por categorías y una síntesis comparativa final, en la cual se contrastaron coincidencias, diferencias,

aportes metodológicos y pertinencia frente a los objetivos de la monografía (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021; Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud, 2022).

Las fuentes de información consultadas fueron PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS, Dialnet, repositorios académicos y documentos institucionales pertinentes. La incorporación de literatura técnica y normativa se justificó porque la humanización no solo aparece en artículos científicos, sino también en lineamientos de política pública y protocolos de calidad.

Documentos como el Proyecto de Política Nacional de Humanización en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) y el Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud (Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud, 2022) aportan criterios sustantivos para comprender la implementación de la humanización en los servicios sanitarios.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión de los Artículos Incluidos**

Criterios de inclusión: se incorporaron documentos publicados entre 2020 y 2025, escritos en español, inglés o portugués, con relación directa con humanización de la atención, cuidado humanizado, atención centrada en la persona, experiencia del paciente o calidad del cuidado, se priorizaron textos con aportes explícitos a enfoques conceptuales, beneficios o desafíos de implementación, de acuerdo con el objetivo general de la monografía.

Criterios de exclusión: se descartaron documentos anteriores a 2020, registros duplicados, textos sin acceso verificable al resumen o al contenido principal, publicaciones centradas en temas clínicos sin relación con humanización, documentos de opinión sin soporte académico y trabajos que mencionaban el término humanización de forma tangencial sin desarrollar beneficios, barreras, estrategias o fundamentos conceptuales.

Los criterios permitieron depurar la búsqueda y evitar que el análisis se construyera sobre antecedentes desactualizados o fuentes que no respondieran a las categorías centrales del estudio, en consecuencia, la selección final privilegió literatura reciente y pertinente, sin convertir la revisión en una acumulación de citas, sino en una lectura crítica de tendencias, coincidencias y vacíos.

El proceso de selección se organizó con la lógica de PRISMA 2020. En la fase de identificación se recuperaron 369 registros, distribuidos entre PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS, Dialnet y otras fuentes, omitiendo Google Scholar dentro del sondeo final, luego de eliminar 50 registros duplicados, quedaron 319 documentos para la fase de cribado. En la revisión por título y resumen se excluyeron 244 registros por no ajustarse de manera directa al objeto de estudio.

Luego, se evaluaron 75 textos completos para elegibilidad y se excluyeron 50 por razones como enfoque clínico no pertinente, fecha fuera del periodo 2020-2025, relación tangencial con el tema o ausencia de aporte analítico suficiente. Finalmente, se incluyeron 25 documentos, cifra que responde al ajuste realizado para el análisis documental y mantiene la transparencia del procedimiento conforme a la lógica PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

La extracción de información se realizó mediante una matriz de análisis documental, en cada fuente se registraron autor, año, idioma, país o región, tipo de documento, foco del estudio y aporte al análisis, la información fue agrupada en cuatro categorías: enfoques conceptuales de la humanización; beneficios de la atención humanizada para pacientes, talento humano e instituciones; barreras y desafíos para su implementación; y estrategias o condiciones organizacionales que favorecen su sostenibilidad, la organización permitió pasar de la

descripción individual de documentos a una síntesis comparativa alineada con el objetivo general del estudio.

Como consideración metodológica, esta revisión no pretende realizar metaanálisis ni una evaluación cuantitativa exhaustiva de la calidad metodológica de cada estudio, debido a la diversidad de tipos documentales incluidos, la finalidad es construir una lectura crítica, organizada y académicamente sustentada de la literatura reciente sobre humanización en salud, el uso de PRISMA se asumió como una guía de transparencia y orden para la revisión, y no como un protocolo estricto de revisión sistemática clínica (Page et al., 2021) (Ver Tabla 1).

**Tabla 1.**

*Ecuaciones de búsqueda aplicadas*

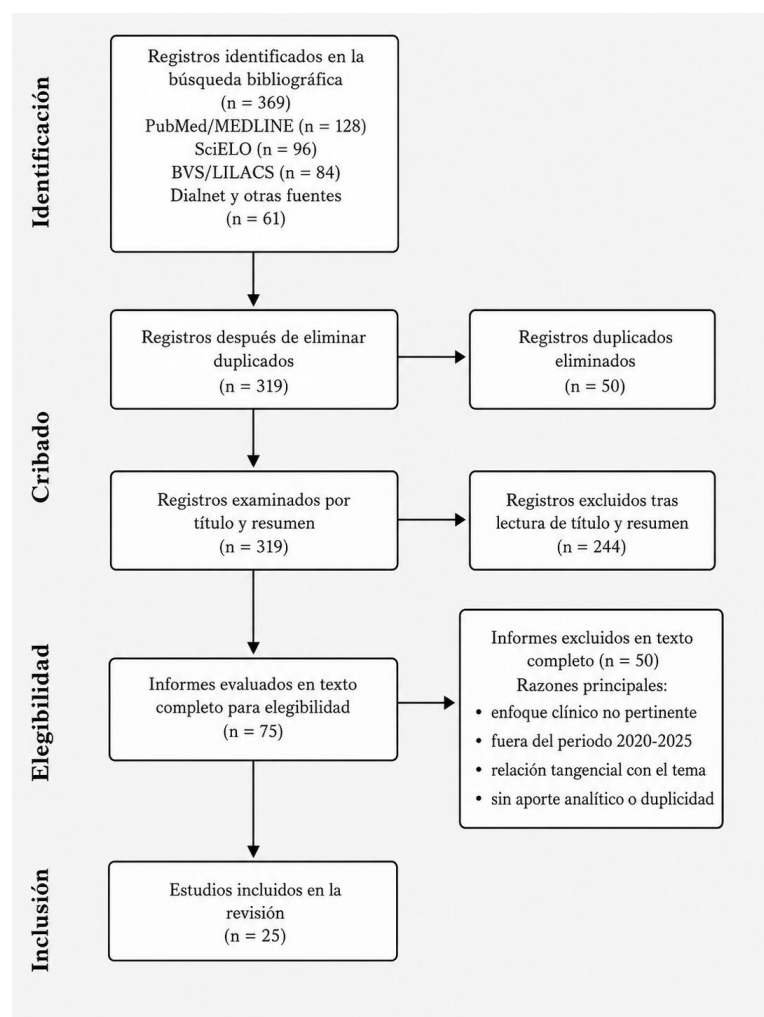
Fuente consultada	Filtro temporal	Ecuación o combinación de búsqueda
PubMed/MEDLINE	2020-2025	("humanization of care" OR "humanized care" OR "humanization of health care") AND (nursing OR hospital OR "patient-centered care")
SciELO	2020-2025	(humanización de la atención OR cuidado humanizado OR humanização da assistência) AND salud
BVS/LILACS	2020-2025	(humanização da assistência OR cuidado humanizado OR humanización en salud) AND serviços de saúde

Dialnet y repositorios	2020-2025	"humanización" AND "atención hospitalaria" AND (Colombia OR Iberoamérica OR salud)
------------------------	-----------	---

*Nota.* Elaboración propia con base en la lógica PRISMA 2020.

### Figura 1.

*Diagrama de flujo PRISMA del proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de documentos*



*Nota.* Elaboración propia con base en la lógica PRISMA 2020. Las cifras corresponden al sondeo bibliográfico ajustado para seleccionar veinticinco documentos pertinentes al periodo 2020-2025.

**Tabla 2.***Documentos seleccionados para el análisis documental 2020-2025*

N.º	Autor(es)	Año	Idioma	País / región	Tipo de documento	Foco del documento	Aporte al análisis
1	Méndez Toledo, J. R.	2025	Español / inglés / portugués	Perú / Uruguay	Revisión narrativa	Beneficios, desafíos y estrategias del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización.	Integra beneficios, barreras y estrategias; aporta directamente a los objetivos 2 y 3.
2	Reyes-Téllez, A., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I.	2024	Inglés	España	Revisión sistemática	Humanización del cuidado de enfermería, acciones, barreras y facilitadores.	Aporta evidencia sistematizada sobre barreras laborales, formación e implicación institucional.

