



Artículo de reflexión

La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología

The humanization in health: reflections of teachers, students and administrative personnel in a faculty of dentistry

A humanização em saúde: reflexões de docentes, estudantes e pessoal administrativo em uma faculdade de odontologia

Recibido: 23 | 05 | 2018

Aprobado: 08 | 10 | 2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2498>

María Mercedes Lafaurie

orcid.org/0000-0002-5993-740X

Alejandro Perdomo

orcid.org/0000-0003-1157-4045

Juan Camilo Tocora

orcid.org/0000-0001-5635-9598

María Clara González

orcid.org/0000-0003-4572-1453

Marcela Amaya

orcid.org/0000-0001-9245-8948

Rocío Barbosa

orcid.org/0000-0003-1645-7964

Martha Castelblanco

orcid.org/0000-0003-2301-1389

Jacqueline Garzón

orcid.org/0000-0002-6857-5308

Sandra Hincapié

orcid.org/0000-0002-4811-3093

Liliana Huertas

orcid.org/0000-0001-6000-2399

María Juliana Ochoa

orcid.org/0000-0003-3868-9686

Luis Fernando Restrepo

orcid.org/0000-0002-7235-2799

Lina María Triana

orcid.org/0000-0003-2896-2319

Facultad de Odontología, Universidad El Bosque,
Bogotá, Colombia

Correspondencia: lafauriemaria@unbosque.edu.co

Resumen

En este artículo se presenta la sistematización de una experiencia de reflexión sobre la humanización en salud, en un taller en el que participaron miembros de la comunidad académica de una facultad de odontología de Bogotá. Se utilizó un cuestionario de pregunta abierta autodilucidado y los aportes fueron sometidos a un análisis hermenéutico. Emergieron categorías relacionadas con la aplicación del modelo biopsicosocial, superando la centralidad en lo biológico; la calidad de la atención concebida como oportunidad y capacidad resolutoria; la garantía de derechos entendida como equidad y respeto a la diferencia; y la aplicación de principios éticos y bioéticos centrados en el beneficio del paciente por sobre toda consideración y la empatía, como sensibilidad frente al padecimiento humano. A partir de estos aportes emanados del taller, la humanización en salud puede ser concebida como una perspectiva ético-política que considera al paciente como el centro del proceso de atención y que propende por dar respuesta a sus necesidades, teniendo en cuenta sus particularidades y su contexto. Se sugiere hacer de la humanización un tópico de reflexión transversal en el proceso formativo e implementar el diálogo narrativo como herramienta.

Palabras clave: humanización de la atención, personal de odontología, personal de salud

Abstract

The present article compiles reflection experiences about health care humanization which took place during an academic workshop at a Dental undergraduate program in Bogotá, Colombia. The participants of this study were faculty, students and administrative staff of the said program

who filled out a questionnaire. The answers therein found were subject to a hermeneutic analysis which allowed for the emergence of categories related to the application of the biopsychosocial approach as a more comprehensive view than merely biological processes; quality service as solving capacity; application of bioethical principles focused on the patient and empathy. As a result of the workshop, healthcare humanization can be viewed as an ethical political perspective which places the patient at the core of healthcare services, taking into consideration the patient's very own context and needs. Healthcare humanization is suggested as a cross-cutting topic for reflection within academic domains

Key words: Health care humanization; Dental Staff; Health Personnel

Resumo

Este artigo apresenta uma sistematização de uma experiência que reflete sobre a humanização em saúde, a partir de uma experiência realizada em uma oficina com membros da comunidade acadêmica do Departamento de Odontologia em Bogotá. Foi usado um questionário com perguntas abertas e os aportes foram analisados a uma análise hermenêutica. Emergiram categorias relacionadas com a aplicação do modelo biopsicossocial que supera a centralidade do enfoque puramente biológico: a qualidade da atenção concebida como oportunidade e capacidade resolutiva, a garantia de direitos entendida como equidade e respeito à diferença, a aplicação de princípios éticos e bioéticos centrados no benefício do paciente, como sensibilidade perante o sofrimento humano. A partir destes achados na oficina, a humanização da saúde

Pode ser entendida como integrando o viés ético-político, que considera o paciente como centro do processo de atenção e busca dar resposta às suas necessidades particulares. Sugere-se tornar o assunto da humanização um tema transversal a todo o processo formativo e implementar como ferramenta, o diálogo narrativo.

