

La humanización del cuidado en salud. Un estado del arte

The Humanization of Health Care: A State of the Art Review
A humanização do cuidado em saúde. Um estado da arte



F. Daniela Testa¹ (ORCID: 0000-0003-1293-3775),
Federico Rayez^{2, 3} (ORCID: 0000-0001-8425-9893)

Contacto

Daniela Testa -Email: danitestu@gmail.com

Filiaciones

1. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina 2. Universidad Nacional de Quilmes, Argentina 3. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

Citar como

Testa D, Rayez, F. *La humanización del cuidado en salud. Un Estado del arte*. Desde Acá. 2025; 4: 17-38.

Resumen

Como parte del trabajo de elaboración teórica de un proyecto UNAJ Investiga, el objetivo de este artículo es aportar a la conceptualización de la humanización del cuidado en salud a partir de elaborar un estado del arte, en Iberoamérica. Realizamos una revisión de alcance (con metodología PRISMA) a través de un rastreo en tres bases de datos: BVS, Scielo y Google Académico. Se recuperaron 644 artículos y luego de aplicar los criterios de selección se analizaron 52. Los hallazgos sugieren que la humanización del cuidado como categoría compleja, polisémica y difusa, presenta potencialidad crítica, especialmente en Latinoamérica. Por un lado, en el plano epistemológico, como espacios de generación y circulación de saberes *desde y en* los territorios; por el otro, en lo político, como estrategias de transformación de las prácticas, si son problematizadas en clave histórica y relacional.

Palabras clave: Humanización de la atención, servicios de salud, revisión de estado del arte.



Abstract

As part of the theoretical development of the UNAJ Investiga project, this article aims to contribute to the conceptualization of the humanization of health care through an Ibero-American state-of-the-art analysis. We conducted a scoping review using the PRISMA methodology, searching three databases: BVS, Scielo, and Google Scholar. The results suggest that the humanization of care, as a complex, polysemic, and diffuse category, holds significant critical potential, particularly in Latin America. This potential manifests at two levels: epistemologically, as spaces for generating and circulating knowledge within and across territories; and politically, as strategies for transforming practices when examined through a historical and relational lens.

Keywords: Humanization of care, health services, review literature as topic.

Resumo

Como parte do trabalho de elaboração teórica de um projeto da UNAJ Investiga, o objetivo deste artigo é contribuir para a conceituação da humanização da assistência à saúde, com base na elaboração de um estado da arte ibero-americano. Realizamos uma revisão de escopo (com metodologia PRISMA) por meio de uma pesquisa em três bancos de dados: BVS, Scielo e Google Scholar. Os resultados sugerem que a humanização do atendimento como uma categoria complexa, polissêmica e difusa tem um potencial crítico, especialmente na América Latina. Por um lado, em nível epistemológico, como espaços para a geração e a circulação de conhecimento *de e nos* territórios; por outro lado, em nível político, como estratégias para transformar práticas, se elas forem problematizadas em uma chave histórica e relacional.

Palavras-chave: Humanização da assistência, serviços de saúde, literatura de revisão como assunto.



La humanización del cuidado en salud. Un Estado del arte^a



Daniela Testa y Federico Rayez

Introducción

La humanización del cuidado en salud es un concepto polisémico y multidimensional. Se desarrolla frente a obstáculos de naturaleza ética, financiera, política y de organización de los sistemas sanitarios que cuestionan el alcance, la calidad y hasta el sentido mismo del trabajo en salud. “La deshumanización es endémica en la práctica médica”, afirman los psicólogos norteamericanos¹ (p. 176) al observar cómo las formas de deshumanización van ganando espacio (¿para quedarse?) en la vida hospitalaria. Dos décadas después, a juzgar por la bibliografía existente, - y aún siendo un tema emparentado con clásicos de la sociología de la salud y la antropología médica - concita gradualmente interés en las agendas de investigación, en las reformas sanitarias y en los sistemas de administración de los servicios.

Dentro de las áreas abordadas desde las lentes de la humanización del cuidado, se destacan el inicio y el final de la vida, los cuidados paliativos y las unidades de cuidados críticos y de alta complejidad; los perfiles profesionales del personal de salud, las condiciones de trabajo, el manejo de las emociones y las estrategias de capacitación en este tipo de abordaje^{2,3,4,5}. Esta perspectiva dialoga con la bioética, definida como un puente que une ciencia y humanismo, a partir de principios que velan por el bienestar, la dignidad, la autonomía, los derechos y la calidad de vida de los pacientes^{6,7}.

En los primeros acercamientos a las publicaciones latinoamericanas se detectaron diálogos con las producciones españolas y referencias a las estrategias de humanización de la asistencia sanitaria y al Proyecto HUCI (Humanizando los cuidados intensivos), que surgen en ese país europeo en el año 2014. Entre sus líneas de trabajo, el mencionado proyecto, oferta certificar

a Este trabajo es parte de la elaboración teórica del proyecto “Humanización del cuidado en salud en un hospital de alta complejidad del conurbano bonaerense, UNAJ Investiga convocatoria 2023, dirigido por Daniela Testa y Federico Rayez.



el cumplimiento de estándares de humanización de las organizaciones sanitarias, así como de sus profesionales y de la formación que estos reciben. Cuenta con siete líneas estratégicas (terapia intensiva abierta, comunicación, bienestar del paciente, cuidado del personal, cuidados post Unidad de Terapia Intensiva, acompañamiento al final de la vida y estructura edilicia) que reúnen 160 estándares de calidad. Asimismo, algunos expertos consultados señalaron el “modelo español” al momento de referirse a experiencias de humanización en Argentina.

Desde los estudios de enfermería, los cuidados humanizados se presentan como el “epicentro epistemológico” de la disciplina⁸ y como un rasgo identitario de la profesión que forma parte de los currículos formativos^{9,10,11}. Estos aportes, aunque presentan una amplia gama de matices entre sí, comparten la idea de que las lógicas de humanización no deben contraponerse a los avances biomédicos sino considerarse como procesos que se complementan y/o potencian¹². Desde las ciencias sociales, si bien no se utiliza la categoría específica humanización del cuidado como tal, un conjunto de estudios analizan el nacer y el morir como instancias de la vida que patentizan el proceso de medicalización en las sociedades modernas occidentales y conceptualizan el surgimiento del parto respetado y del buen morir como prácticas que interpelan la biomedicalización de la salud^{13,14}. En el mismo sentido, estudios feministas vinculan la lucha contra la violencia obstétrica y los procesos de asistencia del embarazo, parto y puerperio con el avance de los derechos sexuales y reproductivos y los cuestionamientos a las prácticas hegemónicas^{15,16}. Desde abordajes antropológicos se han explorado los discursos y el lugar de los actores involucrados, comprendiendo estos cuestionamientos como parte del proceso de desmedicalización¹⁷. Investigaciones sobre salud mental destacan que la humanización está centrada en la sustitución de dispositivos de encierro por otros de inserción comunitaria¹⁸. También los estudios sociales de la discapacidad abordan los procesos de deshumanización de las personas con discapacidades problematizando el paternalismo médico, la patologización de la discapacidad y el derecho a la autonomía de este sector de la población cuyo reconocimiento pleno es una deuda del presente^{19,20}.

