



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Significados de humanización de los servicios de salud para el estudiante
que cursa práctica médica a partir de 9° semestre, durante su formación
profesional en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, 2023**

**Laura Valentina Lopera Londoño
Karol Dayhana Martínez Torres**

**Trabajo de grado para optar al título de Administrador en Salud con énfasis
en Gestión de Servicios de Salud**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2023**



Tabla De Contenido

Presentación	7
Resumen	8
1. Planteamiento del problema	9
1.1. Justificación	17
2. Objetivos	20
2.1. Objetivo general	20
2.2. Objetivos específicos.....	20
3. Marcos.....	21
3.1. Marco teórico.....	21
3.1.1. Antecedentes humanismo.....	21
3.1.2. Humanismo y medicina.....	21
3.1.3. Antecedentes de atención centrada en la persona	22
3.1.4. Antecedentes sistema de salud colombiano.....	23
3.1.5. Humanización y salud.....	25
3.1.6. Humanización de los servicios de salud	26
3.1.7. Calidad y humanización	27
3.1.8. Experiencias relevantes de humanización	28
3.2. Marco legal y normativo	30
3.2.1. Marco internacional.....	30
3.2.2. Marco Nacional.....	32
3.3. Marco conceptual.....	34
3.4. Definición de humanización que el trabajo asume como propia.....	35
4. Metodología.....	36
4.1. Tipo de estudio	36
5. Diseño	36
5.1. Área de estudio.....	38
5.2. Población.....	38
5.3. Muestra	38
5.4. Criterios de inclusión.....	39
5.5. Criterios de exclusión	39

5.6. Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	39
6. Procesamiento de datos	40
6.1. Categorización	40
6.2. Codificación de datos	41
6.3. Análisis de los datos	41
6.3.1. Codificación abierta	42
6.3.4. Codificación Axial.....	42
6.3.5. Codificación selectiva	42
7. Aspectos Éticos	43
7.1. Consideraciones éticas	45
8. Cronograma y Presupuesto	46
9. Resultados	47
10.1 Significado de humanización de los servicios de salud	48
10.1.1 Desde el entender y comprender a la otra persona como un ser que siente.....	48
10.1.2 Desde tener prácticas médicas que busquen mejorar la atención del paciente, generar confianza y empatía	49
10.1.3 Desde la prudencia y la comunicación asertiva.....	49
10.2 Experiencias, logros y retos de una atención humanizada.....	50
10.2.1 Experiencias.....	50
10.2.2 Logros:	51
10.2.3 Retos:.....	52
10.3 Herramientas y acciones desde la educación para la humanización de los servicios de salud.....	56
10.3.1 Herramientas.....	56
10.3.2 Acciones.....	57
10. Discusión	60
11. Limitaciones	63
12. Conclusiones	64
13. Recomendaciones	66
14. Agradecimientos	68
Referencias.....	69
Anexos	73

Anexo 1. Guía de preguntas para la entrevista a los estudiantes de medicina.	73
Anexo 2. Consentimiento informado	75
Anexo 3. Cronograma y presupuesto.....	78
Anexo 4. Aval Comité Bioética Facultad de Medicina.....	79

Índice de Tablas

Tabla 1. Dificultades y Retos	55
Tabla 2. Situación encontrada y acción de mejora	¡Error! Marcador no definido.

Índice de graficas

Gráfica 1. Categorización	42
--	-----------

Presentación

La presente investigación busca conocer los significados de humanización de los servicios de salud que tienen los estudiantes que cursan práctica médica a partir de 9° semestre, durante su formación académica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, debido a que es un tema que no ha sido investigado y es de suma importancia para el desarrollo de la profesión en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.

Otro de los fines de esta investigación es reconocer que desde la academia se hace importante resaltar y formar al estudiante en aspectos humanos que le permitan tener unas bases sólidas para una prestación de servicios de salud más cercanos y cálidos con el usuario/paciente. Además, exponer determinantes sociales y políticos de los cuales depende que la humanización de los servicios de salud se lleva a cabalidad. Desde la academia se hace importante resaltar la importancia de la humanización de los servicios de salud para así reforzar e interiorizar prácticas, comportamientos y técnicas de comunicación asertiva que acerquen más al usuario con el profesional de salud.

Resumen

La humanización de los servicios de salud es un componente ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana, es por esto por lo que desde la academia se deben exponer y resaltar prácticas que le permitan al profesional de la salud comprender la relevancia que tiene este componente en la prestación de los servicios para así lograr una mejor comunicación, atención y resultados en la prestación de los servicios a los usuarios. Mediante esta investigación se busca describir los significados de humanización de los servicios de salud desde la academia, para así tener una visión más amplia de cómo los estudiantes comprenden este aspecto en el desarrollo de su carrera profesional y generar algunas recomendaciones en torno a la inclusión de este componente en las diferentes asignaturas que se dictan en las instituciones que forman al personal de salud. Se utilizó una metodología descriptiva de tipo cualitativa (entrevista a profundidad), donde hubo varios encuentros con los entrevistados en los cuales se pudo ampliar la información hasta el punto de obtener los resultados esperados para llegar a concluir que la formación médica basada en la humanización es crucial para que los futuros profesionales vean a los pacientes como seres completos y necesitados de atención más allá de la ciencia médica. La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia juega un papel fundamental al enfocarse en valores éticos, habilidades comunicativas y experiencias clínicas, preparando a los estudiantes para brindar atención médica centrada en el paciente. Esto inspira a los estudiantes a seguir modelos de buen trato y a entender la importancia de la humanización en la atención médica. Los estudiantes definen la humanización como la generación de confianza, comunicación respetuosa y reconocimiento de la vulnerabilidad de los pacientes. Sin embargo, la humanización no depende solo de la formación, sino también de las condiciones laborales y administrativas del sistema de salud.

1. Planteamiento del problema

Según la Real Academia de Lengua RAE humanizar se define como hacer algo humano, familiar y afable a alguien o algo (1). En el sistema de salud humanizar se enlaza con una atención segura, acogedora, digna y de calidad basada en la integralidad, respeto e importancia del usuario. Se resalta lo fundamental que es tener una comunicación asertiva con el usuario donde se le explique la importancia, consecuencias y necesidad de los procesos a realizarle, logrando así la integración de la tecnología, el conocimiento técnico, y el cuidado humano del paciente. La humanización en salud se relaciona con las condiciones locativas y organizacionales de los centros hospitalarios, donde se deben destacar condiciones laborales dignas, y espacios adecuados para una idónea interrelación del paciente, su familia y los profesionales en salud (2).

Según Díaz, en los últimos años la invitación a humanizar la salud se ha acentuado de muchas maneras: Como eslogan, programa político y forma de exponer la crítica frente a lo que sucede en este sector. Se trataría del intento de contrarrestar los efectos nocivos del excesivo énfasis en lo tecnológico, lo administrativo y lo económico en dichos servicios, en detrimento, por supuesto, de las consideraciones de orden ético, afectivo y emocional, entre otras, que han de tenerse en cuenta en la especial circunstancia de proveer ayuda y atención a quienes están afectados por alguna enfermedad (3). Por otro lado Díaz afirma que el término deshumanización se ha convertido en un modo de explicación de la desconexión que existe entre humanización y servicios de salud: si el criterio económico prima en los servicios de salud y los profesionales son incapaces de construir relaciones adecuadas con sus pacientes, es porque se ha perdido, en aras de la racionalidad instrumental, el beneficio económico y el prestigio social, aquello que hace al ser plenamente humano, esto es, la solidaridad, la empatía, la comprensión, la ayuda, la generosidad y la consideración. Hacer de la atención en salud un negocio y reducir el ejercicio de las profesiones involucradas a un asunto meramente técnico y procedimental, es la pendiente resbaladiza que lleva a dichas profesiones al plano vulgar del mero intercambio de cosas, del consumismo y la explotación, lo que de paso lleva a la crueldad y la humillación desentendiendo al mundo de lo humano (3).

Gutiérrez, en su artículo *“La humanización en Atención primaria”* referencia como la Subdirección General de Atención Hospitalaria del INSALUD, en España considera la humanización de la Asistencia como uno de los puntos clave de una reforma hospitalaria y el llamado *“Nuevo modelo de Gestión”* encaminado a mejorar la calidad asistencial en la prestación de servicios en los hospitales públicos (4). Desde otro punto de vista, Carlosama, Nixon, Villota, Benavides, Villalobos, Hernández, Matabanchoy (5) hablan de la humanización de los servicios de salud,

como un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con la ética, la moral, los valores, los principios y la reglamentación deontológica que regulan las prácticas en un contexto de salud, entendiendo la dignidad como el valor único, insustituible e intransferible de toda persona humana. Por otro lado, en este mismo artículo los autores mencionan como según el Centro de Formación de la Cooperación Española en Montevideo la humanización de servicios de salud no se reduce a un trato empático y digno con el usuario/paciente por parte del personal de salud, pues se trata de una interrelación que se desarrolle en espacios óptimos, con tiempos de espera oportunos, un adecuado acceso a tratamientos, exámenes, estudios y medicamentos necesarios, que permitan en conjunto brindar respuesta oportuna y certera a la necesidad del usuario. Estos autores también establecen que la humanización de los servicios de salud no se centra solo en ver a las personas usuarias como sujetos con derechos que merecen un trato digno, sino también garantizar que el personal encargado de la prestación de los servicios tenga un espacio y condiciones laborales dignificadoras que armonicen el cumplimiento de responsabilidades dentro del campo profesional, enfocado en la persona (5).

La cooperación española también expone que humanizar los servicios de salud es una cuestión interseccional e interdisciplinaria, se basa en el diseño y puesta en marcha de políticas públicas respaldadas por un marco normativo que garantice un trato adecuado entre cualquier funcionario/a del lugar de atención y el paciente (6). Según Azcoitia Zabaleta, la humanización es el camino para convencer a las personas de que se puede vivir “humanamente” y por ello “pueden moverse en una dignidad ética” a su criterio este debe ser el principio que rijan la vida. Para el docente es indispensable trabajar en que el sistema sanitario sea de calidad, ya que es un elemento indispensable para construir la salud de las personas (6).

Los cambios en el contexto de la salud han ocasionado que, en los últimos años, los usuarios que llegan en busca de un servicio médico se cuestionen más acerca del trato brindado por los profesionales que se encuentran en las diferentes áreas de las instituciones prestadoras de servicio, fomentando el interés por saber si la atención a la persona enferma es realmente humana y garantiza el respaldo a sus derechos.

Varios países han puesto en marcha diferentes estrategias que permitan mejorar este aspecto y respaldar la prestación de un servicio enfocado en la satisfacción de necesidades de los usuarios, por ejemplo, para Costa Rica es fundamental que los funcionarios asuman los principios de universalidad, solidaridad, cuidado, igualdad y obligatoriedad, como propios y brinden desde allí una atención eficiente, con calidad y diligente (6). Es por ello por lo que es obligatorio que todos los funcionarios de este sistema pasen por un curso de inclusión donde se trabaja en torno a los valores y principios mencionados, y se impulsa que los trabajadores no pierdan la

motivación. Por otro lado, en Bolivia se destaca el trabajo en torno al parto humanizado, además de modelos sanitarios enfocados en tres niveles: la familia, la comunidad y el individuo (6). En cuanto a Argentina, desde 1992 este país ha venido creciendo en cuestión de normativas y programas de mejora de calidad de los servicios de salud, fortaleciendo el respeto a las decisiones de las y los usuarios en los tratamientos. Sin embargo, este país señala como debilidad la falta de compromiso de las autoridades nacionales con el sistema de humanización de la salud y la escasez de recursos destinados al área (6).

Ordoñez, García, Arias y Palomino afirman que en el contexto internacional, se ha advertido de los problemas que ha provocado la deshumanización en la atención hospitalaria, como, por ejemplo, la pérdida de la identidad personal de los pacientes, algunos trabajadores de la salud que priorizan los objetivos propios, el cumplimiento de indicadores y recaudo hospitalario en detrimento de la atención integral, así como, dificultan cada vez más, la participación de los pacientes en su propia salud o enfermedad debido a la compleja y mínima comunicación entre usuario – paciente, despersonalizando los procesos en favor de una técnica sin persona (7) .

A nivel internacional la humanización no se encuentra precisamente como una política o explícita en la legislación, sin embargo, desde la declaración de los derechos humanos se puede establecer una relación cercana con la necesidad de humanizar no solo la salud sino las sociedades. De la misma manera, la UNESCO brinda un importante significado a la humanización de los servicios de salud como una necesidad ética para los profesionales ya que hace parte de la dignidad de las personas y de garantizar sus derechos en el campo de la salud (8).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, realizada en Kazajistán, es también un referente internacional para la humanización de los servicios de salud ya que, en su planteamiento, busca que se garantice un compromiso con el bienestar de las personas desde los esfuerzos y estrategias estatales. Su enfoque es lograr una atención segura, integral, accesible y disponible para todos, con una prestación de servicios de salud, basada en la comprensión, compasión, respeto y dignidad del usuario/paciente, aspectos que hacen parte de la humanización de los servicios de salud. A pesar de lo anterior, sigue sin haber una política o legislación que conduzca a la actuación, más allá de una mención teórica de la humanización, pues no se evidencia una estructura política, legal o académica que incluya este aspecto como parte indispensable en la prestación de los servicios de salud (8).

