

LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS: PROPUESTA DE UN PROGRAMA ESTRATÉGICO INTEGRAL PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD

Fecha de recepción: 28/06/24

Fecha de aceptación: 30/07/24

Mg. Silvia J. Birnenbaum

Contacto: silviabirnenbaum@uca.edu.ar

- Bioquímica, especialista en Bioquímica Clínica-inmunohematología y Banco de Sangre.

Magister en Ética Biomédica. Profesora de Bioética en: Universidad Kennedy, Universidad Abierta Interamericana, Pontificia Universidad Católica Argentina.

Investigadora en Bioética y Miembro del Comité de Ética de la Investigación. Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA).

Bioquímica de planta del Servicio de Hemoterapia, Coordinadora del Comité de Bioética Hospitalaria y del Comité de Calidad del Hospital Santojanni. CABA.

Secretaria de la Carrera de Bioquímica y miembro del Comité de ética de la Investigación. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Kennedy.

RESUMEN

El encuentro personal entre el paciente y los miembros del equipo de salud, con frecuencia es mediado por la tecnología, lo que torna el acompañamiento del enfermo, en una atención despersonalizada, que por momentos puede rozar lo deshumanizado. Cada uno de los pacientes, merece ser visible a los ojos del equipo de salud, ser considerado en su integralidad y acompañado de una manera integral. Para esto, no son necesarios recursos onerosos ni programas de alto costo; sino que resultan imprescindibles los valores humanos y las herramientas bioéticas. Se propone una estrategia, conceptual y operativa, adaptada a la realidad argentina para dar inicio a la implementación del camino de la humanización en salud, en espacios de escasez de recursos y con presupuestos acotados; donde la gran fortaleza reside en las personas, sus valores y su voluntad solidaria. La misma, se sostiene en 4 pilares: el paciente, el equipo de salud, la institución sanitaria y la comunidad.

Palabras clave: Deshumanización – Despersonalización – Bioética – Humanización – Vulnerabilidad

ABSTRACT

The personal encounter between the patient and the members of the health team is frequently mediated by technology, which turns the accompaniment of the patient into depersonalized care, which at times can border on the dehumanized. Each of the patients deserves to be visible in the eyes of the health team, to be considered in their entirety and accompanied in a comprehensive manner. For this, onerous resources or high-cost programs are not necessary; but human values and bioethical tools are essential. A conceptual and operational strategy is proposed, adapted to the Argentine reality to begin the implementation of the path of humanization in health, in spaces of scarce resources and with limited budgets; where the great strength lies in the people, their values and their will to show solidarity. It is supported by 4 pillars: the patient, the health team, the health institution and the community.

Keywords: Dehumanization – Depersonalization – Bioethics – Humanization – Vulnerability

"Todo parece imposible, hasta que se hace"

Nelson Mandela

INTRODUCCIÓN

El encuentro personal entre el paciente y los miembros del equipo de salud, con frecuencia es mediado por la tecnología, lo que torna el acompañamiento del enfermo, el vulnerable, en una atención despersonalizada, que por momentos puede rozar lo deshumanizado. Esto resulta especialmente evidente en los momentos de mayor dependencia, donde es incuestionable que los principios que guían el comportamiento humano, son desplazados por criterios economicistas que tienden a generar programas que, en lugar de acompañar, cuidar, curar y proteger a la persona, simplemente la monitorean o asisten en funciones básicas de salud. Lo cierto, es que cada uno de los pacientes, merece ser visible a los ojos del equipo profesional sanitario, ser considerado en su integralidad y acompañado de una manera amorosa. Para esto, no son necesarios recursos onerosos ni programas de alto costo; sino que resultan imprescindibles los valores humanos y las herramientas bioéticas.

Resulta innegable la necesidad de atravesar el camino de la asistencia en salud, con una mirada humanizada sobre el paciente y esperanza en la relación personal, donde deben confluir el encuentro en la vulnerabilidad, permitiendo el acompañamiento holista en el tránsito del momento de enfermedad y sufrimiento. Porque, reconocer al otro, es reconocer al hombre, al ser humano, sin dejar de sentir su miseria y actuar en consecuencia. De allí surge el imperativo de la humanización. Esta tarea, no se relaciona exclusivamente con el mundo de la salud, sino que alcanza a todos los espacios dónde la persona se desarrolla. Sin embargo, es en el ámbito del cuidado de la salud, donde la debilidad se encarna con mayor peso, y la fragilidad se hace notoria frente al surgimiento de la enfermedad, es por eso que en ese marco se revela con mayor frecuencia, el sufrimiento humano, la dependencia y la necesidad.

La humanización se sostiene en el reconocimiento de la dignidad humana, de todos y cada uno de los pacientes. Concebida como el valor interno e insustituible que le corresponde a cada hombre en su razón de ser, siendo un fin en sí mismo.¹ Entendiendo que el mundo personal e íntimo forma parte fundamental de la vida de la persona enferma y marca el camino, en las decisiones que tome para su salud. No es lo mismo, ser humano, que transitar la vida humanamente. Es por

1 Ferrer, U. (1996). La dignidad y el sentido de la vida. *Cuadernos de bioética*, 26(2), 191-201.

esto que el desafío de humanizar la atención en salud, no puede darse sino de la mano de la bioética.

1. CONSIDERACIONES SOBRE LA DESHUMANIZACIÓN Y HUMANIZACIÓN

1.1. Deshumanización y despersonalización

A lo largo de siglos de humanidad, la tradición médica siempre se sostuvo, de manera casi exclusiva, en la escucha atenta, la observación minuciosa, la anamnesis y la exploración clínica. Se nutrió en el encuentro; con la vista enfocada en el ser del paciente, donde la exploración, resultó la base permanente de la asistencia. Se asentaba en la incorporación de los conocimientos científicos y la adecuación de estos, de manera artesanal al proceso de acompañamiento a cada paciente. En estos encuentros cobraba especial relevancia el uso de los sentidos clásicos del profesional para obtener información sensorial valiosa; utilizaba la vista, el olfato, el oído, el tacto; y en ocasiones el gusto.² Sin embargo, este modelo de encuentro clínico, comenzó a cambiar durante el siglo XIX, a través de la incorporación de los avances de otras ciencias que enriquecieron la práctica médica con nuevos dispositivos. Estos, comenzaron lentamente a instalarse entre las dos personas que por siglos tuvieron relación directa, estrecha: el profesional y el paciente.³ La asistencia mediada por la tecnología, se emplazó con fuerza, modificando para siempre el vínculo particular de la atención en salud.⁴ Con frecuencia se excusa al amparo de la técnica, la asistencia deshumanizada a los enfermos,⁵ sin embargo, no es la técnica la que genera la deshumanización, sino la persona. Esta, resulta una obra humana. Un aspecto de la deshumanización es la despersonalización, ya que humanizar es personalizar, es ver a la persona detrás de los actos y los recursos, detrás de los medios involucrados en los procesos.

Los adelantos tecnológicos en si mismos no resultan positivos o negativos;⁶ ellos pueden acercar o alejar sujetos, dar seguridad o vulnerar, humanizar o

2 Jackson, M. (Ed.). (2018). A global history of medicine. Oxford University Press.

3 González González, A. M. (2023). *Interpretar los factores que inciden en la deshumanización del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos* (Masters thesis).

4 Rodríguez, L. A. J., Suárez, R. G., & Márquez, M. (2019). Deshumanización en la atención de la salud ¿son las TIC's el problema o la solución? *Mundo Fesc*, 9(17), 76-84.