Por otra parte, la pandemia de Covid-19 llevó al límite las capacidades de los sistemas de salud y puso a la vista la crudeza de las inequidades, las desigualdades y las dificultades de acceso frente a la fragilidad de la vida. La crisis sanitaria global interpeló sentidos sobre la vida y la muerte, el enfermar y el sanar y motivó reflexiones sobre las formas – (des) humanizadas – de atención en salud. Este cimbronazo no sólo resonó en las y los pacientes, sino que alcanzó a los equipos de salud. El miedo al contagio, la incertidumbre, el aumento de la carga laboral y de las responsabilidades puso al desnudo la vulnerabilidad humana del personal sanitario y la necesidad de pensar formas de trabajar que incluyan tales complejidades²¹. Así pues, las malas condiciones de trabajo, el pluriempleo y la feminización del sector profesional colocaron sobre el tapete injusticias históricas –especialmente con el sector de enfermería– en cuanto al reconocimiento económico, social y profesional, como elementos que constituyen el entramado relacional que estructuran las labores cotidianas en los ámbitos sanitarios²².

Los significados asignados a la humanización de los cuidados –como ya dijimos– son polisémicos y se refieren a temáticas variadas. Por tanto, es posible encontrar diversas no-



ciones que, con diferencias semánticas difusas, comparten sentidos, o mismas palabras que refieren a cosas diferentes. Esto significa que, al momento de indagar en el estado del arte sobre los significados, contenidos y alcances de la humanización del cuidado en salud, resulta difícil identificar referencias teóricas que analicen el término con profundidad y claridad. Por ejemplo, pueden encontrarse significados similares en guías de procedimientos referidas a la interrupción voluntaria/legal del embarazo; protocolos sobre los procesos de hormonización en personas trans; catálogos de buenas prácticas en salud comunitaria; leyes sobre cuidados al final de la vida; lineamientos para el acompañamiento integral de personas que viven con HIV; recientemente se aprobó la ley 27.716/23 de diagnóstico humanizado para personas con trisomía 21/Síndrome de Down.

Considerando que el campo de la salud constituye un terreno de prácticas y de luchas simbólicas sobre las formas de nacer, vivir, padecer y morir y las respuestas sociales que se construyen en torno a ellas²³ y dado el uso que la noción de humanización de los cuidados tiene para denominar un conjunto de programas, proyectos y experiencias, nos preguntamos entonces, cuáles son los principales debates que se plantean en torno a la humanización de los cuidados en salud. Nos interesa especialmente identificar los argumentos que delimitan la humanización de los cuidados como tema/ problema al cual prestar atención (como objeto de estudio y de intervención) así como relevar las principales convergencias, tensiones y perspectivas en torno a los usos del término y su conceptualización.

Como parte del trabajo de elaboración teórica de una investigación en curso y para dar cuenta de los objetivos planteados, realizamos un estado del arte, a partir de caracterizar y analizar un corpus seleccionado de literatura específica sobre la humanización de los cuidados en salud, poniendo el foco en las publicaciones de Iberoamérica, en virtud a los flujos de conocimientos, alianzas y experiencias que vinculan la temática en dicha región.

Aspectos metodológicos

Durante los meses de marzo a mayo de 2024, se buscaron artículos de revistas indexados en la Biblioteca Virtual en Salud, SciELO y Google Académico. Utilizamos la metodología de Arksey y O'Malley y la extensión Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) para las revisiones de alcance²⁴.

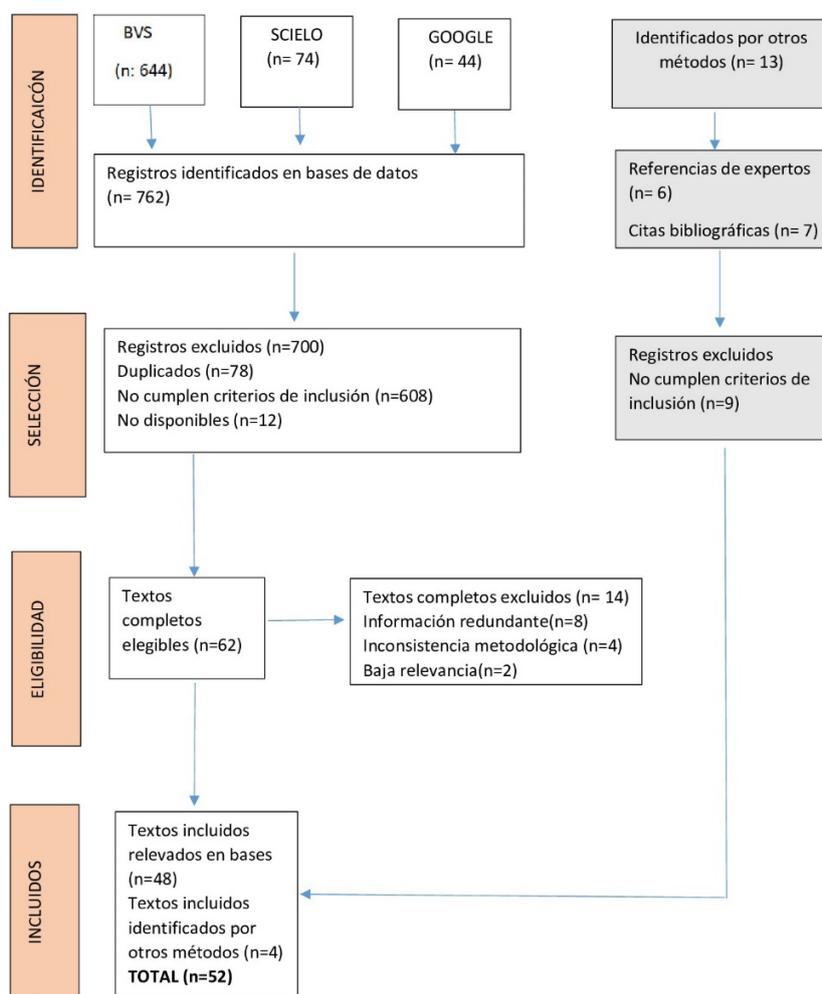
Los criterios de búsqueda se realizarán sin un período de referencia a priori, hasta mayo de 2024, a partir de ecuaciones de búsqueda en idioma español, portugués e inglés mediante el uso de descriptores de salud (DeCs) y de términos de Medical Subject Heading (MeSH). Se utilizaron las siguientes palabras y términos clave: humanización de los cuidados de salud OR teoría de la humanización en salud OR cuidados sanitarios humanizados AND historia de la humanización en salud; AND instituciones de alta complejidad en salud OR cuidados críticos y humanización; AND género y cuidado de salud; experiencias de usuarios de salud OR perspectiva de



los profesionales de salud OR satisfacción del paciente OR relación médico-paciente AND percepción de la humanización en salud.

