

**MODELOS DE HUMANIZACIÓN EN SALUD: VIABILIDAD E
IMPLEMENTACIÓN EN COLOMBIA
Revisión Bibliográfica**

**ADRIANA BOHÓRQUEZ SALAZAR
PAULA ANDREA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA - SALUD PÚBLICA
POSGRADO EN GERENCIA DE IPS
MEDELLIN, ANTIOQUIA
2016**

**MODELOS DE HUMANIZACIÓN EN SALUD: VIABILIDAD E
IMPLEMENTACIÓN EN COLOMBIA
Revisión Bibliográfica**

**ADRIANA BOHÓRQUEZ SALAZAR
PAULA ANDREA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ**

Monografía para aspirar al título de especialista de gerencia DE IPS

**Asesor
Bernardo Gómez Cortés
Mg. En Psicología y Salud mental**

**UNIVERSIDAD CES
Facultad de Medicina - Salud Pública
Posgrado en Gerencia de IPS
Medellín, Antioquia
2016**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Medellín, 15 de noviembre de 2016

CONTENIDO

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
1. OBJETIVOS	9
1.1 OBJETIVO GENERAL	9
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	10
2.2 JUSTIFICACIÓN	11
3 MARCO CONCEPTUAL.....	14
3.1 EL SER HUMANO	14
3.2 HUMANIZACIÓN - DESHUMANIZACIÓN	15
3.3 HUMANIZACIÓN EN SALUD	18
3.4 MODELO	19
3.5 ETICA MÉDICA	19
3.6 PACIENTE	20
3.7 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	20
3.8 PROFESIONAL DE LA SALUD	22
4 DISEÑO METODOLÓGICO	23
4.1 Criterios de inclusión y exclusión	23
4.2 Estrategia de búsqueda	25
4.3 Extracción de los datos	25
5. CUERPO DE LA MONOGRAFIA	26
4.4 PREMISA INICIAL	26

4.5 ANTECEDENTES HISTORICOS Y LEGALES DE ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA.....	29
4.6 TECNOLOGIA, INNOVACIÓN Y MÉTODO: ESTRATEGIA VIRTUOSA O DESHUMANIZANTE	33
4.7 EL PAPEL HUMANIZANTE DEL PROFESIONAL	35
4.8 DEL CONCEPTO A LA PRAGMATICA HUMANIZANTE.....	37
4.9 EN LAS FORMAS COMUNICATIVAS	38
4.10 EN LAS FORMAS PROCEDIMENTALES	48
4.11 APLICABILIDAD	50
CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA	56

RESUMEN

En Colombia se enfrenta una situación de deshumanización en el marco de las prácticas de la salud. Esto ha generado crisis en la gestión del sistema, con consecuencias para los individuos quienes no ven resueltas a fondo sus necesidades de salud y de demandas psicoactivas. Es una problemática de relacionamiento que involucra las prácticas de atención a los pacientes en el ejercicio de salud, sobre la base de los ordenamientos nacional e internacional que describen el carácter humanístico de función médica. En torno a lo expuesto, surge como objetivo de esta elaboración monográfica, identificar modelos para la atención digna y su viabilidad en materia de implementación al sistema de salud en Colombia. Como apuesta metodológica se presenta una revisión bibliográfica asociada con las prácticas de atención en salud adscritas a los enfoques de dignidad humana, cuidados, derechos y perspectivas consideradas dentro de las prácticas internacionales del oficio de la salud. El trabajo hace énfasis en la revisión de publicaciones (producto de investigación), en el tema de humanización de los servicios de salud, prácticas y gestión de procesos.

Palabras Claves: humanización, modelos de humanización, humanización en salud.

INTRODUCCIÓN

El objeto de análisis en la monografía *Modelos de humanización en salud: viabilidad e implementación en Colombia*, está centrado en la situación de deshumanización que enfrenta el sistema de salud en Colombia. En el escenario de las prácticas médicas, la crisis ha llevado paulatinamente a un dejo de indiferencia por parte de los actores organizacionales, frente a las necesidades primarias relacionadas con la salud de los individuos. Es un síndrome de despersonalización, comprendido en la puesta en afuera respecto del dolor que el paciente experimenta cada vez que acude a las instituciones, solicita y se somete los servicios de intervención médica. En el hecho, en términos de J. Gafo Fernández, hay perceptible una la pérdida del reconocimiento de los atributos humanos y el respeto, además de la negación del valor y grandeza de la dignidad, que se convierte en una frialdad en la interacción humana (1). Es ahí, precisamente en ese intervalo de dignificación humana donde esta revisión bibliográfica sitúa su ámbito de pertinencia.

La situación de deshumanización es una actitud que crece y se generalizada en las expresiones que hacen los vínculos sociales: acercamiento bioético y comunicación, afecto y confianza, reconocimiento y cordialidad, soporte emocional e identidad con el dolor del otro, es decir el *átomos*, de la circunstancia médica. Hay sin duda, en las prácticas médica, actuaciones significativas que se convierten en lenguaje, desde el modo de apreciar, entender, acercarse y afrontar los procesos relacionados con la salud, por parte de los actores médicos, respecto de la atención sus los pacientes. Crece en la instrumentación de las prácticas del médico, el desinterés por crear vínculos con las personas que reciben el servicio. Así, la indiferencia ante sus necesidades (afectivas, físicas o psicológicas), evidencia una concepción reduccionista del ser humano, entendido sólo como un ser biofísico e ignorando sus demás dimensiones, tanto psicológica y espiritual.

Acorde con el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, humanizar es, «Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo»(2). Por lo tanto, hablar de humanización de la salud, es dar al paciente una asistencia integral que lo reconozca humano en el proceso. Es un asunto donde la atención los profesionales debe estar bordeada de atributos que hagan afable los acercamientos tanto al cuerpo como a las emociones generando calidez, sensibilidad, empatía en crítico intervalo de la afectación.

Los factores expuestos motivaron la realización de una revisión bibliográfica bajo la pregunta *¿Qué experiencias se han escrito en torno a los modelos de humanización en salud que puedan replicarse y fortalecer esas prácticas en Colombia?* Interesa, sin duda, los trabajos que fundamentados en experiencias exitosas en la relación profesional de la salud-paciente, sean replicables desde la perspectiva deontológica de los saberes, las prácticas, los vínculos y las intervenciones médicas en Colombia.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Revisar modelos de atención humanizada en salud para la atención digna de los pacientes viables para su implementación en Colombia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar modelos de humanización en materia de salud mediante un trabajo de revisión bibliográfica en publicaciones especializadas.
- ✓ Describir conceptos de atención humanizada relativos a los modelos en salud evidenciados en la revisión de literatura especializada.
- ✓ Determinar las afectaciones básicas que la atención humanizada en salud, produce en la población de usuarios del sistema en Colombia.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La atención en salud se encuentra afectada por factores de deshumanizan los servicios que son evidentes en las prácticas por parte de quienes gestionan el sistema: la precariedad del actual sistema de salud en el país, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la falta de aptitud del personal sanitario para acompañar humanamente al enfermo, el mediático acceso a tecnologías de punta para el tratamiento y cura de las enfermedades, reservadas en algunos casos para ciertos sectores privilegiados de la sociedad.

Atender las necesidades de una persona enferma, no consiste solo en satisfacer sus requerimientos físicos; es trascendental tener presente sus necesidades psicológicas y espirituales. Las buenas prácticas en los cuidados y atenciones al paciente implican que cualquier persona sea asistida con respeto, evitando posibles tratos deshumanizantes; como la falta de cortesía, compasión y delicadeza con los pacientes y/o sus familiares (3), tal y como lo prevén las garantías internacionales contenidas en tratados y convenios de los estados para la protección de las personas en condición de enfermas.

Frente a la crisis de deshumanización, que caracterizó el sistema en gran parte del siglo XX, se producen cambios significativos en los modos de afrontar las necesidades de salud. Surgen tecnologías innovadas que han proporcionado avances en lo concerniente a la búsqueda de la calidad humana y son actualmente la razón de ser de generación del siglo XX. En este tiempo es clara la idea de la innovación y calidad de vida como motor de crecimiento urbano. Esta idea ha sido desarrollada en diversas presentaciones sociales por estancias institucionales como lo es la Secretaria Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la inversión es insuficiente para dar el salto en materia de innovación (4). Pero, por insuficiente, jamás injustificada, pues todos los esfuerzos por salvar la vida serán pertinentes al costo que sea.

Con los tres elementos problematizadores descritos, surge la pregunta: ¿Cuáles modelos de humanización en salud tienen viabilidad e implementación en Colombia?

La búsqueda bibliográfica que se inicia, pretende entonces, dar con dichos modelos, considerando que en primer lugar existen y en segundo, hay dentro de aquellos que existen, algunos que resultan viables respecto de las condiciones que el sistema de salud ofrece para los colombianos, en materia de humanización. En consecuencia, la deshumanización en las prácticas de salud son reales en el sistema de salud en Colombia y requieren una intervención desde lo formativo a la instrumentalización de tecnologías para la defensa de la vida y la dignidad humana.

2.2 JUSTIFICACIÓN

Hay socialmente una preocupación por la deshumanización creciente percibida en los servicios de salud en Colombia. Muestra de esto es que los pacientes se quejan con frecuencia de una atención carente de calidez, de humanismo, de la comunicación deficiente entre ellos y los profesionales que gestionan el sistema, una comunicación poco asertiva. Existen indicios que el origen de esta situación de deshumanización es ocasionada por la misma estructura del sistema de salud colombiano, que ocasiona y hace que los mismos profesionales de la salud se centren exclusivamente en el análisis de la enfermedad y no se aproveche el momento de la consulta, como oportunidad de dialogo y comunicación con el paciente, aspecto que repercutiría en un mayor entendimiento (5), destacando en ello, la construcción de seguridad y el sentido humano del encuentro: paciente/médico.

Según, Watson, hay evidente una ausencia de integración humanista, que debería formar parte la dignificación del proceso mas que como mera técnica de cortesía en la atención. En el encuentro del paciente con el profesional de la salud, por salud, se hace necesario compartir con el otro sus sentimientos y emociones (6). El otro, que es tanto el profesional como el

paciente, es humano, sensible y digno, es un interlocutor válido en la crisis de la enfermedad. En este sentido es válido hablar de pertinencia ante la necesidad de un humanista capaz de encontrar en la coincidencia de los sujetos de la salud, el valor de la vida y la dignidad.