3	Duque, P. A., & Quintero Duque, S.	2025	Inglés	Colombia	Revisión sistemática	Modelo de UCI de puertas abiertas y cuidado humanizado.	Relaciona humanización con familia, comunicación, apoyo emocional y confianza en UCI.
4	Matos, L. S., & Barros, J. O.	2024	Portugués	Brasil	Revisión integrativa	Implicaciones de los procesos de trabajo en salud para ofertar cuidado humanizado.	Permite analizar condiciones laborales, organización del trabajo y sostenibilidad del cuidado humanizado.
5	Caicedo-Lucas, L. I., Mendoza-Macías, C. E., Moreira-Pilligua, J. I., & Ramos-Arce, G. C.	2023	Español	Ecuador	Artículo documental-bibliográfico	Cuidado humanizado como reto para el profesional de enfermería.	Aporta al marco conceptual y a la comprensión de retos profesionales ante la tecnificación.
6	Villa Solís, L.	2023	Español	Ecuador	Revisión sistemática	Cuidado humanizado	Fortalece la relación entre

	F., Chuquima rca Oña, M. J., Egas Medina, F. P., Yazuma Robayo, J. E., Carrera Zurita, L. A., & Quispe Acosta, M. A.					aplicado en enfermería.	calidad, comunicación y relación terapéutica.
7	Melita- Rodríguez , A. B., Jara- Concha, P. T., & Valencia- Contrera, M. A.	2022	Español	Chile	Estudio mixto / instrumento s	Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención intrahospitalar ia.	Aporta indicadores evaluables desde la perspectiva del paciente y de la institución.
8	Hena- Castaño, A. M., Vergara Escobar, O. J., &	2021	Español	Colombia	Análisis de concepto	Humanización de la atención en salud como concepto teórico.	Fundamenta el marco conceptual, principios y valores

	Gómez-Ramírez, O. J.						asociados a la humanización.
9	Bernal Ordoñez, L. K., Guzmán García, M., Escobar Arias, M., & Palomino Arboleda, D.	2021	España 1	Colombia	Revisión sistemática	(Des)humanización de la atención hospitalaria en Colombia.	Permite analizar percepciones de pacientes y acciones humanizadoras o deshumanizadoras.
10	Palomino Arboleda, D., Guzmán García, M., & Escobar Arias, M.	2020	España 1	Colombia	Trabajo de grado / revisión sistemática	Humanización de la atención hospitalaria en Colombia.	Aporta antecedentes colombianos y relación con políticas nacionales y teoría de Jean Watson.
11	Aniceto, B., & Bombarda, T. B.	2020	Portugal ués	Brasil	Revisión integrativa	Cuidado humanizado y prácticas del terapeuta ocupacional en el hospital.	Amplía el análisis interdisciplinario y la relación entre humanización

							y práctica hospitalaria.
12	Gomes, A. P. R. S., Souza, V. C., & Araujo, M. O.	2020	Portugués	Brasil	Revisión integrativa	Actuación del enfermero en cuidado humanizado en unidades de terapia intensiva.	Aporta desafíos y dificultades de implementación en UCI.
13	Pérez-Fuentes, M. C., Herrera-Peco, I., Molero Jurado, M. M., Oropesa Ruiz, N. F., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J.	2020	Inglés	España	Estudio transversal	Empatía y gestión emocional como claves para ambientes de cuidado humanizado.	Relaciona bienestar profesional, competencias emocionales y humanización del cuidado.
14	Cruz Riveros, C.	2020	Español	Chile / Uruguay	Artículo reflexivo	Naturaleza del cuidado humanizado en enfermería.	Sustenta atributos del cuidado humanizado: sujeto, relación,

							comunicación y enfoque holístico.
15	Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F. T., et al.	2022	Inglés	Internacional	Umbrella review	Definición e implementación de la atención centrada en la persona.	Aporta bases internacionales para conectar humanización con patient-centered care.
16	Becerra Martínez, M. A., Bolaños Quilindo, M. I., Patiño Calambas, A. P., & Cardozo Duarte, M.	2020	Español	Colombia	Capítulo de libro	Atención humanizada y autocuidado en urgencias pediátricas.	Contribuye al análisis de percepción del personal auxiliar y autocuidado del talento humano.
17	Tejada Zabaleta, A.	2020	Español	Colombia	Capítulo de libro	Humanización en salud desde una perspectiva psicosocial.	Aporta definición, contextualización e implementación desde una mirada psicosocial.

18	Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud / OISS	2022	Español	Iberoamérica	Documento institucional	Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud.	Aporta lineamientos institucionales, éticos y organizacionales para servicios de salud.
19	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	2021	Español	Colombia	Documento de política pública	Proyecto de Política Nacional de Humanización en Salud.	Contextualiza barreras del sistema colombiano y criterios de política pública.
20	Biblioteca Virtual en Salud / Ministerio de Salud	2025	Español	Colombia / región	Guía institucional	A B C de la humanización: atención humanizada en salud.	Aporta orientaciones prácticas recientes para la implementación institucional.
21	Contreras-Martos, G. M., Quesada-Armenteros, M. T., Ila-García, A., &	2023	Español	España	Estudio descriptivo transversal	Percepción de los pacientes sobre la humanización del cuidado enfermero en una unidad de hemodiálisis.	Aporta evidencia desde la experiencia del paciente, especialmente en comunicación,

	Ochando- García, A.						trato digno y calidad del cuidado recibido.
22	Santos Holguín, S. A., & Lascano Espinoza, C. O.	2023	España 1	Latinoamé rica	Revisión teórica descriptiva	Cuidado humanizado de enfermería como necesidad de la praxis profesional.	Fortalece la comprensión del cuidado humanizado como una práctica relacional, ética e integral dentro del ejercicio profesional de enfermería.
23	Dias, D. M., Barreto, J. C., Silva, J. H. R., Silva- Barbosa, C. E., Santos, W. A. B. V., Morais, M. G. C., Morais, T. L. C.,	2022	Portug ués	Brasil	Revisión integrativa	Humanización del cuidado en unidades de terapia intensiva.	Aporta al análisis de la humanización en contextos de alta complejidad, donde la tecnología, el sufrimiento y la comunicación con la familia adquieren especial importancia.

---

	Souza, L. F. C., Freitas, V. S., Alves, F. P. A., Araújo, B. C., & Silva, G. O.						
24	Cortés Egeda, P., Luca Simón, A. M., Gascón, M., Sanz Gómez, I., Torán Bellido, I., & Ibáñez Romero, A.	2025	Español	España	Revisión bibliográfica	Estrategias de cuidado humanizado en enfermería.	Complementa el análisis de estrategias como comunicación terapéutica, empatía, atención centrada en la persona y bienestar del talento humano.
25	Meneses- La-Riva, M. E., Fernández -Bedoya, V. H., Suyo- Vega, J. A.,	2025	Inglés	Perú	Estudio cualitativo fenomenológico	Experiencias profesionales sobre el cuidado humanizado en un hospital público, con fundamento en	Aporta una mirada actual sobre las dimensiones emocionales, éticas, relacionales e institucionales del cuidado

---

---

Ocupa- Cabrera, H. G., & Paredes- Díaz, S. E.	la teoría de Jean Watson.	humanizado desde la experiencia del personal de enfermería.
---	------------------------------	---

---

*Nota.* Elaboración propia con base en la lógica PRISMA 2020. Las cifras corresponden al sondeo bibliográfico ajustado para seleccionar veinticinco documentos pertinentes al periodo 2020-2025.

### **Marco conceptual**

Las teorías incluidas en este marco conceptual se articulan directamente con los resultados y la discusión de la monografía, porque permiten interpretar la humanización desde distintos niveles de análisis. Watson fundamenta la dimensión ética y relacional del cuidado; Leininger amplía la comprensión hacia la diversidad cultural y la pertinencia contextual; Peplau explica la comunicación y la relación terapéutica como procesos centrales de la atención; y la bioética del cuidado permite vincular autonomía, justicia, responsabilidad y vulnerabilidad, estas teorías no se presentan como simples antecedentes, sino como referentes para analizar los enfoques, beneficios y barreras identificados en la literatura revisada.

Unas teorías explican mejor la humanización que otras porque no todas ofrecen el mismo alcance para comprender la relación entre paciente, profesional, familia e institución, las propuestas de Watson, Peplau, Leininger y la ética del cuidado resultan especialmente pertinentes porque sitúan el cuidado en una dimensión humana, relacional, cultural y moral; es decir, no reducen la atención a la ejecución de procedimientos ni a la eficiencia del servicio.

Watson permite comprender la presencia, la sensibilidad y la relación transpersonal como elementos constitutivos del cuidado; Peplau explica la comunicación terapéutica y el vínculo interpersonal como procesos que transforman la experiencia del paciente; Leininger incorpora la diversidad cultural y la necesidad de adaptar el cuidado a valores, creencias y contextos; y la ética del cuidado amplía la reflexión hacia la vulnerabilidad, la responsabilidad y la justicia en las relaciones asistenciales.

En cambio, otros enfoques más administrativos, biomédicos o procedimentales pueden aportar criterios de organización, seguridad y eficiencia, pero explican de manera parcial la humanización cuando no consideran la subjetividad, la emoción, la autonomía y el contexto

sociocultural de la persona atendida. Por esta razón, las teorías del cuidado y de la relación interpersonal permiten una lectura más profunda del fenómeno, ya que conectan la calidad técnica con la experiencia humana del cuidado.