Los criterios de inclusión contemplaron artículos de acceso abierto revisados por pares relativos a la temática, en los idiomas mencionados. Libros especializados indicados por expertos del campo. Los criterios de exclusión se aplicaron a tesis, duplicaciones, textos que mencionaran de manera tangencial la temática y/o no definían los conceptos teóricos principales, y producciones no iberoamericanas.

Estrategia de búsqueda



Fuente: Elaboración propia

La primera búsqueda arrojó 762 artículos, 644 (BVS), 74 (Scielo) y 44 (Google académico). Se realizó un screening inicial a partir de lectura de título y resumen que arrojó un conjunto de 62 artículos. Estos fueron sometidos a un segundo cribaje a partir de la lectura com-



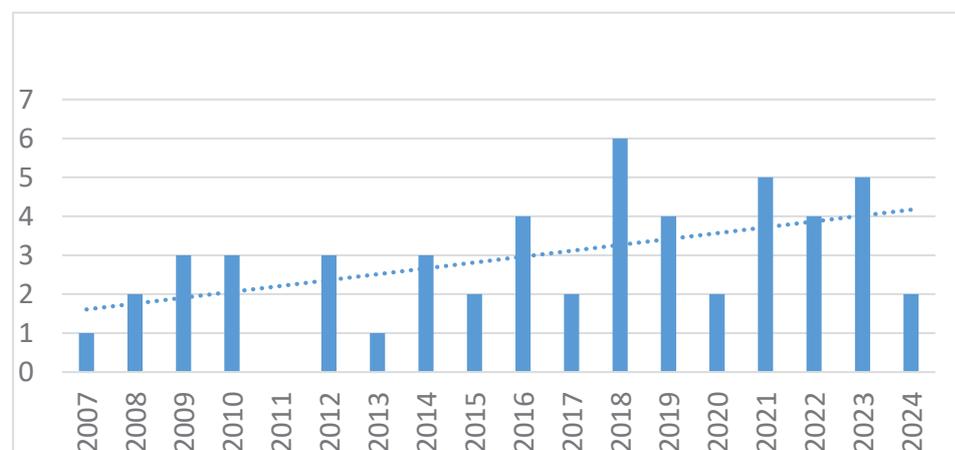
pleta realizada por duplas de investigadores (pares lectores), que resultó en 48 artículos. A esta selección, se agregaron otras 14 fuentes (en base a lista de referencias bibliográficas de artículos examinados y a la recomendación de expertos del campo). Se realizó una tercera depuración sobre estas fuentes adicionadas (con lectura completa de a pares) y se seleccionaron 4 (3 libros especializados y 1 artículo). Ello resultó en un corpus de 52 fuentes.

La evaluación y selección de los textos se realizó en base a un *chek list* elaborado por el grupo de investigadores que consignaba la presencia o no de la definición del concepto humanización del cuidado, la congruencia metodológica, el alcance y la relevancia del trabajo. Para el proceso de tamizado final se ejecutó un test kappa de Cohen en Rstudio (versión 4.4.2) utilizando las observaciones por pares. El valor p obtenido fue de 0,003 con lo cual utilizando un nivel de significancia de 0,05, la hipótesis nula se rechaza. Debido a esto podemos afirmar que existe coincidencia consistente entre los pares lectores.

Caracterización de la muestra

Del total de estudios analizados se observa que la producción se inicia en el año 2007 con una tendencia suave y ascendente. Un pico de publicaciones se da en el año 2018 con 6 publicaciones (4 de Brasil y 2 de España), seguido de oscilaciones que tienen su punto más bajo en 2020 (2 artículos) y repuntan en 2021 y 2023 (con 5 publicaciones por año). El descenso de publicaciones del 2020 puede explicarse por la sobrecarga de trabajo que significó la pandemia de COVID 19 para los y las trabajadoras de la salud, quienes suelen desarrollar tareas de asistencia y de investigación de manera simultánea. Otro factor de este declinamiento en las publicaciones puede deberse a las prioridades y lineamientos específicos de las políticas científicas e incentivos a la investigación instrumentadas durante la pandemia en los diversos contextos de la región iberoamericana.

Gráfico 1: Publicaciones por año

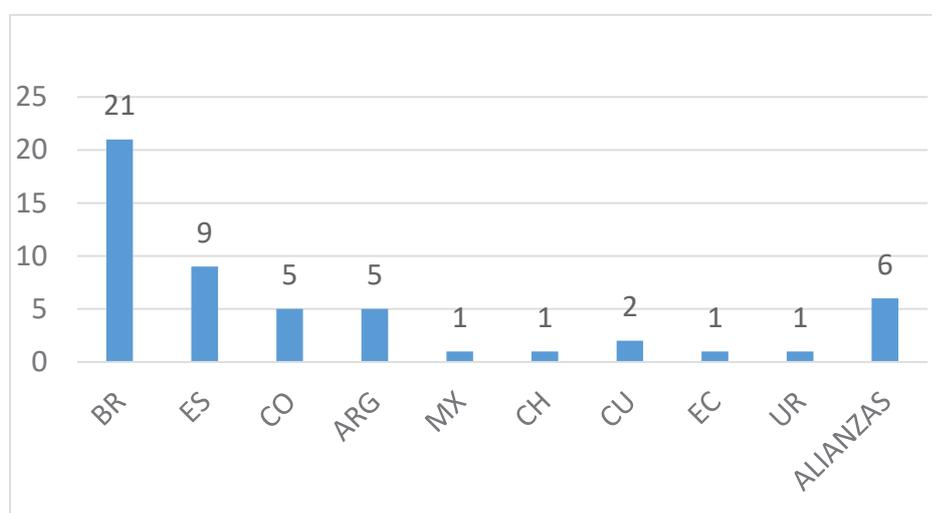


Fuente: elaboración propia



La mayor cantidad de artículos (40%) son de Brasil, lo cual parece tener una relación directa con los marcos normativos del Sistema Único de Salud (SUS), a partir del establecimiento de la Política Nacional de Humanización de Atención y Gestión en Salud (PNH) el año 2003. Le sigue España con un porcentaje del 17% de publicaciones. El tercer lugar está representado por alianzas internacionales entre autores de diversas filiaciones institucionales, y se aproximan al 12% de las publicaciones. Argentina y Colombia presentan una producción similar con casi 10% de trabajos cada uno. Cuba, Ecuador, Uruguay, México y Chile presentan menos cantidad de publicaciones.