Palavras chave: humanização da atenção, profissionais de odontologia, profissionais da área da saúde

Introducción

La humanización de los servicios de salud como perspectiva y como lineamiento ético, cobra cada vez mayor interés tanto en el ámbito nacional como en el internacional; representa un reto que requiere ser integrado en el devenir de las instituciones de salud y en las instituciones formadoras de profesionales de la salud. Como resultado de la tecnificación, de la eficiencia y de la minimización de costos, se privilegian aspectos administrativos, financieros y procedimentales,

frente a la prestación de un servicio de salud centrado en la persona humana (1). De acuerdo con Andino (2), el maltrato, la falta de oportunidad en la atención y la falta de respeto, son a menudo denunciados por los pacientes; sus derechos son violados e ignorados, y aspectos como la indiferencia y la insolidaridad afectan aún más su estado de salud.

El concepto de "humanización de la salud" implica, para Martínez-Gutiérrez, *et al.* (3), considerar a la persona como un ser integral, merecedora de cuidado técnico y, también, de cuidado en áreas más subjetivas como la social, la espiritual y la relacional, por lo que el profesional en salud requiere avanzar en la reflexión en torno a sus propios procesos, destacando la importancia del trabajo del equipo de salud y preservando el sentido último de su trabajo. Según lo proponen Sanches, *et al.* (4), la humanización en la atención exige el desarrollo de una consciencia crítica por parte de los profesionales, quienes requieren comprender el valor de su papel en ese contexto y desarrollar su capacidad de construir un mejor mundo, el cual, además, debe ser más justo. La empatía, o el acto de aprehender la vivencia ajena, es algo que se ha venido perdiendo, como producto "del olvido de la subjetividad del enfermo", dando como resultado la deshumanización, según lo afirma Donoso (5). En este mismo sentido, Solís (6) expone que "la enfermedad constituye un giro biológico existencial para el individuo" por lo que tiene sentido que la atención considere también el ámbito existencial, en la búsqueda de un conocimiento integral del hecho de enfermarse, para llegar a dispensar un auténtico cuidado.

En la toma de decisiones de los profesionales de la salud, la ética formal actúa como componente esencial, y suele orientar el análisis y la reflexión; aspectos como los tratamientos, las recomendaciones y los procedimientos que se hallan implicados, conllevan una base ética y, a la vez, una consecuencia, por lo que una permanente enfrentar conflictos de valores y una elección moral puede afectar el bienestar de sus pacientes, de acuerdo con lo planteado por Quintana y Romo (7); esta posición la comparten Kleinman y Benson (8).

El acontecer de las ciencias de la salud hoy se ve marcado por la tensión que se presenta entre el modelo biomédico y los modelos que privilegian lo social en lo referente a la explicación y el abordaje del problema de salud. El modelo biomédico concibe la enfermedad como el producto de la agresión de un agente etiológico a un organismo y como un problema en la adaptación o reacción del organismo ante estímulos externos que pueden deteriorar la estructura de un órgano, de un

sistema o del organismo en su totalidad. En este sentido, la búsqueda radica en detectar cómo y cuándo se presenta esta agresión y el modo de combatirla. Los modelos de corte social se oponen con frecuencia al modelo biomédico, en tanto que, como modelo hegemónico e instrumento ideológico (9), puede conllevar sesgos como la naturalización de los problemas de salud, la medicalización y el determinismo, además de unas relaciones entre profesionales y pacientes marcadas por el proteccionismo, el cual afecta la autonomía y la responsabilidad del sujeto ante sus problemas de salud. Entre estos modelos se encuentran, según Madrid (10), los siguientes: a) el histórico-social, que involucra aspectos como la dimensión histórica, la clase social y el desgaste laboral en el análisis epidemiológico, el cual, de acuerdo con esta perspectiva, posee un carácter histórico y social; b) el sistémico, que se fundamenta en la teoría de sistemas y aborda la enfermedad como un todo complejo y multivariado, en el cual obran antecedentes inherentes a la subjetividad de la persona, su contexto social y cultural, y circunstancias vitales, aspectos económicos, ambientales y políticos, además de los agentes patógenos; c) los modelos socioculturales, que aprovechan el aporte de las ciencias sociales y humanas a la salud, integran aspectos psicosociales y culturales a su abordaje y privilegian la determinación social sobre otras explicaciones de la enfermedad. Estos últimos modelos incluyen la categoría “padecimiento” y consideran los aspectos simbólicos y significados como formadores de la enfermedad y como medios por medio de los cuales el sujeto se relaciona con ella.

Tal como lo señalan Perdomo, et al. (11), “humanizar el trabajo en salud requiere dar cabida a la narrativa de los pacientes, de su padecimiento y su existencia, aspectos que fueron clausurados o convertidos en superfluos por el conocimiento objetivo de la enfermedad”. Para estos autores, además de recuperar la narrativa de los pacientes, es necesario ir al encuentro de las narrativas de los médicos y otros miembros del equipo de salud, como medio de reconstrucción de la condición humana de todos los actores sociales que participan en los hechos de la salud. La narrativa problematiza los fracasos relacionados con las dinámicas de la salud y lleva a la acción, en un contexto donde los problemas se suelen volver rutinarios y se naturalizan.