El cuidado humanizado a las personas, en la práctica clínica, es un asunto de larga envergadura en Colombia, que debe ser priorizado, buscando métodos alternativos con el fin de hacer ese ambiente lo más humano y cálido posible (7). En este orden de idea, resulta primordial para instituciones, tanto académicas como las organizaciones promotoras de salud, disponer de información que contenga métodos de aprendizaje y formación humanizada. Se requiere de un con amplio sentido social que en la noción de lo humano, permita que los pacientes sean concebidos como personas desde lo biológico a lo moral. Se trata de seres humanos que a su paso humanizan el mundo, dotados de autonomía, dignidad y garantías universales. De esta forma, referencias entre lo peyorativo y cosificador del paciente, tendrían que salir del argot médico: los usuarios, el enfermo, y en la peor de las ironías; el huésped. Por cuanto las palabras son portadoras de energía, estas construyen o destruyen moralmente al ser en la reductible degradación de la existencia.

La comunicación es un indicador esencial en todos los modelos de humanización. Esta nace en las voluntades individuales, pero se construye en el acontecimiento de la atención a los pacientes. En esta adquieren significado los discursos, los tratos, la acogida. La educación media entre la idoneidad de un conocimiento científico y la vulnerabilidad de la cual el paciente es víctima por la afectación de un mal en su condición de salud: la realidad es que existen graves problemas con respecto a la relación establecida entre los diferentes actores del sistema de salud y los principales dolientes de éste, es decir, los pacientes (8).

Teniendo en cuenta que existen deficiencias en los modelos de humanización para el sistema de salud colombiano, se han creado indicadores

de evaluación con estándares específicos para la acreditación en salud de las instituciones. Dentro de estos está: la humanización de la atención que señala la necesidad de promover la cultura de la humanización en los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos y la gerencia del talento, el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento (9). Es un indicador complejo, cuyo fin principal sustenta la existencia de un modelo de humanización frente al cual las instituciones promotoras de salud en Colombia no pueden pasar desapercibido.

Aportar a la reflexión de humanización en salud e identificar modelos que pueden ayudar a cualificar el servicio en la atención de los pacientes, justifica el propósito de este producto académico. Las instituciones de salud en Colombia deben ofrecer un trato digno a las personas, y fortalecer el carácter humanista en los profesionales de la salud, esto aún está en construcción. En este sentido Ariza, afirma que teniendo en cuenta el conocimiento del grupo de profesionales, no solo debe ser desde el punto de vista científico sino desde todas las dimensiones del hombre: costumbres, cultura, creencias religiosas, entre otras (10), que la idea de humanización se instala en las prácticas de auscultación y acercamiento al paciente. El profesional velará por suplir al máximo los requerimientos del paciente, no sólo los físicos sino sus demandas psicológicas y espirituales. Lo ideal es que le otorgue un acompañamiento integral, un reconocimiento humano.

3 MARCO CONCEPTUAL

3.1 EL SER HUMANO

Son amplias las aproximaciones que hay en torno al concepto de ser humano. Sin embargo, hay una explicación significativa en un mundo delineado por conceptos fundamentales y universales, se abre paso para este análisis en el sentido que la persona humana- en sí; y con la realidad que lo circunda, se logra o se pierde en su acción libre. En otras palabras, la autorrealización o la vida lograda, depende directamente del obrar libre de la persona, en la medida que esas acciones estén orientadas al fin común que le corresponde (8). El ser humano es una construcción antropológica bordeada por la cultura que lo hace sujeto de garantías y actor frente a la vida.

El ser humano tiene atributos propios, entre estos, el de trascender los instintos de su condición animal. Él posee un ímpulso indeliberado que mueve la voluntad; tiene conciencia del pasado, se preocupa por el futuro, tiene la capacidad de desarrollar relaciones con otros, de mostrar su inteligencia emocional. Esos aspectos lo caracterizan humano, más allá de las formas físicas que son comunes e inherentes a la especie. Es propiamente un ser biocultural y, dentro de este carácter, el lenguaje y la vida se juntan formando una simbiosis por lo cual se torna distinto frente a las demás especies. Para reconocer al ser humano, hay que crear consciencia de un dinamismo particular, la conjugación de uniformidad y continuidad básica de un conjunto de elementos que integran linderos de la especie para una diversidad única en sus múltiples manifestaciones. El individuo, es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones, ya que no es fácil establecer cuánto influye una sobre la otra o cuánto depende la una de la otra.

El ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en él influyen un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Está dotado de conciencia, inteligencia,

voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad; en síntesis, posee una personalidad que obedece a su ubicación temporal y espacial (11).

En este sentido, se utiliza el término *persona* para designar el modo particular de ser del ser humano, tal y como lo concibe Victor Frankl en su análisis existencial:

(1) La persona es un in-dividuum que no se puede subdividir ni escindir: se caracteriza por su unidad. (2) La persona es también insummabilis, lo que significa que tampoco se le puede adicionar algo más que es en sí una totalidad. (3) Cada persona es un ser nuevo en lo particular. (4) La persona es existencial, en tanto facultativa y capaz de autodeterminación. (5) En ella se integran tres modos de ser: físico, psicológico y espiritual. (7) La persona es espiritual, con facultad de contraponerse a su facticidad psicofísica. (8) tiene capacidad de auto distanciamiento respecto de lo psicofísico.

La persona en términos de V. Frankl, es un todo y esto supone determinar que no se le puede bifurcar, ni separar en ninguna de sus dimensiones. Ser persona por lo tanto, es asistir al encuentro con lo humano, con lo digno como posibilidad de ser en una expresión distinta que lo distancia de los demás seres vivos. Humanización y humanidad son conceptos conexos a esta naturaleza que integra la condición biológica del ántropos, en el sentido de persona.

3.2 HUMANIZACIÓN - DESHUMANIZACIÓN

El concepto de humanización es complejo, proviene de las ciencias sociales y hace directa referencia al fenómeno mediante el cual un objeto inanimado, un animal o incluso una persona adquieren determinados rasgos que son considerados humanos y que no poseía antes. Es importante señalar que el término humanización da cuenta de un proceso que se lleva a cabo por un tiempo determinado y que tiene como fin la conversión del sujeto u objeto en

cuestión, en algo más parecido a lo que se entiende normalmente por ser humano (12). La antropología ha definido al hombre como animal social, racional, animal que hace o fabrica cosas, como el ser que conoce que es capaz de hablar, dominador de la naturaleza mediante la técnica y la ciencia. Afirma que el hombre es objeto de estudio de sí mismo ya que lo principal es conocernos a nosotros mismos.

Las ciencias que lo estudian dicen que está constituido por un organismo, resultado de un proceso muy complejo de evolución de la vida, denominado proceso de hominización (antropología física, la lingüística y la genética). Introduciendo este proceso en una nueva dirección a la evolución de la vida del hombre en sociedad. Las diferencias de condición con respecto a los demás animales son grandes, y están mediadas por el proceso de la cultura. El hombre tiene historia y es sometido al proceso de humanización (13).

A diferencia de la humanización, tenemos que la hominización. Ésta es un proceso biológico en el que una serie de cambios morfológicos y etológicos en el orden de los primates, generan una estructura con un potencial evolutivo. La humanización es la emergencia de la inteligencia operativa, producto de la socialización. Se comprende como la adquisición de la capacidad de pensar sobre nuestra inteligencia, de entender el proceso de la vida y de adaptarse al entorno través del conocimiento, la tecnología y el pensamiento. En otras palabras, son los cambios evolutivos biológicos entre las especies de primates originarias y el surgimiento del ser humano a partir de transformaciones evolutivas (14).

Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. Asumida como una política pública, la humanización busca fortalecer el proceso de descentralización, es decir, la autonomía de la gestión en la red de servicios con el fin de integrar los procesos de trabajo y las relaciones entre los diferentes profesionales (15).

Para hablar de humanización también hay que concretar en qué consiste la deshumanización. Se puede explicar pues por qué, cuando se habla de deshumanización se piensa espontáneamente en *despersonalización*. La despersonalización conlleva la pérdida de atributos humanos dando paso a la frialdad en las interacciones, el descuido de la dimensión emotiva y de valores, el sentimiento de impotencia. Bermejo expone que *la deshumanización es una cuestión más compleja que la falta de cariño o ternura en la atención, también acarrea falta de autonomía en el enfermo y sus familiares, la frecuente negación de la participación familiar derivada de la falta de información o de tiempo*. También se da al utilizar y explotar a los profesionales, puesto que se prioriza el contenido de lo administrativo y lo burocrático (16).

Deshumanizar es privar al otro de aquellas cualidades que le distinguen como ser humano. Algunas de estas cualidades son la inteligencia, el amor, la felicidad, los valores, las creencias morales, el lenguaje y la vergüenza. Son cualidades que se tienen o no se tienen. No basta tener unas y carecer de otras. Todas son necesarias para decir de alguien que es un ser humano. Por eso, la deshumanización no es un sustantivo que admita grados. O se es humano o no se es humano. La deshumanización se lleva a cabo colocando al *ex* grupo fuera de los márgenes en los que nos sentimos obligados a aplicar normas morales, reglas sociales y consideraciones de justicia (17).

Los procesos de deshumanización, de valoración ética habitualmente negativa, remiten inmediatamente a la noción de humanismo como contracara éticamente positiva, están íntimamente relacionados con los sistemas de dominación y poder. En general los sistemas autoritarios de poder contienen procesos de deshumanización de las personas a ser dominadas (18).

3.3 HUMANIZACIÓN EN SALUD

Se entiende la humanización en la prestación de servicios de salud, como el marco de relaciones personalizadas fundamentadas en la comunicación y la disposición hacia cada persona que tiene contacto con la institución de salud. La humanización hace referencia a los principios ético-médicos que deben hacer parte de cada uno de los seres humanos que pertenecen a las instituciones de salud (19). La humanización integra el marco de valores que tipifican las relaciones entre los sujetos en contexto al interior de la gestión de la salud.

Acciones como el diálogo, la presencia, el compromiso, la participación de experiencias y el sentirse amado, son ingredientes básicos de la humanización del cuidado de los seres humanos (7). En este proceso interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia y se encuentra asociada con las relaciones que se establecen, al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo (20). El Doctor Bermejo afirma que:

Humanizar el mundo de la salud y la dependencia pasa por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales, sino por incidir también en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autopercepción (16).

La humanización demanda una valoración ética de la persona en su totalidad. La dignidad del ser humano es lo más importante en la acción humanizadora; esto con el fin de construir una correcta y oportuna identidad del ser humano a través de la dignificación de la decisión y conocimiento de la persona en cualquier situación médica (16).