5 Torres-Quevedo, R. (2021). La especialización versus la deshumanización de la medicina. *Revista de Cirugía*, 73(1).

6 Uribe, J. C. G., Noriega, A. V. A., & Carvajal, Ó. A. B. (2024). La técnica y el cuidado de enfermería: entre deshumanización y tecnificación. *Trilogía: Ciencia Tecnología Sociedad*, 16(32), 1-19.

deshumanizar. Solo depende del usuario, de su intensión, de la valoración moral de los actos que la involucran, pero, sobre todo, de comprender que son solo instrumentos que se incorporan en la atención sanitaria para el cuidado de la persona que se encuentra en un momento de debilidad, en la que no es suficiente la respuesta que se le ofrece desde la técnica.⁷ Con frecuencia el profesional y el paciente se encuentran vinculados por la tecnología, tornando la relación en impersonal, y llevando a depositar la confianza en el medio, instrumental o dispositivo; y no en el cuidador, el experto. Esto peligrosamente puede llevar a un reduccionismo, mediado por los recursos, que puede derivar fácilmente en una tecnolatría⁸ donde la ciencia instrumental desplaza la mirada centrada en la persona y la reduce a un mero objeto.⁹ Esto propicia la cosificación del paciente, que pone el acento en la enfermedad, sin llegar a vislumbrar rostros ni nombres, y permite la existencia de un vínculo mediado exclusivamente por la tecnología, que parece ajustarse al proceso de tecnificación y colonización tecnológica que torna volátiles a las personas. Es claro, desde la mirada de la humanización, que la persona debe iluminar el uso de la tecnología a fin de que esta no se vuelva deshumanizadora, dando paso a la soledad encarnada en la persona rodeada de monitores y equipos sofisticados, en una situación de profundo aislamiento.

La relación que se establece entre profesional y paciente, cuando es colaborativa, científicamente avalada, empáticamente efectivizada; logra que el acto asistencial se torne positivo y alentador para la salud, y recuperación de los hombres.¹⁰ En antagonismo, el vínculo tecnologizado, corre el peligro de no resultar terapéutico, sino que la despersonalización y deshumanización que priman, generan desconfianza, insatisfacción y frustración que llevan a instalar el desencanto y la ecpatía, excluyendo los sentimientos, actitudes y motivaciones que despierta el otro en el acto de cuidado.^{11,12}

7 Núñez, M. D. L., & Batista, M. Á. (2020). Factores que influyen en la satisfacción de usuarios de los servicios de salud. *Saluta*, (2), 71-88.

8 Aguayo, F. J. G. (2021). La crisis de la medicina: sus males y posibles remedios. *Razón y fe*, 283(1451), 283-290.

9 Pérez, S. L. (2020). La deshumanización de la técnica. *Eikasía Revista de Filosofía*, (93), 119-143.

10 Warraich, H. J., Califf, R. M., Krumholz, H. M. (2018). The digital transformation of medicine can revitalize the patient-clinician relationship. *NPJ digital medicine*, 1(1), 49.

11 de Rivera, J. L. G. (2005). Empatía y ecpatía. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(2).

12 Pedraza Chavarro, P. A. (2022). Expresión de la empatía en hombres y mujeres universitarias (os): una aproximación a los contextos tecnomediados. Universidad Externado de Colombia.

Tanto la deshumanización como la despersonalización se soportan en la pérdida de los atributos humanos, el menoscabo de la dignidad de la persona,¹³ y la indiferencia y insensibilidad en la interacción con los demás.¹⁴ Esto logra transformar al sufriente en un número, una cama o una patología, despojándolo de toda identidad y rasgo de humanidad mediante la pérdida de sus rasgos personales.^{15,16} De este modo, las relaciones entre los miembros del equipo de salud y los pacientes, se tornan frías e insensibles, vínculos desprovistos de sentimientos y humanidad, donde la praxis sanitaria pierde su razón de servicio.¹⁷ En este contexto, resulta dificultoso desarraigar el paternalismo médico que privilegia la enfermedad por sobre la persona enferma, y permanece presente de la mano de la despersonalización, en múltiples espacios sanitarios. Esto incrementa el malestar de los pacientes y hasta puede desencadenar la aparición de nuevos males. El antídoto a este flagelo se sostiene sobre dos pilares; la responsabilidad individual y el mundo de los valores. Estos que permanecen emplazados en este proceso, aunque invisibles a los ojos de muchos, y favorecen el progreso de relaciones funcionales, a alianzas personales. Sin valores, la deshumanización emana fuertemente, cuando no se integra la proporción de moralidad que obliga al hombre a reconocerse constitutivamente como un ser moral,¹⁸ a valorar la integridad como condición inexcusable de su realidad, la misma que lo incita a buscar a través de la razón y la deliberación permanente, el bien para la persona en estado de vulnerabilidad. Esto deriva en la falta de consideración hacia el otro, hacia la persona. No se presume a cada hombre como sujeto individual, valioso en sí mismo e independiente de todos los demás,¹⁹ desconociendo su estatus ontológico que obliga a considerarlo un fin y nunca un medio. El peligro de esto, se refuerza sumando la mirada centrada en el negocio de la enfermedad²⁰ y la

13 Santos, U. F. (2008). El viviente, la vida y la calidad de vida. Cuadernos de Bioética, 19(2), 213-221.

14 Gafo, J. (1997). Diez palabras clave en bioética. Estella: Verbo Divino.

15 Villanueva, M. (2023). Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relacional a la deshumanización de la medicina. En *claves del pensamiento*, 17(33).

16 Groopman J. ¿Me está escuchando doctor? Un viaje por la mente de los médicos. RBA editores. Barcelona, 2008

17 Pérez Cuervo, J. J., Pérez Alcantud, R., & Yero González, R. C. (2022). Humanismo, como valor esencial en la formación del estudiante de las ciencias médicas. *Multimed*, 26(5).

18 Díaz Gamba, W., Torres Melo, A. K., & Sierra Rivera, C. M. (2021). La tecnología como factor de humanización o las tecnologías de la deshumanización. *Nómaditas*, (55), 241-250.

19 Masiá Clavel, J. (1997). *El animal vulnerable: invitación a la filosofía de lo humano* (Vol. 21). Universidad Pontificia Comillas.

20 Maestre, B. R. (2013). Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medicina paliativa*, 20(1), 19-25.

medicalización de la salud, que prioriza los intereses profesionales, de laboratorios y corporaciones sanitarias, alejando al equipo de salud de la búsqueda del bien sostenida por los actos responsables de cada uno de sus miembros. El principio de la responsabilidad, conlleva la obligación moral de hacerse cargo, de ser garante y actuar solidariamente.²¹

1.2. Humanización

Humanizar refiere a humanidad. Este concepto nos sumerge en diferentes pensamientos partiendo de la noción de naturaleza humana, y atravesando el camino de la corporeidad del *ser*, como el colectivo que incluye a todos los hombres, y las emociones como simpatía, empatía y compasión entre otras. También nos retrotrae a la concepción de "humus", en su significación de "tierra", reforzando la idea del vínculo "hombre-tierra" que sostiene la tradición bíblica, donde el primer hombre, Adán,²² es creado a partir de la tierra,²³ y representa la humanidad toda.²⁴ Es por esto que el término humanizar presenta una doble perspectiva; el lado religioso, y el de la naturaleza del hombre, en la que confluyen la espiritualidad con la propia humanidad.

