

CAPÍTULO I

La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación

*Alonso Tejada Zabaleta**

<https://orcid.org/0000-0002-4325-9667>

La voluntad moral trabaja por humanizar más y más al hombre, levantándolo sobre la bestia, como un escultor que, tallando el bloque de piedra, va poco a poco sacando de él una estatua.

Alfonso Reyes Ochoa

Introducción

El presente capítulo realiza una revisión del concepto de humanización centrado en la salud, desde una perspectiva psicosocial. Se intenta realizar aproximaciones a su definición y contextualización,

* Universidad Libre- Seccional Cali
Cali, Colombia

✉ alonso.tejada@unilibre.edu.co

Cita este capítulo:

Tejada Zabaleta, A. La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación. En: Obando Cabezas, L. Ed. científica. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 21- 49.

para culminar en la propuesta de un modelo para avanzar en su implementación en los diferentes niveles del sistema de salud, particularmente colombianos, aun cuando dicha implementación puede realizarse en otros contextos latinoamericanos con los ajustes necesarios.

La estructura del capítulo establece una serie de secciones que cumplen con los criterios señalados de definición, contextualización e implementación.

Respecto a las definiciones, se parte de un análisis del constructo humanización, analizándolo como concepto de estudio y la deshumanización como variación del concepto; luego se presentan algunas perspectivas psicosociales de la deshumanización y el análisis de un modelo dimensional de la relación humanización/deshumanización.

A continuación se realiza la contextualización del concepto como política pública, señalando la experiencia de Brasil que tiene de manera explícita una política pública en humanización. La sección se cierra describiendo los avances en Colombia para desarrollar política pública en humanización.

Finalmente se presentan los elementos para la implementación de una propuesta de humanización en salud, caracterizando los principios fundamentales del modelo propuesto; los contextos en donde se implementaría son: los agentes de la salud involucrados; los actores y agentes usuarios y la comunidad. El capítulo cierra planteando la propuesta como un sistema integral y complejo.

1. Análisis del constructo humanización

Humanización: el concepto de estudio

Humanización hace referencia a un concepto de carácter ideológico y moral, que en el caso de la salud y particularmente de los procesos involucrados en la atención en salud, se refiere a un imperativo ético fundamentado en que la atención debe realizarse siguiendo una serie de criterios, parámetros y postulados referidos a un trato y cuidado “humano”; es decir basado en la calidad, integralidad e integridad del servicio; la calidez y sensibilidad en la atención; la afirmación de la dignidad y el respeto a la intimidad, autonomía e individualidad, así como el respeto de los derechos del otro que funge como usuario o paciente en la relación entre el personal de salud y el contexto con el cual interactúa.

Sin embargo, por su carácter ideológico, históricamente ha estado más asociado al asistencialismo, la filantropía y a condiciones mendicantes.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta que se puede plantear es ¿por qué hay que dar especificidad a dicho trato humanizado, si por definición debería ser la forma de actuación propia en las relaciones de atención en salud?

Probablemente se pueden inferir una serie de condiciones históricas y sociales que puedan dar elementos para hipotetizar algunos orígenes de las contradicciones que se suscitan en la llamada acción humanizada.

Deshumanización: la variación del concepto

Desde el punto de vista histórico, político y social, ha sido el uso del concepto deshumanización el más común y ello porque históricamente, desde la antigüedad han concurrido las condiciones de esclavitud, exclusión, inequidad, dominio, violencia y estas situaciones han estado relacionadas con condiciones de poder y dominación individual, grupal, colectiva, social, cultural, étnica, idiosincrática, etc. Actualmente y en relación con la salud, obedece también a las formas de capitalismo dominantes, que restringen los derechos y posibilidades de mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de las personas.

Deshumanización: perspectivas psicosociales

Desde la psicología, particularmente la psicología social y en lo referente a lo psicosocial, el continuo humanización-deshumanización se ha dimensionado desde diferentes perspectivas, pero se da énfasis a las siguientes:

- El poder y las condiciones de poder
- El prejuicio
- La discriminación

Y estos conceptos se han asociado a otros como desigualdad, inequidad, injusticia, marginalidad, invisibilización, estigmatización, rotulación; que se traducen en factores de riesgo psicosocial afectando significativamente el comportamiento, las acciones, la calidad de vida, la vulnerabilidad y el bienestar de las personas y los grupos que han sido afectados por estas condiciones.