3.4 MODELO

Según la Real Academia Española (21), un modelo es aquello que se toma como referencia para tratar de imitarlo o reproducirlo. Las acepciones del concepto de modelo son muy diversas. Puede considerarse al modelo, en términos generales, como canon, patrón que guía la acción. El modelo se constituye en idealización de la realidad; arquetipo, prototipo, es uno entre una serie de objetos similares que forman parte del conjunto y se considera esencial al interior del sistema.

El término modelo hace referencia a la representación de un hecho o fenómeno que se pone como ideal a seguir. Pretende mostrar las características generales de la estructura de dicho fenómeno, explicar sus elementos, mecanismos y procesos, la interrelación y los aspectos teóricos que le dan sustento, para facilitar su comprensión (22).

3.5 ETICA MÉDICA

La ética médica se ocupa de asuntos de orden práctico relacionados con la ciencia médica. Está entendida como la atención de enfermos y los problemas que se pudieran derivar de ese proceso, tanto como de situaciones como, la reproducción asistida, eutanasia, prolongación de la muerte, trasplantes de órganos, aborto, orden de no reanimación, retirada de tratamientos, adecuación terapéutica, entre otros. Es este campo donde se produce la tensión entre el mundo de los hechos, los avances tecnológicos y los datos concretos, respecto de los valores y principios morales (23). La ética médica es práctica y normativa. Con ese criterio ha sido absorbida por la *bioética* (término usado por primera vez en 1970 por Potter), y que alude al, «El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios morales» (24).

3.6 PACIENTE

El término paciente puede tener dos acepciones no relacionadas entre sí. La palabra proviene del verbo latino *pati*, que significa, *el que sufre*. El paciente es entonces una persona que se somete al proceso de ser curada. El sustantivo *pati* designa a aquellas personas que deben ser atendidas por un médico o un profesional de la medicina a causa de algún tipo de afectación biológica y por extensión psicológica. En otro sentido, la palabra paciente se constituye en un calificativo de individuos cuyo carácter es tranquilo, relajado y tolerante (25). Si integramos ambas acepciones, el paciente espera y permanece a la expectativa de la acción médica. El paciente delibera pero se sujeta a la determinación del sistema representado en el profesional cuyo criterio se valida en el marco de una idoneidad legitimada por las instituciones y el Estado.

3.7 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

El Decreto 1011 de 2006, define la atención primaria en salud como la provisión de servicios a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (26). La atención en salud es esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida

del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas. La atención primaria comprende que:

(1) La asistencia sanitaria demandada, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo. (2) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. (3) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. (4) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud. (5) La rehabilitación básica. (6) Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. (7) La atención paliativa a enfermos terminales. (8) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada. (8) La atención a la salud bucodental (27).

Son aspectos normativos que regulan la asistencia alimentaria como un bien primario del paciente asociado con principio de dignidad humana y humanización de las prácticas médicas que vinculan el profesional con paciente. La asistencia es presencia y por lo tanto seguridad y protección, básicas para la conservación de la vida como principio fundamental protegido por el artículo 11 de la Constitución Política de Colombia (1991) y su conexo en el artículo 49 del mismo ordenamiento, donde se concibe la salud como un derecho para los ciudadanos en Colombia.

3.8 PROFESIONAL DE LA SALUD

El término profesional de la salud reagrupa todas las profesiones relacionadas con los cuidados o curas. Podemos distinguir las profesiones médicas (médicos, cirujanos-dentistas, comadronas) y las profesiones paramédicas (fisioterapeutas, enfermería, ortofonista, podólogo). Estas profesiones están reglamentadas por los Códigos de la salud. Los profesionales de la salud trabajan conjuntamente en equipo para curar, dispensar los cuidados y tratar a los pacientes así como para mantener o mejorar la salud de los heridos, enfermos o personas con minusvalías(28). Se involucran en la atención primaria, la atención con especialistas y los cuidados de enfermería.

Las denominaciones comunes de los profesionales sanitarios reconocidos legalmente en la mayoría de los países son: Enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, logopedas, médicos, nutricionistas, odontólogos, ópticos y optometristas, psicólogos, terapeutas ocupacionales(29).

4 DISEÑO METODOLÓGICO

El enfoque metodológico de esta investigación es de tipo cualitativo para una revisión de carácter hermenéutico. Lo primero porque, metodológicamente, la investigación reconoce las relaciones entre sujetos profesionales de la salud y usuarios del sistema como actores válidos para una fenomenología de humanización respecto de las prácticas médicas. Es importante destacar que se trabajó con material bibliografiado derivado de consulta en bases de datos de alta definición científica.

Por cuanto se trata de una investigación con enfoque de rastreo documental, el diseño metodológico acogió elementos de orden descriptivo, ya que no se pretende transformar los establecimientos existentes, pero sí impactar las fenomenologías que caracterizan el trabajo médico desde el cumplimiento con el derecho a la salud y por consiguiente, con la vida de los ciudadanos en el país.

De esta manera, trabajo es resultado de una revisión bibliográfica que incluyó la búsqueda exhaustiva en artículos de divulgación científica para identificar las investigaciones relacionadas con los modelos de humanización en salud. Para ello, fue necesario ir a las bibliotecas electrónicas don se consultaron las bases de datos en ciencias de la salud; *AcademicSearch Complete (EBSCO)*, *imbiomed*, *Medline Complete*, *PEDro*, *PubMed*, *SciELO*. Se tuvieron en cuenta las palabras clave como: *Humanization in health*, *humanization of care*, *humanization of assistance*, *models*, *strategy*.

4.1 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión, referidos a la captación de información y clasificación de los datos en la investigación, se caracterizan en el marco de la realización del proyecto de la siguiente forma: en términos de inclusión, se tuvo en cuenta el tipo de estudio, la vigencia inferior a un lustro de publicación, y la diversidad idiomática, como se describe a continuación:

- Tipos de estudio: Se incluyeron todos los tipos de investigaciones que trataron los modelos en humanización
- Año de publicación: No más de 5 años y fue necesario algunas investigaciones de alta relevancia, y no fue mayor a 10 años.
- Idioma: Se incluyeron artículos en todos los idiomas disponibles.

En términos de exclusión, los criterios para tal efecto se caracterizaron la no pertinencia temática, la ubicación distópica del filtro de tiempo superior a 5 años de su publicación y la falta de soporte científico. De esta manera no se incluyeron artículos con temas discordantes para el objeto central de estudio ni publicaciones de dudosa procedencia científica que por sus condiciones pusieran en discusión conflictos de intereses asociados a la propiedad intelectual.

La determinación de los criterios de inclusión y exclusión definidos en el presente acápite, fue fundamental para garantizar un producto acorde con las expectativas de humanización concebidas en el objeto central de la investigación.

4.2 Estrategia de búsqueda

Haciendo uso de las herramientas tecnológicas se incorporó a la investigación como estrategia de búsqueda la definición de códigos o palabras clave, atendiendo a ciertos criterios aleatorios ejecutados con los operadores booleanos AND, para especificar la búsqueda, y OR, para ampliarla; y así encontrar la literatura publicada sobre el tema.

PALABRAS CLAVES	COMBINACIONES
1. Humanization in health	1 AND 5 ñ 1 AND 6 -- 1 AND 7
2. Humanization of care	2 AND 4 -- 2 AND 5 ñ 2 AND 6ò 2 AND 7
3. Strategy	2 AND 4(OR)5 2 AND 4(OR)7
4. Model	3 AND 4(OR)6 1 AND 5(OR)7

El ejercicio de búsqueda abrió la posibilidad de interconectar el objeto de humanización con diversos trabajos previos de investigaciones realizadas en este mismo enfoque. De esta manera, se percibe que hay un diálogo académico cada vez que los trabajos de investigación se interrelacionan sobre la base de la reflexión crítica.

4.3 Extracción de los datos

Durante la búsqueda bibliográfica en bases electrónica de datos se realizó una lectura de los títulos y resúmenes de los artículos, a partir de allí se obtuvo el texto completo de estos; y se procedió a examinar en cada uno de ellos el cumplimiento de los criterios de inclusión y su aproximación a la pregunta de este estudio. Los artículos escogidos se almacenaron en las diferentes carpetas de cada base de datos.

5. CUERPO DE LA MONOGRAFIA

4.4 PREMISA INICIAL

La OMS calcula que, cada año, alrededor de 100 millones de personas están por debajo del umbral del mal servicio de salud, lo cual resulta cuestionable en una época en la que el hombre y la comunidad internacional están comprometidos a dar prioridad a la salud, por el estrecho vínculo de esta con el bien primario de la humanidad: la vida. Por ello, cuando se hace referencia a un mal servicio de salud, no solo se hace alusión al aspecto técnico del profesional que lo brinda, sino especialmente al trato humanizante, eficaz y oportuno por parte del mismo (30). Es este el panorama que replantea la crónica de la deshumanización, una situación donde el tacto humano que caracteriza cualquier espacio de atención en salud ha sido eliminado de dicha actividad.

Ahora bien, se prevé que desde el dato estadístico de inconformidad frente al servicio de salud, como premisa se derive otro interrogante conexas a la referencia principal de los modelos de humanización en salud. Como la hipótesis, las consecuencias derivadas de los modelos deshumanizantes en las prácticas del sistema de salud; surge la problemática de un servicio que requiere la participación del Estado y los sujetos para ser resuelto en una sociedad solidaria y éticamente concebida. Hay en todo ello, factores que vale la pena caracterizar para determinar la noción de trato deshumanizante en prácticas de intervención y gestión en salud:

Primero, la dificultad del personal sanitario para acompañar humanamente al enfermo, generada por la concepción del paciente como mero cliente, con todo lo que esto implica, dado que el enfoque actual de tipo gerencial de los sistemas de prestación de salud en el mundo, surge como una exigencia de la globalización y un mercado competitivo que busca mayor productividad y calidad. Sustentando lo anterior en el discurso capitalista de consecución o mercantilización de cualquier procedimiento derivado de

atención en salud, haciendo del derecho a la salud no una facultad innegable al individuo sino un producto; y manifestándose cada vez más que: dos ideales imperantes en la sociedad parecen arrastrarnos al aislamiento y la desigualdad, y que la crisis actual en el vínculo social no es algo puramente coyuntural, circunstancial o pasajero sino que se ha introducido en la esencia, en la estructura de nuestra forma de vida (31). Es por ende un factor con mucha influencia derivada de las coyunturas económicas y mercantilización y que a la hora de consultar por los defectos en las estrategias de atención en salud y calidad humana es uno de los principales

Como **Segundo** factor, se esgrime la escasa o nula participación de las personas ñ pacientes en el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento; Es sobre este factor que se enmarcan las discusiones sobre la comunicación planteada como la estrategia básica en pro de la humanización; para ello nada mejor que las nociones respectivas de eutanasia, dignidad y el replanteamiento sobre este último valor entendido como autonomía deliberativa que comúnmente es sometido a la opinión pública en la sociedad colombiana.