Gráfico 2: Publicaciones por país



Fuente: Elaboración propia

El estado del arte permite identificar ciertos sesgos situados en las diversas geografías que no deben ser comprendidos como lecturas homogéneas sobre el tema. El primer estudio identificado data del año 2007 y es de autores cubanos²⁵. Se trata de un estudio que analiza la formación de enfermería en cuidados humanizados desde 1976 hasta 2006. La formación en enfermería prioriza la humanización como un valor trascendental. Se destaca la importancia de involucrar al paciente en su propio proceso de recuperación y de elevar la autoestima e identidad profesional de la enfermera. Otro estudio, del año 2016, recupera el *Programa Mais Medicos* en Brasil. Señala que el perfil profesional de los médicos cubanos es más humanizado en comparación con otros galenos²⁶.

En la literatura brasilera, el Programa Nacional de Humanización (2001) y la Política Nacional de Humanización (2003) son un referente constante en muchos estudios, aunque también se señalan sus limitaciones y la brecha entre la teoría y la práctica. Se observa, al igual que en los estudios cubanos, una fuerte presencia de la visión de enfermería en relación con los cuidados humanizados y se enfatiza la necesidad de una formación académica que los prepare para un saber-hacer centrado en acciones humanizadoras^{27,28,29,30,31}.



El Proyecto español HU-CI (Humanización de Cuidados Intensivos), es un ejemplo de un enfoque interdisciplinario. Este proyecto promueve la colaboración y la comunicación entre los distintos miembros del equipo. Algunos estudios españoles presentan los cuidados paliativos como un referente para la humanización de la asistencia sanitaria, destacando su enfoque centrado en la persona, el trabajo desde la integralidad y la búsqueda del sentido (de la vida y la muerte)^{32,33,34}.

En Argentina se presentan producciones situadas en un contexto de trabajo en red, en un hospital de alta complejidad con respaldo de recursos humanos y materiales. En su mayoría son trabajos pospandemia. Existe un acuerdo en que la calidad de la relación entre el profesional y el paciente es fundamental, dándole importancia a la dimensión vincular y afectiva. Se destaca la necesidad de que los profesionales reflexionen sobre su práctica y su rol, utilizando la medicina narrativa como un recurso para profundizar la comprensión de la experiencia del paciente^{35,36}.

Los estudios de Colombia presentan énfasis en la gestión clínica humanizada que equilibre la eficiencia y la calidad de la atención con el respeto a la dignidad humana y los valores éticos. Se busca una gestión que considere al paciente como un ser integral, con sus propias circunstancias sociales y familiares, y no solo como un objeto de atención médica. Se identifica una tensión entre la búsqueda de la eficiencia económica en la gestión clínica y la necesidad de brindar una atención de calidad centrada en el paciente^{37,38}.

Un amplio conjunto de estudios se inscribe en la perspectiva de la ética del cuidado. Desde este enfoque, la humanización de los cuidados es definida en base a reconocer la interdependencia y la vulnerabilidad humana. Se nutre de aportes teóricos de los estudios del cuidado para cuestionar las asimetrías de poder, la construcción de perfiles profesionales identitarios heroicos y, en menor medida, consideran la naturalización de la feminización de los cuidados.

Otro enfoque, presente en un conjunto de aportes en su mayoría provenientes de España y Colombia, enfatiza en la bioética y la dignidad humana como eje teórico transversal para comprender y delimitar la noción de humanización del cuidado, abrevando en los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. En ese sentido, algunos trabajos proponen a los cuidados paliativos como un modelo a seguir para lograr la humanización del cuidado en todas las etapas y niveles de atención.

Se identificó un único trabajo con perspectiva feminista, que comprende la humanización del cuidado a partir de una crítica a la deshumanización de la medicina como consecuencia del sistema patriarcal. Para ello, la autora analiza la construcción de galeñidad como una categoría relacional binaria que constituye el corazón mismo del proceso de (des)humanización en salud.



La muestra presenta 45 revistas científicas con predominancia de revistas de enfermería, lo que indicaría que gran parte de la investigación sobre el tema se realiza y se publica en este campo. Hay presencia de revistas de salud pública y de medicina intensiva, aunque en menor medida. Otras revistas representan aproximaciones desde otras disciplinas.

Tabla 3: Distribución de revistas según temática científica/área profesional

Temática científica/área profesional	Cantidad de revistas
Enfermería	19
Otras interdisciplinarias	12
Bioética	2
Salud Pública/Colectiva	5
UTI - UCI - Paliativos	5
Cuidados	2
Total	45

Fuente: Elaboración propia.

La humanización del cuidado en salud como tema/problema

La lectura transversal del corpus revela un panorama dinámico, conceptualmente difuso y con debates que entrecruzan diferentes modos de comprender los procesos y las prácticas de salud. Entendida la humanización del cuidado de una u otra forma, son más los elementos en común que los disímiles que hacen al espíritu del concepto - en tanto reflejan intenciones y valores que subyacen -.

En primer lugar, el reconocimiento de la deshumanización como un problema complejo que contiene en sí mismo a su contracara: la humanización. Luego, la importancia de un trato digno y respetuoso, que considere las necesidades individuales, culturales, espirituales de cada persona; la relación médico-paciente como un elemento fundamental; la convicción de que no se trata de buenas intenciones y de predisposiciones personales sino que debe plasmarse en hechos concretos; el reconocimiento de la agencia, de la subjetividad y otros aspectos integrales de los pacientes; la comunicación, la empatía, la escucha activa y el respeto.



Este marco de convergencias señala que la deshumanización y la humanización no son estados separados sino interdependientes de modo tal que la deshumanización es un aspecto potencial e inherente a la humanización. Ambos términos están unidos por relaciones de complejidad y ambivalencia en base a su coexistencia e influencia mutua. Se identificaron siete argumentos que fundamentan su relevancia como tema/problema de intervención e investigación:

– *Necesidad de morigerar las consecuencias del desarrollo tecnológico.* Este argumento sostiene que el desarrollo de las tecnologías y de las aparatologías médicas puede producir despersonalización de la atención, relegando aspectos emocionales, históricos y subjetivos, tanto de pacientes como del personal de salud. Un conjunto de estudios considera las consecuencias de la mercantilización de la salud y los intereses económicos sobre la calidad de atención^{39,40,41}.

– *Predominancia de la biomedicalización de la salud.* Se argumenta que la biomedicalización de la salud debe ser analizada como una matriz que aún predomina en la formación de grado y de posgrado y modela las relaciones de poder entre profesionales de la salud y pacientes. Se considera que este modelo puede favorecer prácticas reduccionistas, a-históricas y biologicistas^{28,42,43,44}.