La humanización implica ubicarse en un ámbito de derechos. Al hablar de garantía de derechos en el contexto de la salud, es preciso reconocer, no solo a los pacientes sino a los profesionales, quienes requieren contar con condiciones dignas de trabajo en un momento

en que prima una deshumanización estructural que los afecta. Es necesario, además, reconocer que sus decisiones a menudo se ven enfrentadas a dilemas éticos, bien sea derivados de su formación personal o de su disciplina, lo cual es causa de estrés moral para ellos (12). Es en este punto donde adquiere una importancia crucial la perspectiva bioética, tanto en la formación como en el ejercicio profesional.

En el campo de la Odontología, el modelo social implica la participación responsable de los diferentes actores en las relaciones que involucran la salud, tal cual lo expone Aranguren (13). Este ámbito del conocimiento y de la práctica se ha visto impactado por nuevos paradigmas en lo relativo a la relación entre odontólogo y paciente, que llevan a ubicar en un lugar central los derechos del paciente, su autonomía y la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y sobre su salud. Adicional a esto, la Bioética, nacida como puente entre las ciencias biológicas y las ciencias humanas en los años 70, brinda la posibilidad de reflexionar de manera crítica sobre el ejercicio profesional, especialmente en lo que atañe al trato del paciente, a los dilemas que surgen en la práctica y al cumplimiento de la normatividad deontológica en la profesión.

En la práctica clínica odontológica, no se pueden dejar de lado los aspectos morales, según afirma Oliva (14); para entender y hacerse parte de los propósitos que implican el cuidado de la salud, se requiere superar el paradigma de enfermedad y tratamiento. “Comprender en el paciente su vivencia, fragilidad y vulnerabilidad”, afirma el autor, permite esforzarse para lograr su mejor estar, considerando sus intereses y trabajando por su calidad de vida, sin dejar de buscar en su interior, siendo este el sentido último del quehacer por desarrollar. Añade, Oliva, que el dolor, frecuente como síntoma, como temor y como vivencia en odontología, fractura la integralidad, lo que requiere, no solo la prescripción de fármacos por el profesional, sino la voluntad del paciente de recuperar su vitalidad; la mirada bioética del odontólogo conlleva la comprensión moral de su paciente, reconociendo su integralidad corporal, espiritual y emocional.

En cuanto a la formación del profesional en odontología, ha predominado el paradigma o enfoque ‘biologista’, que suele dejar a un lado los aspectos psicológicos y sociales, partiendo de lo que Couto, et al. (15), denominan “una visión monocausal”, en la cual solo se consideran los agentes biológicos y las perturbaciones funcionales como el origen de las enfermedades. Esta orientación epistemológica, ha hecho instrumentalista y medicalizada la formación odontológica, poniendo

énfasis en lo individual y lo curativo, centrándose en el estudio de la enfermedad y dejando a un lado la mirada a lo colectivo y poblacional. Esto, de acuerdo con los autores, conlleva una centralidad en la enfermedad sin considerar la complejidad propia del contexto en los procesos de formación, en contraposición a la visión de la persona como ser bio-eco-psico-social. Todo lo anterior ha afectado enormemente la eficiencia en el cumplimiento del propósito de la profesión.

Según lo exponen Lantz, et al. (16), el profesional de odontología requiere ser formado desde un abordaje interdisciplinario y desde una perspectiva holística de la salud, acercándose a las realidades psicosociales y culturales, tanto de sus pacientes como de su contexto familiar y comunitario. Es esencial que asuma una visión crítica que le oriente en la construcción de propuestas innovadoras, que le permitan enfrentar la toma de decisiones en el campo ético y disciplinar, tanto en las acciones de promoción y prevención como en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; de igual modo, está llamado a mejorar la situación de salud de la población mediante la investigación, las prácticas docente-asistenciales, y su participación en la planificación y puesta en marcha de políticas en salud.

De acuerdo con Abadía (17), la profesión odontológica se ve abocada a tomar una posición política, como profesión orientada a satisfacer necesidades sociales para enfrentar y neutralizar la condición del odontólogo como profesional cuando la odontología es un reflejo de las leyes del mercado y, en esa medida, promueve y afianza las desigualdades sociales. El odontólogo que necesita Colombia, señala Sánchez (18), además de contar con una sólida formación científica, requiere ejercer como ciudadano y comprometerse con la vida y la salud; necesita saber argumentar sus decisiones filosóficamente, siendo consciente de su relación con otros y sus formas de vida.