En Alemania, se llevó a cabo un estudio que buscaba conocer factores que promueven e inhiben la empatía de los médicos hacia los pacientes, explorando las opiniones de estudiantes de medicina alemanes acerca de cómo se relacionan sus experiencias afables con sus planes de estudio, allí se encontró que los

entrevistados resaltan la efectividad de la educación médica basada en la práctica que implica contacto con el paciente ya que esto les permite tener un mejor acercamiento a la realidad del contexto social para el que se están formando. Encontrándose así que proporcionar más formación en la práctica y más contacto con los pacientes puede ser una forma eficaz de promover la empatía de los estudiantes, impulsando así que los estudiantes establezcan relaciones terapéuticas con los pacientes que les permitan lidiar con sus propios sentimientos y actitudes. Este apoyo podría proporcionarse en forma de formación práctica reflexiva para promover la autoconciencia. Según este estudio, el entorno de aprendizaje de los estudiantes es otro factor que influye en el desarrollo de la empatía. En general un ambiente “humano” conlleva a interacciones y actos “humanos”. Tales interacciones incluyen el intercambio de palabras y el contacto entre compañeros, así como el relacionamiento con los profesores puesto que estos son su primer escenario médico en el que se desarrollan habilidades de comunicación, manejo de emociones y comportamientos (positivos o negativos) que más adelante serán expuestos frente a pacientes (9).

En Estados Unidos un estudio realizado con estudiantes de medicina, expone como la empatía, la cual hace parte fundamental de la humanización, se basa no solo en las experiencias personales de cada profesional sino también en las conexiones, creencias, sentimientos, actitudes negativas hacia los pacientes, posibles prejuicios, tutoría y experiencias clínicas que promueven el crecimiento personal profesional (clasificadas como las más importantes), lo cual respalda la importancia de la formación médica basada en la experiencia para lograr desembocar en una práctica médica más humana centrada en el paciente y reconocida por el profesional de la salud desde sus inicios en el campo de la medicina, es por esto que la educación debe incursionar más en las modalidades de educación teórico prácticas que permitan al estudiante tener un contacto más realista de la práctica médica (10).

Según Rodríguez la acreditación en Colombia, de acuerdo con el Decreto 2082 de 2014, propone un acercamiento a la humanización de los servicios, planteando soluciones prácticas y visibles a los problemas reconocidos, con el fin de motivar a las instituciones al abordaje de la problemática. Esto sin duda es un comienzo reduccionista que parte de mirar el problema dentro de las instituciones de salud y se enfoca en un tipo de institución que en este caso es la prestadora del servicio, aunque tendría mucha relevancia tener un abordaje análogo para las aseguradoras y entes territoriales. Es un abordaje superficial y no brinda soluciones, se limita a establecer lineamientos que ayuden al cumplimiento de metas concretas (11).

Según Hoyos, Cardona y Correa, en Colombia la Ley 100 de 1993 dio un rumbo errático a la prestación de los servicios de salud, lo cual ha desencadenado un incumplimiento del propósito con el que fue creada en un comienzo, como era el de mejorar el sistema de salud, las condiciones de calidad, eficiencia, equidad y acceso para todos. Esta Ley no ha sido clara en aspectos relacionados con la humanización de la salud, puesto que no tiene en consideración las exigencias al personal sanitario y/o la cantidad de usuarios asignados para la atención puesto que muchas veces superan los tiempos asignados, lo que desencadena en una atención inadecuada y de baja calidad desde el punto de vista técnico y ético (12).

El Ministerio de Salud y Protección Social, dispone para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los elementos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, los cuales se enfocan en priorizar la humanización de los servicios, la seguridad, coordinación y transparencia, orientados a la calidad y humanización de la atención integral en salud (13). Sin duda humanizar es un asunto ético y tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud, valores que deben conllevar a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, para así poder hablar de humanización. Es por ello que se vuelve de gran importancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y otras organizaciones que forman profesionales en salud, ejecuten acciones que permitan enfocarse en este factor interrelacionado con la respuesta técnica y científica frente a la situación de los diferentes usuarios, siendo esta una temática fundamental para la atención y formación del personal de salud. De esta manera se logra que desde la academia la atención en salud se considere no solo como un aspecto propio de la solución de problemas relacionados con la enfermedad, sino que sea un conjunto interrelacionado de aspectos que dignifiquen la atención (14).

En el área de la salud se deben tener en cuenta los aspectos socioeconómicos que afectan su enfoque humano, uno de ellos es la concepción de la necesidad de los usuarios como una oportunidad económica, donde la prestación de servicios se convierte en mercancía costosa que deja de lado su labor humanitaria. Las condiciones de infraestructura en las instalaciones de trabajo, la inadecuada remuneración y/o sobrecarga laboral a las que se ven sometidos los profesionales para prestar el servicio a los usuarios, afecta los niveles de autoestima, motivación, expectativas de superación personal, competitividad y por consiguiente el adecuado trato profesional – usuario/usuarios–profesional (12).

Diaz afirma que pesar de que muchas instituciones han adoptado el discurso de la humanización de la salud, introduciendo prácticas tendientes a mejorar el trato y la satisfacción, no es del todo claro el alcance de éste, ni el papel que ha de desempeñar en la transformación de los servicios de salud y la práctica profesional

en este campo. Así, por ejemplo, habría que superar la idea de que humanizar estos servicios signifique solamente un asunto de buenos modales, es necesario apuntar a una transformación cultural y estructural (3).

Desde la academia se evidencia un vacío en la interiorización de la humanización de los servicios de salud como pilar de un adecuado funcionamiento del sistema y satisfacción del usuario, no solo en aspectos técnicos asociados a la enfermedad, sino también en su perspectiva como ser humano acerca del trato que está recibiendo en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud. Cabe mencionar como las instituciones de Salud en Colombia se han visto influenciadas por los esquemas de flexibilización laboral lo que se interpone como barrera para lograr la humanización en los servicios de salud ya que persiste la inestabilidad laboral, las políticas flexibilizadas de contratación, la fragmentación en los procesos a realizar y el aumento de la demanda de servicios con constantes recortes de personal que conllevan a unas condiciones laborales desfavorables, inestables, y desencadenan en un personal de salud desmotivado y sin sentido de pertenencia para ejercer su labor, en este sentido Florez, Atehortua y Arenas, exponen como a través del tiempo las condiciones laborales de los profesionales de Salud en Colombia han cambiado debido a las reformas legales que se han realizado. Se evidencia el aumento de la demanda de los servicios de salud y la oferta de programas asociados a este sector que implica una mayor demanda de profesionales en salud, sin embargo, las condiciones laborales se han visto deterioradas por factores como la tercerización en la contratación relacionada con el esfuerzo por disminución de costos y exposición a sobre cargas laborales debido a la necesidad de ejercer en varias instituciones para obtener un mejor recaudo salarial (14).

Autores como Hoyos, Cardona, Correa, exponen lo siguiente:

Los aspectos educativos relacionados con la humanización hacen referencia a la formación académica que reciben los profesionales de la salud, generalmente enfocada más en los aspectos técnico y tecnológico. Asimismo, la concepción de ser humano que subyace a la formación es cada vez más reduccionista, privilegiando al órgano enfermo, lo que contribuye a que el profesional se descentre de la relación con la persona. Aunque a los profesionales en formación se les instruye teóricamente sobre la integridad del ser humano, en la práctica encuentran modelos y referentes de atención deshumanizada (12).

Para mitigar la problemática alrededor de la deshumanización de los servicios de salud, desde los organismos de dirección y control, en este caso el Ministerio de Salud, se han estipulado orientaciones para respaldar la necesidad de reforzar y

garantizar la humanización de los servicios de salud desde el ámbito político, social, académico y profesional exponiendo lo siguiente:

Se necesita que este derecho de primera generación sea garantizado por el Estado como lo establece la Constitución para que los usuarios no sean los perjudicados, quienes tras haber logrado acceder al servicio después de cumplir requisitos múltiples y largas filas en algunos casos, se encuentren con servicios de regular calidad y atención. Se debe entonces contar con profesionales en continua preparación para la humanización de la atención, mediante cursos, capacitaciones, talleres, seminarios, conferencias, que brinden la oportunidad de instrucción al personal prestador de servicios de salud para mejorar la calidad de atención al usuario mediante la práctica de valores y principios humanísticos, todo encaminado a la transformación de la relación médico-paciente (13).

Para el biólogo, filósofo y escritor Maturana, la educación debe tener más peso o inclinación desde lo emocional, y no tanto desde lo racional, debido a que no puede desarrollarse plenamente el aprendizaje sin las emociones. El estudio realizado por el autor sobre el estado de la educación deja en evidencia que realmente la parte humanística responde a las necesidades e intereses actuales, aportando en pro de la convivencia, respeto y cooperación colectiva. En la medicina, la proyección humana comprende los procesos psicológicos y emocionales, por los que los pacientes graves y crónicos atraviesan durante sus calamidades, generando que exista una relación mucho más allá que solo la teoría (15).

Según Carrascal, Madrid y Miranda, el médico estudiante actual debe estar al tanto de que su oficio necesita empatía con las demás personas y llegar a entender el proceso tanto físico como psicológico por el que atraviesan sus pacientes. La educación formativa humanizada universitaria, requiere que los estudiantes contribuyan en aspectos sociales y políticos, no para responder a sus necesidades personales, sino para aportar a las necesidades colectivas que agobian e impiden una igualdad. Estos autores exponen que no basta con que las universidades aporten al futuro médico las actualizaciones en herramientas o procedimientos, que hacen más certeros los diagnósticos, sino que se trata de que estos sean bien utilizados en el paciente, respetando su condición de humano, ya que su ejercicio es al servicio de la humanidad, lo que requiere que el cuidado sea abordado de manera integral. Corresponde entonces a los programas de Medicina hacer de la humanización, un ambiente de aprendizaje constante del aula, para que desde esta se consolide la formación ciudadana y el cuidado humanizado (16).

Al realizar una revisión del pensum de la Facultad de Medicina, de la universidad de Antioquia (17), se encuentra un programa académico con un enfoque profesional técnico en el que los estudiantes logran la titulación con una preparación completa

en cuanto a temas asociados a la academia, sin embargo, no se incluye la humanización de los servicios de salud como una fase del proceso de formación, donde se reconozca a cada paciente como ser humano, al familiar como parte fundamental de la recuperación de los usuarios y a los demás factores externos a la consulta médica, como punto clave en la satisfacción de necesidades y cumplimiento de expectativas en los usuarios. Todos estos aspectos no pueden ser controlados en su totalidad por el médico tratante, pero se hace necesario ir más allá del cumplimiento de las políticas e indicadores institucionales y comenzar a ver la medicina desde las instituciones educativas con una esencia más social, comprendiendo que la atención médica no se debe limitar al diagnóstico de la enfermedad y medicación pertinente, sino a un trato digno, una cercanía humana con el paciente, dimensionamiento de su estado emocional, interés por sus síntomas y escucha activa frente a sus necesidades.

La formación de los profesionales en salud es fundamental para garantizar la prestación de un servicio con la disposición de un personal idóneo en las EPS e IPS puesto que el comportamiento, interés y enfoque del profesional depende en gran parte de las bases educativas y orientación académica con la cual se forjó el estudiante. El no tener una construcción asertiva del profesional, puede conllevar a un trato deshumanizado, intolerante, incompetente e irreverente hacia el usuario/paciente que desencadene en un inadecuado funcionamiento de estas instituciones puesto que no se brindaría una respuesta asertiva a las necesidades expuestas por los usuarios. Según Carlosama, Villota, Benavides, Villalobos, Hernández y Matabanchoy, la capacitación y educación son aspectos fundamentales para un desempeño profesional coherente con las pautas de humanización en la atención de la salud, se debe comprender al paciente como un ser digno e integral y evitar el trabajo mecanizado (18).

Ávila habla de la deshumanización en salud y cómo esta afecta principalmente al paciente y su familia ya que estos actores esperan una atención digna, oportuna y de calidad. Para estas personas se vuelve una odisea el no contar con una información completa, una orientación adecuada y un diálogo asertivo con los profesionales en salud en los cuales confían su vida y la de sus familiares, debido que se vuelve mucho más complejo gestionar y agilizar los trámites relacionados con el servicio a causa de la desinformación por parte de los prestadores del servicio y mínimo direccionamiento acerca del camino a seguir en caso de algún trámite necesario, no solo en el área asistencial sino también administrativa (19) , sin embargo Vera argumenta que esto no es un problema exclusivo de los usuarios, ya que las instituciones prestadoras del servicio se ven enfrentadas a acciones legales como la tutela (Mediante la cual se pretende dar amparo al derecho a la salud) e incluso sanciones, cuando su proceder no está siendo objetivo con la necesidad del usuario/paciente y en muchas ocasiones por omisión de información y/o desinterés

por instruir de manera adecuada al usuario para acceder al servicio o atención que está solicitando (20).

Dado lo anterior surge la pregunta: ¿Qué significa la humanización de los servicios de salud para los estudiantes que cursan práctica médica a partir de 9° semestre, durante su formación profesional en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, 2023?

