

# Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud.

*“Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”, Berard y Gubler S. XIX.*



Por: Dr. Carlos Édgar Rodríguez,  
Director de Acreditación en Salud, ICONTEC.

Una de las mayores críticas al sector salud en la actualidad es la relacionada con el abordaje integral del ser humano. La crítica atraviesa temas fundamentales como la definición de salud (equilibrio físico, mental, social; autonomía, interdependencia, goce legítimo, etc.), enfermedad (desequilibrio,

patología), sistema sanitario (accesibilidad a los servicios, noción de derecho, costo), asistencia integral (en todas las fases del proceso de atención), entre otros asuntos de alta complejidad y controversia.

La deshumanización no es patrimonio exclusivo del sector salud. En todos los sectores sociales se enfrentan crisis relacionadas con la pérdida de vista del ser humano, la masificación y la cosificación del sujeto. Es la sociedad en la que vivimos y de la cual los trabajadores de la salud formamos parte, la que parece olvidarse de su propia esencia y pierde de vista al ser humano que hay detrás de la vida en comunidad. Tal vez, la deshumanización sea vista como algo más criticable en el caso de los servicios de salud, pues albergamos la esperanza de que, cuando enfermemos, es decir, cuando seamos más vulnerables que de costumbre, al menos en los servicios de salud nos reciban con afecto, consideren nuestra esencia, comprendan nuestro drama, reconozcan el ser humano integral que somos y no simplemente que seamos considerados como una patología, un número, un examen por realizar, un afiliado a determinada empresa, una cuenta que presentar o un ingreso que generar.

Lamentablemente, la práctica parece mostrar lo contrario: los servicios de salud se han convertido (sin generalizar) en una mercancía, hay indolencia, el mundo de la salud está cada vez más definido desde la enfermedad, una pérdida de vista de las relaciones humanas, el trato y la comunicación son evidentes. Los trabajadores de la salud, cada vez con mayores presiones laborales, con dificultades salariales, pérdida del ingreso y dificultades para mantener su estatus, reaccionan ante su propia situación, a veces agravando la distancia. El lenguaje que tanto debería unirnos, nos separa, las personas escuchan en los servicios de salud, términos que ignoran y

que se refieren a su propio cuerpo, a su futuro, a su vida. Desbordados por la tecnología, que se supone al servicio de las personas, la relación entre los seres humanos que prestan los servicios y los que los reciben, ha pasado a ser mediada por máquinas: contestadores automáticos y grabaciones nos programan las citas; todo tipo de exámenes ayudan al médico, pero rempazan el diálogo y la cercanía, la tecnología define la vida del hombre. Las expresiones de poder y en ocasiones de arrogancia terminan afectando la vida de las personas necesitadas y de todo ello surgen críticas de fondo, que restan importancia a los logros y resultados positivos de la atención. Sin un análisis de todas estas situaciones, las ciencias de la salud, atraviesan una grave crisis (se podría decir humanitaria).

La acreditación en salud en Colombia ha propuesto un acercamiento al tema; se trata de proponer soluciones prácticas y visibles a los problemas reconocidos e impulsar a las instituciones en el abordaje de la problemática. Este aporte inicial, digámoslo de antemano, es por decir lo menos reduccionista, pues parte de mirar el problema dentro de las instituciones de salud, se concentra en un tipo de instituciones (los prestadores). Aunque sería esencial tener un abordaje similar para las aseguradores y para entes territoriales, aborda superficialmente el problema estructural del talento humano para la salud y no da pistas sobre soluciones; se limita a proponer estándares que nos ayuden en cuanto metas concretas. Se pretende con ello estimular la discusión y generar la necesidad de actuar. La propuesta es sencilla, pero su alcance puede ser impactante; aspiramos a que ocurra en este difícil tema, lo mismo que pasó hace algunos años, cuando se determinó como requisito de entrada a la acreditación en salud, la definición de una política de seguridad, con lo cual dimos un salto cualitativo en la búsqueda de soluciones de fondo a la problemática de los eventos adversos (entre otras, cabría preguntarse si es posible construir un sistema de vigilancia, notificación e intervención de "acciones deshumanizadas"). Proponemos la construcción de una política explícita de humanización de la atención que aborde los problemas señalados aquí y otros omitidos por ignorancia o limitaciones de espacio.