Señala Rangel (19) que resulta imperiosa la necesidad de construir nuevas alternativas en los procesos de enseñanza y aprendizaje, que integren la interdisciplinariedad y la humanización de la relación entre odontólogo y paciente, que la reestructuren o la adapten a las realidades sociales, buscando de manera primordial el beneficio del paciente. Es por ello por lo cual, en la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, se ha considerado central en la formación de estudiantes que el criterio del odontólogo deba mudarse del modelo biomédico al biopsicosocial. En este contexto, ha surgido la ejecución de un taller, cuya sistematización se presenta a continuación, el cual fue realizado con el objetivo de explorar la perspectiva de docentes,

estudiantes y personal administrativo de dicha Facultad sobre la humanización en salud, mediante un proceso de reflexión individual y grupal.

El presente texto es el producto de un trabajo en equipo orientado a la sistematización de un taller pedagógico de reflexión sobre humanización de los servicios de salud, en el que participó la comunidad educativa de la Facultad. En un primer momento, se propuso un proceso de reflexión individual, con apoyo de un cuestionario abierto autodirigido, el cual fue punto de partida para una posterior discusión grupal. Se sistematizaron los aportes personales, lo cual implicó reflexionar sobre los datos con el fin de extraer significados en relación con las preguntas que dieron origen al proceso (19).

“¿Qué ideas pueden ser asociadas a la humanización en el contexto de la salud?” y “¿Qué experiencias de deshumanización en el ámbito de la salud pueden ser relatadas para ejemplificar lo que esta significa?”, fueron las preguntas que orientaron la reflexión; se considera de interés crucial compartir sus avances con los odontólogos y otros profesionales de la salud.

Participaron 359 miembros de la Facultad, 32 docentes, 231 estudiantes de pregrado, 81 estudiantes de posgrado y 15 miembros del equipo administrativo. De ellos, 257 eran mujeres. Mediante un proceso hermenéutico de análisis de contenido, se procesó la información, dando pie a la definición de categorías emergentes y a una posterior construcción conceptual que orienta la reflexión crítica que se presenta.

Categorías emergentes en la conceptualización sobre humanización

A partir de las respuestas frente a la pregunta “¿Qué ideas pueden ser asociadas a la humanización en el contexto de la salud?” surgieron cinco grandes categorías, las cuales se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Conceptualización sobre humanización: categorías emergentes

Categorías emergentes
Humanización como implementación del modelo biopsicosocial
Humanización como calidad de la atención
Humanización como garantía de derechos
Humanización como aplicación de principios éticos y bioéticos
Humanización como empatía en la relación entre el profesional de la salud y el paciente

Humanización como implementación del modelo biopsicosocial

En la primera categoría, la humanización entendida como implementación del modelo biopsicosocial, se enuncian las distintas dimensiones humanas por ser articuladas en el contexto de la atención en salud (físicas, espirituales, sociales y culturales) como atributos de esta relación humana. En otros casos, se va más allá: no solo se indican estas dimensiones, sino que se resaltan las relaciones entre ellas o se destaca cómo el ser humano es realmente abordado en el ámbito sanitario solo cuando se integran cada una de estas en un todo: “Ver al paciente no solo biológicamente sino abarcando otras áreas como lo social, lo psicológico y su entorno”.

Así, la humanización se relaciona con ideas como la integración de diferentes dimensiones humanas, más allá de la centralidad en lo biológico.

En el marco de la humanización, el modelo biopsicosocial se comprende también como una perspectiva desde la cual los profesionales de la salud se aproximan a las necesidades complejas y multidimensionales de los pacientes.

La humanización entendida como un atributo de la atención o como una postura frente al ser humano que lo reconoce como un todo, se asocia con aspectos como enfrenar su fragmentación; consiste en un ejercicio planeado dirigido a integrar o rearticular lo disperso, mediante una mirada profesional holística o una atención multiprofesional e intersectorial: “Considerar al ser humano desde un sentido global, ver al paciente más allá de lo físico, espiritual, sentimental”.

Siguiendo con lo anterior, la humanización también fue relacionada con conceptos como la calidad de vida o el bienestar: “El trato humanizado sería centrado en el bienestar del paciente”.

La calidad de vida y el bienestar aglutinan una gran diversidad de dimensiones, necesidades y fenómenos humanos, que permiten a las personas contar con recursos para desarrollarse satisfactoriamente: “La humanización pretende mejorar la calidad de vida del paciente”. Así, al vincularse con estos conceptos, la humanización sirve también para establecer el nivel o grado en el que una población, colectivo o individuo gozan a plenitud de esas condiciones.