En psicología, además del concepto de deshumanización, se incluye por parte de algunos autores el término infra-humanización. Es el caso de Demoulin, Saroglow y Van Pachterbeke (2008) quienes plantean que la infra-humanización es la completa denegación de la humanidad de otros; también DeLuca-McLean y Castaño (2009) que señalan que en la infra humanización se percibe a los individuos como inferiores a los de otros grupos, por ejemplo, en dimensiones tales como la inteligencia; o también son percibidos como carentes para experimentar emociones humanas. En sentido similar, Pereira, Valla y Leyens (2009) señalan en la infra humanización, la consideración de ciertos sectores, que consideran la existencia de individuos como menos humanos.

También desde la perspectiva psicosocial en el área de la salud, se ha intentado establecer taxonomías dimensionales para confrontar el continuo entre humanización y deshumanización.

Dimensiones de humanización/deshumanización

Todres, Galvin y Holloway (2009), plantean una clasificación de dos dimensiones en las que señalan los factores de humanización y deshumanización en salud. La siguiente tabla presenta dichas dimensiones:

Cuadro N° 1. Dimensiones de Humanización/Deshumanización

Formas de humanización	Formas de deshumanización
Información privilegiada	Objetivación
Agenciación	Pasividad
Unicidad	Homogenización
Unión	Soledad

Dar sentido a las cosas	Pérdida de sentido
Ruta personal	Pérdida de ruta personal
Sentido de lugar	Dislocación
Personificación	Reduccionismo del cuerpo

Fuente: Tomado y traducido de Todres, Galvin y Holloway (2009, p. 70).

Según dichos autores en la *Información Requerida/Objetivación*, la información requerida, sería la condición de humanización que hace referencia al reconocimiento de los sentimientos, estados de ánimo y emociones de las personas y se hace respondiendo a sus necesidades, suministrando así la información necesaria y suficiente que requiere el paciente o usuario sobre su condición. La objetivación se referiría al acto deshumanizante en el que la persona es tratada como un objeto, por enfocarse exclusivamente en el sistema diagnóstico, mostrando simplemente un dato estadístico o un rótulo, configurando una disociación al enfatizar la distancia entre una persona enterada y una con desconocimiento.

En la *Agencia/Pasividad*, Todres, Galvin y Holloway (2009), señalan que ser humano permite la capacidad de hacer elecciones y dirigir las acciones, constituyéndose en agente de sus actos. Dicha capacidad de elección y acción se relaciona, según los autores, con la dignidad. En la pasividad se enfatizan las actitudes y prácticas que hacen que la persona actúe pasivamente ante su condición y tratamiento. “Tradicionalmente, el modelo médico ha enfatizado una visión de la persona y de su cuerpo sujeta a fuerzas internas y externas” (Todres, Galvin y Holloway, 2009, pág. 70).

En la *Unicidad/Homogenización*, la unicidad se refiere a que ser humano es actualizarse a sí mismo como único, y tal unicidad no puede ser reducida a una lista de atributos y características generales. Ser humano es más que la suma de las partes y se es parte de una gran cantidad de influencias y contextos; lo que hacen personas particulares en momentos particulares y que caracterizan una particular individualidad. En la homogenización hay un excesivo foco en restar la importancia de la unicidad de una persona, en favor de una mirada de cómo ella se ajusta a un grupo particular de referencia.