Se reconocen en este texto, al menos tres vertientes del abordaje de la humanización en los servicios de salud.

Una primera vertiente es el trabajo que desde hace décadas realizan algunas comunidades religiosas, por ejemplo los hermanos Camilos, los hermanos de San Rafael, las hermanas de la Presentación, entre otras comunidades católicas, que han dedicado buena parte de sus esfuerzos

al cuidado de la salud y especialmente a aspectos de la humanización del servicio tales, como la acogida (hospitalidad), el diálogo, el apoyo espiritual y emocional, la escucha activa, el consuelo ante la tragedia que suele ser la enfermedad, entre otros aspectos para resaltar. De esta línea debe decirse que tiene tras de sí, un acervo histórico importante y enmarca la tradición cristiana de servicio, caridad y misericordia, entre otros muchos valores; tiene un desarrollo importante en buen número de instituciones de salud tradicionales, fundadas bajo estos preceptos por las propias comunidades y que prestan sus servicios en un marco de principios religiosos, a veces claramente confesional. En aras de la justicia, también se deben enmarcar en esta vertiente los esfuerzos de servicio y atención humanizada de otras comunidades y grupos religiosos y los abordajes de la mal llamada medicina alternativa, cuyo énfasis en los aspectos de la dimensión interpersonal de la atención son reconocidos y han marcado diferencia con los servicios de la medicina occidental tan tecnificada y cada vez más sustraída del diálogo. Si alguna crítica cabe a este abordaje reconocido de la humanización, es la discriminación de la que puedan ser objeto los que no profesen determinado culto; en razón de ese riesgo, se ha declarado insistentemente el carácter laico y no confesional de la atención en salud, concepto que a veces ha generado desmotivación frente al tema, en unos casos retrocesos y en otros el sentimiento de una mayor inclusión y pluralismo en las instituciones.

Una segunda vertiente es la inspirada en la reivindicación de los derechos y los deberes, la autonomía y el respeto de la voluntad de los pacientes, como eje de la atención humanizada. Este segundo abordaje, parte especialmente de los principios y aplicación de la bioética y de la reflexión jurídica y filosófica. En esta vertiente se pueden incluir las sentencias y fallos de la



corte constitucional y demás instancias jurídicas que reivindican los derechos de los ciudadanos a recibir atención humanizada y sensible a sus necesidades. También se pueden incluir aquí requerimientos legales en la materia, por ejemplo, las exigencias formales para contar con un sistema de información y atención al usuario. Algunos temas de mucha controversia aparecen aquí como elementos impulsores, por ejemplo, las sentencias de la corte sobre eutanasia, aborto y demás dilemas éticos del ejercicio, que aunque discutibles, según las perspectiva de quien los aborde, marcan, en todo caso, un camino en la discusión de humanización de las profesiones médicas, pues orientan las actuaciones de los profesionales de la salud hacia el respeto de la dignidad y de la autonomía de la persona e introducen la discusión sobre los límites de las actuaciones de los trabajadores de la salud, a partir de la reflexión ética obligatoria. En esta vertiente también es identificable un lenguaje técnico que a veces confunde y se presta a interpretaciones diversas y en muchos casos a pesar de los fallos, es evidente la ausencia de consenso.

La tercera vertiente es una tendencia intermedia que ve la humanización de la atención en salud, como un reto de calidad de las instituciones, no solo en la humanización de la atención al usuario sino también en el abordaje de la problemática de los trabajadores de la salud. La acreditación