1.1. Justificación

Desconocer la humanización de los servicios de salud como factor fundamental al momento de la atención al usuario, es desconocer la esencia del campo de la salud y el papel crucial que juega el usuario/paciente dentro de las instituciones, ya que es en este en el que se debe enfocar el accionar de estas no solo con el fin de cumplir con a cabalidad con indicadores institucionales sino con el objetivo de dar respuesta coherente a sus necesidades. Esto desencadena en una atención tardía que pueden agravar la situación del paciente, posibles negligencias médicas, secuelas emocionales y psicológicas para el usuario, acciones legales en contra de las instituciones prestadoras del servicio, posibles sanciones, pérdida de usuarios y afectación en la reputación de la institución.

Los principales beneficiarios de una formación profesional humanizada serían los usuarios del sistema ya que a ellos está dirigida la prestación de servicios de salud, y esta sin duda necesita de profesionales que tengan una vocación estructurada y firme, aterrizada en la realidad de un sistema complejo con múltiples barreras que pueden afectar la armonización de la prestación de un servicio con calidez y calidad humana. Para Zambrano, humanizar los servicios en salud transforma en varios aspectos la percepción del usuario frente a las diferentes divergencias que se pueden presentar con el sistema. Una orientación adecuada, lograr una comunicación asertiva, recibir un trato digno, de calidad y acorde a las necesidades expuestas, conllevan a una gestión conjunta entre usuario-sistema más amena, ya que permite brindar un acompañamiento más cercano y resolver inquietudes que en muchas ocasiones conllevan a reprocesos que retrasan los trámites para la atención oportuna (21).

Para Perales, las facultades y programas de medicina deben entender que el enfoque humano aporta al proceso formativo de los estudiantes y no sólo mejora sus habilidades técnicas, sino que también incrementa sus habilidades comunicativas y empáticas. El bienestar social comprende que todos los individuos tienen habilidades y debilidades, y nadie está exento de algún infortunio. Las facultades de medicina deben ser consecuentes con su responsabilidad social, educando el tipo de profesional que la sociedad necesita. Ello exige que sus

graduados no sólo posean las características esenciales de la profesión médica, sino las específicas para su entorno cultural, los profesionales deben ser capacitados para brindar respuesta a múltiples requerimientos médicos, teóricos y sociales (22).

Este estudio busca contribuir a la formación de profesionales médicos más competentes, empáticos y éticos. Con mayores habilidades de comunicación y mayor sensibilidad cultural, de esta manera la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia garantizaría un enfoque de formación profesional basado en la necesidad de humanización que tiene el sistema de salud y enfocaría sus esfuerzos en suministrar una formación académica que guíe a sus estudiantes a una atención médica basada en principios éticos que incluyen la autonomía del paciente, la justicia y la beneficencia, y de esta manera ayudar a los estudiantes a comprender y aplicar estos principios en su práctica clínica.

Se observa como la formación profesional del personal asistencial de salud, sin duda, tiene un vacío humano donde se reconozca el campo de la salud con una esencia benévola y vaya más allá de las capacidades técnicas, enfocándose también en la necesidad de una vocación médica construida con base en la realidad de las instituciones y los usuarios. Es por ello por lo que mediante el presente estudio se busca beneficiar también a los estudiantes de medicina, ya que describe y presenta sus criterios acerca de la importancia de la humanización de los servicios de salud desde la formación académica, permitiendo así mismo cuestionar posibles estrategias implementadas para fomentar la humanización de los servicios de salud, transformarlas y/o adecuarlas de una manera más asertiva acorde al contexto social al que se enfrenten.

La humanización de los servicios de salud es de suma importancia para las instituciones de salud por diversas razones, ya que tiene un impacto significativo en la calidad de atención que se proporciona, la satisfacción de los pacientes y la reputación de la institución, es por esto que el presente estudio que resalta el valor de la humanización de los servicios de salud desde la formación académica, beneficia al sector salud en general puesto que estimula la necesidad de implementar diferentes y efectivas estrategias, políticas y lineamientos para lograr que la humanización sea una pieza clave desde los inicios del aprendizaje médico y de esta manera lograr a nivel general la calidad de la atención médica.

El presente estudio es esencial para un administrador en salud porque tiene un impacto directo en la calidad de atención, la satisfacción del paciente, la eficiencia operativa y el cumplimiento normativo. Al priorizar la humanización, un administrador puede contribuir a una atención de alta calidad y a un entorno de trabajo más positivo en el campo de la salud. Conocer y describir el significado que tiene para un estudiante de medicina la humanización de los servicios de salud abre

camino para que todas las áreas de las instituciones de salud reconozcan la relevancia que tienen los diferentes componentes de la humanización.

Se hace necesario investigar el proceso de formación en humanización de los servicios de salud que reciben los estudiantes de medicina de la UdeA, puesto que después de revisar las bases de datos no se obtuvieron estudios relacionados la humanización de los servicios de salud:

Descriptores que se utilizaron: Humanización en salud, Calidad en Salud, Atención humanizada en Salud Colombia, Dignidad en salud, formación profesional en Salud UdeA, Empatía en salud

PUBMED: Se encontraron 1,437 resultados, 0 relacionados con el tema.

EBSCO: Se encontraron 243 resultados, 0 relacionados con el tema.

LILACS: Se encontraron 35,194 resultados, 0 relacionados con el tema.

ScienceDirect: Se encontraron 34,544 resultados, 0 relacionados con el tema.

Scielo: Se encontraron 13,959 resultados, 0 relacionados con el tema.

El presente trabajo se llevará a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, lugar que brindó el aval para ejecutar esta investigación. Es un ejercicio éticamente pertinente ya que la información recolectada tiene fines exclusivamente académicos y está a cargo de dos estudiantes avanzadas de salud pública calificadas para llevar a cabalidad. Es un trabajo que aporta conocimiento por lo cual beneficia a la comunidad académica y la población en general que acceda a este material. Es un trabajo de investigación económica y administrativamente viable ya que no requiere inversión económica puesto que se cuentan con los equipos y elementos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Describir los significados de humanización de los estudiantes que cursan práctica médica a partir de 9° semestre, durante su formación profesional en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, 2023.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1. Indagar acerca del significado que tiene para los estudiantes de medicina la humanización de los servicios de salud.
- 2.2.2. Reconstruir el significado y la experiencia que tienen los estudiantes de medicina sobre la humanización de los servicios de salud desde su práctica educativa.
- 2.2.3. Interpretar el significado y la experiencia que tienen los estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia de la humanización de los servicios de salud.

3. Marcos

3.1. Marco teórico

3.1.1. Antecedentes humanismo

A lo largo de la historia de la humanidad, se han llevado a cabo varios esfuerzos para comprender a los seres humanos como una especie integrada en el entorno natural. Desde la época de la antigua Grecia, pensadores como Protágoras (siglo V a. C.) y Sócrates (siglo V a. C.) han dirigido su atención hacia la naturaleza y la condición humana, elevando al ser humano y sus valores como la prioridad máxima. Esta corriente de pensamiento desempeñó un papel fundamental en el Renacimiento, que resurgió en Italia en el siglo XIV, desafiando el orden jerárquico impuesto por la Iglesia Católica, el sistema feudal y sus gobernantes (23).

En el siglo XX, la atención se dirigió hacia dos tendencias principales: el humanismo cristiano o individualismo, y el humanismo existencial. En ambos casos, el debate se centró en conceptos esenciales relacionados con el determinismo y la libertad, trascendiendo la noción básica de que "la naturaleza humana implica la capacidad de autodeterminación". Esta corriente de pensamiento ha servido de inspiración para la formulación de teorías y modelos que van más allá de la comprensión de la biología humana y las estructuras físicas y orgánicas que la constituyen. En su lugar, se enfoca en el ser humano como individuo y resalta su existencia, estableciendo límites a la interdependencia con otros seres vivos y con el planeta (23).

3.1.2. Humanismo y medicina

A lo largo del tiempo, los profesionales médicos han mantenido un enfoque ético en su comportamiento debido a la naturaleza de su profesión. Sin embargo, Mahler y Espinosa señalan los desafíos que enfrenta la educación humanística en medicina debido al contexto socioeconómico y las características del sistema político. Además, la rápida incorporación de la tecnología y el conocimiento científico técnico son factores que a veces dificultan la relación entre el médico y el paciente. No se trata de que estos avances sean negativos; al contrario, son herramientas fundamentales para garantizar la calidad de la atención y una respuesta oportuna a los problemas de salud. Sin embargo, estos factores han llevado a que los médicos se alejen en cierta medida del trato humano hacia el paciente, centrando su práctica médica más en los resultados científicos y disminuyendo así la consideración hacia la persona como individuo (24)

La formación médica aborda el tema del humanismo desde diversos proyectos de investigación asociados a organismos internacionales, como la OPS y la OMS, enfatizando en un aprendizaje médico integral que permita obtener como resultado

un profesional en salud competente, ético y con sensibilidad que no solo satisfaga las exigencias de la sociedad, sino que contribuya a su perfeccionamiento. Para que esto sea posible es necesario abordar y solucionar problemas de descontextualización asociados a la realidad de la formación a la que se ven enfrentadas las instituciones educativas, esto debido a la desarticulación, inadecuación e incongruentes propuestas teóricas de una formación humanista, estos vacíos son desfavorables para lograr una articulación sistemática de conocimientos, habilidades y valores, que permitan interiorizar en el estudiante de medicina su rol social desde una posición crítica y creativa que no esté alejada de la realidad (24)

3.1.3. Antecedentes de atención centrada en la persona

En la propuesta de política Nacional de humanización de la salud se destaca como Maslow, uno de los fundadores de la psicología humanista y transicional, centró a las personas en la autoconciencia, entendida como la culminación de una inclinación evolutiva, como lograr la satisfacción de necesidades cada vez mayores y la satisfacción de la necesidad de estructuración, el mundo de sus análisis y valores. A través de la "teoría de las necesidades básicas del hombre", lo comprendido como un estado interno del hombre, ya sea fisiológico, psicológico, social o de autorrealización. Las condiciones humanas están condicionadas a sus capacidades, aspiraciones y necesidades básicas. Asimismo, esta propuesta pretende redescubrir el sentido del trabajo humano, reorientando el propósito, la promoción, la dignificación del trabajo, el potencial y la misión del talento humano en salud, todo enfocado en ayudar al prójimo con respeto y fomentando el pensamiento para que el sector y cada uno de sus involucrados se vinculen de acuerdo a sus necesidades, capacidades y visión positiva del futuro; desarrollar, desde diferentes referencias y múltiples enfoques, nuevas propuestas capaces de promover una cultura de colaboración en las humanidades, teniendo en cuenta las actividades organizativas y la flexibilidad conceptual, por profesionales de la salud y desde campos tan diversos como la academia y la ciudadanía (23).

Minsalud, a través de la propuesta de política Nacional de humanización de la salud retoma los planteamientos de varios autores, entre ellos Rogers quien sugirió la terapia humana, en la que el organismo constituye toda la personalidad e incluye aspectos tanto físicos como psicológicos, de esta manera la persona abandona una posición individualista y defensiva para gradualmente lograr escucharse a sí misma y abrirse a sentimientos de coraje, ternura y entusiasmo de forma recíproca (20). Esta premisa le da lugar al cuidado como un aspecto indispensable en la terapia humana, ya que es el accionar en pro de la mejora individual y colectiva donde se evidencia la importancia de la interacción de unos con otros. Este documento también cita a Heidegger quien considera el cuidado como una parte esencial de la

existencia humana destacando el interés como algo inherente a todo lo que el hombre hace, planea y ejecuta. Se refiere favorablemente a que el hombre está en el mundo, en la constante reconstrucción de sí mismo y de este mundo, rodeado de la idea de cuidado de unos con otros (23).

Por su parte, el documento también menciona a George L. Engel quien propone un modelo biopsicosocial en el que analiza el campo de la psicología como parte integral del ser humano, en el contexto de la enfermedad (23). Conocer el contexto emocional y social en el que vive cada persona, o los factores psicológicos que allí se dan, influye en los procesos biológicos, que, a su vez, pueden intervenir en el sistema social del paciente. El modelo biopsicosocial enfatiza una visión holística de los factores relacionados con la salud, la enfermedad y el cuidado, con el objetivo de mostrar la asociación entre las creencias familiares y cómo las familias responden a la enfermedad. El modelo biopsicosocial basado en la teoría de la terapia familiar tiene como objetivo comprender los aspectos psicológicos y sociales que exhiben los individuos, de manera similar, con la atención médica y los resultados centrados en la familia, sin embargo, el documento menciona a Harvey Picker pionero en la filosofía de atención centrada en el paciente habla de que “el sistema de salud está roto, pues mientras la ciencia y las tecnologías médicas prosperan, la humanización y empatía en la atención, no lo hacen”, es por esto que, la organizaciones como Planetree International, plantean que la atención centrada en la persona, más que hospitalidad, es ambiente saludable y confort, el cual se construyen impresiones positivas y experiencias satisfactorias en favor de la calidad de vida (23).