En la dimensión *Unión/Soledad*, la forma humanizada está contenida en la unión que los autores plantean como, que ser humano es estar en comunidad, pues nuestra unicidad existe en relación con otros. Esto establece un diálogo entre qué tenemos nosotros en común y cómo lo organizamos y damos sentido en la vida personal y única. Así, por diferentes vías y en diferentes tiempos, conceptos como privacidad, conectividad humana e intimidad se vuelven importantes. De tal manera, que la dimensión de unión hace posible la experiencia de empatía, en que podemos apreciar el sufrimiento y las luchas “del otro”. Esas comunalidades o unicidades pueden ser sobre-enfatizadas y así tienen implicaciones para el cuidado y la atención. En la dimensión de soledad, nuestros propios sentimientos se separan del sentido de pertenencia con otros. Nuestras conexiones sociales diarias son interrumpidas y nos podemos sentir solos. En la soledad nuestro sentido de alienación respecto a otros puede variar en grados. Esto hace inevitable que se produzca un sentido de separación de nuestro mundo social íntimo y del significado hacia los otros. La soledad, sin embargo, puede ser mitigada o exacerbada por diferentes sistemas y prácticas de cuidado y atención de la salud.

En la dimensión *Dar sentido a las cosas/Pérdida de sentido*, la forma o condición humanizada corresponde al sentido de decisión, o dar

sentido a las cosas, que desde la perspectiva de Todres, Galvin y Holloway (2009), hace referencia a que, ser humano es atender por el significado de las cosas, eventos y experiencias para la vida personal y esto nos impulsa a la motivación y a dar significado a las cosas. En la pérdida de sentido, los humanos se vuelven números y estadísticas. Así cuando somos contados como estadísticas, el tratamiento que se nos da no tiene sentido para nosotros porque lo que es importante para la estadística, no necesariamente lo es para la experiencia individual humana.

Respecto a la *Ruta personal/pérdida de la ruta personal*, la primera hace referencia a la ruta, camino o trayecto personal que realizamos en la vida y que, por lo tanto, ser humano es estar conectado con un sentido de continuidad; así el pasado nos permite conocer el contexto, el antes y el después. Y el futuro, siendo desconocido, ofrece la posibilidad de la novedad y de algunas cosas diferentes. Ser humano es estar conectado entre la familiaridad del pasado y la no familiaridad del futuro. La pérdida de la ruta personal puede ocurrir cuando las prácticas de cuidado en salud, no prestan suficiente atención en la historia y en futuras posibilidades de la historia de vida de una persona; “lo que se manifiesta en un excesivo énfasis en *cómo* es la persona y no *quién* es la persona” (Todres, Galvin y Holloway 2009, p. 73).

La dimensión, *Sentido de lugar/dislocación*, plantea en la dimensión humanizadora, que ser humano es venir de un lugar particular en que el hábitat no es solo un medio ambiente físico mensurable en términos cuantitativos, sino que el lugar genera sentimientos significativos de estar en casa o en el hogar. Es una colección de condiciones y situaciones que proveen un grado de seguridad, confort, familiaridad, continuidad. La dislocación es una forma de deshumanización que ocurre cuando el sentido de lugar se pierde u oscurece y surge la sensación de sentirse extraño.

En la *Personificación/Visión reduccionista del cuerpo*, ser humano reúne maneras de vivir con los límites frágiles de la personificación humana. Nuestro conocimiento revela el cuerpo humano con cansancio, dolor, hambre; pérdida de función, excitación, vitalidad y otras experiencias. Una perspectiva humanizada puede mostrar el bienestar como una cualidad positiva que vale la pena para nuestra vida y no solo como una ausencia de enfermedad, con una visión del cuerpo como un objeto para reparar. En la visión reduccionista del cuerpo se hace más énfasis sobre los signos y síntomas y el cuerpo es separado desde sus contextos más amplios. Es un excesivo énfasis en tejidos, órganos, hormonas y electrolitos, y una negligencia de una mayor visión relacional del cuerpo en sus más amplios contextos como el psicológico, medioambiental, social y espiritual. (Todres, Galvin y Holloway, 2009).

2. La contextualización de la humanización como política pública

Humanización: como política pública

De acuerdo con lo señalado hasta ahora, parecería claro que la humanización en salud debería ser una condición de extremada significación y que debería existir como política pública en cualquier país.

Sin embargo, aun cuando hay desarrollo de *planes y programas de humanización en salud* en varios países, incluyendo países europeos y latinoamericanos, para esta revisión, solo se encontró un país en donde la *humanización* obedece a una Política Pública: Brasil. (El caso colombiano será revisado en la siguiente sección).