– *Aspectos relacionados con la organización y gestión de los servicios de salud.* Un conjunto de estudios sostiene que las deficiencias en la organización de los sistemas de salud constituyen uno de los principales generadores de deshumanización y que, de modificarse, pueden volverse potenciadores de humanización. Identifican la fragmentación, superposición y deficiencias de los servicios, el trabajo en red, la territorialidad y la construcción de corresponsabilidades -entre pacientes y personal de salud- como factores que dan contenido a este problema sanitario^{45,46,47,48}.

– *Insuficiencia de recursos humanos y materiales y condiciones laborales del personal sanitario.* Este argumento afirma que en países latinoamericanos las condiciones económicas estructurales de los sistemas de salud y las determinaciones materiales de los servicios sanitarios conforman escenarios proclives a la deshumanización. Un conjunto de estudios documenta la vinculación entre el síndrome de Burnout y prácticas asociadas a la deshumanización. Otros estudios documentan cómo la pandemia de COVID 19 evidenció la sobrecarga de trabajo y las malas condiciones de trabajo que históricamente enfrenta el personal sanitario^{27,29,49,50,51,52}.

– *Dificultades en la comunicación.* Este argumento considera la comunicación como uno de los problemas más complejos en el proceso de salud/enfermedad cuidados. Se refiere a las estrategias de comunicación institucional, a la comunicación dentro de los equipos de salud, con el paciente y las familias. También contempla la comunicación de noticias difíciles y de diagnósticos no favorables. La expresión y elaboración de las emociones por parte de profesionales frente a las frustraciones y exigencias cotidianas, la incertidumbre, la posibilidad de error frente a la vida y la muerte^{53,54}.

– *No cumplimiento de los derechos* de los pacientes y sus familias. Este conjunto de argumentos sostiene que a pesar de la vigencia de marcos normativos que postulan el derecho a la accesibilidad, equidad, integralidad y calidad, así como el respeto a los prin-



cipios de bioética, existen incongruencias y ambigüedades al momento de convertirlos en realidad y dismantelar viejas prácticas, problemas estructurales y paradigmas tradicionales que persisten^{5,6,7,55,56}.

–*Existencia de un vacío de investigación*: algunos estudios destacan que existe un vacío de investigaciones destinadas a sistematizar y evaluar el impacto, eficiencia y eficacia de las estrategias de humanización. Señalan la necesidad de demostrar que la humanización no es una cuestión de buenas intenciones o de predisposiciones personales sino que debe traducirse en competencias profesionales concretas, observables y cuantificables^{4,57,58,59}.

En síntesis, de acuerdo al estado del arte, la humanización del cuidado como tema/problema presenta varios planos y niveles que se interrelacionan: un plano normativo y de gestión, un plano ético-político y otro procedimental y operativo. Si bien los textos no evidencian un proceso específico de tematización pública sobre la (des) humanización de los cuidados, en pos del reconocimiento del problema como tal y de una respuesta estatal y pública acorde, los argumentos analizados lo inscriben en el amplio contorno de la cuestión sanitaria -entendida ésta como resultado y expresión de las contradicciones entre la promesa de igualdad en el derecho a la salud y el pleno acceso- y como un tema de investigación en potencial desarrollo.

Debates y perspectivas

En esta sección analizamos las principales tensiones y perspectivas en torno a los usos del término y su conceptualización. Presentamos primero los debates que refieren a la comprensión teórica del problema (y algunos dilemas que muestran contradicciones en el marco de las prácticas), para detenernos luego en las diversas perspectivas sobre la humanización de los cuidados.

Organizamos los debates en cinco ejes que permiten una amplia gama de posibilidades entre sí y destacan matices y solapamientos entre: autonomismo, identidades profesionales; medicalización y humanización; humanización idealizada de cara a las posibilidades de llevarla a cabo; tecnología y humanización; evidencias como base empírica de la medicina y aspectos intangibles del cuidado que materializan las prácticas.

Humanización/autonomismo: Se plantea un debate sobre si la humanización debe confundirse con una exaltación del principio de autonomía, el “autonomismo”. Se argumenta que la verdadera humanización busca el bien común y no solo la decisión autónoma del paciente⁶⁰. Esto lleva a una divergencia en cuanto al grado de participación del paciente en la toma de decisiones. Mientras que algunos enfoques promueven la autonomía y la participación activa del paciente, otros resaltan la necesidad de un equilibrio entre la autonomía y el principio de beneficencia, dos valores importantes en la bioética, que deben ser equilibrados en la práctica clínica^{42,45}.



Identidad profesional/humanización: En varios estudios, se critica el modelo biomédico tradicional por centrarse en la enfermedad en lugar de la persona. Se señala que la formación médica a menudo descuida los aspectos humanos de la atención, priorizando el conocimiento técnico sobre las habilidades comunicacionales y empáticas. Un estudio de México analiza críticamente la construcción social de la identidad médica, argumentando que la “galenidad” (identidad profesional de los médicos) puede contribuir a la deshumanización⁶⁰. Se propone la deconstrucción de esta identidad como necesaria para combatir la deshumanización en la medicina. Un conjunto de estudios brasileros, postulan la construcción de la “identidad profesional enfermera” como representativa de la humanización, por su cercanía con el paciente y por ser los cuidados su objeto específico de intervención. Por ejemplo, en el contexto del parto humanizado, algunos estudios señalan las dificultades de los médicos para integrar los valores del modelo humanizado, destacando el papel de la enfermera como agente estratégico en su implementación^{8,25,31,40,59,62}.

Medicalización/ humanización: Se observa una tensión entre el discurso de la medicalización y el de la humanización. Se señala que, en la práctica, el modelo biomédico y la especialización siguen prevaleciendo, a pesar de los esfuerzos por promover un enfoque humanizado^{54,61,63,64}.

Visión idealizada/realidad: Si bien existe un acuerdo general sobre los principios de la humanización, se identifican obstáculos para su implementación en la práctica diaria. Las condiciones de trabajo, la falta de recursos, la sobrecarga laboral y la cultura organizacional son factores que dificultan la humanización. La sobrecarga de trabajo y las condiciones laborales precarias pueden anular los esfuerzos de humanización, a pesar de la voluntad y la capacitación de los profesionales. La tensión entre la eficiencia económica y la calidad de la atención muestra que la búsqueda de eficiencia no debe comprometer los valores humanísticos y la dignidad del paciente^{65,66,67}.