3.1.4. Antecedentes sistema de salud colombiano

Se hace valioso conocer los antecedentes del sistema de salud colombiano actual, para entender de esta manera las raíces de diversos aspectos que han determinado su conformación actual. Anterior a la Constitución de 1991 y hasta 1993, año en que se legisla la ley 100, el desarrollo del sistema de salud colombiano puede dividirse en tres periodos. Según Orozco, Estos periodos se establecen debido a los cambios relevantes que se dieron en materia de salud. Podemos comenzar con el periodo del “Modelo higienista” comprendido entre la Constitución de 1886 hasta 1950. Según Quevedo, este modelo se originó en Europa en el siglo XIV, debido a la aparición de la peste negra y se plantearon medidas preventivas donde no solo se tuvo en consideración la higiene privada donde cada persona debía hacerse responsable de garantizar sus condiciones de aseo, sino que también se estableció el concepto de higiene pública, pasando desde la visión individual a una perspectiva social. A partir de 1886, este modelo en Colombia solo atendió asuntos de tipo sanitario; la prevención y tratamiento de enfermedades era pagado de forma privada o era asistida por asociaciones religiosas de caridad. En 1945, surgió la Caja

Nacional de previsión, que favoreció a los empleados públicos. Luego de ello, se conformó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales el cual se encargó de los empleados del sector privado (25).

El segundo periodo del desarrollo del Sistema Colombiano, según Orozco, inicio a mediados del siglo XX y finalizó con la aparición de la constitución de 1991. En este periodo se estableció el Sistema Nacional de Salud, el cual contaba con recursos estatales que eran distribuidos en una red de hospitales públicos. Al ser financiado con un recurso público, la salud fue incluida en la Planeación económica General del país y se desarrolló un modelo de salud donde se reconocían tres actores: Estado, empleadores y empleados. Esta consolidación dejó por fuera a los sectores más pobres de la sociedad. Por último, el tercer periodo de desarrollo del sistema de salud colombiano inició en 1991 con la aparición de la Carta Magna, en este periodo se reconoció a la salud como un servicio público, reconocimiento que mantiene actualmente (25).

Según Marlon R:

“El panorama de salud actual se enmarca en el sistema de salud concebido desde la Constitución de 1991, donde Colombia es declarada como un «Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable» (Const., 1991, art. 13). Esta disposición permite que el Estado contemple, dentro de su presupuesto, la provisión de servicios de salud pública para todos los colombianos y dar cuenta de lo planteado respecto a la vida como derecho fundamental. En pocas palabras, garantizar el servicio de salud es de obligatorio cumplimiento (25).”

Se esperaba que con la instauración de la Ley 100 de 1993, el panorama de la salud en Colombia fuese más favorable, accesible y contaría con condiciones de atención dignas. Sin embargo, ha ocurrido lo contrario puesto que se evidencian varios factores que afectan la instauración de un sistema de salud sólido enfocado en la respuesta asertiva a las necesidades de los usuarios. Uno de estos factores es la división de la población en dos regímenes, contributivo y subsidiado ya que a pesar que el sistema ofrece la prestación de servicios a personas de escasos recursos y estas refieren recibir algún servicio, se puede denotar la inconformidad con los tiempos de respuesta, la calidad de la atención en las instituciones prestadoras del servicio, las condiciones de la infraestructura y el acompañamiento que se realiza al paciente durante su enfermedad bien sea en el ámbito de una hospitalización o control. A pesar de que las personas cuentan con el acceso y son atendidas en niveles básicos, el tratamiento con especialistas no es oportuno ni de calidad, es un servicio alejado de una atención humana y oportuna. En el régimen contributivo el panorama no es muy diferente, ya que a pesar de que los usuarios de este aportan

económicamente al sistema también existe una ineficiencia frente al requerimiento de tratamientos o estudios avanzados para el seguimiento de enfermedades (25).

3.1.5. Humanización y salud

Es de suma importancia entender y comprender integralmente los cambios económicos, tecnológicos, culturales, sociopolíticos y socio ambientales que involucran al sector salud. Fortaleciendo así las miradas críticas relacionadas con la humanización de la salud desde las personas que se desenvuelven en el sector, sea en su rol de brindar atención, de recibirla, de gestionarla o de colaborar con ella partiendo de diferentes posiciones, agencias, responsabilidades y compromisos individuales y colectivos que abogan por su calidad (23).

Se precisa cuestionar las prácticas, procesos, directrices, servicios, modelos de atención, modelos de aseguramiento, modelos de contratación y lineamientos, ya que estos son frecuentemente señalados como deshumanizantes, y como factores que inciden en la despersonalización en la atención, la dificultad de actuar de manera transectorial, en la desconfianza entre el ciudadano y el talento humano en salud; entre el talento humano en salud y la institución, desembocando en incompatibilidad entre todos los agentes del sector, lo cual se traduce en una notoria fragmentación de los mismos, situación que se vive no solo en Colombia, sino en la mayor parte de los países de la región (23).

Para abordar la humanización, se debe reconocer que hay múltiples autores que coinciden y entre sí complementan la importancia de la humanización. En este sentido, se puede afirmar que la humanización ha sido objeto de debates importantes ya que existen diferentes interpretaciones, sin interés de estandarizar o definir cuál es el concepto correcto. Se trata de comprender que es un concepto de múltiples significados, amplio, sencillo y complejo a la vez, que se privilegia con la intención de abordar temas como el ser humano, su bienestar integral y su entorno, las relaciones humanas, el buen trato, entre muchos otros. Se elude que la humanización se enfrente a ser reducida a buen trato o un distractor de las falencias internas del funcionamiento adecuado del sector salud (23).

Los partícipes del sector salud (profesionales, familiares, usuarios y pacientes) deben orientar el desarrollo conceptual sobre el que desean abordar la humanización en sus organizaciones, y/o territorios y cuáles han de ser las convergencias posibles que se puedan construir de acuerdo con el diálogo de saberes, intercambio cultural, empoderamiento del personal de salud - los agentes del sector – la academia - la comunidad y la participación colaborativa. En este sentido, es necesario retomar, en principio, el significado del Diccionario de la Lengua Española, el cual habla que humanizar corresponde a “hacer humano, familiar, afable a alguien o algo”. “Es ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”.

Así mismo el diccionario del uso del español de María Moliner, dice que humanizar ha sustituido a humanar “Hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres” (23).

De igual forma, la humanización integra la condición y el significado del ser humano y del ser humano en forma integral en estado de reciprocidad e interdependencia con el medio que lo impregna de valores y actitudes humanas naturales. Este conjunto de pensamientos distingue a los individuos de los grupos de personas y prevé relaciones interpersonales que conducen a la personalización, la comunicación, el respeto, el amor, el altruismo compasivo, la empatía, la calidez y la conciencia del entorno humano en general con el que interactúa y establece un compromiso ético con el ejercicio efectivo de la justicia, la protección de la vida y el reconocimiento de toda dignidad humana (23).

En este orden de ideas se puede decir que la humanización va más allá de atributos como la aceptación, la integridad, el trato o la acogida a los servicios de gestión y apoyo que prestan los representantes del sector salud. Bermejo, afirmó en 2014 que la humanización es un proceso mucho más comprometido. “Reivindica la dignidad esencial de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan.” Es necesario interiorizar la humanización de la salud para hacer aflorar la realidad y naturaleza de todo ser humano (23).

3.1.6. Humanización de los servicios de salud

La humanización de los servicios de salud hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde no solo se ve involucrado la relación usuario – paciente / paciente – usuario sino donde se da una interrelación de dimensiones, biológicas, psicológicas y conductuales de personal de la salud, oficios varios, administrativo y directivo en una institución de salud que debe garantizar unas condiciones estructurales óptimas (18).

Según Zambrano, el concepto de humanización ha ocupado lugar de destaque en las actuales prácticas de reconstrucción de la salud, en el sentido de mayor integridad, efectividad y acceso. La humanización de la atención recuperó su esencia en la atención de los servicios de salud; ahora que tanto se habla de medición de los procesos de calidad institucional, este es un criterio fundamental. Por ello es primordial expresarlo de manera clara en los principios filosóficos que orientan el quehacer institucional. La humanización desde el punto de vista de la hermenéutica significa la (re) organización de las prácticas de salud, retratando el compromiso de las tecnociencias en sus medios y fines, con la realización de valores humanos. Humanizar visa el proceso de subjetivación para producir cuidados en salud combatiendo la despersonalización y el reconocimiento y respeto al otro con distinción cultural (21).

Para el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, *“La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman”*. Es por esto que el estado, en la necesidad de intervenir este aspecto, exige a las instituciones políticas de calidad que logren articular la atención en salud y el control del costo y así impactar en el cuidado y humanización del servicio ya que el sentido de una atención integral y con calidad tiene varias orientaciones, una de ellas es lograr la articulación de los servicios de atención en salud, de manera que puedan estar organizados y proceder de la forma más apropiada a satisfacer las expectativas de los usuarios, profesionales y gestores de salud (15).

En este orden, el código de Deontología que aplica a los médicos y el código de ética para enfermeros y enfermeras del Concejo Internacional de Enfermería (CIE), estipula y compromete a los profesionales a guiar las intervenciones de cuidado bajo objetivos de responsabilidad y desempeño de varias funciones: proteger, mantener y restaurar la salud de las personas, su autonomía, sus funciones vitales físicas y psíquicas, siempre teniendo en cuenta su individualidad, el grado de independencia y la capacidad de auto cuidarse, compromiso que debe incitar a los profesionales a defender su actuación como actores del cuidado bajo la consigna de contribuir a la dignidad de la persona (21) .

Montalvo explica que los servicios de salud tienen características particulares de las cuales surge la necesidad de ser humanizados. La salud está concebida como un derecho fundamental y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. Se resalta y señala la calidad como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. El objetivo de los servicios de salud con calidad es lograr un usuario satisfecho como consecuencia de las características del trato y la atención recibidos (26).

3.1.7. Calidad y humanización

La humanización engloba y comprende aspectos cruciales de la calidad que son esenciales para alcanzar los objetivos organizativos relacionados con la prestación de servicios y la satisfacción del usuario. En Colombia, el Decreto 1011 de 2007 (27) estableció un sistema obligatorio que garantiza la calidad de la atención en el sistema general de seguridad social en salud. Este sistema busca equilibrar los beneficios, riesgos y costos con el propósito de asegurar el cumplimiento de estándares de calidad y la satisfacción del usuario a través de un nivel experto

óptimo, con el fin de lograr la armonización entre la accesibilidad, oportunidad, seguridad, relevancia y continuidad de los servicios (23).

Además, en el esfuerzo por lograr la calidad en la prestación de servicios de salud y la humanización en respuesta a los factores que amenazan la condición humana, se toma en consideración la percepción de los actores del sector de la salud, identificados en la elaboración y trabajo de campo para la creación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS) (28). En este plan, se destacan cuestiones como la corrupción, la falta de transparencia, la desconfianza y prácticas que despersonalizan la atención sanitaria, entre otros aspectos. Estos desafíos se presentan debido a la complejidad en el acceso a los servicios de salud que se requieren de acuerdo con las necesidades y condiciones individuales (23).

Por otro lado, la evaluación externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia realizada por el World Bank Group (29) resalta el logro en el aumento de la cobertura de atención en salud desde 1993 hasta 2010, pasando de un 94% al 96%. Incluso, la Encuesta de Calidad de Vida 2018 del DANE (30) muestra que el 93,4% de las personas están afiliadas, superando la disminución de la cobertura que se experimentó en los años 2016 y 2017. Sin embargo, a pesar de este panorama positivo, persisten desafíos relacionados con la calidad de la atención en el sector de la salud en Colombia. Estos desafíos representan un elemento crucial para la sostenibilidad del sector y la mejora en la humanización de los servicios de salud (20).

Minsalud, en la propuesta de la política Nacional de Humanización de la salud menciona un estudio realizado por la Comisión de Salud Global de Lancet sobre Sistemas de Salud de Alta Calidad (31) en el cual se estima lo siguiente:

“Más de 22.000 colombianos mueren cada año debido a la mala calidad de la atención en salud, y cerca de 12.000 más mueren debido a la falta de acceso al beneficio de los servicios. Estos resultados negativos en salud y en su calidad afectan la humanización, de cara a la dignidad humana y al goce efectivo del derecho fundamental en salud, los cuales siguen siendo peores que en la mayoría de los demás países de la OCDE. En este orden de ideas, es conveniente mencionar también que la tasa de mortalidad materna en Colombia es más alta que en todos los demás países de la OCDE y que los años de vida perdidos debido a la neumonía también superan a casi todos los demás países pertenecientes a esta organización, con una marcada diferencia en las áreas rurales, hospitales públicos y regiones con ingresos más bajos.” (23)

3.1.8. Experiencias relevantes de humanización

Minsalud referencia como el consejo de Europa ha enfatizado la importancia del respeto a la dignidad humana para humanizar los hospitales, estableciendo estos principios en 1985 en las "Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en

la red asistencial del INSALUD". Durante este evento, el director general del INSALUD, Torras Raventós, subrayó que la humanización abarca la gestión, la concepción del sistema sanitario, el funcionamiento de las estructuras, la mentalidad de las personas involucradas y la competencia profesional. En la década de los años 80, surgió el Centro de Humanización en Salud de los Religiosos Camilos, con el propósito de promover una cultura de cuidado más humano, y asumiendo un papel fundamental en la dirección, el asesoramiento y la experticia en humanización, convirtiéndose en un referente a nivel mundial en este ámbito (23).