No se trata de afirmar que unas teorías sean útiles y otras no, sino de reconocer que las teorías centradas en la dignidad, la comunicación, la cultura y la responsabilidad ética explican mejor la humanización porque integran el sentido del cuidado, la relación profesional-paciente y las condiciones que hacen posible una atención verdaderamente centrada en la persona.

### **Concepto de Humanización en Salud**

La humanización en salud puede entenderse como un enfoque ético, relacional y organizacional que busca situar a la persona en el centro del cuidado, reconociéndola en su integralidad y dignidad. No se limita a la amabilidad en el trato, sino que compromete valores, decisiones, prácticas clínicas, formas de comunicación, condiciones institucionales y políticas de gestión, humanizar implica orientar la atención hacia el servicio de la persona enferma, evitando su reducción a un diagnóstico, un trámite o un objeto de intervención técnica (Henaó, Vergara y Gómez, 2021).

En la literatura iberoamericana, la humanización se ha descrito como un imperativo ético articulado con la bioética, los derechos humanos y la atención integral, la revisión sistemática sobre humanización de los servicios de salud en Iberoamérica destaca que el concepto ha crecido en relevancia precisamente porque cuestiona los efectos de la tecnificación excesiva, del reduccionismo biomédico y de la organización fragmentada de los servicios. conforme al caso colombiano, además, la discusión se vincula con el goce efectivo del derecho a la salud y con la exigencia de que la atención sea no solo eficiente, sino respetuosa de la vida y de la dignidad

humana (Henaó, Vergara y Gómez, 2021), el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) relaciona esta discusión con el derecho a la salud.

### **Atención Centrada en la Persona, Dignidad y Autonomía**

Uno de los núcleos conceptuales más importantes de la humanización es la atención centrada en la persona, esto supone reconocer al paciente, a su familia y a la comunidad como sujetos activos del proceso de atención, con necesidades, preferencias, creencias y trayectorias vitales que deben ser consideradas en la toma de decisiones, adicional la Política Nacional de Humanización en Salud y el Protocolo Iberoamericano coinciden en que centrar la atención en la persona exige superar visiones exclusivamente transaccionales o procedimentales, para avanzar hacia experiencias de cuidado más participativas, integrales y adaptadas al contexto (Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud, 2022), el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) coincide en esta orientación.

Desde esta perspectiva, la dignidad humana no opera como un principio abstracto, sino como un criterio concreto para evaluar la calidad del cuidado, la dignidad se ha expresado en la privacidad, el lenguaje respetuoso, la información comprensible, el consentimiento, la no discriminación y el reconocimiento de la vulnerabilidad del otro, la autonomía se relaciona con la posibilidad de participar informadamente en las decisiones sobre la propia salud, los enfoques contemporáneos de humanización insisten en que la calidad técnica resulta insuficiente cuando no se acompaña de respeto por la subjetividad y por la capacidad de agencia de quienes reciben la atención (Acreditación en Salud, 2020), Obando (2020) desarrolla esta perspectiva desde una lectura psicosocial.

## **Empatía, Comunicación y Relación Terapéutica**

La empatía y la comunicación son dimensiones centrales del marco conceptual de la humanización, en la literatura revisada se muestra que la atención humanizada depende en gran medida de la capacidad del personal de salud para escuchar, comprender, informar con claridad y establecer vínculos terapéuticos basados en la confianza, así la comunicación no se ha de concebir como un complemento del acto clínico, sino como una condición de posibilidad para una atención segura, participativa y respetuosa (Méndez, 2025). Cruz (2020) coincide en ubicar la comunicación como parte de la naturaleza del cuidado.

Textos orientados a la práctica y a la reflexión disciplinar, como los referidos al cuidado de enfermería y a la percepción del personal auxiliar, señalan que la empatía favorece la comprensión de las necesidades del paciente y mejora tanto la experiencia asistencial como el sentido del cuidado profesional, la literatura advierte que estas competencias no dependen exclusivamente de disposiciones individuales; requieren formación continua, apoyo institucional y ambientes laborales que no erosionen la sensibilidad, la escucha ni la disponibilidad relacional del trabajador sanitario (Becerra et al., 2020). Méndez (2025) también resalta la formación continua como condición de cuidado.

## **Cultura Organizacional, Calidad y Acreditación**

Otro componente conceptual indispensable es la relación entre humanización, calidad y cultura organizacional, las propuestas actuales sostienen que la humanización no debe restringirse al encuentro clínico individual, ya que también se expresa en el modo como se diseñan los procesos, se distribuyen los recursos, se organiza el trabajo y se lideran las instituciones.

Diferentes documentos de acreditación y calidad en salud han incorporado la humanización como eje transversal, reconociendo que la experiencia del usuario se configura igualmente por la oportunidad del servicio, la coordinación entre áreas, el ambiente físico, la privacidad y la respuesta institucional frente al sufrimiento (Acreditación en Salud, 2020). El Ministerio de Salud y Protección Social (2021) vincula la humanización con calidad e integralidad.

Las reflexiones sobre acreditación en salud, así como la guía del A B C de la humanización, insisten en que la cultura de hospitalidad, la participación del usuario, el trato digno, la revisión crítica del ejercicio empático y el compromiso de la alta dirección son componentes básicos para consolidar procesos humanizados, la humanización se vincula con la calidad no como adorno discursivo, sino como criterio para valorar si la institución logra articular seguridad, eficiencia, integralidad y respeto por la persona (Biblioteca Virtual en Salud, 2025) (Acreditación en Salud, 2020).

### **Barreras y Estrategias para la Implementación**

La humanización no ocurre en el vacío, sino en medio de tensiones estructurales, laborales y administrativas, se ha señalado en la literatura abordada que la escasez de personal, la sobrecarga de trabajo, la fragmentación de la atención, la burocratización, el predominio del lenguaje tecnificado, la débil articulación interdisciplinaria y la insuficiente formación en competencias socioemocionales, las barreras muestran que la deshumanización no puede atribuirse únicamente a fallas personales, sino también a contextos organizacionales que dificultan el cuidado centrado en la persona (Méndez, 2025), también el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) describe barreras administrativas y laborales semejantes.

Frente a ello, las estrategias más reiteradas en la literatura incluyen la capacitación continua en comunicación, empatía y bioética; el fortalecimiento del liderazgo institucional; la mejora de las condiciones laborales; la adecuación de espacios e infraestructura; la participación de pacientes y familias; y la integración de la humanización a los planes de calidad y mejoramiento, las estrategias permiten comprender la humanización como una construcción multidimensional, donde convergen el saber técnico, el saber humanístico, la gestión institucional y la responsabilidad ética de todos los actores del sistema de salud (Reyes et al., 2024), a su vez, el Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud (2022) plantea la corresponsabilidad institucional.

### **Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson**

Una de las teorías más importantes para fundamentar la humanización en salud es la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, se desarrolló entre 1975 y 1979, plantea que el cuidado no puede reducirse a una intervención técnica, porque en el centro de la enfermería y de las profesiones de la salud está la relación transpersonal entre quien cuida y quien es cuidado, Watson sostiene que el cuidado humano implica presencia, sensibilidad, respeto por la subjetividad del paciente y apertura hacia sus dimensiones física, emocional, espiritual y existencial.

Desde esta teoría, cuidar significa entrar en contacto con la experiencia humana del otro, no solo es administrar un medicamento, realizar una curación o cumplir una orden médica; es estar presente de una manera auténtica, incluso en gestos pequeños, una mirada tranquila, una explicación pausada o una pregunta sincera pueden aliviar más de lo que parece. Watson (1979) considera que el cuidado tiene una base moral y humanística, ya que reconoce a la persona como

un ser valioso, vulnerable y digno de respeto. Su obra *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* es reconocida como una de las bases clásicas de la ciencia del cuidado en enfermería.

Esta teoría se relaciona directamente con la humanización de la atención porque permite comprender que el acto de cuidar no se agota en la competencia clínica, la técnica es indispensable; nadie podría hablar de cuidado humanizado si el procedimiento es inseguro o negligente. Sin embargo, Watson ayuda a recordar que la técnica sin sensibilidad puede percibirse como distante, el aporte consiste en integrar ciencia y humanidad, conocimiento y compasión, procedimiento y encuentro, en esta monografía, la teoría del cuidado humano permite sostener que la humanización no es un adorno del servicio, sino una forma ética de ejercer el cuidado.

### **Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger**

Madeleine Leininger aporta otra base fundamental para comprender la humanización desde una mirada cultural, la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural plantea que el cuidado debe ser congruente con los valores, creencias, prácticas y significados culturales de las personas. Leininger (1991) es reconocida como fundadora de la enfermería transcultural, campo que estudia el cuidado comparado entre culturas y la necesidad de adaptar la atención a la realidad cultural del paciente.