Humanización como calidad de la atención

Otro grupo de respuestas relacionaron la humanización con aspectos administrativos de los servicios de salud, especialmente con la calidad de la atención. Cuando se preguntó sobre las ideas que se vinculan con humanización, fue señalado directamente el concepto de “calidad”. Pero también, la humanización se relaciona con atributos propios de la calidad de los servicios de salud. Entre estos atributos, en primer lugar, la humanización se vincula con la oportunidad de la atención, que incluye tanto la prestación de los servicios en el momento adecuado, como la ausencia de filas o demoras en la asignación de citas, o la inexistencia de demoras en la sala de espera para la atención: “Trato de calidad a los pacientes, atenderlos a la hora estipulada”. Asimismo, la temporalidad en la humanización fue relacionada con la duración adecuada de la atención: “Aumentar tiempos de consulta para mejorar comunicación”. Otro atributo de la calidad asociado con la humanización es la seguridad del paciente, que incluye procedimientos como la correcta identificación del paciente, la práctica del procedimiento establecido, la idoneidad de los medicamentos suministrados, o evitar que los pacientes sufran de escoriaciones o caídas: “Atención a pacientes con seguridad y calidad en los procesos”.

De la misma forma, la humanización se relaciona con la infraestructura y los materiales para una atención de calidad, en la cual se garanticen la disposición sanitaria, los equipamientos, los insumos o medicamentos adecuados para las necesidades y condiciones de los pacientes: “Servicios tecnológicos adecuados”.

Otras ideas cercanas a la administración de los servicios de salud que emergieron entre los participantes cuando se les preguntó por la humanización, fueron la eficacia y la eficiencia de los procedimientos. La humanización hace referencia a que los procedimientos médicos u odontológicos logren su propósito, resuelvan necesidades reales de los pacientes y, además, se hagan con los mínimos recursos requeridos o en el menor tiempo posible, de tal modo que el paciente no deba esperar: “Prestar un servicio adecuado en cuanto a la necesidad que presente la persona en el momento oportuno”. En este mismo tenor, la humanización fue vinculada con el acceso a los servicios de salud, especialmente los odontológicos: “Garantía y permanencia de un servicio para la comunidad”.

Así, la humanización se describe como sortear barreras económicas y administrativas, tales como el pago por servicios, copagos, etc., o asuntos administrativos del sistema de salud colombiano, como las autorizaciones o la negación del servicio, que pueden bloquear el acceso a personas concretas, suscitando exclusión. Estas barreras de acceso las relacionaron con dificultades en la disponibilidad y la administración de los recursos humanos, financieros, materiales y físicos: “Tratar de equilibrar una balanza donde se beneficie el paciente de manera general”.

Fue de especial preocupación el acceso a los servicios de urgencias, y pacientes en estado crítico. Este acceso también se puede hilar con la humanización, cuando se refiere a la continuidad de la atención a lo largo de todos los niveles de los servicios y entre diferentes profesionales, o sea que el paciente pueda acceder a todos los servicios que requiere entre distintos servicios e instituciones de salud y de otros sectores.

De igual manera, la humanización fue vinculada con la entrega de información del profesional al paciente en la atención y, de allí, humanizar significa cualificar esa entrega: “Dar buena información al paciente”. Esto implica mejorar el mensaje que se divulga y que va, desde explicarle de manera completa al paciente lo que le sucede o lo que se le va a hacer, hasta hacerlo en los términos que pueda comprender. Una información humanizada tiene en cuenta no solo su faceta verbal, sino también el papel de la comunicación no verbal, de lo corporal, que deben perseguir los profesionales de la salud.

En este sentido, se da un paso más adelante y se considera que esa información pueda servir para concientizar a los pacientes de su situación o sus prácticas saludables. También, implica considerar cómo recibe el paciente el mensaje para ajustarlo a su condición.

Finalmente, la humanización de los servicios se relaciona con el mejoramiento de las condiciones laborales de los profesionales. Así, hablar de humanización es también reconocer el contexto en el que los profesionales trabajan, sus ingresos, sus contratos, su estabilidad, la posibilidad de proyectarse laboralmente al futuro.

De la misma forma, humanización es “hacer del trabajo una actividad creativa”, evitando su mecanización y burocratización que alienan al trabajador mismo.

Humanización como garantía de derechos

Otra categoría que engloba distintas ideas relacionadas con humanización, es la correspondiente a la garantía de derechos. Por un lado, la humanización se vincula con la justicia social y con la equidad, especialmente con el reconocimiento a diferencias sociales o de género, y con la atención diferencial por características culturales o sociales: “Experiencia abierta a la comunidad”. La humanización relacionada con los derechos implica también la universalización y la garantía del acceso y el uso de servicios a toda la población; se considera que a toda persona se le debe garantizar su derecho a la salud, sin importar su condición: “Atención digna sin importar la raza, género, estrato”.

En un sentido similar, la humanización como derecho se vincula con considerar al paciente con sus necesidades y su beneficio como la prioridad del servicio, más que los intereses de otros actores del sistema de salud. La salud, por lo tanto, es un derecho de los ciudadanos y prima sobre otros derechos y circunstancias: “La salud es un derecho vital del ser humano”.