Énfasis en aspectos técnicos/ aspectos humanos: Algunos estudios muestran que la formación médica se centra principalmente en modelos biologicistas, con mayor énfasis en las “tecnologías duras” y menos en las “tecnologías blandas” como la relación médico-paciente, la incorporación de aspectos emocionales, espirituales, etcétera. Hay un debate sobre el papel de los profesionales de la salud en la humanización. Algunos estudios resaltan la importancia de la empatía, la formación y la escucha activa, mientras que otros señalan la necesidad de cuidar también el bienestar de los profesionales y abordar el desgaste profesional^{10,11,64,65,66,68}.

Medicina basada en la evidencia/medicina narrativa: La medicina narrativa se presenta como un complemento a la medicina basada en la evidencia, al proporcionar una comprensión más profunda de la experiencia del paciente y del procesos de atención en salud (acompañar/sanar/curar). La formación en habilidades narrativas se ofrece como una herramienta que potencia la empatía y la comunicación, elementos



clave de la humanización. Asimismo, propicia en los profesionales el reconocimiento de la propia vulnerabilidad como una condición que puede transformarse en una herramienta para llevar adelante las prácticas. En ese sentido, cuestiona los perfiles heroicos y/o despersonalizados y distantes que tradicionalmente se atribuyen a los profesionales de la medicina^{35,36,69}.

Como hemos visto, diferentes debates enriquecen las aproximaciones a los cuidados humanizados y dan cuenta de un conjunto heterogéneos de prácticas. No obstante que no se discute en profundidad el concepto, es posible identificar distintas perspectivas que, en mayor o menor medida, delimitan y dan contenido a la noción de humanización del cuidado.

Un significativo conjunto de trabajo presenta la humanización del cuidado desde una *interpretación normativa*. Se trata de aportes brasileros enmarcados en el Sistema único de Salud y la Política Nacional de Humanización (2003). De acuerdo a ese enfoque, la humanización del cuidado se basa en tres principios estructuradores: la transversalidad (incluye las transformaciones de las relaciones de poder en los territorios, el reconocimiento de diversos saberes en el proceso de salud y la calidad de las relaciones de trabajo), la inseparabilidad entre asistencia y gestión, (entre las formas de cuidar y las formas de gestión y apropiación del trabajo), y la afirmación del protagonismo y la autonomía de los individuos y grupos, (actitudes de corresponsabilidad de todos los actores involucrados en la producción de salud). Se reconoce el potencial de las estrategias de humanización para transformar la atención, pero se destaca la necesidad de una implementación efectiva y de una mayor inversión en recursos humanos y materiales. Asimismo, estos aportes señalan que la atención primaria es un contexto clave para la promoción de la humanización, donde se pueden establecer vínculos más cercanos con los usuarios y abordar sus necesidades de manera integral.

En varios de los trabajos, se presenta un enfoque desde *la salud colectiva* que pone el énfasis en las tecnologías blandas de cara a la tecnificación y la biomedicalización. La humanización del cuidado se comprende en el trabajo vivo en acto desde una concepción teórica constructivista y compleja de la salud, anclada en las condiciones materiales de existencia y en las condiciones de trabajo del personal de salud. Estos autores realizan una crítica a la concepción normativa y advierten el peligro de descontextualización y despolitización inherente a la misma.

Otro conjunto de producciones, especialmente las argentinas, conceptualizan la humanización de los cuidados desde una *perspectiva integral y compleja de la salud*. A partir de concebir la humanización de los cuidados en el contexto de un modelo de gestión de la salud en red, esta noción se constituye como una categoría estratégica que se inscribe en un “esquema integrado e integrador (del derecho a la salud, de la accesibilidad a los servicios, de los procesos de atención y recursos”. Esta articulación conceptual otorga densidad teórica al concepto, al ubicarlo en una matriz polí-



tica, histórica y contextual enraizada en un espacio territorial e institucional que le otorga factibilidad material^{70,71}.

Las perspectivas hasta aquí mencionadas (normativa, salud colectiva e integral y compleja) consideran que la humanización del cuidado debe ser considerada una *cuestión de derechos y ciudadanía* y recuperan aportes teóricos y debates que provienen del campo de la salud pública y de la epidemiología crítica en relación a los procesos de emancipación, democratización sanitaria, accesibilidad y equidad, descentralización.

Reflexiones finales

Se realizó un estado de la cuestión sobre la humanización de los cuidados en salud en Iberoamérica, cuyos hallazgos principales revelan lo siguiente. En primer lugar, si bien la humanización de los cuidados hunde sus raíces en discusiones previas dentro de la sociología de la salud y la antropología médica (como se anticipó al inicio), *la producción académica específica en Iberoamérica es relativamente reciente*, identificándose la primera publicación en el año 2007. Este dato subraya el creciente interés que la temática ha suscitado en las agendas de investigación y las políticas sanitarias de la región. Sin embargo, a pesar de que cuenta con un conjunto de normativas favorables a su implementación y con el variable compromiso de un arco de actores sociales, las investigaciones demuestran que *los programas y políticas de humanización no logran concretarse de manera plena en las prácticas*. Las causas alegadas tienen que ver con falta de recursos, ambivalencias políticas, desarticulaciones territoriales, falta de recursos de todo tipo, culturas organizacionales adversas.

En segundo lugar, la perspectiva de *la humanización de los cuidados como categoría compleja, aún polisémica y difusa, presenta potencialidad crítica*, especialmente en Latinoamérica, en tanto permite visualizar aspectos naturalizados del cuidado; cuestionar la reproducción de prácticas institucionalizadas; alejarse de posicionamientos normativos abstractos y recuperar la capacidad de agencia de trabajadores sanitarios, pacientes, familias y comunidades. Por otro lado, posibilita la reformulación de procedimientos, la identificación de aspectos intangibles y la importancia de los detalles en el proceso del cuidado, así como proponer estrategias de cambio.

En tercer lugar, *las estrategias de humanización de cuidados pueden constituirse como espacios de generación y circulación de saberes en salud desde y en los territorios*. Muchos estudios enfatizan los aprendizajes adquiridos luego de experiencias, sistematizaciones o programas de humanización realizados en diversos ámbitos de salud e informan sobre variados aspectos más o menos específicos.

Por último, en relación al problema de la polisemia, no encontramos una única definición clara y consensuada sobre la humanización del cuidado. Por esa razón, *creemos*



que hablar de la humanización del cuidado a partir de los usos del término puede ser mejor que hacerlo como categoría conceptual en un sentido estricto. Analizar los usos del término permite develar las diversas perspectivas técnicas, ideológicas y políticas que dotan de sentido las prácticas del campo: *las maneras de ser y hacer salud como agenciamiento* y como trama que solo puede tornarse *inteligible como puesta en relación*.