Esta teoría es muy importante porque recuerda que no todas las personas entienden la enfermedad, el dolor, la muerte, la familia o la recuperación de la misma manera, el paciente puede interpretar su enfermedad desde creencias religiosas, costumbres familiares, saberes comunitarios o experiencias previas con el sistema de salud y es que, cuando el personal sanitario ignora esas dimensiones, la atención puede volverse técnicamente correcta, pero

culturalmente lejana, por ejemplo, informar un diagnóstico sin considerar el idioma, las creencias o la estructura familiar del paciente puede generar confusión, resistencia o angustia.

Desde la perspectiva de Leininger, humanizar también significa cuidar sin imponer una única forma de comprender la salud, esto implica preguntar, escuchar y reconocer que las prácticas culturales no son obstáculos, sino elementos que pueden orientar una atención más respetuosa. Leininger y McFarland (2006) profundizan esta propuesta al señalar que el cuidado culturalmente congruente permite ofrecer respuestas más cercanas a las necesidades reales de las personas, su teoría fortalece el marco conceptual porque permite vincular la humanización con la diversidad, la inclusión y el respeto por las diferencias.

### **Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau**

Hildegard Peplau también es una autora clásica indispensable para hablar de humanización. Su Teoría de las Relaciones Interpersonales en Enfermería plantea que la relación entre enfermera y paciente es un proceso terapéutico, no un simple contacto funcional. En su obra *Interpersonal Relations in Nursing*, publicada originalmente en 1952, Peplau desarrolló una propuesta centrada en la interacción, la comunicación y el vínculo profesional-paciente como elementos esenciales del cuidado.

Para Peplau, la atención en salud ocurre a través de una relación que tiene fases, roles y significados, la persona atendida no solo recibe indicaciones; también interpreta, pregunta, teme, se defiende, confía o desconfía, el profesional de salud necesita comunicarse con claridad, reconocer las emociones del paciente y construir una relación que favorezca seguridad y colaboración. Peplau (1952) permite entender que la comunicación terapéutica no es una habilidad secundaria, sino una herramienta central del cuidado.

Esta teoría se articula muy bien con la humanización porque muestra que el vínculo asistencial puede ser reparador o, por el contrario, puede aumentar el sufrimiento, un paciente que no entiende lo que le están haciendo puede sentir que pierde el control sobre su cuerpo, la familia que no recibe información puede vivir la hospitalización como un momento de angustia permanente. En cambio, cuando existe una relación terapéutica clara, respetuosa y empática, el cuidado se vuelve más cercano, Peplau ayuda a fundamentar que la humanización se expresa en la calidad de la relación, en el lenguaje utilizado y en la capacidad de acompañar emocionalmente al paciente.

### **Bioética del Cuidado y Ética del Cuidado**

La humanización en salud también encuentra fundamento en la **bioética del cuidado**, entendida como una mirada que complementa los principios clásicos de la bioética con una sensibilidad especial hacia la vulnerabilidad, la dependencia, la responsabilidad y las relaciones humanas; la bioética tradicional ha trabajado principios como autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, formulados de manera sistemática por Beauchamp y Childress (1979), los principios siguen siendo esenciales porque orientan decisiones clínicas relacionadas con el consentimiento informado, el respeto por la voluntad del paciente, la distribución justa de recursos y la obligación de evitar daño.

Sin embargo, la ética del cuidado aporta un matiz muy necesario: no basta con aplicar principios de forma abstracta si no se atiende la situación concreta de la persona. Carol Gilligan (1982) cuestionó las teorías morales centradas exclusivamente en reglas universales y propuso valorar la responsabilidad, las relaciones y la voz de quienes históricamente habían sido menos escuchados, la perspectiva resulta útil para la humanización porque permite pensar la atención

sanitaria desde la pregunta por el otro: ¿qué necesita esta persona?, ¿qué está sintiendo?, ¿qué condiciones la hacen más vulnerable?, ¿cómo se puede cuidar sin invadir ni abandonar?

Nel Noddings (1984) también es una autora clave en la ética del cuidado, ya que plantea que el cuidado tiene una dimensión relacional y moral basada en la receptividad, la respuesta sensible y el compromiso con el bienestar del otro. Llevado al campo de la salud, esto significa que el profesional no solo actúa sobre un cuerpo enfermo, sino frente a una persona que necesita ser reconocido, según Joan Tronto (1993) se propone que el cuidado no es solo una virtud individual, sino también una práctica social y política.

## **Resultados**

Dentro de lectura comparativa de las fuentes se observó que las revisiones sistemáticas y de mayor alcance metodológico, como Reyes et al. (2024), Grover et al. (2022), Bernal et al. (2021), Villa et al. (2023) y Duque y Quintero (2025), ofrecen datos de peso para identificar patrones generales sobre barreras, acciones y beneficios de la humanización.

En cambio, los estudios descriptivos, cualitativos y transversales, como Contreras-Martos et al. (2023), Pérez-Fuentes et al. (2020) y Meneses-La-Riva et al. (2025), aportan profundidad sobre percepciones, experiencias y condiciones concretas de atención.

Los documentos institucionales del Ministerio de Salud y Protección Social (2021), el Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud (2022), Acreditación en Salud (2020) y la Biblioteca Virtual en Salud (2025) permiten comprender la dimensión normativa, organizacional y práctica del tema, mientras que los textos teóricos y reflexivos, como Cruz (2020), Henao-Castaño et al. (2021), Watson (1979), Leininger (1991), Peplau (1952), Gilligan

(1982), Noddings (1984) y Tronto (1993), sustentan los fundamentos éticos, relacionales y culturales de la humanización.

### **Principales Enfoques Conceptuales y Teóricos Relacionados con la Humanización de la Atención en Salud**

Los documentos revisados permiten identificar cuatro enfoques principales sobre la humanización de la atención en salud, el primero es el enfoque ético-humanista, centrado en dignidad, respeto, autonomía y reconocimiento integral del paciente. Este enfoque aparece de manera consistente en Henao, Vergara y Gómez (2021), Cruz (2020) y el Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud (2022), y sostiene que la persona no debe ser tratada como objeto de intervención, sino como sujeto de derechos, preferencias y necesidades emocionales.

El segundo enfoque corresponde al cuidado humanizado, especialmente desarrollado desde enfermería y disciplinas del cuidado, se puede notar en las revisiones de Méndez (2025), Reyes et al. (2024), Villa et al. (2023) y Gomes, Souza y Araujo (2020) coinciden en que el cuidado humanizado integra empatía, comunicación, presencia, respeto, acompañamiento y competencia técnica, al realizar la lectura crítica de estas fuentes se muestra que el cuidado no se humaniza solo por la sensibilidad del profesional, sino por la posibilidad real de dedicar tiempo, escuchar y actuar en condiciones laborales adecuadas.

El tercer enfoque es la atención centrada en la persona y la experiencia del paciente, Grover et al. (2022) permiten vincular la humanización con modelos internacionales que priorizan participación, coordinación y toma de decisiones compartida, aquí se convierte la humanización en un criterio evaluable: no basta con afirmar que se respeta al paciente, sino que

debe evidenciarse si la institución informa, escucha, incluye preferencias y reduce barreras de acceso.

El cuarto enfoque es organizacional e institucional. Documentos como el Proyecto de Política Nacional de Humanización en Salud, el Protocolo Iberoamericano y la guía de la Biblioteca Virtual en Salud muestran que la humanización debe incorporarse a políticas, planes de calidad, liderazgo, formación y evaluación.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2021) la relaciona con criterios de política pública y calidad asistencial, el Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud (2022) la vincula con lineamientos éticos y organizacionales. La Biblioteca Virtual en Salud (2025) aporta orientaciones prácticas para su implementación institucional, se evita responsabilizar únicamente al personal asistencial de fallas que también son estructurales.

En conjunto, los enfoques revisados no son excluyentes, se complementan; el enfoque ético define el horizonte de dignidad; el cuidado humanizado concreta la relación terapéutica; la atención centrada en la persona aporta criterios de participación y experiencia; y el enfoque organizacional crea las condiciones para que la humanización sea sostenible, la integración responde directamente al objetivo general de la monografía, pues permite analizar enfoques, beneficios y desafíos como dimensiones interdependientes.