Por tal razón se propone como pilar fundamental para lograr la integralidad necesaria y deseada referente a los procesos comunicativos y de calidad humana, al profesional de la salud. Él, puede contribuir a la humanización teniendo en cuenta su formación, su practicidad y la exposición de lo que propone el pensamiento antropológico de Víctor Frankl: "...Soy Psiquiatra para atender lo humano del enfermo y lo espiritual del hombre...". Frankl sugiere que el médico o terapeuta tiene el derecho o deber de dar un poco más, y en su voluntad de humanizar busca supervisar lo antiético y lo antimoral, es decir, lo que no debe hacerse; a cambio de estimular lo que se debe hacer: "Urgir una terapia apropiada para las alteraciones que presenta la humanidad como patología del tiempo, bajo la forma de frustración existencial, vacío existencial o neurosis noógena" (32).

Asimismo, los profesionales son las personas que deben brindar acompañamiento día a día, en cada caso de cada paciente, dando lugar a las acciones de curar, aliviar y consolar. Y es a ello a lo que Frankl, citado por Restrepo llama "Cura medica de almas", aseverando que: " La cura médica de almas es más bien una especie de apostolado que (el terapeuta) ha de ejercer a diario y en cada consulta y, entonces, es misión que cae de lleno dentro del oficio y práctica de la medicina (32). Un gesto de cercanía humana o una palabra alentadora es suficiente para averiar la común práctica médica mecanicista que disuelve cada vez más la relación humana entre el médico y el paciente. Se debe tener presente que, en ocasiones, los pacientes padecen enfermedades incurables, donde el profesional ya nada puede hacer con su conocimiento técnico y científico, solo queda usar el puente de la humanidad, y tratar de consolar ante la ausencia de la cura y el alivio. En este sentido afirma Frankl: "É lo importante es saber pronunciar la palabra adecuada en el momento adecuado...".

A fin de cuentas las similitudes profesionales y las cualidades psicológicas y comunicativas que se nos piden como integrantes de esta sociedad activos de la misma sociedad no radican en torno a la disciplina y su complejidad operativa sino que toman trascendencia a través de las ejemplificaciones humanas y de los actos que hacen parte del mismo, la sociedad colombiana cada vez más debe brindarse en pro de un marco social y solidario.

4.5 ANTECEDENTES HISTORICOS Y LEGALES DE ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA

Diversos han sido los logros sociales e históricos de las múltiples referendas civiles colombianas que han modificado de manera contundente el recorrido de la sociedad colombiana catapultándose en la consecución de derechos, reconocimientos sociales, civiles, económicos e inclusive haciéndose espacios históricos en materia de salud. Así lo demuestran los desarrollos en materia científica de prevención, el posicionamiento y mejoría de los factores de calidad de vida del paciente, o el perfeccionamiento de los tratamientos de diagnóstico. Todos estos desarrollos han sido pensados a través de precedentes normativos como son las expediciones de la Ley 23 de 1981 (primer conjunto normativo que reconoce las *das implicaciones humanísticas*), la ley 10 de 1990 (reconocimiento gratuidad del derecho a la salud), ley 60 de 1993 (ley sobre la distribución por competencias) y la ley 100 de 1993 que reglamenta el Sistema de Seguridad Social de manera Integral, y con la cual el Estado busca asegurar *da cobertura total* (33).

Sin embargo todas estas consecuciones sociales emergieron luego de muchos años de total ausencia de protección de la población, y ante las persistentes peticiones de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) encaminadas a preservar los derechos de los trabajadores; y es que no es de extrañar que las primeras victorias en materia de derechos en salud se hayan establecido gracias al sistema de seguridad social laboral y la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (34) ya que fue por medio de estos que se abarcaron los primeros discursos de humanización.

Este sistema de seguridad social se entendía como el mecanismo institucional y financiero que garantizaba el acceso de los trabajadores a sus prestaciones sociales (35).

Si bien el concepto de seguridad social en esta primera parte parece estar desligado del contexto de la atención en salud, se debe recalcar enfáticamente que anteriormente la composición de lo que hoy conocemos como Sistema de Seguridad Social Integral, era solamente compuesto por el modelo de atención en salud, el cual era regulado por temáticas muy diferentes de lo que comprende hoy el sistema de salud.

Es así como en realidad, los antecedentes históricos de la atención en salud giran en torno a lo que se entiende por seguridad social. La aparición de las formas o modelos de atención en salud y sus aplicaciones actuales se han ido transportando desde modelos de una característica secular y mínima en cuanto a la atención, para posteriormente convertirse en modelos de unidad con mayor plan operacional.

Sobre estas disposiciones jurídicas, encontramos antecedentes de consagración supremos de los cuales se podría afirmar, han sido enmarcados y pensados en la planificación de la humanización como concepto general, o al menos acercándose a ese marco supremo deseado, que a partir de la Constitución Política de 1991 y su articulado se logra ejecutar, entre ellos esta:

ARTICULO 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los

particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (36).

El anterior artículo no es propiamente una exposición de un modelo para la humanización de la atención en salud, no obstante en él se reglamenta la salud como un servicio público, dando a la atención en salud un carácter obligatorio y básico. De igual manera, se referencian los pilares de la prestación y atención de la salud a raíz de principios de eficiencia, universalidad, y solidaridad; constituyendo la apertura perspectiva social y humana de la generación actual.

Con igual importancia se encuentra El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como se refleja en el Decreto 1011 de 2006; òTiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativaô (26). Este está integrado por cuatro componentes: -Habilitación, -Auditoria, -Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud, de los cuales el Sistema Único de Acreditación propone una aproximación a la humanización.

El sistema único de acreditación se compone de varios manuales y el manual que se refiere a la humanización en salud es la versión 003 (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario). Dicha versión propone varios requerimientos para la atención humanizada en salud:

- Es requisito de entrada para la acreditación en salud, la definición e implementación de una política de humanización de la atención en salud. La humanización debe generarse a partir de una reflexión al

interior, comprendiendo al paciente como un ser integral: biológico, psicológico, social, cultural, ambiental; un ser integral que tiene cuerpo, pero también sensaciones, deseos, miedos y cuya vida transcurre en un entorno económico, familiar, laboral, etc. Las instituciones tienen que examinar, cómo los factores de humanización se tienen en cuenta frente a sus propios trabajadores y cómo ellos mismos ven su situación.

- Los prólogos de los grupos de estándares, definen la finalidad e intencionalidad de cada grupo e incluyen aspectos concretos de humanización de servicio que se deben tener en cuenta las instituciones, para el cumplimiento de los estándares (37).

Sin embargo, respecto a la humanización de los servicios de salud no ha habido una consolidación total, ni bien como modelo de seguridad social desarticulado ni mucho menos como modelo de seguridad social integral (sistemas de pensiones, de salud y de riesgos laborales y de los servicios sociales complementarios.); exponiéndose solamente un conjunto de disposiciones normativas aisladas y quedando en deuda de manera rutinaria conceptualmente la aparición de modelos concretos y amplios de calidez humana en el marco operativo de las instituciones o de las prácticas de atención; son entonces pocos los constructos científicos, sociales e incluso jurídicas entorno a la humanización y en donde solo por medio de Manuales y Resoluciones como la Numero 294 de Noviembre de 2009 de la Empresa Social del Estado Manuela Beltrán (III Nivel Socorro, Santander) (38), se expone lo siguiente:

RESUELVE: **ARTICULO 1º.** Dictar y adoptar la política de Humanización en Salud de conformidad con la normatividad vigente. **ARTICULO 2º.** Definición de la Política. La E.S.E Hospital Manuela Beltrán del socorro, se compromete a brindar una atención hacia el servicio integral del usuario y su familia, ofreciendo una asistencia con calidez humana, que responda a

sus necesidades y expectativas físicas, sociales y espirituales. La interacción de nuestro personal de salud y el usuario se basa en el trato amable, personalizado y de respeto hacia la confidencialidad y dignidad del paciente, basados en los deberes y derechos de los pacientes.

4.6 TECNOLOGIA, INNOVACIÓN Y MÉTODO: ESTRATEGIA VIRTUOSA O DESHUMANIZANTE

Sin lugar a dudas los desarrollos tecnológicos han sido notorios en todos los círculos sociales, algo que de manera dominante ha transformado nuestras formas de vida; en especial los modos comunicativos. En el ámbito de la salud, se denota mediante las implementaciones tecnológicas que han transformado el andamiaje de la prevención, el diagnóstico y los tratamientos de enfermedades. Así mismo, se ha producido un mejoramiento en la calidad de vida de las personas, humanizando su participación como usuarios de la salud y facilitando procesos antes tediosos y burocráticos como el caso concreto de la solicitud y asignación de citas médicas y la entrega de resultados.

De manera algo ambigua, la atención en salud y la humanización no solo han sido desarrollados de manera conceptual, como se han descrito en párrafos anteriores, sino que también han sido profundizados por los cambios y el crecimiento tecnológico; que sin ser autodestructivos han sido caracterizados por esa frialdad que nos ofrecen las innovaciones y procedimientos tecnológicos, como menciona Bohórquez (39) que la información expuesta en los medios tecnológicos que actualmente está a la mano de los pacientes, implica a que exijan una atención basada en métodos novedosos; desde el diagnóstico hasta el tratamiento, marginando la comunicación y el diálogo con los profesionales. Además, la atención en salud se podría deshumanizar cuando se brinda el servicio basados únicamente en los protocolos clínicos, ya

que estos están cargados de información científica y dejan a un lado las destrezas propias del ser humano, tratando a las enfermedades y no a los enfermos. De tal manera, la formación académica del profesional asistencial solo se está fundando en las habilidades técnicas, que lo convierten en un profesional mecanicista, que realiza una mera labor sin importarle la verdadera necesidad de la persona, y como consecuencia la atención no es satisfactoria al dejar de lado la enseñanza ética como proceso integral de formación, lo que desencadena un pobre aprendizaje humano e incapacidad para interactuar con la persona enferma (40). Cuidar a una persona en situación de vulnerabilidad no es tarea fácil, es un deber de humanidad y una expresión de responsabilidad y si la persona no tiene cimientos éticos la atención se desenvuelve de manera poco amigable.