La Política Nacional de Humanización de Brasil (2004) se denomina HumanizaSUS y define la humanización como: “Humanizar es ofertar atención de calidad, articulando los avances tecnológicos con acogimiento, con mejoría de ambiente de cuidado y las condiciones de trabajo de los profesionales” (Ministério Da Saúde, 2004, p. 6).

Se presentan a continuación algunos elementos relevantes de dicha política:

Establece niveles del Plan Nacional, que son:

- Universalidad
- Equidad
- Integralidad
- Control Social

De igual manera, sostiene que la *humanización* no debe ser entendida como un programa, sino como una política transversal de todo el sistema de salud.

Da especial importancia a la corresponsabilidad como compromiso mutuo de las partes, estableciendo que la

Corresponsabilidad implica cambio en la cultura de atención a los usuarios y en la gestión de los procesos de trabajo...Es tener como padrón la atención o vínculo con los usuarios; es garantizar los derechos de los usuarios y sus familiares; es estimular a que ellos se coloquen como autores del sistema de salud, por medio de su acción de control social; es también, tener mejores condiciones para que los profesionales efectúen su trabajo de modo digno y creador de nuevas acciones y que puedan participar como cogestores de su proceso de trabajo (Ministério Da Saúde, 2004, p. 7).

Esos procesos de relacionamiento mutuo entre los actores del sistema en humanización suponen intercambios de saberes (incluidos los de los pacientes y sus familiares).

De la misma manera, se propone un diálogo entre profesionales y modos de trabajar en equipo, pero no para la solución de “un problema”, sino como producción de grupalidades que surjan de construcciones colectivas, que supongan cambios por los encuentros entre sus componentes.

Y la idea fundamental es el carácter transformador entre los miembros y elementos del sistema, entendiendo la humanización como estrategia de interferencias en el proceso de producción de salud, tomando en cuenta que los sujetos sociales, cuando son movilizados, son capaces de transformar realidades, transformándose a sí mismos, en ese mismo proceso.

Los avances hacia una política pública en humanización de la salud en Colombia

En Colombia no existe hasta la fecha una política pública exclusiva para la humanización en salud. De hecho, el concepto ha estado relacionado con las políticas de la calidad en salud y aparece diseminado o relacionado con conceptos similares o complementarios en las diferentes políticas del Estado colombiano.

Probablemente el documento que hace más referencias explícitas hacia una política pública en humanización es el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) – Plan Estratégico 2016-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a), que plantea la humanización como un principio orientador del Plan,

reconociéndolo como fundamento esencial del sistema de salud. Implica centrar su acción en las personas y que los agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental que constituye la salud y por correspondencia la humanización. Además, el documento asocia la humanización al empoderamiento de los usuarios para ejercer sus derechos.

De la misma manera, establece como una estrategia la construcción participativa de la política de humanización, fortaleciendo una red nacional de humanización y la formulación y divulgación de la política de humanización.

Por lo tanto, se plantea como una meta a 2021, el contar con la formulación, aprobación y divulgación de una política de humanización.

Como se señaló antes, otros documentos reglamentarios del Estado colombiano incluyen conceptos relacionados y complementarios con la humanización. Se señalan a continuación algunos de ellos:

La Resolución 000429 del 17 de febrero de 2016 o Política de Atención Integral en Salud (PAIS). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c) que se apoya en el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de *accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución*.

En el Artículo 3°, que se refiere al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la PAIS establece *un modelo* operacional que, a partir de estrategias ya definidas, adopta herramientas que permitan garantizar oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de *equidad*; comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionen coordinadamente las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión *centrada en las personas*.

Y respecto al Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS), señala que para el fortalecimiento de éste se deben implementar acciones desde cuatro ejes: la formación, la armonización con el esquema de *cuidado integral* y provisión de servicios, el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud, y el *mejoramiento de condiciones laborales*. Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.