La literatura también permite reconocer que la humanización adquiere matices particulares cuando se analiza desde escenarios concretos de atención, en servicios como hemodiálisis, cuidados intensivos u hospitalización, el cuidado humanizado se expresa en acciones visibles para el paciente: recibir información clara, ser tratado con respeto, sentirse escuchado y percibir que el profesional no actúa únicamente desde la rutina técnica. Contreras-Martos et al. (2023) muestran que la percepción del paciente resulta fundamental para valorar la

humanización del cuidado, mientras que Dias et al. (2022) permiten comprender su importancia en unidades de terapia intensiva, donde la tecnología y la gravedad clínica pueden generar distancia emocional si no se acompañan de comunicación y presencia profesional.

Asimismo, el cuidado humanizado se reafirma como una necesidad de la praxis profesional y no solo como un ideal discursivo, Santos Holguín y Lascano Espinoza (2023) plantean que la humanización debe estar presente desde el primer contacto con el paciente y su entorno, pues allí se construyen confianza, seguridad y reconocimiento.

En esta misma línea, Cortés Egeda et al. (2025) destacan estrategias como la comunicación terapéutica, la empatía y la atención centrada en la persona, elementos que fortalecen el enfoque relacional del cuidado. Meneses-La-Riva et al. (2025) complementan esta lectura al vincular la experiencia profesional de enfermería con la teoría de Jean Watson, resaltando que el cuidado humanizado conserva una dimensión emocional, ética y profundamente humana.

### **Beneficios Asociados a la Implementación de Prácticas de Atención Humanizada**

Los beneficios de la atención humanizada se distribuyen en tres niveles: pacientes y familias, talento humano e instituciones, en los pacientes, la literatura reporta mayor satisfacción, confianza, comprensión de la información, percepción de seguridad y adherencia al cuidado. Melita, Jara y Valencia (2022) aportan indicadores que permiten observar el cuidado humanizado en la atención intrahospitalaria, mientras que Grover et al. (2022) y Aniceto y Bombarda (2020), relacionan la atención centrada en la persona con participación, coordinación y adaptación a necesidades individuales.

Para las familias, el beneficio principal consiste en la posibilidad de participar y recibir información clara durante procesos de incertidumbre, esto se da en unidades de cuidado intensivo,

donde la alta tecnología puede generar distancia emocional. Duque y Quintero (2025) muestran que los modelos de UCI de puertas abiertas favorecen confianza, comunicación y apoyo emocional, siempre que se implementen con criterios de seguridad y acompañamiento profesional, la humanización no significa desordenar el funcionamiento clínico, sino integrar a la familia de forma planificada y responsable.

En el talento humano, la humanización se relaciona con sentido del trabajo, empatía, regulación emocional y mejores ambientes laborales. Pérez et al. (2020) muestran que la empatía y la gestión emocional son claves para un entorno favorable al cuidado humanizado, la evidencia permite cuestionar una visión unilateral del problema: exigir trato humano al trabajador sin proteger su bienestar laboral puede resultar contradictorio, la humanización del paciente exige también humanizar las condiciones de quienes cuidan.

A nivel institucional, los beneficios se relacionan con calidad percibida, confianza, reputación, continuidad del cuidado y fortalecimiento de procesos de acreditación. Los lineamientos de Acreditación en Salud (2020) y la guía de la Biblioteca Virtual en Salud (2025) ubican la humanización como un elemento de mejora institucional, no como una actividad periférica, esto implicaría que las estrategias deben medirse, documentarse y articularse con planes de calidad, seguridad del paciente y cultura del servicio.

No obstante, la revisión evidencia que los beneficios no deben interpretarse como resultados automáticos, la institución puede adoptar lenguaje de humanización y, al mismo tiempo, mantener prácticas burocráticas o condiciones laborales que la contradicen, el beneficio real depende de la coherencia entre discurso, recursos, liderazgo y evaluación, la lectura crítica evita idealizar la humanización y permite comprenderla como un proceso que requiere inversión institucional y seguimiento permanente.

Los beneficios de la humanización también se observan en la forma como el paciente interpreta la atención recibida, si la persona siente que se le explica con claridad, que se respeta su individualidad y que el personal se interesa por algo más que el procedimiento, la experiencia de cuidado tiende a ser más positiva.

Contreras-Martos et al. (2023) evidencian que la percepción del paciente permite identificar dimensiones concretas del cuidado humanizado, como la comunicación, la priorización del sujeto de cuidado y las cualidades del hacer profesional, esto refuerza la idea de que la humanización no es una impresión abstracta, sino una experiencia que puede reconocerse en prácticas cotidianas.

En contextos de alta complejidad, como la unidad de terapia intensiva, la humanización contribuye a disminuir la sensación de frialdad asociada al entorno tecnológico. Dias et al. (2022) señalan que el cuidado humanizado en UCI favorece una atención más integral, especialmente cuando el personal logra combinar competencia técnica con sensibilidad frente al sufrimiento del paciente y su familia, Cortés Egeda et al. (2025) relacionan las estrategias de cuidado humanizado con mejoras en la comunicación terapéutica, la empatía y la atención centrada en la persona. Estos aspectos fortalecen la confianza y permiten que el usuario se sienta acompañado en momentos de incertidumbre.

Para el talento humano, la humanización también tiene un gran valor, no solo beneficia al paciente, sino que ayuda al profesional a recuperar el sentido de su labor. Santos Holguín y Lascano Espinoza (2023) destacan que el cuidado humanizado forma parte de una praxis profesional más íntegra y consciente. Meneses-La-Riva et al. (2025) muestran, desde la experiencia de enfermería, que cuidar humanamente implica compromiso emocional, responsabilidad ética y una relación cercana con la persona atendida, la humanización puede

fortalecer el vínculo terapéutico y, al mismo tiempo, reafirmar la identidad profesional de quienes cuidan.

### **Retos, Barreras y Condiciones Institucionales que Limitan la Implementación**

Los desafíos más reiterados en la literatura son la sobrecarga laboral, la escasez de personal, la fragmentación del servicio, la presión administrativa, la tecnificación excesiva y la falta de formación socioemocional. Reyes et al. (2024), Méndez (2025) y Tejada (2020) coinciden en que estas barreras afectan la posibilidad de sostener relaciones empáticas y comunicativas en escenarios de alta demanda, la deshumanización no se ha explicado solo por falta de vocación, sino por condiciones de trabajo que reducen el tiempo y la disponibilidad emocional del personal.

Otro desafío consiste en transformar la cultura organizacional. Matos y Barros (2024) evidencian que los procesos de trabajo pueden limitar la oferta de cuidado humanizado cuando priorizan productividad sin considerar el vínculo terapéutico, se muestra que la humanización exige revisar agendas, rutas, protocolos, comunicación interprofesional y liderazgo. Sin esos cambios, las capacitaciones en buen trato pueden tener efectos limitados.

La formación profesional constituye una barrera y, al mismo tiempo, una oportunidad. Caicedo et al. (2023) señalan la necesidad de fortalecer competencias en comunicación, empatía, bioética, manejo emocional, trabajo interdisciplinario y atención centrada en la persona. Villa et al. (2023) también destacan la importancia de la formación para consolidar prácticas de cuidado humanizado, la formación aislada no basta si no se acompaña de condiciones institucionales coherentes, el enseñar de humanización en contextos laborales que producen agotamiento puede generar frustración más que transformación.

En Colombia, los desafíos incluyen barreras administrativas, dificultades de acceso, fragmentación entre actores, deficiencias de infraestructura y afectación del talento humano, el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) reconoce que estas condiciones impactan la experiencia del usuario y limitan la continuidad del cuidado, en la perspectiva crítica, esto significa que la humanización debe leerse también como un problema de política pública, no solo como una responsabilidad moral del profesional asistencial.

Se identifica un desafío metodológico: la necesidad de medir mejor la humanización, existen indicadores y guías, aún se requieren instrumentos validados, evaluaciones longitudinales y estudios que relacionen estrategias de humanización con resultados concretos de calidad. Melita, Jara y Valencia (2022) avanzan en esa dirección al proponer indicadores intrahospitalarios, pero la literatura todavía muestra heterogeneidad conceptual y metodológica.

Los retos de la humanización se hacen más visibles en servicios donde la atención es continua, compleja o emocionalmente exigente, en hemodiálisis, por ejemplo, la relación entre paciente y personal se repite durante largos periodos, por lo que cualquier debilidad en la comunicación, el trato o la escucha puede afectar de manera acumulativa la experiencia del cuidado, Contreras-Martos et al. (2023) permiten comprender que la percepción del paciente es una fuente importante para identificar oportunidades de mejora en la atención humanizada.

En las unidades de terapia intensiva, el desafío adquiere otra intensidad, la gravedad clínica, la presencia constante de tecnología y la presión asistencial pueden hacer que el cuidado se perciba distante si no existe una intención clara de mantener la comunicación, el acompañamiento y la sensibilidad humana.