También los avances tecnológicos para el tratamiento y/o cura de las enfermedades ha sido uno de los factores que ha generado que se haya disminuido la importancia que se le daba al contacto del profesional de la salud con el paciente, deshumanizando y mecanizando la relación. Aunque se reconoce la contribución que la tecnología ha aportado al mejoramiento de las condiciones sanitarias, eso sería algo irracional, lo que se demuestra es que la tecnología como vehículo de unión y mejoramiento de la calidad de vida humana ha quedado planteado desde las herramientas científicas y de tratamiento, pero desde las formas de atención y desde la humanización y la dignidad humana no ha sido implementada correctamente. Debe aplicarse la herramienta de construcción de tejido comunicativo en pro de una atención integral de mayor alcance, puesto que ninguna máquina puede suprimir el efecto curativo y terapéutico de una mirada, de una palabra oportuna o del silencio respetuoso que acompaña. La presencia humana es insustituible en los procesos de enfermedad, dolor o muerte (41).

4.7 EL PAPEL HUMANIZANTE DEL PROFESIONAL

En relación con lo anterior y tomando como acotación las palabras del Dr. Vargas, frente a los procesos de humanización de los servicios en salud, el Colegio de Médicos insta: El apoyo de la humanización en los servicios de salud es la relación médico - paciente óptima y justa, representada por un acto médico que incluya la excelencia científica y técnica⁶ agregando la máxima formación moral y ética del médico (42).

Si bien el profesional es el rostro de la atención en salud, no sería acorde señalarlo como el único culpable de la crisis de deshumanización que afronta el sistema. También tenemos que, Bohórquez (39) refiere que el actual sistema de salud de nuestro país explica en buena parte el grado de deshumanización que se presenta, solo por el hecho de que la estructura del sistema no puede ser tan amable con el paciente y coloca trabas para facilitar los procesos. Un claro ejemplo se evidencia en el deterioro de las relaciones médico-paciente ya que el primero se ve sometido a la presión de atender el mayor número de usuarios en el menor tiempo posible con el único propósito de obtener mayores ingresos económicos tanto para él como para la institución prestadora del servicio que lo contrata. Otro factor propiciado por dicho sistema y que consiste en la inestabilidad laboral como consecuencia de mecanismos de contratación; bajos salarios, alta rotación que hace que el paciente no tenga seguimiento por un solo profesional, sino que cada vez sea visto por alguien diferente, tiempos de espera prolongados, insatisfacción creciente, entre otros (43). Por lo tanto, se podría decir que el actual sistema de salud induce a que se presenten actitudes que impidan lograr una visión más humana del paciente y del ejercicio en algunos profesionales de la salud.

Se debe tener presente que la humanización implica disposición para comprender y valorar los problemas del otro. Estas implicaciones deben ser proyectadas con idearios individuales como son la dignificación del ser humano y el respeto de la autonomía y la calidez humana. La finalidad de la mayoría de

las entidades prestadoras de servicios de salud se orienta a las dimensiones puramente físicas y biológicas del ser humano, pero la atención humanizada incluye que los pacientes se les supla correctamente y autónomamente sus necesidades físicas, emocionales, y espirituales. Muchas veces al hacer referencia a la humanización se considera que hacen parte sólo las dos primeras mencionadas. Cabe resaltar que así aparezcan en últimos renglones las necesidades espirituales son y serán de suma importancia en el ser humano dignifican y son de pertenencia universal y comunicativas; en este punto se puede hacer referencia al pensamiento de Simone Weil, la cual afirma que: "únicamente a través de lo espiritual se puede otorgar calidad a la vida social..." y que "Sin la intervención de lo espiritual, todo es infrahumano, en el individuo y en la sociedad. Su efecto, pues, se manifiesta en lo que denominó los "metaxu", adverbio griego que significa puente, un entre-dos: en este caso, aquello que conecta lo espiritual y lo social" (44).

De tal manera, la formación académica del profesional asistencial de la salud es de suma importancia; es la clave de toda conformación de un modelo de salud humanizante que por otros motivos se está basando exclusivamente en las destrezas clínicas. Y es que ser esa persona guía y de confianza para la persona que busca solucionar sus problemas de salud no es fácil, mucho menos cuando esta se encuentra en situación de vulnerabilidad o incluso cercana o en la fase terminal. Lozano y cols (45) señalan que si se maneja de manera adecuada una atención espiritual en las personas que están en la fase terminal de la vida, aumenta la disposición de afrontarla.

Por otra parte, el profesional de la salud debe ser enfáticamente ético; ayudando al otro a hacer lo que él no puede hacer por si solo dándole respuesta a sus necesidades básicas. La ética practica del profesional asistencial tiene en cuenta los pequeños detalles, esos que hacen grande cada momento y le dan sentido a la vida (24). Y es que ya desde áreas como la enfermería se ha venido proponiendo este tema. Válgase referenciar nuevamente el artículo de Watson, como se manifiesta que **El Cuidado** es

para la Enfermería su razón moral,⁶ (6). Es a ese proceso que se hace referencia como el modelo delimitante de cualquier relación paciente-profesional.

Este ideal es más un referente filosófico de la humanización del cuidado en donde se aportan conceptos como: [ë] da relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado como esencia (eje y corazón) de la práctica de enfermería, que moviliza al paciente hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador,⁶(46).

Concluyéndose que del papel humanizante del profesional es factible comprender y sustentar el significado de la relación con la humanización de la salud; ante la pregunta: ¿Qué pasaría si no se tuviera precisión o acercamiento a esos conocimientos éticos de lo que es humanización de la salud? Se asiste a que ese profesional debe hacer referencia a ella como un modelo innato de asistir a la persona como tal y no como una cifra más, encumbrando el carácter humanístico, fabricando con argumentos la teorización de la humanización; primero como modelo factible de aplicarse en el contexto colombiano consecuentemente a través de un derecho y posteriormente en una dinámica de contemplación desde las políticas públicas.

4.8 DEL CONCEPTO A LA PRAGMATICA HUMANIZANTE

En los anteriores párrafos se ha querido dar una pausada pero continua presentación de conceptos relacionados con la atención en salud y la humanización de la misma. Ahora bien, de toda la conceptualización explorada se han encontrado diversos criterios de modelos humanizantes en la atención

en salud, unos de análisis muy similares a las situaciones reales del contexto colombiano y otros que posiblemente contengan variables diferentes.

Siendo así lo anterior, las categorías de clasificación según las formas de viabilidad se han clasificado en la forma referente a lo procedimental y la forma comunicativa. Con la finalidad de que ellas sean aquellas herramientas que identifiquen ciertas características de humanización para luego en líneas posteriores denotar una comparación de los modelos descritos anteriormente desde un plano general y teórico a un plano más particular y pragmático.

4.9 EN LAS FORMAS COMUNICATIVAS

Naranjo (47), presenta un modelo llamado: «Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor» este se basa en la atención de salud por medio del arte y terapia del humor. Este modelo comunicativo ha demostrado garantía en el proceso salud-enfermedad, la sistemática de atención al paciente se fundamenta en el uso de personajes creados a través de entrenamiento actoral y esto permite implementar: «Un entorno amable, divertido y agradable para el paciente, hasta dónde sea posible; este proceso se logra a través de los payasos hospitalarios»

Este modelo se presenta a raíz de los múltiples casos de personas maltratadas en los diferentes niveles de atención en las instituciones de salud, sumado a la afectación gradual de la imagen de los profesionales en salud que crea una continua aparición lamentable de casos de deshumanización, como lo demuestra el artículo exponiendo el caso de una mujer de la tercera edad que consultó por una incómoda enfermedad ginecológica y estando con el especialista de turno le dijo: «de voy a examinar la cloaca» y que seguro era que

óya no tenía nada allí” refiriéndose a sus genitales; esto frente a varios estudiantes de medicina y la acompañante de la paciente, lo cual sometió a la señora a una humillación detestable.

Igualmente es el caso referido por un estudiante en donde el médico le contesta a la paciente en trabajo de parto que se queja de dolor, con la irrespetuosa afirmación: “seguramente no se quejaba de la misma manera cuando concibió su embarazo” Concurriendo graves problemas con respecto a la relación establecida entre los diferentes actores del sistema de salud y los principales dolientes es decir, los pacientes; esto debe ser una motivación especial para hacer del sufrimiento humano una situación de recuperación y no una situación de menosprecio.

Ante este panorama aparece dicho modelo que inicialmente busca irrumpir en la variación de las formas comunicativas de atención para luego sí concentrarse en el diseño de lo que llama el autor la terapia del humor, conceptuándose ella como: “el uso de personajes creados a través de diferentes técnicas de entrenamiento actoral que permiten crear un entorno amable, divertido y agradable para el paciente, hasta donde sea posible” proceso que se logra a través de los payasos hospitalarios; mediante las herramientas del personaje “que incluyen los vestuarios llamativos, los relatos, el juego personalizado, los títeres, la magia, las artes plásticas, la música, la danza, y diversas técnicas actorales y artísticas” buscan obtener una respuesta diferente al comportamiento tradicional de la relación médico-paciente, trascendiendo los vínculos sociales aceptados, por otro tipo de contractos comunicativos personales “bastando con la conversación, el contacto físico o la mirada amable”

Dicho modelo de atención se solicita entonces, como una metodología alternativa comunicativa apremiada a la inclusión en los currículos de formación profesional más formación relacionada con la humanística, utilizando herramientas artísticas y culturales con un énfasis abierto en ellas. Insistiendo

en que no todos sean doctores con una formación extra en histrionismo o artistas clown, pero sí imperando una constante necesidad de que existan los espacios para educar al personal formativo de salud en humanidad, en sensibilidad, en conocimientos de comunicación y diálogo efectivos.

Esto a su vez hace que el paciente sea una prioridad inviolable en la atención; mucho más si se recuerda que estos beneficios de los modelos comunicacionales de humanización tienen mayor eco cuando se trata de aplicación en niños, o bien en personas donde las experiencias de atención y diálogo son desarrolladas de una manera mucho más casual, espontánea, activa y totalmente dinámica como por ejemplo pacientes con enfermedad terminal, puesto que la recepción de un tratamiento médico en ellos debe ser asumido desde lo físico y espiritual buscando que no se interrumpan las necesidades que demanda todo paciente.