Finalmente, quienes proponen la humanización como derecho a la salud reconocen que, para garantizarla, se requiere de la solidaridad de la sociedad con los más vulnerables, como el cobro diferencial por nivel socioeconómico, y del ejercicio de la política para orientar con eficacia los esfuerzos sociales: “Llevar la salud a todos los rincones”.

Humanización como aplicación de principios éticos y bioéticos

Algunos participantes conciben la humanización como un asunto ético; al hablar de humanización, se enuncia una serie de valores sociales como la honestidad, la sinceridad, el respeto, la humildad y la tolerancia ante lo extraño, entre otros: “Lo asocio al trato con tolerancia, educación y respeto hacia los pacientes”. Algunos advierten que muchos de estos valores se han perdido en un pasado próximo y la humanización anuncia su recuperación. Otros participantes relacionan ideas ligadas a la ética profesional y a la bioética con la humanización: “Pensar en que el paciente es una persona y hay que tener en cuenta su decisión”. En este sentido, el interés y las necesidades del paciente o de otros compañeros de trabajo, se deben priorizar o se deben ubicar por encima de las necesidades e intereses del

profesional: “Buscar el bien del paciente por encima de cualquier otro aspecto”. De allí se anuncia que la salud del paciente es responsabilidad del profesional, lo que significa que se deben tomar medidas para que las necesidades del paciente sean consideradas, no solo las propiamente biomédicas, sino también las sociales, como la pobreza y la violencia que requieren programas específicos: “Adaptar la atención para que la ética y la salud vayan de la mano”.

Humanización como empatía en la relación entre el profesional de la salud y el paciente

Los participantes relacionaron la humanización con la dignificación del trato entre profesionales de la salud y pacientes, mediante un vínculo amable y empático entre unos y otros: “Ser amables con las personas sin prejuicios”. Hacen énfasis en el trato, en que el vínculo creado esté fundamentado en la calidad humana, que sea cordial, cálido y adecuado a la situación: “Hacer sentir al paciente parte importante en el manejo al presentarle la atención en salud”. Además, destacan que el vínculo establecido reconozca al paciente en toda su complejidad como persona, en su singularidad, con necesidades particulares, proyectos de vida, compromisos y lealtades, y no solo la enfermedad; de igual modo, que el paciente y las directivas de los prestadores de servicios reconozcan a los odontólogos como personas con sus preocupaciones, intereses y sus necesidades, promoviendo la reciprocidad entre unos y otros.

Así, una de las finalidades de la atención tendría que ver con la felicidad de los pacientes, con su realización como personas a pesar de sufrir de alguna enfermedad: “La parte humana que tiene que desarrollar la salud para acompañar al paciente en su proceso para que se siente cómodo”. La finalidad de la atención no se reduce a la cura o a intereses privados de los odontólogos o del sistema de salud, sino al bienestar del paciente: “Estar comprometidos con la salud del paciente”. Para la generación de este tipo de vínculos, se propone una serie de estrategias y actitudes que los odontólogos deben mostrar y desarrollar, tales como la comprensión, el brindar confianza y seguridad, tener la paciencia, disposición y dedicar tiempo y energía al fortalecimiento del vínculo: “Ver a nuestros pacientes y colegas como personas que no solo están presentes para suplir algunas de nuestras necesidades, sino como personas en las cuales podemos encontrar valores

y sentimientos”. El vínculo debería producir una mayor comprensión del dolor que sufre el paciente y sus implicaciones biológicas, psicológicas y sociales. Por ello, el odontólogo debe desarrollar la empatía y ser capaz de sentir, de ser sensible al sufrimiento del paciente: “Tener en cuenta el padecimiento de la persona”. Además, se expone que el personal de salud debería capacitarse en técnicas de comunicación, basadas en la escucha activa; el odontólogo requiere ser capaz de hacer comprender al paciente su punto de vista sobre la situación de salud.

La deshumanización desde las experiencias descritas

En la Tabla 2 se muestran las categorías que surgieron ante la pregunta relacionada con experiencias de deshumanización conocidas. Las problemáticas se relacionan estrechamente con las dimensiones desde las cuales se construye el concepto de “humanización” y, desde allí, se analizan.

Tabla 2. Experiencias descritas sobre deshumanización: categorías emergentes

Categorías emergentes
Problemáticas relacionadas con la falta de un abordaje biopsicosocial
Problemáticas relacionadas con la calidad de la atención
Problemáticas relacionadas con la garantía de derechos
Problemáticas relacionadas con aspectos éticos y bioéticos
Problemáticas relacionadas con la falta de empatía en la relación entre el profesional de la salud y el paciente

En lo referente a la falta de un abordaje biopsicosocial, las experiencias descritas sobre deshumanización giran en torno a la centralidad de las acciones de salud en la enfermedad y no en las personas: “Trato despectivo y mecanizado de un médico a un paciente”.