También se encuentran elementos relacionados con humanización en el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014); respaldado por la Resolución 000429 del 17 de febrero de 2016: Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En éste programa, el objetivo general plantea aportar al derecho a la salud, así como al mejoramiento de la *calidad, integralidad, continuidad y humanización* de los servicios, a la resolutividad en la atención en salud y la articulación de las acciones individuales y colectivas, sectoriales, intersectoriales y comunitarias, a través del fortalecimiento de la salud y la medicina familiar y comunitaria en el sistema de salud, en el marco de la estrategia de APS (Atención

Primaria en Salud), la gestión integral del riesgo y las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública.

Elementos similares y relacionados con humanización se encuentran en otros documentos de las políticas en salud del Estado colombiano. Algunos de ellos son:

La Ley 1616 de 2013 o Ley de Salud Mental (Congreso de la Republica de Colombia, 2013); la Ley 1618 de 2013, que establece los derechos de las personas discapacitadas (Congreso de la Republica de Colombia, 2013); el Decreto 1965 de 2013, que reglamenta la Ley 1620 de 2013 y que crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación y la prevención y mitigación de la violencia escolar (Ministerio de Educación Nacional, 2013); el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria desde la Dirección de Talento Humano en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a); el Observatorio de Talento Humano en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b); la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a); la Resolución 000429 de 2016, correspondiente a la reglamentación de la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b); el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a); el Protocolo de Atención Integral en Salud con renfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b); el Proyecto de Resolución para la Adopción de la Política Nacional de Salud Mental y su anexo técnico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a) y la Resolución 004886 de 2018 que establece la adopción de la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

3. Elementos para una propuesta de humanización en salud

Intentando tomar elementos sustanciales referidos a la humanización en salud y desde una perspectiva psicosocial, se presenta a continuación una propuesta de implementación de un sistema de humanización para ser desarrollado en los entornos que están relacionados con la salud. En sí, se configura como un modelo que debe ser probado y reestructurado de acuerdo con las circunstancias y a la diversidad de condiciones y ámbitos que constituyen el sistema de salud.

Dimensiones del modelo

Como se señaló, el modelo se constituye en un sistema que contiene las siguientes dimensiones:

1. Contextos
2. Agentes de salud
3. Actores y agentes usuarios/comunidad
4. Sistema integral

Fundamentación del modelo

Se propone una serie de principios relacionados con la humanización que fundamenten ontológica, epistemológica y axiológicamente al modelo y que se configuren como principios orientadores de la propuesta. Dichos principios son:

1. **Integral:** Que cubra la totalidad del sistema, incluyendo contextos, actores y agentes.
2. **Equidad e inclusión:** Que garantice la atención a cualquier individuo, sin distinción de raza, género, ubicación, edad o condición.

3. **Enfoque diferencial:** Que se fundamente en el respeto a la diferencia, la diversidad, los derechos humanos.
4. **Enfoque psicosocial:** Que reconozca el papel de las condiciones psicológicas y sociales, así como los factores de riesgo y protección psicosocial, tanto en los procesos de evaluación y diagnóstico, como en las estrategias de intervención, prevención y promoción
5. **Enfoque formador y educativo:** Que las acciones estén dirigidas al establecimiento, fortalecimiento y mantenimiento de procesos de aprendizaje que posibiliten transformaciones prosociales, de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida individual, grupal y colectiva.
6. **Empoderamiento:** Que las acciones formativas se dirijan también a posibilitar que los grupos, colectivos y comunidades fortalezcan sus condiciones de poder para tomar decisiones sobre el sistema, actuar y ejercer control social sobre el mismo.
7. **Autorregulación:** Que se fundamente en el aprendizaje de procesos de autorregulación y autotransformación que posibiliten respeto y cuidado de sí mismo, de toma de decisiones eficaces y efectivas, de evaluación y afrontamiento de consecuencias, de valoración y acción sobre riesgos y beneficios, de posicionamiento frente al mundo y la realidad.
8. **Agenciación:** Que se desarrollen capacidades o competencias que posibiliten la generación de cambios para transformarse y transformar la realidad.
9. **Calidad, calidez y transparencia:** Que se desarrollen capacidades de atención acogida y trato humanizado, dando

todo el conocimiento profesional con ética y valoración del otro, comunicando con transparencia y veracidad la información necesaria para el otro a través de consentimientos informados que cumplan con los criterios de rigor establecidos.