En la misma línea de construcción de atención de carácter diferencial se encuentra un segundo modelo que se vale de la música en busca de la asistencia y atención humanizada en el hospital, practicada por los enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que actúan en el área de aislamiento de la Unidad de Internación Pediátrica del Hospital de la Clínica de la Universidad de Estadual Paulista (Brasil), llamado: *Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital* de Corrêa y Guedelha (48), la investigación de este modelo es motivado por la asistencia hospitalaria rutinaria que ha sido fundamental en la atención salud y el cual ha contado con la evolución indiscutible y notable de las unidades de atención, en donde cada vez más se cuenta con mayor seguridad en los pacientes de mayor gravedad. Enfatizándose en unidades como lo son: el centro quirúrgico, la unidad de quemados, el centro de terapia intensiva y la unidad de aislamiento, entre otras.

Sin embargo ha contado con grandes espacios desgastantes en la relación entre los profesionales de salud, los pacientes y las demás personas

participantes de la relación de atención en salud tal y como lo esgrimen los autores: el equipo de una de estas unidades de atención a pacientes en estado crítico, vive situaciones complejas, pues aparecen a diario casos de emergencia, riesgos de muerte, tiempo prolongado de internación, lo que trae una sobrecarga de estrés en el trabajo

Esta situación conllevó a unas propuestas alternativas para la superación de dichas sobrecargas laborales pues para nadie es un secreto que la música, como lo han manifestado personajes ilustres en la historia, ha ayudado en la relajación y tranquilidad del ser humano. Es el caso de Demócrates, que utilizaba la auta para curar pestes o como es el ejemplo de Filipe V, de España, curado de trastorno maníaco depresivo por el canto del contratenor Farinelli

Las situaciones del día a día en una unidad de atención de salud motivó a realizar un modelo practico y enfatizado con en el paciente ya que facilita la concientización de emociones, la comunicación interpersonal y la posibilidad de concentrarse en aspectos saludables del paciente internadocon el único fin de generar un ambiente alegre, calmado y sereno, así reparar e inducir al relajamiento.

Este estudio se realiza por medio de unas sesiones de música desarrolladas en 2 meses y utilizando una auta traversa para la interpretación de canciones de compositores brasileños, de lunes a viernes, después de las 18 horas, con una duración de 30 a 40 minutos por sesión.

El equipo logró responder a una inquietud que sirvió de guía sobre las ventajas, desventajas y dificultades del equipo de enfermería para la utilización de la música en atención a los niños hospitalizados. En este modelo se desea que con los efectos rítmicos de la música pueda inducir la relajación del paciente, la liberación de endorfinas y la distracción. Siendo la música la

presentación de un modelo de atención humanizante para mejorar el estado sea de ánimo o enfermedad de una persona (48).

En continuidad con la presentación de modelos humanizantes el tercero es descrito por la autora Viera llamado *La humanización de la asistencia sanitaria* (49), que si bien es un ensayo de reflexión sobre el término de humanización basado en la filosofía de Emmanuel Lévinas, la autora propone el concepto "relación yo-otro" y "por el acto de cuidar", lo que ayudaría a seguir como modelo. Este artículo se basa en un concepto comunicativo originado creativamente desde la subjetividad del otro en simetría con las subjetividades del yo. Siendo esta simetría propicia para comprender conceptos como la empatía, que es una característica fundamental en los modelos de humanización; para este la clave del proceso de humanización es pensada en el otro como un absoluto y como una equidad, el ser humano es analizado como un absoluto y no como la típica estigmatización del simple paciente. Además se piensa en razón de las necesidades del otro, se solidariza con él y con sus necesidades; del mismo modo se aborda los hechos desde la óptica del otro, para luego canalizarse en situaciones hipotéticas como si se tratara y requiriera la atención en nuestro propio cuerpo, concentrándose gradualmente en sujeciones del comportamiento de la solidaridad con el otro.

Siendo un este ensayo un patrón para seguir ya que es realmente elocuente, enfático en el dialogo y funcional a través de la creación de una empatía; que a veces es tan difícil de obtener y tan necesaria en contextos masivos de atención y de despersonalización con el sujeto. Si bien se reconoce su dificultad por cuanto las situaciones de atención son apremiantes en tiempo por los sistemas de salud, o bien por la dificultades de practicidad logística que la atención en salud conllevan, es un artículo que con una sencilla formula de interacción, brinda un enfoque diferente y claro de humanización propicia desde la necesidades que tiene todo persona, todo paciente, la citación de

unos valores como herramienta de humanización con la aplicabilidad sometida a la empatía (49).

Por otra parte Guedes y cols, desarrolla la importancia de los programas de humanización del cuidado de los ancianos en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) este cuarto modelo menciona la complejidad de la atención que estos pacientes requieren por las condiciones de salud en que se encuentran, además se vincula la labor y la responsabilidad que se debe tener, logrando desencadenar estrés tanto para ellos como a sus familias y profesionales. De esta manera, la humanización en la unidad de cuidados intensivos aporta posibilidades para superar las limitaciones que se encuentran en este sector a partir de la comprensión del hombre en su estructura universal es decir, en su vida enteramente personal, cultural y política en cualquier otra situación a través de un servicio diferenciado por la empatía, responsabilidad y compromiso, especialmente cuando se trata de un paciente de edad avanzada

También se refiere que es posible por medio de la humanización en la UCI dar nuevas orientaciones al cuidado del paciente anciano desde el diálogo y la valorización del ser existente, donde el profesional de la salud, el paciente anciano y la familia son el objeto en el conocimiento de la situación vivida y, por consiguiente, en el proceso de tratamiento. Práctica permeada desde la empatía entre el equipo de salud, la familia y el paciente anciano; ver sus deseos, ansiedades, la sensibilidad de las respuestas a sus preguntas y la comprensión por su sufrimiento para el cuidado humanizado de los ancianos en la UCI y de sus familiares. Esto significa que durante el proceso de tratamiento, los profesionales logren identificar sus necesidades, informar a la familia sobre la evolución de este, establecer una relación de confianza con el paciente y su familia; fomentando así la sociabilidad en el hospital, despertando la solidaridad y la interacción social.

Este tipo de actitud hacia la humanización de los pacientes en la UCI ayudaría a que los programas de tratamiento sean más eficaces. La comprensión del paciente de edad avanzada en la UCI en el modelo de humanización no debe limitarse al diagnóstico y explicación de la patología, a su vez es necesario ir más lejos mediante la superación de las limitaciones, obstáculos y desafíos que puedan surgir durante el proceso de tratamiento, al ser un paso hacia la posible transformación en la asistencia (50).

De la misma forma, se debe entender que la necesidad de cada paciente es diferente y debe ser tratado de manera especial. Machado y cols (51), plantean un modelo para la humanización en cuidados críticos con el fin de ayudar a un paciente con esclerosis lateral amiotrófica que era dependiente de ventilación mecánica y hospitalización prolongada. Para esto se implementó la medicina narrativa que busca aliviar muchas situaciones emocionalmente cargadas, marcadas por el dolor, el sufrimiento, la angustia y el alivio. En este modelo se realizó una comunicación por medio del parpadeo y movimiento de los ojos, el método que se utilizó es llamado Barrido asistido-Partner (PAS) y utiliza un tablero con letra; estas se encuentran en líneas, de las letras más comunes a las letras menos comunes, en el sentido de la lectura. El paciente después de cinco meses de hospitalización, sería la primera vez que trataría de formar palabras para comunicarse directamente. Los resultados obtenidos por este tipo de método de comunicación fue el efecto humanizador que proporciona la comodidad física y psicológica al paciente dentro de los límites impuestos por su enfermedad. También se observó aumento de la sensibilidad y la empatía del personal en respuesta a las condiciones y los sentimientos del paciente (51).

Con este quinto modelo de atención se demuestra la necesidad de ver a cada paciente como ser único y proporcionar una atención integral, respetando la historia única de cada paciente.

De igual manera estos modelos explicativos han dado paso a otros modelos muchos más elaborados desde una filosofía de atención personal como son por ejemplo los modelos complejos de y para la humanización de las doctoras Ferreira y Araujo (52), llamado "Proceso comunicativo de humanización en salud" este sexto modelo busca aplicar en planos asistenciales y consultivos, la importancia de como las determinaciones sobre el carácter del individuo, su carácter formativo como profesional y la comunicación íntima del profesional-paciente con precisiones éticas, humanizan la atención de las actividades en el contexto de salud y esto a su vez pueda identificar las necesidades sociales de los usuarios, los empleados; el compromiso con la mejora de las condiciones de trabajo y servicio. Lo que proporciona un alto grado de responsabilidad en la atención, estableciendo lazos de solidaridad, participación colectiva en la comunicación y el diálogo para establecer verdaderos proyectos terapéuticos comprometidos con la vida y los derechos de los usuarios.

A modo de ejemplo, la humanización de la atención pasa a través de una (re) definición de la actitud subyacente de los profesionales en relación a sí mismo y su mundo, que es, por lo tanto, una ética. La humanización vista estrictamente desde el diálogo, con una clara participación activa tanto del paciente y el profesional en todo el proceso de atención donde los sujetos consensuan la más mínima decisión de manera libre y con total conocimiento referente a la atención, a la vez se necesita la reproducción de los profesionales de la atención (a través de la formación académica y la poderosa fuerza de los ejemplos); se reconoce como un ejercicio que implica una experiencia colectiva e individual, pero de alguna manera innata (52).

Por otro lado tenemos que la condición del profesional remite a la sutil relación de escuchar y atender, concibiendo esto según el modelo de humanización que propone Borod (53), como ese estado de alerta en el que siempre se debe estar para aprovechar el ambiente, para crear risas, y esto ayuda a que el paciente se sienta escuchado, sin utilizar sarcasmos ya que el

humor se puede tomar a mal cuando se utiliza de manera inadecuada, a veces los pacientes en su ansiedad por su tratamiento o por su diagnóstico dicen cosas bromeando para ver la reacción del médico tratante y no correspondemos con sus emociones y sensaciones, por una u otra excusa, porque los pacientes quieren que se preocupen por ellos por su cuidado, recordar cosas de ellos, que la relación no signifique un dato y una formula medica más, por estas razones y otras, este séptimo modelo llamado “SMILES” es para introducir el humor en el escenario de cuidados paliativos, ampliamente vinculante de las dinámicas humanizadoras, correlativa con la idiosincrasia colombiana dicharachera y tendiente a los espacios de humor, siendo este factor clave en la proyección de aplicabilidad (53).

Este modelo implementa varios pasos para su uso en la práctica clínica diaria y puede ser de gran ayuda cuando se visita a los enfermos terminales:

Paso 1, Sonrisa: una sonrisa es contagiosa, una sonrisa genera una sonrisa.

Paso 2, Contacto con los ojos: buscar el brillo en sus ojos y ser jocosos con los pacientes.