Humanizar es cercanía, humildad, amabilidad y bondad.²⁵ Significa hacer que una realidad sea digna de la condición del hombre, de los valores que posee y le son intransferibles. Humanizar es hacer humano.²⁶ Un vocablo que se utiliza para expresar el deseo de que un acto sea bueno, se ajuste a la condición humana o respete la dignidad de la persona. Sin embargo, lleva implícita la esperanza de un futuro mejor, de un crecimiento, ya que en ocasiones la intención de humanizar se vincula con lo utópico, con lo aún no alcanzado, supone la idea de una mejora, de alcanzar un nivel equiparable al del hombre en su plenitud.

El proceso de humanización se sostiene en la toma de conciencia de sí mismo, de la condición personal que permite mirar y considerar a otro; y la condición humana

21 Urdaneta, E. U., Márquez, M. V., & Vera, P. M. (2023). Responsabilidad Bioética en el Cuidado. *Journal of Science and Research*, 8(II CICS).

22 Cohen, S. (2017). El hebreo en España defendida de Quevedo. *Sefarad*, 77(1), 145-161.

23 Génesis 1:26-28

24 Aguer, H. R. (2017). El adam: ¿naturaleza o construcción? *Sapientia*, Vol. LXXIII, fasc. 242.

25 La edición actual del Diccionario de la Real Academia Española (2023), vincula humano con adjetivos como comprensivo, sensible, solidario.

26 Real Academia Española (2023): Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., versión 23.7 en línea. <<https://dle.rae.es>>

en la naturaleza, la relación única con el entorno que nos contiene. Entendiendo que el hombre posee en el mundo, un puesto esencial, privilegiado y diferente a cualquier otro ser.²⁷ Por lo que el objetivo principal de humanizar una realidad, es hacerla digna de la persona, coherente con sus valores,²⁸ con su naturaleza, que es humana. Entonces, en relación a la asistencia en salud, la humanización resulta en actos humanos que el profesional sanitario debe pensar y repensar, para que se orienten al bien del enfermo, entendiendo el deber de asistencia y responsabilidad con la persona en estado de vulnerabilidad y debilidad, que no siempre resulta capaz de hacerse cargo de sus propias necesidades. Evitando que las relaciones de ayuda se transformen en intervenciones paternalistas que sustituyan la voluntad del paciente y permitan la participación responsable de este en la toma de decisiones para su vida de acuerdo a la capacidad que posea.

La mirada humanizada sobre el otro, involucra la solidaridad. Comprender que es posible detectar el dolor y el sufrimiento, y conectarse con la persona que los atraviesa de manera de brindar apoyo, respaldo y protección, haciéndose cargo del que no puede asumir, y dando de sí para otro, a modo de entrega. Esto puede concederse en tiempo, apoyo, reconocimiento, entrega de recursos materiales e inmateriales y protección. Son actos humanos basados en la responsabilidad, y elegidos de manera voluntaria y libre, teniendo la capacidad de comprometerse consigo mismo y con los otros, a través de actos buenos, actos humanizantes,²⁹ que sostienen una red de interrelaciones e interdependencias. Humanizar resulta en mejorar las vidas de las personas, la búsqueda de la felicidad desde el cuidado, el compromiso y el acompañamiento. Procurar la propia humanización y la humanización de la comunidad humana.

27 Scheler, M. (1972). *El puesto del hombre en el cosmos* (J. Gaos, Trad.). Losada; 109.

28 Monge, M. Á. (2001). Angelo BRUSCO, Humanización de la asistencia al enfermo, «Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud», Sal Terrae, Santander 1999, 141 pp. Scripta Theologica, 33(1), 333.

29 Chaparro Avellaneda, C. A. Hacia una propuesta pedagógica humanizante: debates colectivos sobre vulnerabilidad, interdependencia y cuidado (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

1.3. Vulnerabilidad

El proceso de enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetarlas y reconocerlas en la interacción con ellas. En este sentido, la presencia humana ante las personas enfermas, se manifiesta insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar empatía, escuchar, expresar sensibilidad y comprensión con la situación del otro.³⁰

El reconocimiento y la preocupación por el vulnerable constituye el motor de la humanización, que se efectiviza en el cuidado en una doble tarea: el cuidado personal y el cuidado competente. Este último se refiere al cuidado basado en conocimientos y experiencias profesionales, que velan por el cuidado de toda la corporeidad humana, mientras que el personal, requiere de sensibilidad, confianza, comunicación asertiva y valores humanos que permitan llegar a la compasión. Esto es necesario porque la vulnerabilidad está en directa relación con la dignidad humana, basada en el ser y no en la sola idea de existir.

2. HERRAMIENTAS PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS

La humanización de los servicios asistenciales en la salud hace referencia a mejorar el trato, a ser bien educados, gentiles, sociables, atentos, cálidos, acogedores, en concreto: empáticos con el otro.³¹ En la atención en salud, es un imperativo ético fundamentado en que el acompañamiento debe realizarse siguiendo una serie de criterios 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, libertad e individualidad, así como el respeto de los derechos del paciente en la relación entre el equipo de salud y el contexto con el cual interactúa.^{32, 33} En consecuencia, humanizar es un proceso complejo que atraviesa

30 Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, 10(1), 29-38.

31 Castro, L. R., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Estupiñán, E. M. B., Sorokin, P. (2018). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista iberoamericana de bioética*, 8-12.

32 Obando Cabezas, L. (2020). *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario*. Editorial Universidad Santiago de Cali.

33 March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev. calid. asist*, 245-247.

todas las esferas de la persona.³⁴ Busca promover y proteger la salud del hombre, curar enfermedades y garantizar una vida sana y plena a nivel psicofísico, social y espiritual, reforzando la noción de unicidad e irrepetibilidad de cada uno.³⁵ Humanizar también es cuidar de quienes cuidan. Es respetar la personeidad de los profesionales, evitando considerarlos simplemente recursos del propio sistema y comprendiendo que son quienes llevan adelante todos los procesos en el cuidado humanizado.

Humanizar resulta, por consiguiente, un desafío no solo para el equipo de salud, sino para las instituciones, ya que afecta a las estructuras sanitarias, a los establecimientos donde se asiste a las personas enfermas, el diseño y la organización de los mismos, la accesibilidad, el confort, la funcionalidad y la señalización.³⁶ Combinar la ciencia y la humanización resulta entonces un gran reto, pero a la vez una gran oportunidad de mejorar la asistencia sanitaria traspasando la toma de decisiones por los valores de las personas involucradas. Esto permite afrontar los conflictos bioéticos con una metodología acorde y al mismo tiempo, la incorporación de estrategias que permitan el desarrollo de actividades humanizadas en torno a la atención sanitaria. Parte de la planificación tendiente a la humanización en salud, resulta en la incorporación de un comité de bioética clínico, que aporta un apoyo insustituible a la hora de resolver dilemas éticos y establecer nuevos procedimientos y algoritmos de toma de decisión centrados en la persona.³⁷ Otro aliado para lograr este objetivo es el Decálogo de la humanización en salud (DHS) que permite al equipo de profesionales contar con pautas valiosas para su vinculación con los pacientes.³⁸ Si bien existen múltiples versiones de este instrumento, adaptadas a la realidad y características de cada población, todos estos documentos poseen en común el espíritu de cuidado y acompañamiento en busca del fortalecimiento de estrategias que fomenten el trato cálido, considerado y respetuoso de la privacidad y la dignidad del paciente y su familia proporcionando un entorno seguro y confortable.

34 Bermejo, J. (1999). *Salir de la noche: por una enfermería humanizada* (Vol. 1). Editorial Sal Terrae.

35 Boladeras, M., & Akrich, M. (2015). *Bioética del cuidar, ¿que significa humanizar la asistencia?*. Tecnos.

36 Bermejo Higuera, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto. *Bilbao: Desclee de Brouwer*.

37 Aguado, L. C. M. (2019). Humanización sanitaria, gestión clínica y derechos humanos. *Actas de coordinación sociosanitaria*, (25), 59-83.