10. Transformación permanente: Que garantice que los procesos son permanentes y continuados, no fragmentarios ni esporádicos y que las evaluaciones diagnósticas, tratamientos e intervenciones estén basados en evidencia científica como imperativo ético de respeto a los derechos del usuario.

11. Paradigma de la complejidad: Que se asuma que en las lógicas de la postmodernidad se reconoce la complejidad sobre el reduccionismo, la fragmentación y el mecanicismo; por lo tanto, los intentos de abordar de manera compleja, sistémica, sistemática, interdisciplinaria e intersectorial los problemas de la salud, deben ser un eje orientador del modelo.

Modelo de humanización: contextos

La primera dimensión que se considera pertinente es la referida a los contextos en los cuales se desarrolla el modelo. Partiendo de una visión compleja, se debe intentar incluir el número suficiente y necesario de contextos involucrados en el sistema de salud.

En una lógica deductiva (de lo general a lo particular), el contexto macro estaría representado por el Sistema Nacional de Salud, que se fundamenta en la Política de Atención Integral en Salud, reglamentada por el Estado colombiano a través de todos sus sistemas normativos, jurídicos y legales. Estos sistemas influyen, direccionan y supervisan a las instituciones de salud, encargadas de prestar los servicios; dichas instituciones funcionan en diferentes contextos: hospitalarios o de

atención directa; pre-hospitalarios o de atención intermediada y de medio de contacto entre lo hospitalario y lo extra-hospitalario y lo extra-hospitalario que se refiere a la atención extramural o más centrada en la intervención en salud particularmente con comunidades. Como sistema integral, se supone una interacción funcional entre estos distintos contextos.

Respecto al contexto hospitalario, vale la pena evaluar elementos relacionados con el mismo, pues de alguna manera se conectan con los procesos de humanización. El contexto hospitalario se estructura, organiza y configura con diferentes ambientes o entornos: el *diseño arquitectónico* y el *diseño ambiental*, pues desde la perspectiva de la psicología ambiental, las percepciones que se tienen del ambiente construido afectan e influyen el comportamiento de las personas que interactúan con el mismo. La tecnología, los equipos, instrumentación e insumos; su adecuación, funcionalidad, actualización, etc., tienen que ver con el trato humanizado que se da al usuario. La estructura y los procesos funcionales de la organización hospitalaria, igualmente influyen en las formas de atención y esto incluye a los procesos administrativos y de gestión de la organización hospitalaria; procesos que igualmente pueden afectar y de hecho lo hacen, tanto a los usuarios como a los colaboradores de la institución.

Además, hay que tener en cuenta, aunque aún de manera general, los riesgos potenciales que se pueden presentar en el contexto hospitalario. Riesgos Biológicos, Químicos, Físicos y Ambientales, Ergonómicos, Psicosociales.

Finalmente, todo el sistema de atención humanizado debe estar dirigido a la comunidad en sus diferentes niveles; a nivel *individual, familiar, grupal, colectivo y comunitario*. De hecho, la APS (Atención Primaria en Salud) es una estrategia para poder garantizar atención en

salud con calidad y humanización, para atender a todos los sectores de la población.

La Figura No 1, representa de manera gráfica, la descripción realizada de los contextos de humanización.

Figura N° 1. Contextos de humanización en salud



Fuente: Elaboración propia

Humanización: Agentes de la salud

La segunda dimensión de análisis del modelo de humanización hace referencia a los agentes de la salud. Esta dimensión se relaciona con diferentes niveles de colaboradores en la organización. Siguiendo la lógica deductiva, se podría iniciar por los niveles de gestión y dirección

como directivos, gestores y administrativos; un nivel de profesionales tales como médicos, enfermeras, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, etc. Otro nivel corresponde a los agentes de apoyo y servicios, como especialistas, tecnólogos y técnicos de diferentes áreas relacionadas con la salud; aquí se incluyen orientadores, cuidadores y personal relacionado con la atención y el cuidado y, de la misma manera, personal de servicios generales, además de aprendices y practicantes.