En cuanto a la deshumanización relacionada con la calidad de la atención, que fue la categoría más reconocida, las problemáticas enunciadas hacen referencia, en primer lugar, a la falta de oportunidad en la atención, refiriéndose a los tiempos prolongados en la sala de espera y para asignar habitación en los hospitales, además de la dilación en la asignación de citas y los tiempos insuficientes dedicados a los pacientes: “Como no le dieron la cita rápido, falleció, por la falta de interés y prioridad se complicó. Cuando es una enfermedad terminal no hacen nada”. Otro aspecto que se destaca es la falta

de accesibilidad representada por barreras de acceso a los servicios de salud, como la negación de la atención a pacientes con compromiso sistémico, a adultos mayores, a niños y personas con discapacidad, algunas veces por la falta de conocimiento del profesional sobre su manejo adecuado. Se describen, también, problemas de seguridad del paciente relacionados con iatrogenia, equivocaciones en el diagnóstico y tratamiento y negligencias: “Los innumerables casos de personas de bajos recursos que han muerto esperando citas en las EPS para recibir un diagnóstico o tratamiento”. Además, se menciona la prestación de servicios en condiciones indignas, como la atención en el piso del hospital o en medio de la suciedad: “Pacientes atendidos en pasillos en condiciones poco dignas”. Los problemas relacionados con la entrega de información a los pacientes y las explicaciones insuficientes, hacen también parte de los relatos aportados: “Los doctores dieron el diagnóstico, pero nunca se acercaron para hablar del tema”.

Se señala que estas experiencias se relacionan con deficiencias en los recursos humanos, tecnológicos, insumos y materiales para brindar una atención adecuada. Finalmente, los participantes señalan que la deshumanización se relaciona con la precarización de las condiciones laborales de los profesionales y demás personal de salud.

En cuanto a las problemáticas relacionadas con la categoría garantía de derechos, los participantes reconocieron experiencias de deshumanización debido a las inequidades, y la discriminación por nivel socioeconómico y por circunstancias personales de los pacientes, como haber participado en el conflicto armado, ser delincuentes, tener una discapacidad o por no ser recomendados: “Trato diferente a personas con discapacidad”. Esta discriminación hacia los pacientes tiene su correlato en las desigualdades entre el personal de salud, el de aseo y el administrativo. Los participantes señalan que la deshumanización también se observa en la falta de prioridad a los adultos mayores, maternas y pacientes terminales, en los servicios de salud.

Aspectos como la corrupción, la negligencia, ver al paciente como objeto o fuente de dinero, usarlo para cumplir requisitos y juzgarlo por su condición, dan cuenta de la problemáticas éticas y bioéticas expuestas como dimensiones de la deshumanización de la salud: “Pacientes que necesitan tratamiento y no son atendidos porque ya el estudiante no los necesita”.

Entre las problemáticas relacionadas con la falta de empatía en la relación entre el profesional de la salud

y el paciente, las experiencias narradas incluyen aquellas en las cuales médicos, odontólogos y personal administrativo se muestran displicentes, poco respetuosos, insensibles o no se interesan en el paciente, desconocen su sufrimiento y lo dejan solo en momentos de gran vulnerabilidad: “El odontólogo trata mal al paciente por no tener una salud adecuada”. Reconocen, igualmente, el maltrato verbal y psicológico al paciente, incluidas las personas con discapacidad. Por último, algunos participantes se refieren a la relación entre docentes y estudiantes: “Cuando los profesores no miran a los ojos, sino a la pantalla”.

Conclusiones

Retomando los aportes emanados del taller, la humanización en salud puede ser concebida como una perspectiva ético-política que considera al paciente como el centro del proceso de atención y que propende por dar respuesta a sus necesidades, teniendo en cuenta sus particularidades y su contexto. En esta medida, la humanización reconoce a la persona como un ser integral, desde sus dimensiones biopsicosociales y culturales, sobrepasando el hecho biológico; propende por el derecho a la salud como premisa inalienable, lo cual se revierte en equidad y justicia en la atención, más allá de circunstancias personales y condiciones de clase, étnicas y de género; además, implica superar barreras de carácter administrativo, económico y operativo, para ofrecer servicios de calidad que den respuesta a las necesidades de los usuarios.