Paso 3, La intuición y la imaginación: usar la intuición y sentido para entender si el paciente está dispuesto hacer un intercambio chistoso.

Paso 4: Buscar, escuchar y saltar a la oportunidad: estar alerta y aprovechar el ambiente para crear risas, esto ayuda a que el paciente se sienta escuchado.

Paso 5, Los elefantes nunca olvidan: los pacientes quieren que se preocupen por ellos por su cuidado, recordar cosas de ellos.

Etapa 6: Sensible a la situación: es necesario ser sensible a la situación que esté pasando el paciente en ese momento.

Pero se aclara que si bien se trata de mantener un estado de humor en el proceso de comunicación médico no se busca un estado de euforia y alegría permanente que en vez de unir y fortalecer la relación médico-paciente, se genere una pérdida de la credibilidad en lo profesional; se propone así un estado de observación, una sensibilidad como una premisa general, innegable en cualquier atención de la relación naciente entre profesional-paciente; el valor de este articulado. Es sin duda buscar en todo momento la risa y el humor en el entorno de atención de salud, y hallar los numerosos beneficios en general en el trato con los muy enfermos del modelo propuesto por SMILES, porque hasta incluso cuando no hay nada porque luchar la idea es ómitigar la dolencia que provoca al saber que el paciente se encuentra en fase terminalô(53).

Sin embargo, de las primeras formas puntualizadas siempre existirá la gran inquietud si realmente pueden ser ofrecidas en un campo de viabilidad, en un contexto colombiano de si las hipótesis y las consecuencias de cualquier teoría conductual humana pueden ser respetadas en todo el proceso de atención en salud. Es por ello que se decide entonces enmarcar que algunos modelos humanizantes, son claramente en su contenido completamente aceptados, no obstante que en su transición de ejecución sean pocos practicados.

Ante esta situación se consagran los modelos de corte cuantitativo que buscan referenciar que por medio de procedimientos y preceptos estadísticos también se puede concluir en nociones de énfasis cualitativo humanizantes.

4.10 EN LAS FORMAS PROCEDIMENTALES

Como octavo modelo ejemplo y de acuerdo a la forma procedimental aparece el de las profesionales Soares y Correa, llamado "Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalario" (54), se busca evaluar como un modelo de humanización influye en el cuidado del niño encamado en una unidad de hospitalización pediátrica, todo a partir de la lectura de las historias infantiles generándose en él síntomas de mayor "relajación" mejoría, alegría. Estas sensaciones buscan hacer más amena su estadía en una unidad hospitalaria, siempre a partir experiencias documentadas a través de datos estadísticos aplicando una metodología de recolección de los datos que incluye entrevista individual, cuestionario, dibujos e historias elaboradas por los niños.

En esa secuencia de ejecución se realizó periódicamente un primer examen donde no hay espacio alguno de lectura, entrevista, dibujos, para luego gradualmente llegar a una cuarta sesión donde sí hay todas las acciones de lectura, entrevista y dibujos. En esta primera sesión como resultado puntual se halló que la mayoría de los niños estuvo disperso, indiferente, y triste.

Formando una rúbrica continua tanto en la segunda como tercera hasta llegar a la cuarta sesión donde sí se contó con total espacios de lectura cuentos infantiles, entrevista individual, cuestionarios, dibujos e historias elaboradas; obteniéndose unos resultados de mejoría en las reacciones de los niños, participación, atención y alegría durante las sesiones de lectura; hallándose que ninguno de los niños estuvo disperso, indiferente, ni triste en ninguna de las sesiones.

Para el resto de percepciones, con respecto a la primera, se observó un mejoramiento en la cuarta sesión, se obtuvo como resultados significativos de manera positiva y a la alza cambios comparativos de un 86.6%, una relajación

del 60.0% y espontaneidad e interacción con la familia con 33.3% cada uno (54).

En esta misma secuencia de modelos procedimentales aparece el alterno y no insignificante modelo, expuesto por parte de las Doctoras Trentini y Vásquez llamado: *“La responsabilidad social de la enfermería a través de la humanización de la política de salud”* (55), allí la humanización se aborda a través del departamento de enfermería y la materialización de nuevas y constantes redes de acción y pensamiento de atención, así es como estas redes de acción y pensamiento valorizan la defensa de la vida haciendo que: *“Dentro de este modelo, el gerente / administrador responsable de la implementación de políticas y acciones para los derechos de los usuarios que incluye la buena relación entre estos , empleados y profesionales , debido a que estas acciones se reflejan en la atención a los usuarios...”* (55).

Dando valor a la defensa de la humanización, de la dignidad, de la vida; debido a que estas acciones son el reflejo en la atención a los usuarios, logrando así una calidad en la atención de enfermería y junto a ella la inmersión de facetas muchos más gravitantes como la participación política de una sociedad más humana, más saludable y más protagonista en la justicia y paz.

Todo lo anterior siendo posible gracias a la necesidad de transmitir e implementar unos procesos de aplicación, que para el presente caso es dado gracias a un departamento de enfermería altamente comprometido por demás, pero tranquilamente puede ser una práctica de varios departamentos o sistemas de atención territorial puesto que esta actitud generalizada de desarrollar procesos de acción y valorización humana puede verse agregado en otras dependencias de atención en salud. Todas ellas encaminadas al fin común de la política pública: Salud.

Modelo pues que es solo una consecución particular a lo general para hacer a partir de la relación básica y la proyección profesional una completa actividad de participación pública con la pretensión de que a través de la aplicabilidad de esquemas comunes de usos y costumbres concretos de humanización se pueda lograr desarrollos sociales y culturales.

4.11 APLICABILIDAD

Luego de estas presentaciones de los modelos humanizantes comunicativos se le puede preguntar el lector en comparación con su realidad material y su vivencia e interacción con los sistemas de salud lo siguiente: ¿tiene aceptación las continuas participaciones de los modelos comunicativos y sus amplias y variadas facetas de humanización, si claramente ha existido por parte de las instituciones unas contrarias prácticas de la misma?

Si se somete a el colectivo imaginario de la sociedad colombiana, se obtiene casi que categóricamente un no como respuesta y que estos modelos son simples expresiones sin eco científico, y con escasas oportunidades pragmáticas de actividad pero esta no sería la misma respuesta en los ámbitos científicos más destacados, mucho más cuando en estos espacios científicos es donde más se ha realizado una profunda reflexión sobre las perspectivas de aplicabilidad y ejecución de los modelos de humanización tanto en corto como a largo plazo y en donde por medio del sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) Decreto 1011 de 2006 y a través de su Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia como anterior mente se expuso, plantea un acercamiento a la humanización, vigilado y controlado, contando con la acreditación en salud como medio de herramienta, avanzando así en la implementación de una agenda para que las instituciones reflexionen sobre aspectos puntuales de la humanización y desarrollen estrategias que permitan un abordaje más apropiado en este sensible tema⁶(37).

En este sentido, y luego de abordar las consagraciones respectivas sobre un sistema de humanización y guardando las distancias con los desarrollos contextuales y depurados de los modelos humanizantes de países como Brasil, consigue señalarse que este caso es asimilado en las experiencias colombianas por cuanto hay una enfática atención y prioridad humanizante en la persona, así mismo para el sistema de salud y el personal de atención profesional electo existe un proceso totalmente sincrónico y compatible.

Buscándose la humanización como una postura viable de salud como servicio público que siga siendo desarrollado bajo términos mucho más sociales, dinámicos y ontológicos como es el caso de Brasil. Allí, a través del Sistema Único de Salud (SUS), se ha configurado que la atención en salud sea una faceta primeramente guiada para el bienestar y fomentada constitucionalmente legalmente como un derecho igual que en Colombia, es decir, en una premisas de Política pública y haciendo de estas búsquedas de bienestar, unas directrices nacionales públicas para luego enrutarlas hacia el camino de los modelos humanizantes (55).

En el momento de hablar sobre viabilidad y siendo expuestos estas razones y los modelos de humanización, se consideran que pueden obtener dicha viabilidad de práctica que los mismos en Colombia por dos grandes razones; primero el modelo constitucional y legal lo permite no de una manera perfecta como vimos en párrafos anteriores pero si enfáticamente con el discernimiento y la aparición de la dignidad humana en la atención en salud como un derecho fundamental; y segundo, la viabilidad de la humanización es predicada gracias a que hay toda una construcción de un modelo de atención integral y un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que al igual que en Brasil es gracias a que existe unos conductos y manuales operativos que pueden desarrollarse.

Compaginando, de un lado su objetivo principal de proveer servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, y a través de un nivel profesional óptimo y posteriormente conseguir una participación altamente digna de los usuarios, pacientes o personas.

Adhiriendo categóricamente a todo esto que el proceso de atención humanizante cuenta los medios tecnológicos y con el propósito de combatir unas profundas experiencias de omisión en calidad humana que en ciertos momentos han sido superados gracias a los métodos aplicativos tecnológicos, pero que actualmente se podría decir que a pesar de contar con estos amplios métodos tecnológicos, con descripciones humanizantes loables de los Sistemas Obligatorios de Garantía de Calidad. No se poseen unos apremiantes modelos, conocimientos, y técnicas científicas esplendidas en su aplicación con fundamento en la humanización; pero con la esperanza de que tal vez el uso que se le ha dado es apenas uno de los posibles (10).

Dejando como principales implicaciones que la simple mención de que los modelos humanizantes que comúnmente han sido percibidos y captados por medio de los servicios en salud de cualquier modo, esto es practicados en un simple protocolo de acreditación, deletreado en unos manuales muy bien estructurados pero con pocas posibilidades desde lo aplicativo han generado una contradicción de los procesos formativos y experimentales del área de la salud, desde orbitas gerenciales hasta las orbitas más básicas de atención.

segundo, por medio de esta investigación se han dilucidado algunas de las principales características de los modelos humanizantes y los mayores valores formativos de los líderes y profesionales en el área de la salud; que ahora más que nunca son fundamentales para las instituciones, porque permiten aproximar al trabajo realizado día a día en las áreas de la salud y también encontrar las características personales de aquellos líderes que son los protagonistas y/o abanderados de mantener y generar las transformaciones en los contextos de salud. Hernández alude que: **la** humanización en salud

requiere líderes que se caractericen por generar cambios en los comportamientos y actitudes de las personas, promoviendo el bienestar integral a partir del trato humanizado(56).