Por otro lado, llama la atención el énfasis puesto en la (des) humanización y el relativo soslayo del segundo componente del sintagma, el cuidado. En ese sentido, si bien algunas perspectivas recuperan las nociones provenientes de la enfermería, y los conceptos de vulnerabilidad e interdependencia, otras nociones que pueden ser útiles aparecen con menor nitidez. Por ejemplo: la llegada de la noción de cuidado a la comprensión de los procesos de salud (desde salud/enfermedad, atención a salud/enfermedad, cuidado)⁷¹, el cuidado como desigualdad social⁷², el carácter de trabajo no pago de cuidadores informales como una actividad que conspiró históricamente contra la autonomía económica de las identidades feminizadas, no quedan suficientemente enunciados. En cuanto a los cuidadores profesionales, la feminización del personal de salud, especialmente de enfermería, son temas que en pocos trabajos ocupan un lugar central, aun cuando la masa crítica de trabajos viene de esa disciplina. Algo similar sucede en cuanto a explorar la mirada de los expertos sobre quienes sostienen la vida de personas con padecimientos crónicos y degenerativos en el día a día (tanto en pie de cama como pos alta), y son en su mayoría mujeres⁷³.

Como expusimos, el estado del arte nos dio algunas respuestas razonables a las preguntas sobre las conceptualizaciones y usos de la humanización del cuidado en salud. Al momento de escribir estas páginas, las palabras deshumanización/inhumano resuenan en redes sociales y medios de comunicación, permean el sentido común y la vida cotidiana. Analistas políticos, columnistas de prensa, acuden a dichos términos en un contexto de ajuste a las universidades y a la ciencia, a la seguridad social y a la salud, medicamentos y jubilaciones. En una nota de divulgación, el psicoanalista Sebastián Plut⁷³ cita a León Rozitchner para señalar la necesidad de “identificar el índice de inhumanidad de lo humano” y decodificar realidades por su crudeza. En ese contexto, creemos, como plantea Vinciane Despret⁷⁴ que como investigadores e investigadoras, no siempre las preguntas -aunque podamos responderlas- piden ser explicadas y dilucidadas. Tal vez, es mejor que nos conduzcan hacia otras historias y otros acontecimientos que nos “ponen a trabajar (...) bajo un modo particular: ¿qué hacemos con esto?” (p. 31). Queda por saber cómo se irán resolviendo (o no) estas tensiones y las posibilidades de cuestionar las prácticas en coyunturas adversas, cuestiones que nos proponemos trabajar en la segunda etapa de la investigación en curso.

Agradecimientos: a los integrantes del equipo de investigación Verónica Cañete, Valeria Almirón, Mónica Médica, Camila Ballar, Andrea González, Néstor Martínez y Mariana Vallejos Azar, quienes colaboraron con el proceso de selección de la muestra y elaboración de gráficos y tablas.



Referencias bibliográficas

1. Haque O, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*. 2012; 7 (2): 176-186.
2. Tripodoro V, Luxardo N, Veloso V, Pérez M, Martín Roselló M, de la Ossa Sendra MJ, et al. Implementación del Liverpool Care Pathway en español en Argentina y en España: exploración de las percepciones de los profesionales ante el final de la vida. *Med Paliat*. 2015;22:84-99.
3. Luxardo N, Alvarado C. Desafíos de intervención en el final de la vida: el cuidado hospice. En: Krmpotic, Mitjavila y Saizar, compiladores. (Sub) culturas profesionales. Poder y prácticas en salud. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2013.
4. Andrade C, Da Silva E, Fernandes M. Humanización del cuidado en unidades de cuidados intensivos: revisión integradora. *Cuidado é Fundamental*. 2016..
5. Alonso J. Contornos negociados del 'buen morir': la toma de decisiones médicas en el final de la vida. *Comunic., Saude, Educ*. 2012;16(40):191-203.
6. Andorno R. *Bioética y Dignidad de la Persona*. Madrid: Tecnos; 2012.
7. Andino Acosta. Bioética y humanización de los servicios en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*. 2015;10(1):38-64.
8. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*. 2020;19(58):640-72.
9. Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
10. Cardona L, Silva L. Relación entre la percepción de los comportamientos del cuidados de los pacientes y la del personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo del Hospital Santa Clara. *El arte y la ciencia del cuidado*. Grupo de cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2004. p. 157-62.
11. Medina JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes; 1999. p. 29-56.



12. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos-Galvis FH, Hernández EL, Matabanchoy SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers Bioet.* 2019;23(2):245-62.
13. Kranner C, Radosta D. Parto respetado y buena muera, Análisis estructural de dos propuestas de humanización del cuidado de la salud. *Scripta Ethnologica* [Internet]. 2020;XLII():147-68 [Consultado el 28 de Mayo de 2023].
14. Alonso J. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência&SaúdeColetiva.* 2013;18(9):2541-8
15. Castrillo B. Derechos de mujeres y prácticas médicas. Humanización de la atención médica de partos. En: Ortale S, Rausky M, compiladores. Políticas sociales, desigualdades y vulnerabilidades: Estudios de caso en el Gran La Plata. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2018. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.478/pm.478.pdf>
16. Almaguer González JA, Garcia Ramírez HJ, Vargas Vite V. La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las Instituciones de Salud. *Género y Salud en Cifras.* 2010;8(3):4-20.
17. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado y modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: La antropología médica en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.
18. Faraone S. Normativa, paradigmas y conceptos. Avances, resistencias y tensiones. En: Faraone S, Bianchi E, compiladores. Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina. Buenos Aires: Teseo; 2018.
19. Ferrante, C. La “discapacidad” como estigma: Una mirada social deshumanizante. Una lectura de su incorporación temprana en los Disability Studies y su vigencia actual para América Latina. *Revista Pasajes.* 2020;10:1-26.
20. Venturiello, P. La trama social de la discapacidad: cuerpo, redes familiares y vida cotidiana. Biblos; 2016.
21. Tajer CD, Carballeira B, et al. (Coord.). Medicina narrativa y cuidados humanizados: Experiencia del Hospital El Cruce. 2021.
22. Ramacciotti, K. (2023) La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia de la COVID 19. PISAC COVID-19. La sociedad argentina en la postpandemia, p. 105 - 149, CLACSO.



23. Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012) Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /salud colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 52-56.
24. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
25. Santos JBF dos, Maciel RHM de O, Lessa M das GG, Maia ALLN, Guimarães EPA. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. 2016;49:1-30.
26. Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Val A, et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:513-29.
27. Lima TJV de, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Rev Odontol UNESP*. 2010;48(1):48-54.
28. Araújo AF, Rangel DG, Monnerat M, Amorim R, Andrade P, André KM, et al. Nursing care in the care process: focus on the humanization of nurses with hospitalized patients. *Rev Pesq Cuidado Fundam Online*. 2010; 2(2):746-57.
29. Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C, Pereira MJB. Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. *Physis Rev Saúde Colet*. 2016;26(4):1271-92.
30. Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Santos MV, Guerra JVV, Marchiori GRS. Recursos Humanos e Materiais no Pré-Natal: Valores Úteis para a Garantia da Humanização do Cuidado às Gestantes. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018;8:e2831
31. Heras La Calle G, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Einstein (São Paulo)*. 2017;15(1):6-11.
32. García-Salido A, Heras la Calle G, Serrano González A. Revisión narrativa sobre humanización en cuidados intensivos pediátricos: ¿dónde estamos? *Med Intensiva*. 2018;42(5):305-14.
33. Velasco Bueno JM, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020;32(2):135-47.
34. Carballeira B. Habilidades narrativas para los profesionales de la salud. 2014; 17:1-6.
35. Carballeira B, Gualco I, Gil R, Barros S, Benítez D, Pastorino M, et al. Cuando los familiares son niños. *Rev Hosp El Cruce*. 2023;32(52):4-5.



36. Delgado-Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML, de Moraes-Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev Salud Pública*. 2010;12(4):533-45.
37. Galván-Villamarín JF, Lara-Díaz MF. Diseño e implementación del Modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. *Rev Fac Med*. 2022;70(3):e98649 .
38. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(2):165-9.
39. Dalla Nora CR, Junges JR. Política de humanización en la atención básica: revisión sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1186-200.
40. Barreto CN, Prates LA, Scarton J, Alves CN, Wilhelm LA, Ressel LB. Prácticas asistenciales de acercamiento y alejamiento en prenatal: revisión integradora. 2014.
41. Castañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Hacia Promoción Salud*. 2015;20(1):13-34.
42. Paiva CBN, Barros SMM. Representações sociais da humanização em pediatria hospitalar entre profissionais de saúde. *Psicol Estud*.
43. Lopes MTSR, Labegalini CMG, Silva MEK, Baldissera VDA. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. *REME - Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1161 .
44. Castañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Hacia Promoción Salud*. 2015;20(1):13-34
45. Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(Supl. 1):581-94.
46. Arango P. Gestión clínica no deshumanizada. *Acta Méd Colomb*. 2012;37(1):38-40.
47. Henriques LVL, Dourado MARE, Melo RCCP, Tanaka LH. Implementation of the Humanitude Care Methodology: contribution to the quality of health care. *Rev Latino-Am Enferm*. 2019;27:e3123 .



48. Tejeda Dilou Y, Suarez Fuentes RR, Dandicourt Thomas C. La humanización del cuidado enfermero del anciano en estado de necesidad en la comunidad. *Rev Cubana Enferm.* 2021;37(1):e4520
49. Lascano Espinoza CO, Santos Holguín SA. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Rev Investig Salud.* 2023;6(16):93-103.
50. Bang C, Lazarte V, Chaves FA, Casal M. Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de Covid-19. *Interface (Botucatu).* 2022;26:e210540
51. Gálvez Herrer M, Gómez García JM, Martín Delgado MC, Ferrero Rodríguez M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Med Segur Trab.* 2017;63(247):103-19.
52. Silva AE, Sousa PA, Ribeiro RF. Comunicação de Notícias Difíceis: Percepção de Médicos Que Atuam em Oncologia. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018;8:e2482.
53. Warmling CM, Fajardo AP, Meyer DE, Bedos C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(4):e00009917 .
54. Silva RMCR A, Oliveira DC de, Pereira ER. La producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización en la salud: singularidad, derecho y ética. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015;23(5):936-44
55. Fialho FA, Dias IMAV, Santos R da S, Silva LR da, Salvador M. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. 2016;23:1-27
56. Henaó-Castaño AM, Vergara-Escobar OJ, Gómez-Ramírez OJ. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Rev Cienc Cuid.* 2021;18(3):74-85.
57. Valenzuela Anguita M, Sanjuan-Quiles Á, Ríos-Risquez MI, Valenzuela-Anguita MC, Juliá-Sanchis R, Montejano-Lozoya R. Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras. *Rev Investig Enferm.* 2019;45:1-22.
58. Gálvez Herrer M, Martínez López P, Herraiz La Calle G. (Coords.). *Manual de psicología en las unidades de cuidados intensivos.* Ediciones Pirámide; 2023.
59. Solís García del Pozo J. Autonomismo y humanización de la asistencia sanitaria ¿una pareja de hecho? *Persona Bioét.* 2018;22(2):263-70.



60. Villanueva M. Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relacional a la deshumanización de la medicina. *EN-CLAVES Pensam.* 2023; 0(33):e608 .
61. Castellano Bentancur G, Aleman Riganti A, Nion Celio S, Sosa S, Verges M. Humanización de los cuidados en salud, Maternidad Pública de Rocha, 2014-2016. *Investigación.* 2022; 51:1-13.
62. Lazzari DD, Jacobs LG, Jung W. Humanización de la asistencia en la enfermería a partir de la formación académica. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(1):116-24.
63. Basile MJ, Rubin E, Wilson ME, Polo J, Jacome SN, Brown SM, et al. Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. *Crit Care Explor.* 2021;3(11):e0463 .
64. Michelan VCA, Spiri WC. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):372-8.
65. Albuquerque KA de. Assistência ao paciente na fase final de vida ou em cuidados paliativos é inadequada: opinião de enfermeiras. 2016;31:1-23
66. Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz.* 2022;11(1):e2635 .
67. Manso MEG, Pagotto MUN, Torres RL. Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado. *Interface (Botucatu).* 2021;25:e200394 .
68. Tajer CD, Gothelf EE. (Comp.). ¿Qué es la medicina narrativa y cómo se practica? *SAMEN;* 2024.
69. Álvarez D, Turkenich M. Hoja ruta: Enfoques conceptuales sobre redes en perspectiva desde el campo de la salud. En: Álvarez D, Turkenich M, editores. *Redes y territorios: aportes para planificar la política de salud en nuestra región.* Universidad Nacional Arturo Jaureche; 2020. p. 23-35.
70. Michalewicz A, Pierri C, Ardila-Gómez S. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones.* 2014;XXI:217-24.
71. Esquivel V, Faur E, Jelin E, editores. *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado.* IDES/UNFPA/UNICEF; 2012.



72. Brovelli K. El cuidado: una actividad indispensable pero invisible. En: Guerrero N, et al., editores. Los derroteros del cuidado. 1a ed. Universidad Nacional de Quilmes; 2019. p. 31-44.
73. Plut S. El inhumano mundo de Milei. Una mirada sobre la crueldad y lo deshumanizante en el discurso del economista neoliberal. Página 12 [Internet]. 2022 Ago 4 [citado 2024 Mayo 16]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/446556-el-inhumano-mundo-de-milei>
74. Despret V. A la salud de los muertos. Relatos de quienes quedan. Cactus; 2021.