en salud se inscribe en esta tercera vía, en la que durante años hemos ido incorporando aspectos de las dos vertientes anteriores, generalizando su contenido para que en un caso sea una visión más incluyente y en el otro menos abstracta y jurídica. La humanización surge entonces como una política institucional que debe dar respuesta a necesidades singulares de usuarios y trabajadores. Con esta fundamentación hemos definido en sucesivas versiones de los estándares y en forma gradual, aspectos específicos y concretos que sirvan para percatarse de los desarrollos, en materia de humanización que una institución puede abordar y demostrar. Con ello, las instituciones ganan concreción en un aspecto aparentemente abstracto y los pacientes reciben los beneficios de una atención estandarizada, con parámetros claros. No se trata (como se nos ha señalado) de convertir en listas de chequeo la calidez de la relación entre profesionales de la salud y sus pacientes, se trata, más bien, de generar una cultura práctica de abordaje del problema y promover en las organizaciones la discusión de fondo y el abordaje del "cómo" cumplir con los estándares. Aspiramos, a la vez, a que la institución transforme su cultura y se convierta en un ejemplo e influya positivamente en el comportamiento de todos los que en ella trabajen. Como es usual en estos temas, no hay mucha novedad, más bien aportes desde la experiencia en los procesos de evaluación de instituciones y en la revisión de estándares aplicados en otras partes.

Con esta visión, la acreditación en salud ha ido avanzando en proponer una agenda para que las instituciones reflexionen sobre aspectos puntuales de la humanización y desarrollen estrategias que permitan un abordaje más apropiado en este sensible tema. Así en el año 2004 se incluyeron algunos aspectos clásicos del enfoque interpersonal de la humanización, como el desarrollo de la declaración de deberes y derechos de los pacientes, el consentimiento informado real, el aislamiento en condiciones de respeto de la dignidad humana, la privacidad en los espacios y el respeto de la desnudez de los pacientes, así como el apoyo espiritual y emocional al paciente y el abordaje de la familia del usuario, con información que contribuya a reducir la angustia y el drama de la enfermedad, entre otros temas. Es evidente que estas exigencias, han dado lugar a un abordaje del tema y a la retoma de la tradición humanizadora de muchas instituciones en el país, lo cual debe ser acogido como un progreso importante en medio de la actual situación de muchos hospitales y de los problemas que afrontamos actualmente todos los trabajadores de la salud.

Otro aspecto que debe resaltarse es la exigencia de una política de seguridad de paciente como



elemento inicial clave del proceso de acreditación en salud y de la humanización; en su momento consideramos que la primera condición para tener en cuenta en la humanización debe ser la seguridad, pues no se puede hablar de humanización, si no tenemos en cuenta aspectos claves del cuidado, por ejemplo, si no nos lavamos adecuadamente las manos y con ello facilitamos la presencia de una infección que en últimas puede costarle la vida a un paciente, independiente de si ha recibido o no un trato humanizado.

Con todos estos elementos previos, la versión tres del manual de acreditación en salud propone avanzar más en la línea de humanización de la atención. Para ello hay tres puntos concretos:

**1** Se agrega como requisito de entrada para la acreditación en salud, la definición e implementación de una política de humanización de la atención en salud. Este requisito es un reto mayor para todas las instituciones, pues es claro que la humanización debe generarse a partir de una reflexión al interior, en la que tanto directivos como trabajadores y ojalá usuarios, analicen la magnitud de las responsabilidades de los servicios de salud en la comprensión del ser humano como un ser integral: biológico, psicológico, social, cultural, ambiental; un ser integral que tiene cuerpo, pero también sensaciones, deseos, miedos y cuya vida transcurre en un entorno económico, familiar, laboral, etc. Las instituciones deberán analizar además, cómo los factores de humanización se tienen en cuenta frente a sus propios trabajadores y cómo ellos mismos ven su situación. Esta reflexión es necesaria y urgente, pues aunque están documentados los problemas que deshumanizan, por ejemplo, la excesiva tecnificación, la cosificación del ser humano, la prisa, la superficialidad en el trato, el uso de un lenguaje confuso o la ausencia de comunicación, el manejo inadecuado del dolor o la omisión del mismo como fuente de sufrimiento que debe ser intervenido, el papel de la infraestructura cuando las condiciones no permiten la privacidad o se descuidan aspectos psicológicos del trato y cientos de causas adicionales, son las propias instituciones que, de acuerdo con su entorno y la condición de sus pacientes, deben analizar sus propios problemas y plantearse estrategias para el abordaje de ellos.