Dias et al. (2022) muestran que la humanización en UCI exige equilibrar el uso de recursos tecnológicos con una atención que no pierda de vista el sufrimiento del paciente y de su

familia, la tensión confirma que la tecnología no deshumaniza por sí misma, pero sí puede hacerlo cuando desplaza el vínculo terapéutico.

Otro reto consiste en lograr que la humanización no dependa únicamente de la voluntad individual del profesional, Santos Holguín y Lascano Espinoza (2023) insisten en que el cuidado humanizado debe consolidarse como parte de la práctica cotidiana de enfermería, mientras Cortés Egeda et al. (2025) señalan que estrategias como la empatía, la comunicación terapéutica y la atención centrada en la persona requieren formación continua y respaldo institucional.

Meneses-La-Riva et al. (2025) agregan que la experiencia profesional del cuidado humanizado también está atravesada por condiciones emocionales, éticas y organizacionales, el sostener la humanización exige algo más que buena disposición: requiere tiempo, liderazgo, capacitación, bienestar laboral y coherencia institucional, el vacío limita la comparación entre instituciones y dificulta demostrar impacto de manera sistemática (Ver Tabla 3).

### **Tabla 3.**

#### *Síntesis crítica por categorías de análisis*

Categoría	Hallazgos principales	Lectura crítica
Enfoques conceptuales	Dignidad, autonomía, cuidado humanizado, atención centrada en la persona, experiencia del paciente y cultura organizacional.	El concepto es sólido cuando integra ética, relación terapéutica y gestión institucional; es débil cuando se reduce a buen trato.
Beneficios	Satisfacción, confianza, adherencia, participación familiar, bienestar	Los beneficios dependen de condiciones sostenibles; no emergen solo por discursos institucionales.

	profesional, clima laboral y calidad percibida.	
Desafíos	Sobrecarga laboral, escasez de personal, burocratización, fragmentación, formación insuficiente e infraestructura limitada.	La principal tensión es estructural: se exige humanización en sistemas que a veces producen desgaste y despersonalización.
Estrategias	Formación, liderazgo, indicadores, participación de usuarios, bienestar laboral y mejora de procesos.	Las acciones deben articularse a planes de calidad y seguimiento, no quedar como campañas aisladas.

*Nota.* Elaboración propia con base en los documentos incluidos.

### Discusión

Un hallazgo transversal de la revisión fue la heterogeneidad conceptual entre los estudios revisados, ya que algunos emplean la humanización como sinónimo de buen trato, otros la relacionan con cuidado humanizado de enfermería y otros la vinculan con atención centrada en la persona, experiencia del paciente o calidad institucional, la diversidad enriquece el campo, pero también dificulta la comparación entre resultados.

Además, se identificó escasez de estudios de implementación con seguimiento longitudinal, falta de instrumentos validados en diferentes contextos asistenciales y dificultad para medir el impacto real de las estrategias de humanización sobre indicadores de calidad, seguridad, satisfacción, adherencia y bienestar del talento humano, la evidencia disponible permite reconocer tendencias importantes, pero todavía requiere mayor precisión metodológica para demostrar qué estrategias funcionan, en qué servicios, durante cuánto tiempo y bajo qué condiciones institucionales.

La revisión realizada permite afirmar que la humanización de la atención en salud es una categoría compleja porque articula valores éticos, prácticas relacionales y condiciones organizacionales; las fuentes 2020-2025 muestra que existe consenso sobre su importancia, pero también evidencia que el concepto puede perder fuerza si se utiliza de forma general, sin traducirse en acciones verificables, una lectura crítica exige diferenciar entre humanización como discurso institucional y humanización como práctica sostenida en la experiencia concreta del paciente.

Uno de los hallazgos más relevantes es que los enfoques conceptuales revisados convergen en la centralidad de la persona, pero no siempre explican con la misma claridad cómo implementar esa centralidad en servicios con alta presión asistencial.

Al contrastar los hallazgos encontrados, se observa que los estudios coinciden en reconocer la humanización como una condición de calidad asistencial, pero difieren en el nivel desde el cual explican su implementación. Las revisiones de Reyes et al. (2024), Méndez (2025) y Villa et al. (2023) tienden a concentrarse en el cuidado humanizado desde la práctica de enfermería, por lo que destacan con mayor fuerza la empatía, la comunicación, la presencia profesional, la escucha y la relación terapéutica. En cambio, Grover et al. (2022) abordan la atención centrada en la persona desde un marco más amplio, vinculado con participación, coordinación, toma de decisiones compartida y rediseño de servicios. Esta diferencia muestra que la humanización puede analizarse como práctica interpersonal del cuidado, pero también como modelo de gestión orientado a la experiencia del paciente.

La comparación también permite identificar que los documentos institucionales, como el Ministerio de Salud y Protección Social (2021), el Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud (2022), Acreditación en Salud (2020) y la Biblioteca Virtual en Salud

(2025), presentan la humanización como una responsabilidad organizacional y de política pública.

A diferencia de los estudios centrados en la relación profesional-paciente, estos documentos insisten en liderazgo, rutas de atención, cultura institucional, participación del usuario y condiciones del talento humano, la diferencia no es menor, porque desplaza la humanización desde el terreno de las actitudes individuales hacia la estructura del servicio. En ese sentido, mientras algunos estudios describen cómo debería comportarse el profesional, los lineamientos institucionales preguntan qué condiciones debe garantizar la organización para que ese comportamiento sea viable y sostenible.

Una contradicción importante se encuentra entre el consenso ético sobre la dignidad del paciente y las barreras operativas que impiden materializar ese principio. Casi todos los documentos revisados afirman que el paciente debe ser reconocido como sujeto integral, con autonomía, emociones, necesidades familiares y contexto cultural; sin embargo, los mismos estudios reportan sobrecarga laboral, escasez de personal, fragmentación de procesos y presión administrativa. Esta tensión evidencia que la humanización aparece como un ideal ampliamente aceptado, pero no siempre respaldado por condiciones reales de trabajo. Por tanto, el problema no radica en la ausencia de discurso humanizador, sino en la distancia entre dicho discurso y la capacidad institucional para convertirlo en práctica cotidiana.

Otra contradicción se observa en la forma como se exige empatía al talento humano sin analizar suficientemente el desgaste emocional y laboral de quienes cuidan. Pérez et al. (2020) muestran que la empatía y la gestión emocional favorecen ambientes propicios para el cuidado humanizado, pero Matos y Barros (2024) advierten que los procesos de trabajo pueden limitar esa posibilidad cuando se organizan bajo lógicas de productividad, presión y escaso tiempo para

la relación terapéutica. Así, se produce una paradoja: se espera que el profesional sea sensible, disponible y comunicativo, pero se le ubica en contextos donde el agotamiento, la burocracia y la alta demanda reducen su capacidad de escucha. Esta contradicción confirma que la humanización del paciente depende también de la humanización del trabajo sanitario.

Las diferencias entre estudios también se expresan en el tipo de evidencia que aportan. Las revisiones sistemáticas e integrativas, como las de Reyes et al. (2024), Villa et al. (2023), Dias et al. (2022), Gomes, Souza y Araujo (2020), y Duque y Quintero (2025), permiten identificar patrones generales, barreras reiteradas y estrategias comunes. En cambio, los estudios descriptivos, transversales o cualitativos, como Contreras-Martos et al. (2023), Pérez et al. (2020) y Meneses-La-Riva et al. (2025), ofrecen mayor profundidad sobre percepciones, experiencias y significados construidos por pacientes o profesionales. Por ello, las revisiones ayudan a ordenar el campo, mientras que los estudios empíricos muestran cómo se vive la humanización en escenarios concretos.

Esta diferencia metodológica tiene implicaciones para interpretar los hallazgos. Los estudios de revisión tienden a presentar conclusiones amplias sobre beneficios, barreras y estrategias, pero muchas veces no permiten observar con detalle cómo se aplican esas estrategias en un servicio específico ni cuáles son sus resultados sostenidos en el tiempo. Por el contrario, los estudios empíricos permiten comprender la experiencia del paciente o del profesional, pero pueden tener menor alcance para generalizar sus resultados a otros contextos. En consecuencia, la literatura disponible es útil para construir una visión integral, aunque todavía requiere más investigaciones de implementación, seguimiento longitudinal e indicadores comparables que permitan evaluar impacto real.

También se encontraron diferencias según el escenario asistencial analizado. En unidades de terapia intensiva, los estudios de Gomes, Souza y Araujo (2020), Dias et al. (2022) y Duque y Quintero (2025) muestran que la humanización se enfrenta a la alta complejidad tecnológica, la gravedad clínica, el sufrimiento familiar y la necesidad de comunicación permanente. En estos contextos, la tecnología no aparece como un obstáculo por sí misma, sino como un factor que puede desplazar el vínculo humano si el equipo no integra información clara, acompañamiento y participación familiar. Por eso, la humanización en UCI exige equilibrar seguridad clínica, uso de tecnología y cercanía relacional.