38 Guevara, R. P., & Quiñones, E. G. (2017). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del INSALUD (1984): logros y retos actuales. *Actualidad del derecho sanitario*, (251), 975-977.

2.1. Comité de Bioética

El comité de bioética es un órgano consultivo, multidisciplinario y plural,³⁹ ofrece protección a la comunidad sanitaria al generar espacios de diálogo dentro de las instituciones de salud, garantizando el respeto por la libertad responsable de las personas.⁴⁰ Resulta un espacio valioso para asistir en la resolución de los conflictos morales en el campo de la salud, asegurando la preservación de la dignidad y humanidad de cada paciente. También son inestimables al momento de elaborar recomendaciones y directivas que respondan a las necesidades de los pacientes, familiares y miembros del equipo de salud, desde una perspectiva respetuosa de los valores implicados. Este tipo de equipo de trabajo, aporta a la mirada humanizada de atención, basada en los valores humanos que la sostienen. Entre ellos se destacan: integridad, honradez, imparcialidad, justicia, veracidad, igualdad y respeto. De esta manera convierte el esquema clásico de la relación profesional-enfermedad, a una enriquecida relación profesional-paciente, donde se torna evidente la persona.

Con frecuencia, la atención sanitaria valora escasamente la personabilidad⁴¹ de los enfermos, olvidando detenerse en lo importante de su ser, y solo, aunque no superficialmente, se aboca a lo biológico.⁴² Es así que, por ejemplo, al realizar una radiografía, se transparenta la superficie de la corporeidad y se capta intrusivamente su interior; se puede ver debajo de las capas de piel para conocer lo íntimo del paciente, sin embargo, aun teniendo la posibilidad del conocimiento esencial del enfermo, no resulta esta evidente a los ojos de muchos profesionales de la salud. En este punto, es el comité de bioética el que logra posicionar al paciente en un lugar diferente, visible y considerado, arbitrando los medios para que sea partícipe real en la toma de decisiones sobre su vida y su salud. Lo protege, lo acompaña y lo cuida.

Son estos comités quienes sostienen lazos que permiten comunicar la atención en salud con las humanidades, encarnadas en la realidad concreta de cada

39 Abel, F. (1996). Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, (44), 5-15.

40 Digilio, P. (2004). Los comités hospitalarios de bioética en Argentina y las implicancias de sus funciones para las políticas de Salud. In *Los comités hospitalarios de bioética en Argentina y las implicancias de sus funciones para las políticas de salud* (pp. 47-47).

41 Rosas, D. I. R. (2023). Pensar el cuidado a partir de la noción antropológica de persona. *Scripta Ethnologica Nueva Epoca*, 45(1).

42 Millán, Á. G., & Sastre, J. F. G. (2022). ¿ En qué me puede ayudar mi comité de ética asistencial?. *Salux: revista de ciencias y humanidades*, 8(13), 18-24.

paciente que lo consulta y a la vez de quienes no lo hacen, pero se benefician indirectamente con los proyectos y pautas que sus miembros elaboran para la atención centrada en la persona. Si bien las orientaciones del comité de bioética no son vinculantes, resultan en valiosos aportes y sugerencias para enriquecer a atención en salud.

2.2. Decálogo de la humanización en salud

Resulta evidente que la incorporación de la tecnología en la relación clínica tiene ventajas apreciables, como el proporcionar mayor accesibilidad, reducir los desplazamientos, minimizar los riesgos para la salud, facilitar el ahorro de tiempos y eficiencia en el uso de los recursos junto con la consolidación del autocuidado. Por otro lado, se multiplican los inconvenientes que derivan en la despersonalización de la asistencia en salud como consecuencia de la incorporación de un medio técnico, la discriminación que procede de la imposibilidad o dificultad en el acceso, y la deshumanización que surge de la ausencia del cuidado personal y el apoyo emocional. Se instala así un distanciamiento, como consecuencia de la conformación de un nuevo esquema de atención sanitaria con un enfoque industrial. Este, se sostiene fuertemente en la tecnología, en la confianza en la misma, en su eficiencia y estandarización, y propicia un debilitamiento del encuentro. Por tal razón, es necesario adoptar una postura superadora que busque aceptar el progreso y minimizar sus inconvenientes, de manera que la relación clínica se desarrolle sostenida en los principios bioéticos, procurando el bien del paciente y evitando generar un daño adicional al ya sufrido. Se deben optimizar las estrategias para garantizar el respeto por la dignidad y por la intimidad.

La respuesta a este desafío, debe centrarse en dar valor a la humanización de la asistencia sanitaria sin perder la visión de las personas como eje central del sistema de salud, para que este tenga un carácter transversal e impregne en la organización los valores fundamentales como la empatía, la cercanía y la escucha activa, logrando impulsar acciones concretas para apoyar y sostener el cambio. Parte de estas herramientas se pueden ordenar en forma de DHS,^{43,44} que constituya un conjunto de reglas básicas que ordenen la actividad y tiendan al compromiso de la totalidad del equipo de salud. Existe una gran variedad de

43 de la Cueva, G. L. F., Álvarez, D. B., Rodríguez, L. M. M., Pérez, C. P., Ramírez, R. M. M. (2018). La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. *Revista Enfermería del Trabajo*, 8(1), 18-26.

44 Alonso, A. H. Capítulo 3. Humanización. *El futuro de la farmacia clínica y hospitalaria*, 65.

DHS publicados por diferentes entidades que tienden a organizar las actividades mínimas que favorecen la humanización en salud en diferentes espacios de atención. Estos, proveen tácticas simples, que no sobrecargan a los profesionales y pueden implementarse si grandes requerimientos, donde la justicia, el cuidado, el respeto y la consideración integral por la persona devenida en paciente, se hacen presentes.

El DHS oficia de guía que busca fortalecer las relaciones, se propone estructurarlo en tres ejes: el momento personal, el momento del encuentro entre las personas, y el momento de la asistencia sanitaria. En el primero, debe destacarse la importancia de que el profesional se identifique frente a un enfermo, presente al mismo tiempo al equipo acompañante y llame al paciente por su nombre. La primera impresión, cuya importancia es conocida en cualquier relación humana, alcanza en el trabajo médico, una extraordinaria significación. Un médico, interesado en aumentar la seguridad del enfermo desde el primer momento, debe preocuparse en nombrarlo y tratarlo con cercanía, recibirlo de pie, estrechar su mano, e indicarle su asiento para evitar situaciones de ambigüedad, que generan ansiedad.⁴⁵ Esto, en el acompañamiento humanizado debe complementarse con la escucha activa, que consiste en escuchar atentamente a los pacientes, no solo intentando comprender lo que manifiestan, sino mostrando genuino interés en sus relatos. De esta manera también es posible encontrar el camino para resolver las situaciones tensas y disponer de tiempo para pensar argumentos y soluciones que en definitiva mejoren su vida y aceleren el proceso de recuperación. Mejorar las habilidades de comunicación, puede contribuir a mejorar la calidad de las mismas y por tanto obtener un excelente resultado al hacerlo con el paciente ⁴⁶ y a la vez, acelerar el proceso de curación. ⁴⁷ El diálogo debe centrarse en la empatía, y el intento de comprender lo que sienten los pacientes y sus acompañantes, ya sea que lo manifiesten de un modo verbal y no verbal. En particular, para los profesionales, resulta de suma importancia la utilización de este último, para apoyar el discurso, ya que, al empatizar, el experto deja de ser solo un referente

45 González Menéndez, R. (2004). Exigencias y trascendencia humanística de la entrevista médica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6).