Durante los años 2016-2019, en Madrid, España, se implementó un Plan Nacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria, como se indicó en la Consejería de Sanidad en 2016. Su principal propósito fue impulsar la mejora de la humanización en la atención médica, promoviendo el respeto a la dignidad humana a través de varios aspectos clave. Estos incluyeron la atención centrada en el individuo, la personalización de los cuidados, la calidad en el trato, una comunicación efectiva, la seguridad y confianza en los servicios, la continuidad e integración de la atención, la accesibilidad tanto externa como interna, la comodidad de los entornos, el cuidado en situaciones especiales, la participación activa y la corresponsabilidad de los ciudadanos en su propia salud, el fomento de la autonomía personal, la atención integral y holística, la capacitación de los profesionales en aspectos de humanización, el respeto por la dignidad y los derechos de las personas, y la comprensión de las necesidades y expectativas de los ciudadanos (23).

En el año 2000, México, en su compromiso por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con especial énfasis en el objetivo número 5, se comprometió a mejorar la salud materna y reducir la tasa de mortalidad materna. En 2010, en los servicios de salud de Oaxaca, que es conocido por su diversidad étnica y lingüística en México, se llevó a cabo un proyecto piloto de atención humanizada durante el parto, con un enfoque intercultural. Este proyecto implicó el reconocimiento y el respeto por las diferencias culturales, permitiendo que la mujer se convirtiera en la protagonista de su experiencia de parto, respetando sus tradiciones, idioma y otras prácticas culturales propias (23).

En una línea similar, desde 2011, El Salvador implementó un Programa de Humanización de los Servicios de Salud. Este programa busca promover la humanización como un componente esencial en todos los procesos, tanto administrativos como de atención médica. Además, busca fortalecer una cultura institucional que fomente la adopción de principios y valores humanos en la práctica médica (23).

En el año 2000, Brasil, bajo la dirección del Ministerio de Salud, inició la implementación del Programa Nacional para la Humanización de la Asistencia

Hospitalaria. Su propósito era fomentar una nueva cultura en la prestación de servicios de salud que respaldara la mejora y la calidad efectiva de los servicios ofrecidos. En 2003, el Ministerio de Salud elevó este programa a la categoría de Política Nacional de Humanización. Esto implicó su integración en todas las acciones de salud de manera transversal, fortaleciendo la colaboración y la construcción de conocimiento, fomentando el diálogo entre profesionales, promoviendo el trabajo en equipo y teniendo en cuenta las necesidades, deseos e intereses de los diversos actores en el ámbito de la salud. Este enfoque también aumentó la corresponsabilidad entre los involucrados en lo que respecta al cambio en la cultura de atención a los usuarios y la gestión de los procesos de atención médica (23).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social emite el Decreto 1011 de 2006 (27), que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). En su artículo 3, este decreto hace hincapié en las características del sistema, enfocadas en la mejora de los resultados de la atención médica, con un enfoque central en el usuario. Esto, sin lugar a duda, implica y fortalece la humanización de la provisión de servicios de salud (23).

3.2. Marco legal y normativo

3.2.1. Marco internacional

Minsalud en su propuesta de política Nacional de humanización de la salud resalta la estrecha relación de la humanización con la declaración sobre los derechos humanos de 1948, que brota en pro de la necesidad de bondad del ser humano ante la desolación y el sufrimiento causado por la crueldad y divergencias en diferentes aspectos políticos y/o sociales. En dicha declaración, vigente en la actualidad, la unión y el consenso de un conjunto de naciones declaran que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. En la presentación de su edición ilustrada del 2015, Yacine Ait Kaci (YAK) plantea que *“La Declaración Universal de Derechos Humanos sigue siendo igual de pertinente hoy día que en 1948”*, además, *“Promete a todas las personas unos derechos jurídicos, económicos, sociales, políticos, religiosos, culturales y cívicos que sustenten una vida sin miseria y sin temor”*, conforme a la dignidad humana (23).

En esta propuesta de política, mencionan como la edición ilustrada de 2015, Yacine Ait Kaci (YAK) sostiene que *“la Declaración Universal de Derechos Humanos sigue siendo igualmente relevante en la actualidad que en 1948”*. Además, señala que *“garantiza a todas las personas derechos legales, económicos, sociales, políticos,*

religiosos, culturales y cívicos que respaldan una vida libre de pobreza y temor", en consonancia con el principio de la dignidad humana (23).

Otro antecedente relevante que referencia Minsalud en su propuesta se origina en octubre de 2005, con la emisión de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos por parte de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (32). Esta declaración, en lo que respecta a la humanización, concede un lugar destacado a las cuestiones éticas que conciernen a profesionales de la salud, expertos en ciencias de la vida y tecnologías relacionadas con aplicaciones humanas. Estas cuestiones éticas están relacionadas con el respeto, la dignidad, la protección de los derechos humanos y el valor de la vida.

Además, la promoción de la diversidad cultural se convierte en un imperativo ético según lo contempla la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural, emitida en noviembre de 2001 (33). En este documento, la UNESCO adopta una definición de cultura como el conjunto de rasgos distintivos, tanto espirituales como materiales, intelectuales y emocionales, que caracterizan a una sociedad o grupo social en particular. Esta cultura se manifiesta en la singularidad y variedad de identidades culturales (23).

La Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino-Iberoamericana, presentada en Roma el 9 de junio de 2016 (34), incorpora el principio de humanización de la atención médica. Esto se refleja en su compromiso con brindar un servicio incondicional por, para y con la persona, lo que se traduce en una atención integral y respetuosa hacia los seres humanos. Este enfoque se basa en valores como la motivación, el altruismo, la compasión, la dedicación y el respeto, así como en la promoción de relaciones empáticas y un trato cálido.

En una línea similar, la Declaración de Astaná de octubre de 2018 (35), adoptada en Alma-Ata, pone el énfasis en la Cobertura Universal de Salud y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En este contexto, los líderes estatales se comprometen a dar prioridad a la salud y el bienestar de las personas, a la atención primaria de salud y a servicios de salud seguros, integrales, coordinados, accesibles, disponibles y asequibles para todos, en cualquier lugar. Se enfatiza la importancia de prestar estos servicios con compasión, respeto y dignidad por parte de los profesionales de la salud, quienes deben contar con una formación adecuada, competencia, motivación y compromiso para garantizar estos aspectos y asegurar un enfoque humano en la atención al usuario o paciente (23).

3.2.2. Marco Nacional

Cuando se aborda el marco normativo y político nacional en Colombia, es esencial recordar que la Constitución Política de 1991 (CPC) otorga un lugar central a la humanización, desde el primer artículo, al establecer que Colombia es un Estado Social de Derecho, democrático, participativo y pluralista, basado en el respeto a la dignidad humana y en la primacía del interés general” (23).

Humanizar una realidad exige impregnarla de valores genuinamente humanos, para ello, cabe destacar algunas normas que favorecen la formación del talento humano en salud en Colombia como lo es la Ley 911 de 2004 consagra la responsabilidad deontológica de la profesión de Enfermería, haciendo énfasis en el respeto por la vida, la dignidad de los seres humanos y sus derechos, a través del acto del cuidado, de la comunicación y de la relación interpersonal humanizada (36). En el mismo hilo la Ley 23 de 1981 dicta normas en materia de ética Médica, y expone que el ejercicio médico tiene implicaciones humanísticas, fundadas en el relacionamiento y en el compromiso responsable, leal y auténtico, basado en el Juramento Médico (37), el cual ha sido reglamentado con el Decreto 3380 de 1981 (38).

Por su parte La Resolución 13437 de 1991 nos convoca a la adopción del decálogo de los derechos de los pacientes, mediante los cuales se propende por la humanización de la atención en salud y se ha de garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas (39). De igual manera, la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema de Seguridad Social Integral, plantea la necesidad de garantizar los derechos acordes a la dignidad humana, para lo cual se han de constituir mecanismos facilitadores de una atención oportuna, personalizada, humanizada, integra, continua, dignificadora del ser humano, confidencial e íntima (40). Igualmente, la Sentencia T-760 2008 El derecho a la Salud, señala que “la salud es un derecho fundamental”, y tiene como objetivo central garantizar el goce universal y equitativo de este derecho, además de enfocarse en garantizar una atención médica oportuna, eficaz y de calidad, con indicadores que deben incorporar la medición del acceso y provecho efectivo del derecho a la salud (41).

Adicionalmente, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS), establecido por la Ley 1438 de 2011 (42), conduce a una reflexión sobre el enfoque del sistema de salud que actualmente se encuentra centrado en los agentes y en sus resultados financieros, dejando en un segundo plano a la persona misma, la cual es la razón de ser de los servicios de salud. Dicho plan incluye como principio rector la cultura de una atención humana, entendida como eje orientador para instruir la conducta de las personas y de las organizaciones, y así enfocar sus acciones en el sujeto, para de esta manera restaurar los principios éticos que guían la gestión de las entidades que conforman el sistema y del sistema

mismo, lo cual se traduce en la necesidad de una transformación en la manera como se piensa, dirige y concibe el fortalecimiento de la cultura organizacional, la cual debe ser pensada y enfocada en la protección de la vida, dando cumplimiento a garantizar el derecho fundamental a la salud de todo ser humano (23) .

La humanización es un factor que debe estar involucrado en todos los procesos del sistema de salud, puesto que estos deben ser pensados para las personas y la satisfacción positiva de sus necesidades, convirtiéndose así en un aspecto más profundo que un mínimo trato digno hacia la persona, entrelazándose con los servicios de salud desde su origen, precisando una necesaria participación y construcción social que permita el empoderamiento y proporcione una cultura de autogestión, que impulse la transformación y mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud e indispensable humanización del sistema (23).

Mediante la Resolución 1841 de 2013 (43), que respalda el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021 (PDSP), se establecen objetivos relacionados con la humanización. Estos objetivos incluyen la garantía del pleno ejercicio del derecho a la salud para todos y la mejora de las condiciones de vida que influyen en la salud. Además, en la novena dimensión transversal del PDSP, que se enfoca en la Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, se contemplan dos metas vinculadas con la humanización. La primera, la meta 17, se refiere a la implementación de una política de humanización en la atención a mujeres embarazadas, niñas, niños y adolescentes. La segunda, la meta 30, promueve el cuidado de las personas adultas mayores (23).

Adicionalmente, el PDSP establece que para el año 2021, los profesionales de la salud competirán en base a los resultados en salud. Esto significa que la garantía de calidad y la humanización se convertirán en componentes inherentes de la cultura institucional en el ámbito de la atención médica (23).

Con la Ley 1751 de 2015 (44), también conocida como Ley estatutaria en Salud, por fundamentos filosóficos, conceptuales, metodológicos y dialécticos que ayudan a perfeccionar y fortalecer la salud como derecho fundamental, se profundiza la importancia de la comprensión, orientación y camino por recorrer y lograr una prestación de servicios de salud de calidad y humanos que además respalden los resultados institucionales. Defiende la validez de un sistema de salud concebido como un derecho, más allá de los términos y procedimientos que imponen exclusivamente los agentes participantes y en las transacciones financieras que muestran la salud como una oportunidad económica, estableciendo además mecanismos de protección que la respalden la importancia de la preservación y mejoramiento del campo de la salud asegurando una igualdad de trato e indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (44). Es por esto que se hace necesario normatizar la calidad de la prestación de

los servicios de salud a través de unos lineamientos, los cuales se aprecian en el Decreto 1011 de 2006, mediante el cual se regula el Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad (SOGC) del SGSSS, donde participan un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, para proveer servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera amigable y equitativa, cumpliendo con los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (45).

En la actualidad, persisten las preocupaciones acerca de un sistema de salud centrado en el usuario y sus necesidades específicas. Por esta razón, se implementó la Resolución 2626 de 2019, que da origen al Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Este modelo complementa la Política de Atención Integral de Salud (PAIS). El MAITE se concibe como una combinación de acciones y herramientas tanto dentro como fuera del sector de la salud. Su objetivo es promover la coordinación institucional y comunitaria para facilitar la participación concertada y efectiva de todos los actores del sistema de salud (46).

A través del MAITE, se enfatiza la importancia de la participación y el compromiso de las entidades territoriales. Su objetivo es mejorar los servicios de atención médica, reducir las disparidades en el acceso a la atención y garantizar mejores resultados en menos tiempo. Esto se logra mediante la coordinación de esfuerzos y la gestión a nivel territorial en el ámbito de la salud. El MAITE abarca ocho líneas de acción, que incluyen el aseguramiento, la salud pública, la prestación de servicios de salud, el talento humano, la colaboración intersectorial y la gobernanza (46).

3.3. Marco conceptual

Humanizar: Según el ministerio de salud humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización (13).

Humanización en salud: Implica minimizar la predisposición de tratar al enfermo como un objeto, una enfermedad o uno síntomas específicos, es decir, considerar al paciente como una persona” (23).

Deshumanización en salud: Se define como la pérdida de valores del grupo de profesionales y personal de salud que involucra el desconocimiento de características que distinguen a los seres humanos de otras especies que se consideran incapaces de sentir, experimentar emociones, compartir creencias o actuar según valores, normas morales y sociales (47).

Atención en salud: Se define como el conjunto de procesos por medio de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad o una población (48).