**2** Los prólogos de los grupos de estándares, definen la finalidad e intencionalidad de cada grupo e incluyen aspectos concretos de humanización de servicio que se deben tener en cuenta las instituciones, para el cumplimiento de los estándares. A manera de ejemplo, se cita el preámbulo de los estándares asistenciales (página 27 y 28 del manual de acreditación) que señala:

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo, a partir de un enfoque de humanización de servicios es:

- que durante su atención, a los pacientes les sean respetados sus derechos;
- que conozcan cuáles son los deberes;
- que reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad;
- que la atención del paciente y su familia se realice de forma congruente con las características socioculturales individuales y consulte sus necesidades y expectativas sobre la atención;
- que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento, de acuerdo con sus condiciones específicas de salud, y
- que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados de la atención.
- A la vez, los preámbulos de los estándares de direccionamiento, gerencia, ambiente físico y en general, de todos los estándares de apoyo mencionan la necesidad de tener en cuenta los ejes de la acreditación en salud: seguridad de paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología y gestión del riesgo.

**3** En cuanto a los estándares, hay un abordaje transversal del tema de humanización, tal cual era nuestra aspiración. A manera de resumen y para incentivar al lector a una mirada detallada de los avances propuestos en la materia se presenta a continuación un listado resumen de los aspectos más relevantes de humanización abordados en los estándares:

## 3

**Estándar 1:** Derechos y deberes de los pacientes

**Estándar 2:** Participación en investigaciones

**Estándar 11:** Elección de profesional tratante

**Estándar 28:** Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia (abortos, experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación).

Análisis de gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y oferta de alternativas.

Actividades lúdicas.

Apoyo espiritual.

Garantía de personal necesario para brindar atención oportuna tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.

**Estándar 31:** Consentimiento informado

**Estándar 32:**

- Examen en condiciones de privacidad tanto visual como auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- Confidencialidad de la información del usuario.
- Se proveen elementos físicos (vestidos, batas) que garanticen la privacidad, el respeto de la desnudez y la dignidad de la persona.
- Horarios de visita que consulten las necesidades.
- Acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo a todo el personal de habilidades de comunicación y diálogo y consideración al transmitir información dolorosa al paciente y sus familiares.
- Manejo respetuoso de información entregada a medios de comunicación.
- Consideración en las vías de administración de medicamentos, procedimientos, tomas de muestras, considerando comodidad y dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto al cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Reducción de contaminación visual y condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico.
- Abordaje respetuoso de tradiciones creencias y valores.
- Condiciones locativas y tecnológicas para reducción de espera y de filas.
- Orientación lúdica en hospitalizaciones prolongadas.

En cuanto a los aspectos de humanización para los trabajadores, se incluye en los estándares de acreditación en salud, un amplio marco de requisitos que las instituciones deben analizar y que, sin duda, contribuirán a que las personas se sientan acogidas por la institución en la que trabajan y comprendidas en sus dificultades. Nuestra intervención en este campo aporta a que el trabajador de la salud sea igualmente apreciado en su dignidad y que ello contribuya a reducir factores de riesgo que hacen del trabajador de los servicios de salud a la vez víctima y victimario en el problema del trato humanizado.

**Estándar 113:** La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores. Se incluye:

- Trato humano, cálido, cortés y respetuoso.
- Consideración del entorno personal y familiar.
- Análisis del panorama de riesgos.
- Remuneraciones, incentivos y bienestar.
- Medición de fatiga y estrés laboral.
- Carga laboral, turnos y rotaciones.
- Ambiente de trabajo.
- Abordaje de la enfermedad profesional.
- Preparación para la jubilación y el retiro laboral.
- Mejoramiento de la salud ocupacional.

Para terminar, el proceso de transformación cultural de las instituciones propuesto en la acreditación en salud debe impulsar la formación de talento humano que recibe indicaciones concretas sobre su comportamiento humanizado, en instituciones que no toleran el maltrato y aportan a la vida y a la dignidad del ser humano enfermo. Estos elementos iniciales deben animar la expedición de unos lineamientos de "política nacional de humanización en la atención", tal como hemos propuesto en desarrollo del "plan nacional de mejoramiento de la calidad", una iniciativa del legislativo que debe ser desarrollada por el ejecutivo en el marco de la reglamentación de la Ley 1438 de 2011.