En servicios como hospitalización general o hemodiálisis, los hallazgos adquieren otro matiz. Contreras-Martos et al. (2023) destacan que la percepción del paciente permite valorar dimensiones concretas como el trato, la comunicación, la disponibilidad y la atención a necesidades individuales. Méndez (2025) y Cortés Egeda et al. (2025) resaltan estrategias de cuidado humanizado aplicables a la práctica cotidiana, especialmente la comunicación terapéutica, la empatía y la atención centrada en la persona. A diferencia de la UCI, donde la tensión principal se relaciona con la tecnología y la criticidad, en estos servicios la continuidad del contacto, la repetición de interacciones y la calidad del vínculo cotidiano se convierten en elementos decisivos.

El contraste entre los enfoques teóricos también permite identificar alcances distintos. Watson (1979) y Meneses-La-Riva et al. (2025) resaltan la dimensión moral, emocional y relacional del cuidado, lo cual ayuda a comprender por qué la humanización no puede reducirse al cumplimiento de tareas. Peplau (1952) aporta una explicación más centrada en la interacción terapéutica y en la comunicación como herramienta del cuidado. Leininger (1991) y Leininger y McFarland (2006) amplían la mirada hacia la cultura, mostrando que una atención puede ser

técnicamente adecuada, pero poco humanizada si desconoce valores, creencias, idioma, prácticas familiares o significados de la enfermedad. Estas teorías coinciden en la centralidad del sujeto, pero se diferencian en el énfasis: relación transpersonal, vínculo comunicativo o congruencia cultural.

La bioética y la ética del cuidado permiten completar este análisis porque conectan la humanización con autonomía, justicia, responsabilidad y vulnerabilidad. Beauchamp y Childress (1979) aportan principios útiles para orientar decisiones clínicas, consentimiento informado y distribución justa de recursos; sin embargo, Gilligan (1982), Noddings (1984) y Tronto (1993) ayudan a comprender que la atención en salud no se resuelve únicamente con reglas abstractas, sino también con sensibilidad frente a la situación concreta del otro. La diferencia entre estos enfoques no debe entenderse como oposición, sino como complementariedad: la bioética aporta criterios normativos y la ética del cuidado aporta sensibilidad relacional y contextual.

Otra diferencia relevante aparece entre los beneficios reportados y la manera como son evaluados. Melita, Jara y Valencia (2022) avanzan en la construcción de indicadores de cuidado humanizado en atención intrahospitalaria, lo que permite traducir el concepto en dimensiones observables. No obstante, otras fuentes describen beneficios como satisfacción, confianza, adherencia o bienestar profesional sin medirlos con la misma precisión. Esto evidencia una debilidad del campo: existe acuerdo sobre los posibles efectos positivos de la humanización, pero no todos los estudios cuentan con instrumentos robustos para demostrar su magnitud, duración o relación causal con estrategias específicas.

En este punto surge una contradicción metodológica: la humanización se plantea como un eje transversal de calidad, pero su medición sigue siendo heterogénea. Las instituciones pueden incluirla en planes, protocolos o discursos de acreditación, pero si no definen indicadores,

responsables, líneas de base y mecanismos de seguimiento, resulta difícil saber si las acciones producen cambios reales. La existencia de guías y documentos institucionales es valiosa, pero no reemplaza la evaluación sistemática de resultados. Por ello, una de las necesidades más claras es fortalecer la medición sin convertir la humanización en un proceso meramente burocrático o desprovisto de sentido ético.

El análisis comparativo permite señalar que los estudios no se contradicen en la importancia de la humanización, sino en el modo de explicarla y hacerla operativa. Algunos textos privilegian la actitud del profesional; otros, la experiencia del paciente; otros, la estructura organizacional; y otros, los fundamentos éticos del cuidado. Estas diferencias muestran que la humanización es un fenómeno multidimensional y que ninguna perspectiva aislada resulta suficiente. Una institución podría capacitar a su personal en empatía, pero fracasar si mantiene procesos fragmentados; también podría diseñar políticas de calidad, pero fracasar si no transforma la relación cotidiana con pacientes y familias.

Desde el contexto colombiano, la tensión se vuelve aún más evidente porque la humanización se relaciona con el derecho fundamental a la salud, la calidad, la oportunidad y la continuidad del cuidado. Bernal et al. (2021), Palomino, Guzmán y Escobar (2020) y el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) muestran que las prácticas deshumanizadoras no pueden interpretarse solo como fallas personales, pues están asociadas con barreras administrativas, fragmentación, demoras, trámites excesivos y condiciones laborales adversas. En consecuencia, la humanización debe pensarse como una responsabilidad compartida entre profesionales, directivos, aseguradores, instituciones formadoras y políticas públicas.

Al explicar las diferencias entre estudios, también es necesario considerar el contexto geográfico y disciplinar. La producción iberoamericana tiende a relacionar la humanización con

enfermería, cuidado, hospitalización y trato digno, mientras que la literatura internacional sobre atención centrada en la persona enfatiza con mayor frecuencia la participación del paciente, la toma de decisiones compartida y la coordinación de servicios. Ambas perspectivas son complementarias, pero no idénticas: la primera se acerca más a la experiencia relacional del cuidado y la segunda a la reorganización de modelos de atención. Integrarlas permite una comprensión más completa del fenómeno.

En síntesis, el contraste de hallazgos permite afirmar que la humanización se sostiene mejor cuando se articula en cuatro niveles: fundamento ético, relación terapéutica, experiencia del paciente y gestión institucional. Las contradicciones encontradas se concentran en la brecha entre discurso y práctica, la exigencia de empatía en contextos de desgaste laboral, la valoración positiva de beneficios con medición todavía limitada y la tensión entre eficiencia administrativa y cuidado centrado en la persona. Las diferencias entre estudios no invalidan el campo, sino que muestran la necesidad de integrarlo mediante investigaciones más rigurosas, indicadores sensibles y estrategias institucionales sostenidas.

Grover et al. (2022) aportan un marco robusto desde la atención centrada en la persona, mientras que Henao, Vergara y Gómez (2021) y Cruz (2020) profundizan en atributos éticos y relacionales, cuando estos enfoques se enfrentan a barreras como escasez de personal, burocracia y tiempos limitados, la humanización deja de ser una intención individual y se convierte en un problema de gestión.

Aunque la literatura asocia la atención humanizada con satisfacción, confianza, adherencia y bienestar laboral, estos resultados dependen de condiciones concretas, no basta con capacitar al personal en empatía si la institución mantiene cargas excesivas o procesos fragmentados, en este punto, Pérez et al. (2020) y Matos y Barros (2024) permiten comprender

que el bienestar del talento humano es una condición para el cuidado humanizado, no un tema separado, la humanización del paciente y la humanización del trabajo sanitario son dimensiones inseparables.

El análisis de los desafíos muestra una tensión estructural entre eficiencia institucional y experiencia humana, los servicios de salud requieren protocolos, indicadores y gestión de recursos; sin embargo, cuando estos elementos se aplican sin sensibilidad relacional, pueden producir experiencias frías o impersonales, la respuesta no consiste en rechazar la tecnología ni la administración, sino en integrarlas con comunicación, acompañamiento, autonomía y participación.

Duque y Quintero (2025) muestran que la participación familiar organizada puede fortalecer la humanización en UCI. Gomes, Souza y Araujo (2020) advierten que este proceso enfrenta tensiones propias de los escenarios altamente tecnificados. Melita, Jara y Valencia (2022) aportan indicadores que ayudan a observar el cuidado humanizado en la atención intrahospitalaria.

Desde el contexto colombiano, la discusión se vuelve más exigente porque la humanización se conecta con el derecho fundamental a la salud y con la experiencia de usuarios que enfrentan barreras administrativas, el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) sugiere que la humanización debe incorporarse a la política pública, a la acreditación y a la cultura organizacional.

La Biblioteca Virtual en Salud (2025) complementa esta orientación con lineamientos recientes para la atención humanizada, esto implica que no puede depender únicamente de la buena disposición de profesionales individuales.

En síntesis, la literatura revisada permite sostener que la humanización es un criterio de calidad que exige coherencia entre enfoque, beneficios y desafíos, el mayor potencial se encuentra en integrar la ética del cuidado con estrategias institucionales evaluables; su mayor riesgo es quedar reducida a un lenguaje decorativo, sin cambios reales en comunicación, recursos, condiciones laborales y participación del paciente, futuras investigaciones deberían avanzar en indicadores, evaluación de impacto y estudios de implementación que permitan demostrar qué estrategias funcionan, en qué contextos y con qué recursos.