Atención centrada en las personas: Mediante la atención centrada en las personas se pretende definir un enfoque que acoja de manera consciente el valor del ser humano y lo que su contexto personal y familiar implica, viéndose así no solo beneficiado el usuario/paciente al momento de una atención médica sino también aquellos actores que hacen parte de su proceso. La atención centrada en las personas incluye que está tengan un grado de educación y entendimiento acerca del campo de salud y sus componentes, para de esta manera tener una mejor orientación y conciencia al momento de desenvolverse dentro del campo en pro de su propio cuidado. Se organiza en torno a las necesidades de salud y expectativas de las personas y tiene un enfoque práctico y dinámico que facilita su aplicación (49).

Calidad de la atención de salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, está basada en el conocimiento de los profesionales fundamentados en la evidencia y busca aumentar la probabilidad de resultados deseados para el usuario y sus familiares (50).

3.4. Definición de humanización que el trabajo asume como propia

Esta investigación considera que para lograr una educación médica basada en la humanización se requiere una combinación de enfoques teóricos y prácticos. La humanización es un concepto fundamental en la práctica médica, ya que humanizar la atención médica no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también conduce a mejorar la calidad de la atención y los resultados en salud, debido a que este enfoque contribuye a una atención médica más compasiva, ética y efectiva al centrarse en la persona detrás de la enfermedad.

La humanización en la atención médica se refiere a la práctica de brindar atención médica integral de una manera que se reconozca y respete la dignidad, los valores y las necesidades de los pacientes como seres humanos únicos. Por eso, este enfoque busca más allá de la simple aplicación de tratamientos y diagnósticos médicos, y se centra en proporcionar atención de alta calidad que tenga en cuenta los aspectos emocionales, sociales y personales de la experiencia del paciente.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

La presente investigación tiene un enfoque Histórico Hermenéutico mediante el cual se busca comprender e interpretar el significado de humanización de los servicios de salud desde la academia en la Universidad de Antioquia. La hermenéutica corresponde al arte de interpretar los textos e interpretar y develar el sentido de los mensajes haciendo que su comprensión sea posible, evitando todo malentendido para de esta manera favorecer la adquisición de conocimiento (51). Con base en esto se puede decir que el enfoque metodológico de esta investigación es de tipo cualitativo puesto que se indaga acerca de diferentes temas para comprender la vida social del sujeto a través de los significados desarrollados por éste. La investigación bajo el enfoque cualitativo se sustenta en evidencias que se orientan más hacia la descripción profunda de un fenómeno con el propósito de comprenderlo y explicarlo mediante la aplicación de métodos y técnicas derivadas de sus concepciones y fundamentos epistémicos, como la hermenéutica, la fenomenología y el método inductivo (52).

Aspectos epistemológicos

Este trabajo enmarca un abordaje epistemológico con técnicas de orientación metodológica para una revisión de carácter hermenéutico, realizando una reconstrucción narrativa de las versiones de los estudiantes de medicina para obtener una descripción de las experiencias de los entrevistados. Este abordaje posibilita la comprensión de la complejidad de sus experiencias vividas para poder describir el significado que tienen los futuros profesionales de la salud acerca de la humanización del servicio. Con este tipo de abordaje epistemológico, se logra analizar de manera descriptiva aspectos que van mucho más allá de lo cuantificable, de esta forma, el trabajo de investigación se orienta a la descripción e interpretación de las entrevistas conversacionales, dado que existe una integridad de actores y factores a través de lo vivenciado por cada participante, permitiendo de esta manera obtener una totalidad de percepciones y generar una comprensión coherente del fenómeno de interés: La humanización de la atención en salud. (52).

5. Diseño

La presente investigación se enfoca en la fenomenología de Martín Heidegger, dado que esta muestra una relación del ser humano con su mundo, la fenomenología surge a comienzos del siglo XX como un método científico descriptivo, el cual se establece en conjunto con la psicología aperiódica pura o fenomenológica. Su fundador Edmund Husserl (1859-1938) lo piensa como una respuesta al positivismo científico imperante en la época, ya que este método hipotético-deductivo parte de

la premisa, que el mundo se rige por leyes precisas que pueden explicar, predecir y controlar los fenómenos, a partir de lo cual se realizan generalizaciones universales a fenómenos que son multicondicionados (53).

La visión Heideggeriana ha sido adoptada en la práctica médica, cuyo fundamento ontológico es el cuidado del ser humano y su práctica debe aprender de métodos que permitan también su visualización como filosofía para lograr el acceso al ser humano, donde se involucran las 'personas que reciben cuidado' y las 'personas que brindan cuidado', estas personas lejos de sus títulos conceptuales son seres humanos, ambos envueltos en vivencias que se tornan significativas (54).

Desde una perspectiva filosófica, la medicina se revela como la atención y preservación de la vida y la salud. Cada situación de atención o cualquier asunto relacionado con ella contendrá diversos matices que no deben ser simplemente vistos como una descripción superficial. La hermenéutica nos insta a buscar la comprensión de los fenómenos experimentados, una comprensión que debe ser interpretada para poder comprender el mundo en el que una persona está inmersa. A través del enfoque del círculo hermenéutico, podemos llegar a comprender estos fenómenos, partiendo de la precomprensión individual y la que la persona ha expresado. En última instancia, es el individuo quien ha vivido y experimentado este fenómeno en su propia existencia (55).

En el área de la salud ha surgido la necesidad de comprender y explorar las experiencias de vida relacionadas con el cuidado, la enfermedad y la muerte desde la perspectiva de los pacientes y sus cuidadores. Desde entonces, ha sido necesario recurrir a metodologías de investigación que permitan profundizar en los fenómenos sociales. Entre ellos, la fenomenología es un recurso cada vez más utilizado, ya que busca esclarecer o revelar el significado esencial de la experiencia humana, para comprender mejor al ser humano, lo que a su vez podría contribuir a proporcionarle un cuidado más humanizado. (55).

Metodológicamente la investigación reconoce las relaciones entre sujetos en formación avanzada para ser profesionales de la salud como actores válidos para ejercer una profesión basada en la humanización. Por cuanto se trata de un diseño metodológico que acoge elementos de orden descriptivo, ya que no se pretende transformar los establecimientos existentes, pero sí impactar las fenomenologías que caracterizan el trabajo médico desde el cumplimiento con el derecho a la salud y, por lo tanto, con la vida de los ciudadanos en el país.

Esta metodología pretende a través de la formación, potencializar las capacidades de los estudiantes y enriquecer el conocimiento y en esa medida ofrecer las estrategias para desenvolverse en sociedad. En ese sentido, la metodología permite en esta investigación la generación de conocimiento y además construir consciencia colectiva, para que así los participantes involucrados conozcan sus deberes, su

verdadera vocación y puedan trabajar por resignificarlos. Por consiguiente, se pretende reconocer la individualidad de cada uno, generando en su conciencia que hacen parte de un colectivo, por ello las acciones a realizar harán parte de la construcción de un tejido social que a su vez permitirá la transformación de las formas que tradicionalmente han sido llevadas a cabo, donde la participación de cada uno de ellos es importante para impactar la realidad inmediata.

5.1. Área de estudio

Para el área de estudio de la presente investigación se enfocará en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

5.2. Población

La población de referencia para la investigación está conformada por los estudiantes que cursan práctica médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia a partir de 9° semestre. Este diagnóstico se realiza bajo una modalidad participativa con el fin de reconocer los conocimientos que tienen los estudiantes de práctica médica del programa de medicina sobre la atención humanizada en salud, así como las motivaciones que presentan para participar de manera colectiva y generar estrategias de acción que mejoren la atención integral en salud, bajo este panorama se van a realizar una serie de actividades que permitan ponerle voz a cada una de las personas involucradas.

5.3. Muestra

Para la presente investigación se utilizó un muestreo por conveniencia en el cual no se tuvo un número establecido de participantes puesto que este tipo de muestreo se define como una técnica no probabilística y no aleatoria para crear muestras de acuerdo con la facilidad de acceso y la disponibilidad de las personas para formar parte de dicha muestra. Se conto con la participación de 4 estudiantes con los cuales se tuvieron entre dos y tres encuentros para complementar y aclarar inquietudes de la entrevista inicial.

Según Casal y Mateu el muestreo por conveniente se relaciona con una selección de participantes que posean características propias de la población seleccionada. En este tipo de muestreos la "Representatividad" la determina el investigador de modo subjetivo (53). En este muestreo la relevancia no radica en la cantidad de datos sino en la riqueza de la información brindada complementado por la capacidad de análisis del investigador.

5.4. Criterios de inclusión

Para alcanzar los objetivos propuestos en el presente estudio, se hace necesario que sus participantes cumplan con ciertas características necesarias para lograr la recolección de información de calidad que garantice la ejecución de un análisis relevante. Es por ello por lo que los participantes deben ser estudiantes que se encuentren cursando práctica médica a partir de 9° semestre y hayan tenido ese primer acercamiento con el campo laboral de un profesional de la salud y además acepten de manera voluntaria su participación en la investigación.

5.5. Criterios de exclusión

No podrán participar aquellos estudiantes que se encuentren en un periodo académico inferior al solicitado para la presente investigación, también se excluyen aquellas personas que se encuentren bajo efectos de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas con el fin de evitar distorsión en la información recolectada.

5.6. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Como primera técnica utilizada se encuentra la entrevista en profundidad dado que esta se construye a partir de dos a tres encuentros con el propósito de adentrarse en su intimidad y comprender la individualidad de cada uno. La intencionalidad principal de este tipo de técnica es profundizar en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías, significativas y relevantes del entrevistado para construir paso a paso y minuciosamente la experiencia de este. La entrevista en profundidad sigue el modelo de plática entre iguales, "encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes" [Taylor y Bogdan], reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

Como segundo recurso se utiliza la Bitácora, dado que, este instrumento ayuda a la organización y recolección de información, resultados y metodologías para que de manera organizada se pueda obtener una cronología de los hechos y así poder desarrollar una mejor práctica académica (55).

Para llevar a cabo la presente investigación inicialmente las investigadoras se acercarán a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia con el fin de contactar al coordinador del programa y obtener un consentimiento escrito en el que se dé aval a la presente investigación y que además esta persona brinde una orientación para la selección de la muestra que brindaría respuesta a las preguntas orientadoras para el alcance de objetivos.

Los datos serán recolectados con la ayuda de la grabación de las entrevistas para de esta manera conservar la información y retomarla en el momento que sea necesario. Estas grabaciones se llevarán a cabo con la ayuda de dos equipos móviles de uso personal para mayor control y seguridad de la información. Cada grabación tendrá un código previamente asignado al entrevistado el cual se fijará a la grabación en el momento de ser almacenada para luego de tener este material completo poder pasar al proceso de transcripción de la información la cual será textual sin cabida a modificación o adecuación de la información con el fin de lograr y mantener una investigación con datos precisos y transparentes. En caso de ser necesario por vacío en la información o inquietudes, se solicitará los entrevistados datos de contacto los cuales serán tratados acorde a la ley de habeas data 1266 del 2008 (56). y serán utilizados única y exclusivamente con fines académicos.

6. Procesamiento de datos

6.1. Categorización

Esta etapa es fundamental para alcanzar los objetivos de la presente investigación ya que es donde se procesan los datos estableciendo enunciados e ideas relevantes, convirtiéndose así en una etapa central de la investigación que establece una dinámica de trabajo, organizada en unidades manejables, clasificados y tratando de encontrar patrones de comportamientos generales.

Según Mejía, la categorización de datos se trata de dar una denominación común o código a un conjunto de fragmentos de texto que comparten una misma idea, por medio de la categorización se pretende lograr una reducción de datos para así clasificar la información de las entrevistas por partes, según las características o propiedades que representen al fenómeno de estudio, siendo en este caso los significados que tienen los estudiantes acerca humanización de los servicios de salud, y se establece un código para cada unidad-contenido. Según este mismo autor, el proceso de categorización implica adentrarse repetidamente con la intención de tener una comprensión cada vez más completa y clara de la información obtenida. Con base en lo anterior en un primer momento, se tendrá una visión muy general y ambigua, luego de varias revisiones, en forma sucesiva, se podrá tener una imagen más concreta y real de los significados de humanización desde la academia. Cada nueva revisión del discurso permitirá captar nuevos aspectos, propiedades o características no tomados en cuenta anteriormente, para asegurar una categorización de todas las múltiples dimensiones del objeto de estudio y tener una visión de conjunto del fenómeno investigado (57).

Para la categorización de datos en la presente investigación se utilizará un proceso inductivo que consiste en el descubrimiento progresivo de las categorías a partir del examen sucesivo de los datos de todas las formas posibles. No parte de una

estructura teórica restrictiva sobre los datos, se examina línea a línea o párrafo a párrafo del texto para generar contenidos de información del discurso, de lo superficial y general a lo más profundo y específico. De esta manera, emerge un conjunto de categorías iniciales, que conforme se desarrolla el proceso se pueden modificar o se mantienen a partir de la comparación de todos los casos examinados (58).