Todos estos agentes de la salud tienen un doble rol en los procesos de atención, cuidado y humanización, como agentes del sistema y como usuarios de este, puesto que de igual manera pueden verse afectados por las diversas condiciones ya señaladas.

En concordancia con los principios fundamentales presentados para el modelo, las condiciones de humanización que deben ser aseguradas, implementadas y fortalecidas, son entre otras:

1. Respeto y cuidado de sí mismo
2. Apoyo al otro y respeto mutuo, mostrando sensibilidad y calidez
3. Respeto al otro, a la diferencia y a la diversidad
4. Entrega total y ética de su conocimiento profesional y de sus competencias
5. Asertividad y transparencia en la relación y la comunicación
6. Atención y trato diferencial a cualquier nivel: ciclo de vida, étnico, de género, etc., pero con equidad
7. Empoderamiento personal, grupal y colectivo, mostrando autoeficacia y agenciación para direccionar, decidir y actuar en los procesos de cambio
8. Corresponsabilidad entre los diferentes agentes que componen la red

Figura N° 2. Representación gráfica de los agentes de la salud en el modelo de humanización



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 2 muestra la síntesis de la humanización desde los agentes de la salud.

Humanización: Actores y agentes usuarios/comunidad

La tercera dimensión de análisis del modelo hace referencia a procesos de humanización desde los usuarios como actores y agentes y al papel de la comunidad dentro del mismo.

Esta dimensión hace referencia, por un lado, a los pacientes, familiares, cuidadores, acompañantes y acudientes y a las asociaciones de usuarios, Juntas Administradoras Locales (JAL) y los grupos formales e informales de las comunidades.

Todos ellos suponen un doble rol, el de actores como participantes usuarios del sistema de salud y el de agentes como individuos, grupos, colectivos y comunidades empoderados y transformadores del sistema de salud a partir de la implementación de procesos de organización, cohesión, participación, decisión y acción para lograr cambios significativos del sistema de salud que posibiliten el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar.

Así, como actores algunos de sus derechos son:

1. Derecho a recibir atención inmediata en los servicios de salud
2. Derecho a recibir asesoría, apoyo e información clara, precisa y transparente, que refleje sensibilidad y calidez; a nivel individual, grupal, colectivo y comunitario
3. Derecho a una espera cómoda y en tiempo reducido
4. Derecho a diagnósticos y tratamientos eficaces, probados y respaldados por evidencia científica
5. Derecho a la atención y trato diferencial a cualquier nivel: ciclo de vida, étnico, de género, etc., pero con equidad

Como agentes, algunas de las características de humanización serían:

1. Empoderamiento para movilizar los recursos que permitan exigir sus derechos y asumir sus deberes como usuarios y agentes de cambio
2. Comunicación y relacionamiento asertivo con los agentes de salud y con otros usuarios

- 3. Corresponsabilidad en la calidad en los servicios de salud
- 4. Movilización de recursos de cohesión grupal y colectiva

La Figura N° 3, representa algunos de los elementos señalados en la humanización de los usuarios

Figura N° 3. Procesos de humanización en los usuarios como actores, agentes y comunidad



Fuente: Elaboración propia

Humanización: Sistema Integral

Finalmente, la Figura N° 4 muestra la representación gráfica que intenta integrar todos los elementos del sistema.

Figura N° 4. Representación gráfica de la integración de los elementos del sistema de humanización



Fuente: Elaboración propia.

4. Conclusiones

El capítulo intenta recoger información para definir y caracterizar tanto el concepto de humanización como la acción humanizada en las prácticas relacionadas con el sistema de salud y a partir de esto, formular la propuesta de un modelo para ser implementado en la perspectiva de posibilitar el mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar, el respeto por los derechos humanos; el trato sensible, cálido y amable y la atención humanizada, comprometida; centrada en el individuo, su identidad y su diversidad; basada en evidencia

científica pero respetando las condiciones culturales, idiosincráticas y ancestrales de los miembros que componen el sistema de salud.