### **Conclusiones**

La humanización de la atención en salud se muestra más sólida cuando integra tres dimensiones inseparables que son: una base ética orientada por la dignidad y la autonomía, una relación terapéutica sustentada en comunicación, empatía y presencia profesional, y una gestión institucional capaz de garantizar condiciones organizacionales sostenibles.

En ese sentido, sus beneficios no dependen únicamente de la actitud individual del personal sanitario, sino de entornos que favorezcan tiempo para cuidar, liderazgo, formación continua, bienestar laboral, participación familiar y evaluación de la experiencia del paciente, las principales barreras no son solo actitudinales, sino también estructurales, laborales y administrativas; por tanto, cualquier estrategia de humanización debe articularse con políticas de calidad, mejoramiento de procesos y compromiso directivo permanente.

La literatura científica y documental publicada entre 2020 y 2025 muestra que la humanización de la atención en salud es un enfoque multidimensional que integra dignidad, autonomía, empatía, comunicación, participación familiar, bienestar del talento humano y cultura organizacional, no debe entenderse como simple trato amable, sino como una condición ética y estructural de la calidad asistencial.

Los principales enfoques identificados fueron el ético-humanista, el cuidado humanizado, la atención centrada en la persona y la perspectiva organizacional, los enfoques se complementan porque permiten pasar de los valores generales a prácticas concretas y condiciones institucionales; la revisión evidencia que una comprensión integral de la humanización requiere articular relación terapéutica, gestión de calidad y política institucional.

Los beneficios reportados se expresan en pacientes, familias, talento humano e instituciones, los pacientes, se asocian con satisfacción, confianza, comprensión y adherencia, para las familias, favorecen participación y acompañamiento; el personal sanitario, fortalecen sentido del cuidado, empatía y gestión emocional, para las instituciones, contribuyen a calidad percibida, acreditación, reputación y continuidad del servicio.

Los desafíos más importantes son la sobrecarga laboral, la escasez de personal, la burocratización, la fragmentación del servicio, la tecnificación excesiva, la falta de formación socioemocional y la debilidad del liderazgo institucional, los hallazgos permiten concluir que la humanización no depende únicamente de la voluntad individual del profesional, sino de condiciones laborales, administrativas y culturales que pueden facilitarla o limitarla.

La revisión permite afirmar que la humanización debe asumirse como una política de calidad y no como una actividad aislada, para consolidarla se requieren estrategias sostenidas de formación, bienestar laboral, participación de pacientes y familias, evaluación con indicadores, mejora de procesos y compromiso directivo, de esta manera puede convertirse en una práctica real y verificable en los servicios de salud.

## Referencias

- Acreditación en Salud. (2020). Seis ideas sobre la humanización de la atención en el abordaje de la acreditación en salud. <https://acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/10/Revista-122-Seis-ideas-humanizacion.pdf>
- Aniceto, B., & Bombarda, T. B. (2020). Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: Uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 640-660. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1867>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Becerra Martínez, M. A., Bolaños Quilindo, M. I., Patiño Calambas, A. P., & Cardozo Duarte, M. (2020). Atención humanizada y autocuidado. Percepción del personal auxiliar de enfermería en el área de urgencias pediátricas. Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán. <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/107/480/6892?inline=1>
- Bernal Ordoñez, L. K., Guzmán García, M., Escobar Arias, M. M., & Palomino Arboleda, D. (2021). (Des)humanización de la atención hospitalaria en Colombia: Revisión sistemática. *Ciencia e Innovación en Salud*. <https://doi.org/10.17081/innosa.137>
- Biblioteca Virtual en Salud. (2025). Guía para la vitrina de conocimiento de humanización en salud: A B C de la humanización: atención humanizada en salud. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/03/1588958/142-guia-vitrina-humanizacion\\_compressed.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/03/1588958/142-guia-vitrina-humanizacion_compressed.pdf)

- Caicedo-Lucas, L. I., Mendoza-Macías, C. E., Moreira-Pilligua, J. I., & Ramos-Arce, G. C. (2023). Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Salud y Vida*, 7(14), 17-29. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2511>
- Contreras-Martos, G. M., Quesada-Armenteros, M. T., Ila-García, A., & Ochando-García, A. (2023). Percepción de los pacientes respecto a la humanización del cuidado enfermero en una unidad de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 26(4), 326–335. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842023031>
- Cortés Egeda, P., Luca Simón, A. M., Gascón, M., Sanz Gómez, I., Torán Bellido, I., & Ibáñez Romero, A. (2025). Estrategias de cuidado humanizado en enfermería: Revisión de la evidencia científica. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 20(16), 867.
- Cruz Riveros, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
- Dias, D. M., Barreto, J. C., Silva, J. H. R., Silva-Barbosa, C. E., Santos, W. A. B. V., Morais, M. G. C., Morais, T. L. C., Souza, L. F. C., Freitas, V. S., Alves, F. P. A., Araújo, B. C., & Silva, G. O. (2022). Humanização do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva: Revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 11(4), e53911427852. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27852>
- Duque, P. A., & Quintero Duque, S. (2025). Open-door ICU model and humanized care: A systematic review. *Nursing Reports*, 15(11), 406. <https://doi.org/10.3390/nursrep15110406>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

- Gomes, A. P. R. S., Souza, V. C., & Araujo, M. O. (2020). Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura. *HU Revista*, 46. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.28791>
- Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F. T., et al. (2022). Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Education and Counseling*, 105(1). <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004>
- Henao-Castaño, A. M., Vergara Escobar, O. J., & Gómez-Ramírez, O. J. (2021). Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 74-85. <https://doi.org/10.22463/17949831.2791>
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed.). Jones & Bartlett.
- Matos, L. S., & Barros, J. O. (2024). Implicações dos processos de trabalho em saúde na oferta do cuidado humanizado: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 34(1-3). <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v34i1-3e222238>
- Melita-Rodríguez, A. B., Jara-Concha, P. T., & Valencia-Contrera, M. A. (2022). Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención intrahospitalaria. *Index de Enfermería*, 31(4). <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225167>
- Méndez Toledo, J. R. (2025). Beneficios, desafíos y estrategias en la implementación del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización: Revisión narrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 14(1), e4309. <https://doi.org/10.22235/ech.v14i1.4309>

- Meneses-La-Riva, M. E., Fernández-Bedoya, V. H., Suyo-Vega, J. A., Ocupa-Cabrera, H. G., & Paredes-Díaz, S. E. (2025). Humanized care in nursing practice: A phenomenological study of professional experiences in a public hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(8), 1223.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph22081223>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Proyecto de Política Nacional de Humanización en Salud. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/09/Proyecto-en-borrador-Politica-de-Humanizacion-en-Salud.pdf>
- Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press.
- Obando Cabezas, L. (Ed.). (2020). Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: La humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario. Editorial Universidad Santiago de Cali. <https://books.scielo.org/id/dk8c5/pdf/obando-9786287501621-02.pdf>
- Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud. (2022). Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.  
[https://oiss.org/wp-content/uploads/2024/01/2022\\_Protocolo-Iberoamericano\\_V\\_completo-2.pdf](https://oiss.org/wp-content/uploads/2024/01/2022_Protocolo-Iberoamericano_V_completo-2.pdf)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palomino Arboleda, D., Guzmán García, M., & Escobar Arias, M. M. (2020). Humanización de la atención hospitalaria en Colombia: Revisión sistemática de la literatura [Trabajo de

- grado, Fundación Universitaria del Área Andina]. Repositorio Institucional Areandina.  
<https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4353>
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. G. P. Putnam's Sons.
- Pérez-Fuentes, M. C., Herrera-Peco, I., Molero Jurado, M. M., Oropesa Ruiz, N. F., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2020). A cross-sectional study of empathy and emotion management: Key to a work environment for humanized care in nursing. *Frontiers in Psychology*, 11, 706. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00706>
- Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: A systematic review. *Frontiers in Medicine*, 11, 1446701. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
- Santos Holguín, S. A., & Lascano Espinoza, C. O. (2023). El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Revista Vive*, 6(16), 93–103. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.209>
- Tejada Zabaleta, A. (2020). La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: Definición, contextualización e implementación. En L. Obando Cabezas (Ed.), *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario* (pp. 19-49). Editorial Universidad Santiago de Cali. <https://doi.org/10.35985/9789585147164.1>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Villa Solís, L. F., Chuquimarca Oña, M. J., Egas Medina, F. P., Yazuma Robayo, J. E., Carrera Zurita, L. A., & Quispe Acosta, M. A. (2023). Cuidado humanizado aplicado en

enfermería: Una revisión sistemática. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.1012>

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Little, Brown.