46 Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 12, 461-474.

47 García, J. A. S., Ruiz, J. A., Baños, A. I. C., Lázaro, J. A. M., & Ramis, B. S. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(2), 276-292.

del saber técnico, para pasar a mostrarse como un igual en su calidad de persona, lo que fortalece la relación. En la comunicación, se recomienda la incorporación de un lenguaje sencillo para abordar cualquier recomendación, de forma que el paciente pueda entender en todo momento lo que se quiere transmitir. Luego de esto, al enfrentarse a la decisión subjetiva, se debe respetar la medida que tome y procurando fortalecer su libertad, el autocuidado y su individualidad.

El DHS, en un segundo momento, debe ofrecer estrategias para fortalecer el espacio del encuentro, sugiriendo acercarse a la persona, no centrarse solo en su patología sino en el hombre que la padece, fomentando la cercanía y el contacto físico. Nunca resulta excesivo que el paciente se sienta protegido, seguro e inmerso en un clima de confort. El profesional debe ser amable, educado y cortés con familiares, profesionales y pacientes, utilizando en la conversación palabras como gracias, perdón y por favor. En muchas ocasiones la falta de tiempo, hace olvidar estos requisitos indispensables para un trato humanizado. Una expresión de empatía por la angustia emocional de un paciente requiere sentir sinceramente la preocupación, y expresarlo. La solidaridad emocional transmitida por un médico a un enfermo acerca a ambos en su común humanidad, lo que fortalece la relación. Pero, además, dado que percepción, emoción y cognición son dimensiones de la experiencia y que es imposible entender una emoción sin tener idea de la experiencia del paciente que la evoca; la empatía requiere comprender las experiencias. Al momento del encuentro, se sugiere proporcionar comodidad, intimidad y privacidad. Entendiendo que esta última en particular, resulta un requisito esencial para el desarrollo particular, y es también un derecho fundamental que extiende esa condición de la esfera estrictamente personal a su vida familiar, su imagen, su honor. El carácter confidencial que reviste la información clínica, adquiere mayor importancia cuando la asistencia es mediada por la tecnología, debido a la gran cantidad de datos individuales que pueden permanecer accesibles sin autorización del paciente. Surge una necesidad ineludible de fomentar una cultura entre los profesionales sanitarios sobre el respeto a la intimidad y la protección de los datos de la persona, enmarcados en el secreto profesional.⁴⁸ La creciente interoperabilidad de los sistemas tecnológicos impone la valoración de los requerimientos técnicos adicionales para esta protección y cuidado que resultan piezas fundamentales en la relación

48 OMS. Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025 de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924>

equipo-paciente, sostenidas en la confianza y la entrega.⁴⁹ Los pacientes conceden acceso a sus cuerpos para estudios y tratamientos, pero ellos esperan que los profesionales eviten contactos físico innecesarios o su exposición de manera superflua.⁵⁰ El conocer más al paciente, implica su consideración como persona, miembro de la familia y como parte de una sociedad del cual no se puede aislar, involucra también saber que como ser humano tiene necesidades comunes a él.⁵¹

En cuanto al momento propio de la asistencia sanitaria, el DHS debe agregar a las recomendaciones anteriores, la sugerencia de facilitar la accesibilidad. Es importante intentar a reducir las barreras y limitaciones que obstruyen el acceso a una atención integral de la salud,⁵² tanto materiales como inmateriales, ya que con frecuencia el acceso se ve limitado no solo por el diseño de la infraestructura, sino por la falta de disponibilidad de turnos de atención profesional.⁵³ Al mismo tiempo, es importante señalar la importancia de respetar el descanso,⁵⁴ haciendo un uso adecuado y responsable de las señales acústicas y luminosas que se asocian a la tecnología en la institución. Esto último resulta indispensable en el proceso de sanar.

La implementación institucional del DHS, como herramienta, permitirá delinear estrategias que tiendan a potenciar los comportamientos del cuidado humanizado, focalizando en cada persona y adaptarlo a los distintos sectores, trabajadores en salud y modelos institucionales.

49 Ila-García, A., Contreras-Martos, G. M., Ochando-García, A. (2022). Intimidad percibida por los pacientes en una unidad de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 25(3), 239-247.

50 Salles, A. A., Castelo, L. (2023). Privacidad y confidencialidad en los procesos terapéuticos: presencia de fundamentos bioéticos. *Revista Bioética*, 31, e3340PT.

51 Zapata-Ramos, D. W., Vizcacho-Jimenez, E. M. (2021). Satisfacción percibida y cuidado humanizado de enfermería en un hospital de EsSalud. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 1(2), 163-171.

52 Schneidermann, D. J. (2012). Facilitando la accesibilidad desde distintos ámbitos de intervención profesional. *Revista Margen*, (66).

53 Montori, V. (2020). *La rebelión de los pacientes: Contra una atención médica industrializada*. Antoni Bosch editor.

54 Hernández, A. M. S. (2003). Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. *Cuadernos de bioética*, 14, 39-60.

3. PROPUESTA DE UN PROGRAMA ESTRATÉGICO INTEGRAL PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD

La humanización de la salud resulta un gran desafío; debe ser estructurada como un programa estratégico; todos sus procesos, lineamientos y directrices deben estar enfocados en la persona que padece la enfermedad y en quienes hacen todo lo posible para ofrecer el mejor de los servicios asistenciales.^{55, 56} Es importante recalcar que todo lo que se pueda hacer en el sistema de sanitario debe ser para preservar la vida humana, para cuidar la salud y respetar la dignidad de las personas y sus derechos.⁵⁷ La creación de entornos saludables que sostengan la atención integral de los individuos,⁵⁸ permitirá el acompañamiento armónico y el trato humanizado con ellos y su familia.

Se propone una estrategia, conceptual y operativa, adaptada a la realidad argentina para dar inicio a la implementación del camino de la humanización en salud, en espacios de escasez de recursos y con presupuestos acotados; donde la gran fortaleza reside en las personas, sus valores y su voluntad solidaria. La misma, se sostiene en 4 pilares: el paciente, el equipo de salud, la institución sanitaria y la comunidad.⁵⁹

3.1. En relación al paciente:

3.1.1. Acceso al espacio de atención: Garantizar el acceso universal a la atención sanitaria en igualdad en cuanto a la calidad y la oportunidad para todos los pacientes, independientemente de las circunstancias personales que los acercan a la consulta.⁶⁰ Esto incluye a todas las personas, en especial quienes resultan con frecuencia invisibles a la mirada del sistema sanitario como los integrantes

55 Lobo-Osorio, D., Oviedo-Córdoba, H., Cortina-Navarro, C. (2023). La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. *Duazary*, 20(2), 17-27.

56 Duro Robles, R. E., Prieto Valle, J. M. (2022). Pla d'Humanització en l'Àmbit de la Salut 2022-2027.

57 Correa Zambrano, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista cuidarte*, 7(1), 1210-1218.

58 Villarroel López, J. M. (2023). *Cuidado humanizado en pacientes críticos desde la teoría de jean watson* (Masters thesis).

59 Fuentes, M. D. C. P., Jurado, M. D. M. M., Peco, I. H., Linares, J. J. G. (2019). Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. *European Journal of Health Research:(EJHR)*, 5(1), 63-77.