En el campo de la interacción, la humanización propone un vínculo entre profesionales de la salud y pacientes, nutrido por valores humanistas y basado en el diálogo, el buen trato y la empatía, dando respuesta a la situación de salud de las personas en sus diferentes dimensiones y ocupándose de su calidad de vida. La humanización reconoce a los miembros del personal de salud como actores de importancia crucial en el proceso de salud o enfermedad, que requieren ser formados para comprender, abordar y atender el padecimiento humano, y que, de igual modo, requieren contar con las capacidades técnico-científicas, éticas y dialógicas, así como con los medios necesarios, para responder al reto de aportar a la felicidad de los pacientes y para proyectarse a sí mismos como personas y como profesionales, en un entorno de respeto, reconocimiento y valoración de su labor.

En ese orden de ideas, surge como propuesta hacer de la humanización un tópico de reflexión transversal a lo

largo de la formación de odontólogos en la Universidad El Bosque, incluyendo, como lo sugieren Perdomo Rubio, et al. (11), el diálogo narrativo como herramienta orientada a replantear la práctica en los procesos de salud-enfermedad-atención, de enseñanza-aprendizaje y de cuidado, en la relación entre profesionales, gestores y usuarios de los servicios. La narrativa en salud constituye una reflexión profunda sobre la condición humana, su relación con el proceso de salud y enfermedad, y el trabajo de los profesionales del campo, capaz de transformar significativamente las prácticas de todos los participantes en el escenario de la atención y el cuidado, y de generar cambios en los sistemas de salud desde su estructura.

Agradecimientos

A las profesoras María Rosa Buenahora, Fanny Urrea, Andrea Rojas y Anny Bonilla, por su valioso apoyo para el logro de los objetivos de este trabajo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en este artículo.

Referencias

- Correa M. La humanización de la atención en los servicios de salud. *Rev Cuid.* 2016;7:1227-31.
- Andino-Acosta CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética.* 2015;10:38-64.
- Martínez-Gutiérrez J, Magliozzi P, Torres P, Soto M, Walker R. Diplomado de salud y humanización: el valor de la reflexión y el aprendizaje presencial. *Rev Med Chile.* 2015;143:337-44.
- Sanches MJ, Vergian L, Moravcik MY. La humanización del cuidado bajo la perspectiva de los equipos de la estrategia de salud de la familia en un municipio del interior paulista, Brasil. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(4). Fecha de consulta: 5 de mayo de 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_15.pdf.
- Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética.* 2014;18:184-93.
- Solís-García E. La empatía en la medicina. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab.* 2015; 62:204-5.
- Torres Quintana MA, Romo F. Bioética y ejercicio profesional de la odontología. *Acta Bioethica.* 2006;12:65-74.
- Kleinman A, Benson P. La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografías Humanitas.* 2004;2:17-26.
- Fabregà M. Análisis exploratorio de los procesos de medicalización que intervienen durante la infancia y la adolescencia (tesis). Barcelona: Universidad de Barcelona; 2015. Fecha de consulta: 22 de marzo 22 de 2017. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66720/1/TFG-SOC-Fabreg%C3%A0-Mireia-juliol15.pdf>.
- Madrid L. Concepciones de enfermedad en los programas sociosanitarios nacionales y de la provincia de Buenos Aires. VI Jornadas de Sociología de la UNLP, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Departamento de Sociología, La Plata, 2010. Fecha de consulta: 12 de febrero de 2017. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-027/619.pdf>
- Perdomo-Rubio A, Hernández-Zinzun, Izquierdo-Mora R. Marco teórico para la humanización del proceso de trabajo en salud: una propuesta de narrativas desde Jerome Bruner. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social.* 2016;2:231-48.
- Díaz-Amado E. Introducción. En: Díaz-Amado E, editor. *La humanización de la salud. Conceptos, críticas y perspectivas.* Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2017.
- Aranguren-Ibarra ZM. Ejercer la odontología desde una perspectiva bioética. *Acta Odontológica Venezolana.* 2014 52(1). Fecha de consulta: 2 de febrero de 2017. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-4/>
- Oliva J. La bioética y el dolor en odontología: una aproximación humanista. *Rev Latinoam Bioet.* 2015;15:38-53.
- Couto MD, Vásquez-Antúnez N, Esser-Díaz J. Antropología médica: una necesidad hacia una mayor humanización en la odontología. 2007;30:87-102. Fecha de consulta: 4 de febrero de 2018. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n30/30-5.pdf>.
- Lantz MS, Bebeau M, Zarkowski P. The status of ethics teaching and learning in U.S. dental schools. *J Dent Educ.* 2010; 975:1295-309.
- Abadía C. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioeth.* 2006;12(1)-22. Fecha de consulta: 2 de febrero de 2017. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100002.
- Sánchez LA. Formación humana y social de los odontólogos colombianos, a partir de una discusión bioética (trabajo de grado). Bogotá: Universidad El Bosque; 2010.
- Rangel MC. Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la Universidad el Bosque. *Revista Salud*