Y tercero, como mayor implicación se ha determinado que los modelos de humanización son claramente aplicables en Colombia y que con el ejemplo de Brasil a la vista se puede decir con mayor ahínco y optimismo que son modelos altamente apremiantes desde su ejecución hasta su retribución por cuanto desarrollan esa política pública de atención, además de humanizar a una sociedad con altos índices de disparidad social.

CONCLUSIONES

Luego de un completo análisis y como producto de una búsqueda asidua con referencia a la humanización en salud, se ha evidenciado y presentado algunos modelos de humanización en la atención en salud que han sido presentados de acuerdo las múltiples formas de intercambio que se desarrollan en la relación paciente-profesional de la salud, siendo estos modelos estructurados en razón de una previa identificación de unas causas de deshumanización en la atención en salud.

Por tal motivo se concluye primero que sin importar el modelo la acción humanizadora el profesional en salud no solo debe ser tenido en cuenta como un concepto o elemento más en la atención de humanización en salud sino que toda la viabilidad de cualquier modelo aplicable es gracias a la titánica y concienzuda labor; mucho más si se toma en cuenta que una de las causas o factores de riesgo de deshumanización es la impávida capacidad del profesional en salud con la persona que requiere de su conocimiento.

Segundo, que la comunicación y la tecnología en diferentes espacios y tiempos son nociones y postulados altamente calculados y eficaces, que no siempre son de una sencilla obtención. Sin embargo son altamente aplicativos como herramientas de desenvolvimiento de los modelos de humanización, a estas perspectivas de tecnología y comunicación aplicativa se logró hallar que en Colombia han sido oportunas, es por ello que cuando se realizó la asimilación con otros sistemas de salud como el brasilero siempre la comunicación y la tecnología fueron los debidos enlaces de aplicación humanizante.

Tercero, es importante tener en cuenta que la ley en Colombia, se preocupa por el cubrimiento de temas relacionados con la humanización del servicio. Un ejemplo es decreto 1011 de 2006 por el cual se define el Sistema

Obligatorio de Garantía de Calidad que regula a las entidades que solo está en el proceso de acreditación, por eso es importante que se tome a futuro un modelo bien estructurado para la atención humanizada en salud y sea una política obligatoria para todo el sistema Colombiano.

Cuarto, se muestra que la principal acción humanizadora es el intercambio de relación entre profesionales de la salud, los pacientes y sus familias que pueden ser mediados por el humor, la música, el arte, la lectura y lo más importante por la comunicación. Los modelos que se encuentran en esta revisión bibliográfica han ayudado a mejorar la atención de los pacientes, lo que demuestra que es necesario actuar con sensatez en la en la reestructuración del proceso de una política de humanización de salud en Colombia.

Quinto, evidentemente se aprecia la poca expresión cuantitativa de las publicaciones sobre el tema de modelos de humanización en salud en los últimos años. Enfatizamos la necesidad de invertir en investigación y publicaciones referentes a la creación de nuevos modelos que hagan énfasis en su aplicación, puesto que los servicios de atención en salud requieren de gestiones reales para lograr su humanización efectiva y que ésta no se quede en el documento teniendo un efecto claro en los pacientes, familiares y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gafo Fernández J. 10 palabras clave en bioética. Estella (Navarra): Verbo Divino; 1997.
2. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>
3. Gervas J, Fernández MP. Cómo ejercer una medicina armónica: claves para una práctica clínica clemente, segura y sensata. Docu-ENS [Internet]. 2012 [citado 16 de agosto de 2016]; Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500576/n3.9_Como_ejercer_una_medicina_arm__nica.pdf
4. Caribe CE para AL y el. Alicia Bárcena: «La innovación debe ser el motor del desarrollo económico y social» [Internet]. 2015 [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/comunicados/alicia-barcena-la-innovacion-debe-ser-motor-desarrollo-economico-social>
5. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 5 de enero de 2016;7(1):1227.
6. Rafael ARF. Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. Adv Nurs Sci. 2000;23(2):34ñ49.
7. Correa I, Albano MAS. Reading fairy tales as a humanization strategy of hospitalized children care. Investig Educ En Enferm [Internet]. 24 de noviembre de 2011 [citado 30 de abril de 2016];29(3). Disponible en: <https://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/6419>
8. Naranjo JCS. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. Rev Médica Risaralda. 2013;19(2):1.

9. Sistema Único de Acreditación en Salud [Internet]. [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
10. Ariza Olarte C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enferm Univ.* marzo de 2012;9(1):41-51.
11. Velandia López CI. Significado de ser humano en los documentos sobre competencias laborales de la Procuraduría General de la Nación y entidades reguladas por el Decreto 2539 de 2005. 2014;
12. Definición de Humanización» Concepto en Definición ABC [Internet]. [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/social/humanizacion.php>
13. Valverde C. IV fenomenología del comportamiento humano [Internet]. [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en:
<http://mercaba.org/Filosofia/Valverde/107-142.htm>
14. Carbonell E, Hortolà P. Hominización y humanización, dos conceptos clave para entender nuestra especie. 2013 [citado 30 de abril de 2016]; Disponible en: <http://rodin.uca.es/xmlui/handle/10498/17009>
15. Roza MMR da, Barros MEB de, Guedes CR, Filho S, Barbosa S, Roza MMR da, et al. Experience of an education process linking humanization and institutional support within healthcare work. *Interface - Comun Saúde Educ.* diciembre de 2014;18:1041-52.
16. Bermejo JC, Durbán M. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. [citado 30 de abril de 2016]; Disponible en:
http://www.josecarlosbermejo.es/sites/default/files/el_compromiso_de_la_humanizacion_en_las_instituciones_sociosanitarias_-_actas_dependencia.pdf

17. Pérez AR. Nosotros somos humanos, los otros no. El estudio de la Deshumanización y la Infrahumanización en Psicología. RIDPSICLO. 2016;1(1):12.
18. Castel JP, Rivera VS. Demencia y racionalidad en. Alma Mater (Baltimore). :47.
19. Bermudez A. Modelo de gerencia de servicio basado en la humanización. Universidad de la Sabana; 2006.
20. Hernández PAH, Ramírez MAC, Sánchezd DC. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Investig Educ En Enferm. 2008;26(2):218ñ225.
21. ASALE R-. modelo [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 11 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=PTk5Wk1>
22. Concepto de modelo [Internet]. [citado 11 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/lsg/concepto_modelo.html
23. Rojas A, Lara L. ¿Ética, bioética o ética médica? Rev Chil Enfermedades Respir. 2014;30(2):91ñ94.
24. Peabody FW. Ética médica y competencias profesionales en la formación del médico. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2008 [citado 30 de abril de 2016];51(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un083g.pdf>
25. Definición de Paciente » Concepto en Definición ABC [Internet]. [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/paciente.php>
26. Ministerio de Salud, Colombia. Decreto 1011 3 Abril 2006 [Internet]. [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20ODE%202006.pdf

27. Gervas J, Fernández MP, Cobos LP, Sánchez RP. Viente años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. MEDAFAR; 2005.
28. Profesional de la salud - Definición [Internet]. [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/15806-profesional-de-la-salud-definicion>
29. Profesional de la salud. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Profesional_de_la_salud.
30. OMS | El efecto de las crisis mundiales en la salud: dinero, clima y microbios [Internet]. WHO. [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financiacrisis_20090318/es/
31. Marugán. El discurso capitalista como forma de vínculo social [Internet]. lamarea.com. 2015 [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.lamarea.com/2015/09/06/el-discurso-capitalista-como-forma-de-vinculo-social-sus-consecuencias-y-alternativas/>
32. Toro R. Cura médica de almas. Psicol Desde El Caribe. julio de 2001;109-17.
33. El Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. [citado 12 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
34. Congreso de Colombia. Ley 90 de 1946, Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. 1946.
35. Rocha Anderson. Antecedentes historicos de la seguridad social en salud: Parte de la construcción de un país sin memoria. CES. 2010;67-70.

36. Consulta de la Norma: [Internet]. [citado 16 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38289>
37. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Colombia versión 003 descriptores, acreditación - accreditation. Bogotá (Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2012).
38. Resolución No. 294, Por la cual se dicta y adopta la política de humanización en salud. 2009.
39. Bohórquez Carrillo JJ. ¿Deshumanización en medicina?: alteridad o beneficio. 2012.
40. Bueno M. ¿Qué favorece la no humanización en nuestro sistema de salud? [Cali, Colombia]: Católica de manizales; 2014.
41. Cerda I. La ciencia y la tecnología ante la humanización de los servicios de salud. Med Vida Salud. marzo de 2008;2:3.
42. Vargas Minor. Humanización en los servicios de salud: programa «calidez» de la CCSS. Medicina vida y salud. marzo de 2008;2:2.
43. Rodríguez CE. Humanización de la atención en salud y acreditación. Fund Visión. 2011;
44. CEPRID. Espiritualidad y vida social: Las necesidades terrenales del cuerpo y del alma [Internet]. <http://www.nodo50.org/ceprid>. 2014 [citado 30 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.nodo50.org/ceprid/spip.php?article1858>
45. Bermejo Higuera JC, Lozano González B, Villacieros Durbán M, Gil Vela M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. Med Paliativa. julio de 2013;20(3):93-102.

46. Castañeda C, Orozco M, Rincón G. Empoderamiento, una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico. *Hacia Promoc Salud*. 9 de junio de 2015;20(1):13-34.
47. Naranjo JCS. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. *Rev Médica Risaralda*. 2013;19(2):1.
48. Corrêa I, Guedelha Blasi D. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. *Investig Educ En Enferm*. 2009;27(1):46ñ53.
49. Almeida DV. Humanization of health care: a reflexive theoretical essay based on the philosophy of Emmanuel Lévinas. *Texto Contexto - Enferm*. septiembre de 2014;23(3):767-75.
50. Guedes, Janahú. Humanization in the elderly care in the ICU. *theHealth*. 13 de julio de 2014;5:40-3.
51. Facioli AM, Amorim FF, de Almeida KJQ. A Model for Humanization in Critical Care. *Perm J*. 2012;16(4):75-7.
52. Suely Ferreira. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface-Comun Saúde Educ*. 2009;13:641ñ649.
53. Borod M. SMILESò toward a better laughter life: a model for introducing humor in the palliative care setting. *J Cancer Educ*. 2006;21(1):30ñ34.
54. Albano MAS, Correa I. Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalario. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(3):370ñ80.
55. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. (Portuguese). *Natl Humaniz Policy Bet Collect Prod Chang Manag Care Methods Engl*. 2 de enero de 2009;13:701-8.

56. Hernández PAH, Ramírez MAC, Sánchez DC. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investig Educ En Enferm*. 2008;26(2):218ñ 225.