60 Henao, C., Lis-Gutiérrez, J. P., Lis-Gutiérrez, M. (2023). Desigualdad en el acceso a la atención sanitaria: Una perspectiva latinoamericana. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 355-355.

de las poblaciones vulnerables, teniendo en cuenta en particular sus necesidades específicas y su realidad social. Es importante considerar su fragilidad, ubicación geográfica, cultura y cualquier otro factor que afecte incrementalmente su posibilidad de susceptibilidad.⁶¹

3.1.2. Personalización de la atención: Ofrecer un trato digno y personalizado en todos los procesos de diagnóstico y tratamiento, entendiendo que la persona es una totalidad y como tal, debe asistirse de manera integral, en todas sus dimensiones personales.⁶² Esta mirada invita a conocer al paciente, su entorno, su realidad social, su temporalidad interna⁶³ junto con sus creencias y costumbres. Al mismo tiempo, debe hacerse presente el principio de la explicabilidad,⁶⁴ que obliga al profesional a explicar al paciente las implicancias que posee el uso de una tecnología en su proceso de cuidado junto con la justificación de la implementación de la misma.

La atención personalizada obliga a la flexibilidad institucional, dado que en algunas situaciones se debe arbitrar los medios para lograr el acompañamiento en situaciones que no se vean contempladas en las guías y reglamentos de los establecimientos.⁶⁵ Un ejemplo de esto son los permisos especiales necesarios para los pacientes que cierran su ciclo de vida, como lo son salidas de la entidad, para ver el mar, un sitio especial de su historia persona; contraer matrimonio, recibir la visita de una mascota o personalizar la habitación.⁶⁶

61 Morais, T. C. A. D., Monteiro, P. S. (2017). Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. *Revista Bioética*, 25, 311-319.

62 Abalos, J. B. B. (2023). Claves para la construcción de un modelo bioético para la atención humanizada de los servicios de salud a partir del modelo colombiano. *Revista Científica Multidimensional Magna Sapientia*, 1(1), 22-28.

63 Santos, U. F. (2013). Sentido de algunos principios bioéticos personalistas. *Cuadernos de bioética*, 24(1), 31-37.

64 Elias, M. A., Favarsani, L. A., Moreira, J. A. V., Masiero, A. V., Cunha, N. V. D. (2024). Inteligencia artificial en salud y sus implicaciones bioéticas: una revisión sistemática. *Revista Bioética*, 31, e3542PT.

65 de Sanidad, C. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. *Madrid: Biblioteca Virtual*.

66 Farelo, A. D., Rodríguez, M. L. D., Aragón, A. G., Salas, T. M. G., Romero, Á. L., Espina, R. P. La humanización para acompañar con-pasión el final de la vida.

3.1.3. Acompañamiento integral:

a. **Respeto y compromiso:** Fomentar la participación activa de pacientes y familiares a través de los canales de comunicación personalizados, procurando que todos cuenten con la información necesaria para la correcta toma de decisiones en cada situación, de manera de ponderar las recomendaciones de los profesionales en cuanto a su ordinariedad.⁶⁷ La capacidad de cada individuo para actuar libremente es variable por razones culturales, educacionales o emocionales, lo cual impone a los profesionales el deber de respetar la libertad de sus pacientes, junto a la necesidad de ayudarlos a tomar decisiones en salud.⁶⁸

b. **Comunicación eficaz:** En el acto médico siempre hay comunicación. Su importancia se basa en transmitir un mensaje y establecer una "conexión" con el enfermo y la familia desde el inicio, para permitir que el paciente se comunique dejando atrás el temor, la ansiedad y las restricciones. Hay factores que atentan contra la comunicación entre médico y paciente: el lenguaje excesivamente técnico y la escritura poco legible o directamente ilegible de aquel interfieren en la relación y son causa de muchos malentendidos que terminan, generando un daño adicional al mal que la persona atraviesa. Es por esto que la comunicación obligadamente debe ser asertiva, responsable, personalizada y respetuosa.

Para el encuentro con las familias, resulta valioso contar con espacios acondicionados para poder transmitir malas noticias, favoreciendo la intimidad y evitando las interrupciones y distracciones que podrían causar mayor pesar a las personas.

c. **Acompañamiento familiar:** Favorecer el acompañamiento familiar, entendiendo que las familias resultan aliadas en el cuidado. Su presencia y participación resultan fundamentales para mejorar la experiencia de los sujetos.⁶⁹ Empoderar a los acompañantes, al igual que a los pacientes, resulta uno de los pilares de la humanización en salud.

67 Calipari, M. (2008). El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente. *Vida y Ética*, (9.2), 163-174

68 Antury, E. B. (2021). La vida humana desde la antropología del personalismo integral y la bioética personalista de Elio Sgreccia. *Quién: revista de filosofía personalista*, (13), 7-25.

69 Ampudia, M. K. M. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(09), 1-13.

d. Proceso de Consentimiento informado asistido: Atravesar la toma de consentimiento informado como un proceso y no limitarlo solo a la firma de un documento despersonalizado y estanco. Procurar que cada paciente sea respetado en su libertad para la toma de decisiones responsables de acuerdo a sus valores y creencias. Resulta indispensable adecuarlo incorporando aquella información relevante sobre el uso de dispositivos digitales y tecnológicos, señalando el impacto que puede tener en el proceso de acompañamiento. Es especialmente relevante la toma de decisiones compartida a fin de evitar la imposición del uso de recursos tecnológicos que el enfermo desconoce o valora con carácter de extraordinarios. Una de las formas más manifiestas de consideración y protección de las personas se verifica en el proceso concreto de consentimiento informado mantenido en el intercambio. Este es un camino de confianza sostenido en el diálogo.

3.2. En relación al equipo de salud:

3.2.1. Trabajo interdisciplinar: El equipo interdisciplinar está conformado por profesionales con diferentes formaciones y especialidades que trabajan de manera conjunta, organizada, coordinada e interdependiente con un objetivo en común. Fomentar la tarea interdisciplinar entre los miembros de los equipos de salud, ofrece grandes ventajas como promover el aprendizaje, el diálogo, la confianza y la cooperación. Esto se logra sosteniendo reuniones entre los equipos. Una estrategia para sostener la atención humanizada se centra en la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica que proporciona herramientas para unificar criterios, fomentar la relación clínica humanizada sosteniendo los conocimientos y evidencia científica y dando seguridad a los pacientes y los profesionales. Es preciso que los equipos interdisciplinarios consensuen criterios de actuación que permitan identificar los aspectos de la relación clínica tendientes a la deshumanización y despersonalización viendo en ellos la oportunidad de mejora tendiente al común objetivo del trato humanizado.

Formación de recursos humanizados: Incorporar en los espacios formativos, contenidos y estrategias alineados con el camino de la atención humanizada, de

manera que los valores humanos se hagan presentes en el quehacer cotidiano.^{70, 71} Procurar la formación continua de los profesionales en particular en los aspectos más difíciles como la comunicación de malas noticias y el desarrollo de habilidades blandas como el trabajo en equipo.

3.3. En relación a las instituciones:

3.3.1. Gestión de la Calidad: Resulta evidente el vínculo entre calidad asistencial y humanización. El objetivo primario de la calidad asistencial es brindar a las personas la asistencia acorde al conocimiento de la ciencia, logrando los cuidados de acuerdo a sus necesidades, asegurar su continuidad y lograr su satisfacción, por lo que la humanización en salud, se ve inmersa en la misma. Incorporar un sistema de gestión de la calidad centrado en las personas y los procesos en lugar de los servicios; que permita medir la satisfacción de los usuarios⁷² y la calidad de los procedimientos.⁷³ Realizar un relevamiento de todas las no conformidades y las oportunidades de mejora⁷⁴ a fin de sostener el camino de la humanización en salud,⁷⁵ así como también realizar un monitoreo de la calidad percibida y la satisfacción de los asistidos.⁷⁶ Resulta obligatorio fomentar el uso responsable, eficaz, seguro y confiable de la tecnología en salud implementando en cada proceso la planificación tendiente a la mejora continua. Esto se logra con la capacitación permanente y la implementación de productos sanitarios que cuenten con las certificaciones correspondientes.