Siendo así, para lograr una categorización asertiva se tendrán en cuenta algunas categorías base que se esperan encontrar luego de realizar una revisión de las entrevistas:

- Significados de humanización de los servicios de salud
- Experiencias, logros y retos de una atención humanizada
- Herramientas y acciones desde la educación para la humanización de los servicios de salud

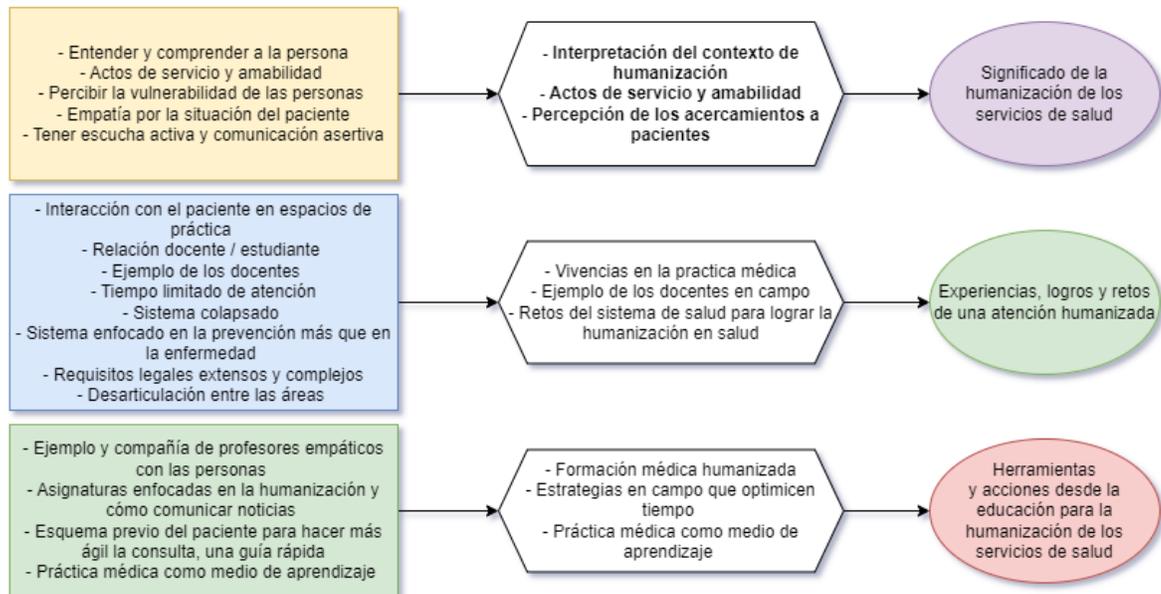
6.2. Codificación de datos

Según Mejía, los códigos son principalmente términos o abreviatura de palabras, son marcas que corresponden a los significados de las categorías definidas en un texto, en este sentido, para esta investigación se pretende asignar a cada unidad una determinada notación, etiqueta o palabra que exprese el contenido conceptual para a través de un proceso práctico, realizar una manipulación de las categorías en un sistema de representación de códigos que convierte la información desordenada en datos cuantificables, de esta manera las expresiones verbales condensarán el contenido de una parte del discurso, para así reducirlo y abreviarlo (57).

6.3. Análisis de los datos

En esta investigación se realizó un proceso sistemático de codificación para el análisis de los datos mediante una codificación abierta, con un total de 17 categorías, codificación axial donde se redujo a 9 categorías y por último una codificación selectiva en la que hubo una reducción a 3 categorías centrales con un total de 12 subcategorías que las explican de manera detalla desde diferentes puntos acorde a las entrevistas realizadas.

Gráfica 1. Categorización



6.3.1. Codificación abierta: Esta fue la codificación mediante la cual se dividieron y codificaron los datos en conceptos y categorías. Durante esta etapa de análisis de la información las investigadoras codificaron los diferentes incidentes en categorías, las cuales surgieron gracias a la subjetividad investigativa (58).

6.3.4. Codificación Axial: Mediante esta codificación se buscó comparar los datos con las categorías resultantes de anteriores comparaciones y conformar familias (Subcategorías). Luego de relacionar categorías entre sí comienzan a surgir hipótesis, en caso de que la información se considere insuficiente o de poca relevancia se debe proceder con la búsqueda de nuevos datos que brinden mayor aporte y así se puedan explicar los conceptos y precisar la teoría. Cuando se tiene una categoría dominante, esta se establece como la categoría central (58).

6.3.5. Codificación selectiva: Codificación en la que se redujo el número de conceptos y precisó así la teoría. Guío a las investigadoras en la selección de la categoría central, aquella que por su relevancia y centralidad explica y da sentido a todos los datos y sus relaciones dando cuenta del patrón de comportamiento social objeto de estudio (58).

7. Aspectos Éticos

Según Galán, “Los criterios éticos que deben regir en una investigación son: la búsqueda de la verdad y la honestidad para que la presentación de los resultados de la investigación corresponda a los que se obtuvieron en el proceso, sin distorsionar los fenómenos hallados para beneficio personal o de intereses de terceros.” La ética en investigación pretende definir un marco completo de actuación en lo que respecta al relacionamiento entre individuos y la publicación de resultados a fin de protegerles a ambos de las malas prácticas y algún posible daño o efecto adverso, buscando así defender la integridad y bienestar de los sujetos (59).

Para la presente investigación acerca del Significado de humanización de los servicios de salud, para el estudiante que cursa práctica médica a partir de los semestres 9, 10 y 11, en su formación profesional en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, se aplicarán las Leyes 1266 del 2008 (56) y 1581 del 2012 (60). por las cuales se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales respaldando así la protección de la información suministrada y los datos personales de los participantes. Así mismo, se aplicarán los principios bioéticos de autonomía formulados por Beauchamp y Childress basados en el "Informe Belmont", considerados como una pauta o guía útil en la práctica diaria para la toma de decisiones ante casos complejos que puedan dar lugar a discrepancias, estos principios son: beneficencia, no maleficencia y justicia (61).

Con base en las normas CIOMS, se establece que la presente investigación no brindará un beneficio directo a los participantes, sin embargo, de manera indirecta brindará un aporte al conocimiento ofreciendo un análisis de la importancia de la humanización en los servicios de salud desde la academia (62).

Se espera minimizar todo tipo de riesgo que se pueda presentar y de esta manera evitar cualquier daño físico o verbal que se pueda generar en las personas que participen de la investigación, cumpliendo así con el principio de no maleficencia reconociendo que durante las entrevistas se podría generar algún tipo de afectación psicológica en relación con las entrevistas realizadas, para contrarrestar esta situación las investigadora solo realizarán preguntas que sean pertinentes para la investigación, si a pesar de esto se presenta alguna situación relacionada con afectaciones psicológicas el participante debe acercarse a su IPS y solicitar valoración por un profesional del área, y su participación en la investigación sería cancelada.

Para dar cumplimiento al principio de justicia, se brindó un trato digno, respetuoso y equitativo en todo momento sin discriminación alguna a los participantes de esta investigación. Así mismo, se tuvo en consideración la Declaración de los derechos

humanos civiles y políticos, los cuales exponen aquellos derechos que son inherentes a todos los seres humanos para respaldar de esta manera su dignidad, sin distinción alguna por Nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición (63).

En este sentido, también es importante tener en cuenta las Normas CIOMS (Normas del concejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas) las cuales establecen los principios éticos que deben guiar la realización de la investigación biomédica en seres humanos y reconocen el reto de aplicar los principios éticos universales en un mundo con recursos contrastantes. Estas normas, consisten en 21 normas específicas que definen y establecen lineamientos para el desarrollo y participación del comité de ética, la obtención del consentimiento informado, **(Ver anexo 2)** los beneficios para los participantes y sus comunidades y la distribución de cargas y beneficios (64).

También se tuvo en cuenta la declaración de Helsinki (65) la cual demuestra la autorregulación del control ético en la investigación con la participación de seres humanos. Así mismo, se tuvo en cuenta la resolución 8430 de 1993 (66) mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, siendo en esta resolución en la cual se encuentran las diferentes categorizaciones de riesgo acorde a la intervención o modificación que realiza la investigación en el sujeto. Además, en su artículo 15 hace alusión al consentimiento informado el cual se debe suministrar y explicar de manera completa al participante brindándole la posibilidad que pueda retractarse en cualquier momento sin consecuencias negativas para su integridad. Con base en la resolución 8430 Artículo 11 y las normas CIOMS en las cuales se habla de los posibles beneficios individuales y los riesgos de participar en una investigación, se puede decir que la presente investigación tiene un riesgo mínimo ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio y la posibilidad de daño, lesión u otros efectos adversos que pudiesen ocurrirle a los participantes es mínima y además, no brinda un beneficio directo a los participantes, por lo cual el riesgo no puede estar por encima del mínimo (62).

Se hace necesario tener en cuenta el Artículo 20 de la constitución política de Colombia, en el cual se habla de garantizar a toda persona “La libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios de comunicación masiva. Estos son libres y tienen responsabilidad social. Se garantiza el derecho a la rectificación en condiciones de equidad. No hubo censura” (67) En este sentido, la Autonomía, se vio reflejada en la facultad que tuvieron los participantes para obrar según su criterio con la independencia de la opinión o deseo de otros, actuando bajo libertad y de manera consciente. A los participantes se les hará la entrega del consentimiento informado,

diseñado acorde a lo establecido en las normas CIOMS y la resolución 8430 en su artículo 15 en el cual se encontrarán los principales ítems para tener en cuenta de la presente investigación, de esta manera cada persona deberá aceptar su participación en el proyecto firmando dicho documento. Así mismo si en algún momento se presentan dudas o inquietudes, los participantes podrán exponerlas a las personas encargadas de la presente investigación para darle las explicaciones pertinentes. Así mismo, se debe resaltar la importancia que tiene para la presente investigación la Ley 44 de 1993 (68) la cual reglamenta los derechos de autor y respalda que la información expuesta se encuentra debidamente citada y referenciada.

Teniendo en cuenta que la investigación es uno de los ejes misionales de la Universidad de Antioquia, donde en el proceso de autoevaluación del sistema se observan desarrollos sustanciales en su consolidación y crecimiento, el presente trabajo de investigación será presentado al comité de ética pertinente con el fin de ser revisado y corregido acorde a los protocolos establecidos en la resolución 40455 de 20015 Por la cual se crea el Comité Central de Ética en Investigación de la Universidad de Antioquia CCEI (69).

7.1. Consideraciones éticas

La selección de los participantes se realizó sin ningún tipo de discriminación que pueda atentar física o psicológicamente contra la persona.

Las personas encargadas de la presente investigación deberán cumplir con algunos protocolos que garantizarán la ejecución exitosa de la presente investigación:

- Se utilizó en un lugar visible el carné de la universidad de Antioquia que las identifica como estudiantes activas de dicha institución
- Espacio: Las entrevistas se realizaron en un lugar abierto y tranquilo que evitaron sesgos, incomodidad o alteración de la información.
- Grabación de las entrevistas: Las entrevistas fueron grabadas con un equipo destinado para esta tarea. Estas grabaciones solo serán manipuladas por las investigadoras y su uso será exclusivo para dar respuesta a los objetivos de la investigación. Este material permanecerá en custodia por las investigadoras durante el tiempo de duración de la investigación, en este caso será de 10 meses y serán almacenadas en un equipo destinado para el desarrollo de la presente investigación, posteriormente serán eliminadas para garantizar la protección de la información de los participantes.
- Consentimiento informado: Se les entregó a los participantes el consentimiento informado, el cual leyeron para posteriormente exponer las inquietudes que tenían acerca del mismo, luego de haber sido resueltas las

inquietudes aceptaron de manera voluntaria su participación a través de la firma de dicho consentimiento y se iniciaron las entrevistas **(Ver anexo 2)**.

- Divulgación: La divulgación de los resultados será exclusivamente con fines académicos sin generar ninguna repercusión negativa para los participantes, esta divulgación de resultados solo se podrá ejecutar siempre y cuando la Facultad de Medicina lo autorice y el comité de ética lo apruebe. Al momento de publicar la información, se tuvo en cuenta la protección de intimidad e identidad de los participantes teniendo como referencia la Ley. Su identidad no será revelada y será codificada para una identificación por parte de las investigadoras (60).

8. Cronograma y Presupuesto

El cronograma y presupuesto se encuentran en el **Anexo 3**, su versión original se encuentra en el software Project libre.

9. Resultados

La Universidad de Antioquia es una institución pública de educación superior con más de 200 años de existencia, una de sus dependencias es la Facultad de Medicina, que fue fundada en 1871 cuando la práctica médica en Medellín era aún empírica. Entonces, fueron 17 los estudiantes admitidos en las cátedras de anatomía, física, fisiología y patología. Posteriormente, las experiencias que trajeron los médicos que estudiaron en París, revolucionaron el ambiente y crearon una nueva conciencia. Se planeó el currículo, se diseñó la estructura hospitalaria, se practicaron operaciones con métodos antisépticos y se creó el cuerpo científico en la Escuela de Medicina, hoy en día Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; el hospital San Juan de Dios; y la academia de Medicina de Medellín (70).