Lo anterior corresponde a un ideario de mejora, pues en la práctica, al menos en nuestro medio y por las condiciones económicas, políticas y sociales del mismo, no se ha logrado. De hecho, es necesario redefinir los conceptos, pues aún la carga del asistencialismo, la filantropía a ultranza y la actitud mendicante siguen entorpeciendo definiciones y prácticas más prosociales, integradoras y transformadoras. Igualmente es necesario encontrar formas de transformación de los contextos, las políticas y los prejuicios sociales que aun asumen el concepto de salud como ausencia de enfermedad, desconociendo los determinantes sociales de la salud e incentivando la estigmatización, la rotulación, la invisibilización, la patologización, el aislamiento, etc., que son factores claros de deshumanización.

Referencias bibliográficas

Congreso de la República de Colombia. (21 de enero de 2013). Ley 1616 del 21 de enero de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. (27 de febrero de 2013). Ley 1618 del 27 de febrero de 2013 derechos de las personas con discapacidad.

Congreso de la Republica de Colombia. (16 de febrero de 2015). Ley Estatutaria 1751 Por medio de la cual se regula el derecho a la salud y se dictan otras disposiciones.

- DeLuca-McLean, D & Castano, E. (2009). Infra-Humanization of Ethnic Minorities: The Moderating Role of Ideology. *Basic and Applied Social Psychology*. 31: 102-108
- Demoulin, S.; Saraglou, V & Van Pachterbeke, M. (2008). Infra-Humanizing Others, Supra-Humanizing Goods: The Emotional Hierarchy. *Social Cognition*. Vol. 26, N°2; pp. 235-247.
- Ministerio de Educación Nacional. (11 de septiembre de 2013). Decreto 1965 del 11 de septiembre de 2013, del Ministerio de Educación Nacional “por la cual se reglamenta la ley 1620 de 2013, que crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación y la prevención y mitigación de la violencia escolar.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan decenal de salud pública 2012-2021. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Anexo Técnico; Calidad y Humanización de la Atención en Salud a Mujeres Gestantes, Niñas, Niños y Adolescentes. Dirección de Promoción y Prevención – Grupo Curso de Vida. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria: Dirección de Talento Humano en Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-nacional-de-especializacion-medicina-familiar-ruiz.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). Observatorio de talento humano en salud: *OTHS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Guia-observatorio-talento-humano-Salud-oths.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015c). Guía Operativa para la Valoración de la Calidad y la Humanización de las Atenciones de Protección Específica y Detección Temprana a Mujeres Gestantes, Niños y Niñas en la Ruta Integral de Atenciones RIA. Dirección de Promoción y Prevención – Subdirección de Población y Desarrollo - Grupo Curso de Vida. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) – Plan Estratégico 2016 – 2021. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). Política de atención integral en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de febrero de 2016c). Resolución 000429 del 17 de febrero de 2016 Ministerio de Salud y Protección Social: Política de Atención Integral en Salud.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017a). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado – PAPSIVI. Versión II. Bogotá (Colombia): Minsalud, Oficina de Promoción Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Documento-Marco-papsivi-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017b). Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018a). Proyecto de Resolución Adopción Política Nacional de Salud Mental. Anexo Técnico: Política Nacional de Salud Mental: Recuperado de http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/proyecto_de_resolucion_adopcion_politica_nacional_de_salud_mental.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de noviembre de 2018b). Resolución 004886 del 7 de Noviembre de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social: Adopción de la Política Nacional en Salud Mental
- Ministério Da Saúde. (2004). HumanizaSUS. Secretaria Executiva , Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: Política Nacional de Humanização. Brasília D. F. (Brasil)
- Pereira, C; Vala, J & Leyens J. P. (2009). From Infra-Humanization to Discrimination: The Mediation of Symbolic Threat Needs Egalitarian Norms. *Journal of Experimental Social Psychology*. 45: 336-344

Todres,L; Galvin, K. T & Holloway, I. (2009). The Humanization of Healthcare: A Value Framework for Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 4: 68-77