70 Díaz Restrepo, S. V., Arias León, M., López García, I., González Vélez, D. (2023). Percepción del cuidado humanizado ofrecido por el personal de enfermería de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante 2023.

71 Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229.

72 Martín Conde, M., Monte Boquet, E., Morillo Verdugo, R. (2013). Indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica al paciente VIH+. *Farmacia Hospitalaria*, 37(4), 276-285.

73 Sanabria Morales, A. Y. (2019). Acreditación en salud: enfoque al usuario y su familia.

74 Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206.

75 March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev. calid. asist.*, 245-247.

76 La Torre Mantilla, A. R., Oyola García, A. E., Quispe Ilanzo, M. P. (2018). Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Mayo, 2014. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 59-68.

3.3.2. Comité de Bioética: Procurar la creación y sostenimiento del comité de bioética asistencial para acompañar a los pacientes y al equipo de salud en la toma de decisiones en situaciones dilemáticas tanto clínicas como vinculadas con la distribución de recursos.⁷⁷ Resulta imprescindible que miembros del equipo de salud formados en bioética puedan contar con tiempo dentro de sus tareas, para participar con compromiso en este valioso espacio de trabajo.

3.3.3. Programa de asistencia del equipo de salud: Cuidar, reconocer y respetar a las personas que conforman el equipo de salud, tanto en lo personal como lo profesional, procurando un ambiente laboral humanizado. Ofrecer a los profesionales, espacios de escucha, asistencia y acompañamiento para enriquecer su tarea y al mismo tiempo propiciar el cuidado de los mismos en particular en relación a su espiritualidad y esfera psíquica. Velar por el fortalecimiento de cada miembro procurando así, sortear el trabajo mecanicista que deriva en la deshumanización de la atención y transformarlos en agentes activos de la humanización.

3.3.4. Comité de humanización: Crear y capacitar una comisión de humanización en salud que realice el apoyo de todas las actividades de la institución.⁷⁸ Una de las tareas fundamentales de este equipo debe centrarse en la supervisión del uso de la tecnología, que debe ser de manera humanizada y personalizada.⁷⁹ Siempre requiere de una supervisión humana, la asistencia sanitaria de una humanización y el paciente de una personalización.⁸⁰ La incorporación de recursos técnicos especializados resulta inevitable, pero no incontrolable, por lo que su asociación a la relación clínica, debe realizarse sosteniendo las garantías de humanización, con el acompañamiento, el conocimiento y la aceptación de la persona, sin opacar la función fundamental de curar y cuidar la vida humana. Este equipo de trabajo debe contar con tiempo destinado a fortalecer el proyecto, debe trabajar para

77 Sgreccia, E. (2009). *Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica*. Principia Editora.

78 Ramírez, C. (2023). La Atención Humanizada en los Servicios de Salud; una Perspectiva desde el Ámbito Asistencial de Enfermería y Administrativo de Centros Asistenciales. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 8919-8941.

79 Prieto, P. (2017). Servicio de humanismo y bioética de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia. Dos años de experiencia. *Acta Médica Colombiana*

80 De Villa, C. S., Rosario, D. (2023). Política de humanización. *Política*, 30, 08.

fomentar y sostener la cultura de la humanización, entendiendo que el equipo de salud resulta el principal motor del presente plan estratégico.

Decálogo de humanización: Elaborar un DHS adaptado a la realidad de los miembros del equipo de salud, la institución, los pacientes y la comunidad. Incorporar en la rutina de la asistencia sanitaria las estrategias ofrecidas por este recurso con el objetivo de mejorar el acompañamiento a todos, en especial los enfermos y sus familiares.

3.4. En relación a la comunidad:

3.4.1. Talleres de fortalecimiento social: Generar espacios para transmitir estrategias a las personas para que conozcan los medios de acceso, canales de comunicación con el profesional, cuidar los espacios y el equipamiento, la institución y sus normativas, como también fortalecimiento del autocuidado y del cuidado responsable de la salud y la vida del otro.

3.4.2. Programa de educación: Elaborar programas formativos para familiares, con el objetivo de ofrecer herramientas para sostener la humanización desde el aporte del paciente y sus acompañantes, centrado en el respeto hacia las personas que se encuentran en la institución tanto profesionales sanitarios como otros pacientes y su entorno. Favorecer la búsqueda de referentes para sostener la comunicación, la reflexión y poder preservar el espacio de encuentro de la manera que este resulte aprovechable para la adquisición de la información útil para su salud. La creación de escuelas de salud, resulta en una gran ventaja para todos los pacientes, cuidadores y familiares; y una estrategia que brinda un acompañamiento diferente al que el sistema de salud puede ofrecer y posee al mismo tiempo un efecto multiplicador del mensaje.

3.4.3. Espacios de formación de voluntarios: Las personas voluntarias resultan interlocutores valiosos en el trayecto de la humanización sanitaria, ya que no pertenecen al equipo de profesionales, pero al mismo tiempo pueden resultar en un apoyo insustituible para los pacientes al momento del encuentro en el ámbito sanitario. El compromiso por el otro, se concreta en la respuesta, en el dialogo,

donde la relación interpersonal no puede permanecer excluida.^{81, 82} Procurar establecer programas de voluntariado donde se propicie el acompañamiento integral de las personas,⁸³ en especial aquellas que se encuentran solas; como grupos de voluntarios lectores, organizadores de bibliotecas con libros y revistas, asistentes para la alimentación o una ropería, generando así una red de voluntarios. La libertad que se manifiesta en la responsabilidad por el otro, y el compromiso que incita a la acción por cada integrante de la comunidad, son parte constitutiva del ser, lo que hace que esté impregnado en su naturaleza la vocación de voluntariado.⁸⁴

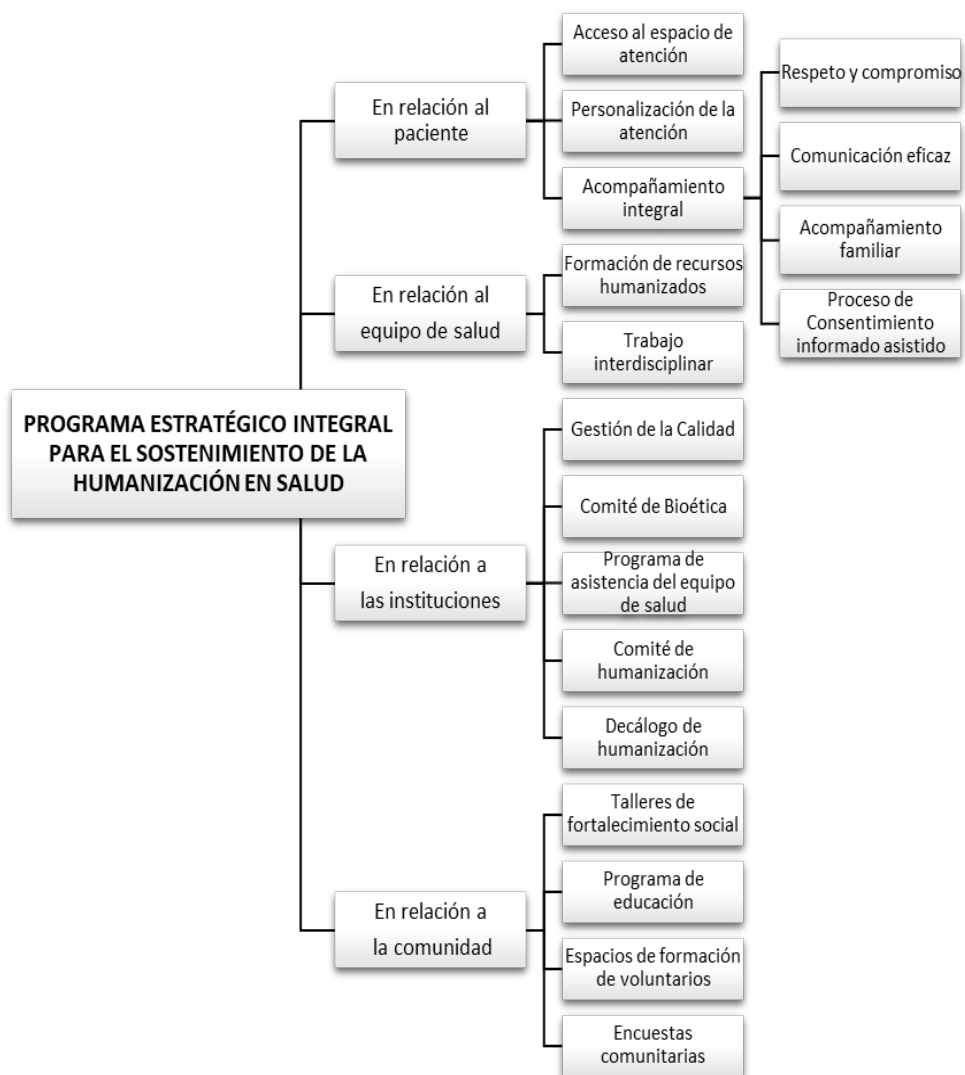
3.4.4. Encuestas comunitarias: Establecer este recurso con el objetivo de conocer y aprovechar la mirada del paciente para lograr ofrecer un acompañamiento humanizado que esté alineado con las necesidades de las personas de la comunidad y poder moldear dentro de la norma vigente y las posibilidades institucionales, la atención que se brinda a la población asistida.

81 Flores, S. L., Huarte, P., Fernández, A. (2020). La importancia de la comunidad y el voluntariado en un estado de pandemia. *Medicina paliativa*, 27(3), 265-266.

82 Coca, J. R. (2010). La comprensión de la tecnociencia: hermenéutica analógica y personalismo comunitario de la actividad tecnocientífica.

83 García, O., Chavarría, C. (2020). Voluntariado 2030: Nuevos Paradigmas.

84 Rentería, A. R. R. (2023). La libertad y el compromiso como praxis ética en el pensamiento personalista. *Orexis. Exploraciones Éticas*, 1(1), 83-93.



Fuente: Elaboración propia

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El camino hacia la humanización en salud resulta responsabilidad de toda la comunidad humana, y es sostenida por la educación en valores, estrechamente vinculada a los derechos de las personas y a su naturaleza, en la búsqueda de construir un mundo más justo, más digno en armonía con los valores humanos. La humanización consiste en promover al máximo la responsabilidad de cada persona, en los procesos de integración comunitaria y en los procesos de salud, donde la vida de todos y de cada uno resulta un bien invaluable, plausible de protección.

Humanizar constituye una exigencia ética, que se desprende del respeto por la dignidad de todas las personas. Se torna imperativo que los profesionales comprendan la importancia de la mirada bioética, humanizada y acogedora en la asistencia, y los cuidados con los pacientes, en especial en el espacio de internación. El primer paso es identificar actitudes de humanización desde el equipo de salud hacia la persona del paciente. En este contexto no puede caer en la invisibilidad el vínculo personal, donde resulta imprescindible ver a la persona detrás de la enfermedad, de la situación y de los accidentes que la atraviesan; conocer sus valores e inquietudes personales, mirarla a los ojos para analizar sus reacciones, acercarse cuando sea necesario, para lograr un acompañamiento humano, que no puede conseguirse de igual manera cuando se utilizan medios exclusivamente tecnológicos o se da supremacía a estos. La incorporación de múltiples recursos mecánicos en el acompañamiento de pacientes ofrece indiscutidos avances en el sector de atención sanitaria y a la vez, pone en peligro la relación entre el equipo de salud y los pacientes. Para minimizar los efectos adversos que el uso de la tecnología pueda causar, y simultáneamente, eliminar el impacto social negativo, es preciso potenciar el uso responsable de estos recursos, permitiendo armonizar las ventajas que provienen de su utilización con el cumplimiento de los principios bioéticos y la consideración de la persona de manera integral.

La tecnología ofrece una posibilidad de definir un modelo mejorado de la relación entre el equipo de salud y el paciente, entre los profesionales y la familia, si se trabaja para compatibilizar una estrategia de humanización de la salud concebida con el acompañamiento de los principios de la bioética personalista. Es claro que existe una necesidad de fortalecer la humanización ofreciendo al personal de las instituciones cursos de formación y talleres de reflexión sobre la tarea de acompañamiento a los pacientes desde la mirada de la humanización en salud. Esto resulta obligatorio, otorgando un valor preponderante a aquello que nos hace humanos, que procura la humanización y personalización en

medicina. El camino es el de la capacitación de los miembros del equipo de salud en competencias éticas y humanismo, de modo de asegurar la incorporación de los recursos técnicos solo como un medio más en la relación personal del encuentro. La búsqueda de una formulación que adopte como base una posición prudente, amorosa y no dogmática, conjugando los beneficios de la comunicación oportuna en el encuentro personal directo, que aprovecha la experiencia personal de la relación, siempre en el mejor interés del paciente debe sostenerse como la premisa a establecer. Esto se logra mediante la elaboración de planes estratégicos de humanización encaminados precisamente a mejorar la calidad de la relación interpersonal entre los profesionales de salud, como miembros activos del sistema sanitario, con los pacientes. Formar al equipo para internalizar el concepto de humanización, implica un abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológica, psíquica, social y espiritual, ya que humanizar la salud resulta un proceso complejo que involucra tanto la política como la cultura, la organización sanitaria, la mejora en el encuentro sanitario y la formación de los profesionales y la comunidad.

Por lo tanto, los criterios de la humanización en salud deben ofrecer estrategias para que profesionales, gestores e instituciones de salud puedan multiplicarlas, ampliando y mejorando su realidad, visto que el ambiente del cuidado humano necesita de un espacio reflexivo y participativo que establezca una cultura de humanización en los espacios sanitarios, direccionada no para la enfermedad sino para el ser humano que se enferma y debe ser visto de forma holística en su integralidad: biológico, psicológico, social y espiritual; una guía para potenciar las habilidades personales de cada profesional, que se plasman en el encuentro con el otro, en la relación entre personas. Esto resulta un punto insustituible en el espacio de asistencia sanitaria ya que resulta el único procedimiento en el que las personas son insustituibles por la tecnología y la ciencia. Por lo tanto, resulta importante incorporar estrategias como DHS, la capacitación en bioética y calidad, en la formación de grado de todas las carreras de salud, ya que la instrucción de los nuevos profesionales en el camino de la humanización facilitará la propagación de esta estrategia en diversas instituciones. Por consiguiente, la comunidad logrará fortalecerse para dar respuesta a la demanda del cuidado, y da la oportunidad de tener a la persona del paciente con sus dolores y angustias, delante de profesionales competentes para sanar sus heridas, calmar sus sufrimientos y inquietudes, acompañarlos en su soledad y fortalecer su esperanza desde una óptica humanista, bioética y de responsabilidad social.