Una formación científica y humanística, de puertas abiertas a la sociedad

La Facultad cuenta con una comunidad académica de más de 3.000 integrantes: 2.300 estudiantes de pregrado y posgrado, 700 profesores y 227 empleados administrativos, en una sede de 15.000 m². La Facultad de Medicina expresa la experiencia formativa de personas que imprimen a su identidad, una profesión. Desde el ideario formativo de esta casa de estudios, se busca la capacidad de autodeterminación que se logra con el buen uso de la razón, la visión intelectual del mundo, del cuidado físico, de la expresión afectiva y amorosa con dignidad, en búsqueda del equilibrio psicosocial, a través de la reflexión y la conciencia en sus diversos ámbitos (70).

Sustentados en el principio de la integralidad, se busca dar intención y contenido a la educación y a la vida en la Facultad; desde aquí se realiza un viaje formativo, capaz de articular los proyectos de vida de los profesionales en salud, con una mirada en la ciencia, la ética, la estética y la política. Integralidad de ser en potencia y en acción. Los programas profesionales son mediaciones a la formación de personas, capaces de responder a las necesidades de la sociedad y a los proyectos de la región, desde la profesión y con responsabilidad ciudadana (70).

La Facultad de medicina de la universidad de Antioquia es un referente académico principal para los profesionales del área de la salud, y es por ello que sus bases educativas son fundamentales para que exista una sensibilización en la atención médica, capacitando y fortaleciendo la humanización de la prestación de los servicios de salud en sus estudiantes para de esta manera lograr entregar a las diferentes instituciones de salud profesionales enfocados en lograr que los pacientes perciban la enfermedad de una forma más amena y se adhieran a los tratamientos y procedimientos médicos con resultados fructíferos tanto para el paciente como para el sistema (70).

Resultados de las entrevistas

10.1 Significado de humanización de los servicios de salud

En esta primera categoría acerca del significado de la humanización, la mayoría de los estudiantes la definen desde la vulnerabilidad con la que llegan los pacientes a las consultas y coinciden en la importancia de ser empáticos y comprensivos, entendiendo las necesidades y contexto social de cada usuario. En su mayoría, definen la humanización de los servicios de salud como el conjunto de prácticas que buscan mejorar la situación del paciente y al mismo tiempo generan confianza.

10.1.1 Desde el entender y comprender a la otra persona como un ser que siente

Uno de los entrevistados define la humanización desde el comprender a la otra persona y la situación que está pasando, su manera de afrontar la situación y los diferentes factores que pueden influir en la forma como percibe su estado de salud, *“Comprendo la humanización de los servicios de salud como entender y comprender a la otra persona como un ser que siente. percibiéndolo como una persona vulnerable que necesita ayuda. Es ponerse en los zapatos de la otra persona, estando atento, priorizando su necesidad, siendo amables, saludando, generando confianza y demostrando siempre buena disposición. La prudencia hace parte de la humanización, ya que buscamos que el paciente se sienta cómodo. Siempre debemos estar muy atentos a los gestos, mirar a la otra persona, mantener la atención en lo que nos cuenta y sus expresiones corporales, conservar siempre una posición amable, cálida, presentarnos siempre como un igual, alguien que escucha y se preocupa por lo que le sucede. Ser muy receptivos con la información que recibimos.”* E101062023

Así mismo, exponen cómo la humanización no depende solo del médico sino de todo el personal que se encuentre al servicio del paciente *“Significa que cualquier prestador de servicios de salud, llámese médico, enfermera o asistente de cualquier tipo, sea capaz de sentir empatía por la situación de su paciente. Se debe entender que cuando alguien se enfrenta a una enfermedad no se enfrenta solo a su propia patología, sino que se enfrenta a un complejo tanto mente-cuerpo-ser y toda persona que se encuentre al servicio médico del paciente hace parte de ese conjunto de factores. Evidentemente también se basa en la formación del profesional, cuando tú entras a una carrera como esta debes entender que estás al servicio de las personas. La humanización no solamente se basa en cómo trato a mi paciente, sino que también se basa en entender sus necesidades, dónde vive el paciente, qué le puedo mandar, es accesible o no para el paciente. De eso también se trata la humanización.”* E209062023

10.1.2 Desde tener prácticas médicas que busquen mejorar la atención del paciente, generar confianza y empatía

Los entrevistados resaltan la importancia de tener presente prácticas que permitan mejorar la atención del paciente a través de una consulta amena y cómoda para el mismo, en estas se incluyen gestos mínimos como el saludo, la postura, la mirada y el tono de voz *“Yo creo que la humanización se refiere más a todas estas prácticas que buscan mejorar la atención del paciente, es todo lo que tenga que ver con el mejor trato, los mejores equipos. Todo lo que se refiera a dedicarle tiempo y atención al paciente, centrarse en él y mostrarle la mejor empatía y actitud para poder ayudarlo a sobrellevar de alguna manera su situación de salud, que es por lo que ellos nos consultan. Todo empieza desde el saludo, si lo miramos o no a la cara o si siempre estamos enfocados en el computador más que en saber con qué expresión llegó nuestro paciente. Es también conservar una postura respetuosa, la forma como estamos sentados, los gestos y el tono de voz que utilizamos para comunicarnos con el paciente además del lenguaje, dejar de lado los tecnicismos y hablar lo más claro posible, desde estás cositas sencillas creo que empieza la humanización de los servicios de salud porque dejamos de ver al paciente como uno más del número de personas que debemos atender y comenzamos a verlo como el ser humano que es” E309062023.*

10.1.3 Desde la prudencia y la comunicación asertiva

Los estudiantes coinciden que una comunicación asertiva no es solo brindar la información de manera correcta al paciente sino también saber en qué momento hacerlo y con qué palabras de manera que sea lo más prudente posible y no genere incomodidad en la persona *“La combinación de la prudencia y la humanización en los servicios de salud es esencial para garantizar una atención de calidad que respete la dignidad y los valores de los pacientes. Esto contribuye a una experiencia de atención médica más satisfactoria y mejora los resultados de salud. Además, fomenta una relación médico-paciente sólida y de confianza, lo que facilita la colaboración y la participación del paciente en su propio cuidado, porque si invadimos su privacidad o decimos algo que lo haga sentir incomodo o inseguro, es muy probable que el paciente ya no nos cuente más acerca de su estado de salud y las posibles causas por las cuales se encuentra enfermo, entonces todo se vuelve más complejo, porque sin la información que suministra el paciente no se puede llegar a una solución correcta.” E419062023.*

10.2 Experiencias, logros y retos de una atención humanizada

10.2.1 Experiencias

10.2.1.1 La experiencia médica como medio de aprendizaje para una atención más humanizada

Sobre las experiencias, retos y logros, los estudiantes describen experiencias que marcaron su práctica médica resaltando que en la mayoría de las ocasiones ha sido humanizada con el paciente gracias a la empatía y sensibilización por parte de los profesores. Resaltan la importancia de una comunicación asertiva lo relevante del tacto al momento de dar noticias ya que de eso depende la comodidad del paciente y su percepción frente a la atención prestada, *“La mayoría de veces han sido experiencias de humanización, como una paciente que no entendía el proceso que debía realizar para autorizar los exámenes y tratamientos de su hija, lo que hizo una médica, fue explicarle de manera muy detallada cómo hacer el proceso, orientarla y escuchar su inconformidad con la información que le había dado la persona del área administrativa. Es que la humanización debería ser de todas las áreas, muchas veces no solo depende del médico. Nosotros podemos hacer las cosas muy bien, pero los reprocesos y trámites que se tienen en el sistema de salud son complejos, y hay áreas que deberían ser más claras al momento de explicar al paciente qué debe hacer, no todos los pacientes tienen el mismo nivel educativo, ni se comunican de la misma manera, algunos necesitan que les expliquen las cosas de una manera más detallada para poder ejecutar la acción, otros es más sencillo, pero todo el personal a cargo de prestar un servicio debería tener la paciencia necesaria para atender cualquiera de los dos panoramas.”* E101062023.

10.2.1.2 La experiencia médica y el aprender a comunicarse con los pacientes

Conservar la calma, seguir los protocolos correspondientes y mantener una conversación prudente hacen parte de una atención humanizada según los entrevistados, más en casos puntuales donde la sensibilización debe ser minuciosa debido a la situación, uno de los entrevistados expone como se debe ser muy meticuloso al momento por ejemplo de hablar con los niños, contándonos su experiencia en pediatría, *“Mi primer caso pediátrico fue una niña con abuso sexual, traté de ser muy calmada frente a la situación, de inmediato se deben activar todas las rutas, y velar porque el proceso se lleve de la mejor manera. Tener mucho tacto al momento de hablar con el paciente, ya que es un niño y ellos no entienden de la misma manera, tener una comunicación sutil y amigable. La deshumanización la he*

vivido con médicos muy bruscos, me hay médico vascular, que tiene que ver todos los casos de celulitis en las piernas, amputaciones, todos esos casos y dicen que llega donde el paciente, ni siquiera los saluda, sino que dice inmediatamente que hay que cortar aquí, esto hay que cortar, hay que cortar desde aquí. Ni siquiera le explica al paciente y no tiene como ese tacto que se requiere ni la manera de decir las cosas. Con cualquier persona hay que ser muy cuidadoso con lo que se va a decir, porque desde ahí se ve que no hay humanización” E209062023.

10.2.2 Logros:

10.2.2.1 La educación médica orienta y fortalece la humanización de los servicios de salud

Los logros que resaltan de una atención más humanizada se refieren al esfuerzo que hace la universidad y la facultad para mitigar el estrés de la profesión y orientar siempre a que el servicio a prestar sea lo más ameno y cercano posible además de la satisfacción por parte del paciente y mejor adherencia al tratamiento cuando se presta un servicio humanizado y se tiene una comunicación asertiva, *“La atención humanizada tiene el potencial de mejorar la experiencia de los pacientes, promover un mejor cumplimiento del tratamiento porque si el paciente entiende de manera correcta y amigable el tratamiento no va a tender a desconfiar de que es algo que le va a funcionar para su estado de salud, reduce la ansiedad y miedo, mejora los resultados de salud y aumenta la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud ya que el paciente va a tener mejoría o al menos se va a sentir cómodo con el tratamiento y el profesional va a tener una mejor experiencia laboral al saber que está logrando su objetivo social con las personas” E314062023* Así mismo, *“Los pacientes que reciben una atención centrada en sus necesidades individuales tienden a tener una mayor adherencia al tratamiento, una mejor gestión de las enfermedades crónicas y una menor probabilidad de complicaciones. Esto puede traducirse en una mejora en la salud y el bienestar a largo plazo.” E209062023.*

10.2.2.2 La humanización de los servicios de salud mitiga los reprocesos en la atención médica

También cabe resaltar la relevancia que tiene la humanización de los servicios de salud en la mitigación de reprocesos, la implementación de una atención médica más humanizada puede tener un impacto positivo en la reducción de los reprocesos y en la mejora de la calidad del cuidado. Al fomentar una comunicación efectiva, un enfoque centrado en el paciente, la prevención de errores médicos y una gestión efectiva del tiempo, se pueden minimizar los reprocesos y brindar una atención más

segura y de calidad para los pacientes, “ Si el paciente me entiende y confía en lo que le digo como su médico, él va a hacer exactamente lo que le indique para que el tratamiento funcione, eso conlleva a que ese mismo paciente no regrese al día siguiente por el mismo motivo puesto que se supone yo le indique cómo íbamos a solucionar su inconveniente de salud. La humanización creo fielmente que conlleva a que haya menos reprocesos en el sistema, porque si un paciente entiende por parte del médico, las enfermeras y el personal administrativo qué debe hacer para lograr que su estado de salud mejore, es un paciente que esperamos tienda a mejorar y no tenga que regresar nuevamente por el mismo aspecto que consulto en un principio. Si nosotros como médicos nos enfocamos en suministrar al paciente la mejor solución posible y logramos que la persona confié en esa solución, estamos mitigando un reproceso a futuro en el que posiblemente el paciente se nos compliqué más y debamos intervenir de otra manera quizá porque no le brindamos el tratamiento correcto o él no lo supo llevar de la mejor manera... A veces las creencias religiosas de las personas o sus costumbres también pueden ser barreras para que asuman el tratamiento con responsabilidad e incluso con gusto, es por eso por lo que nosotros como médicos y todo el grupo de personas que están al servicio del paciente debe ser muy claro para lograr que él entienda bien cómo funciona y por qué es importante que lo lleve a cabo, así todo va a ser mejor para ambas partes” E209062023.

10.2.3 Retos:

10.2.3.1 Forma de comunicar malas noticias a los pacientes

No es común que a las personas les guste escuchar malas noticias y menos en lo que se refiere al estado de salud de sí mismo o de un familiar, es por eso que los estudiantes mencionan cómo el aprender a decir las cosas no tan buenas a un paciente se puede convertir en el punto de partida para brindar una atención humanizada ya que de allí pueden surgir miedos o barreras que van a impedir que el paciente confié en el acompañamiento que se le va a suministrar desde la institución prestadora de servicios de salud, “Un paciente con un cáncer ya con metástasis muy avanzado, ya no se podía hacer mayor cosa por el paciente. La forma en la que el doctor lo abordó, en ningún momento le dijo, “ah, es que te vas a morir” y ya, por el contrario, intento ser lo más empático, ameno y claro posible. Siempre demostró preparación y amabilidad, a pesar de que la noticia no era muy positiva, hablo desde el sentir de la persona, el miedo que puede producir saber que te vas a morir, todo aspectos como la familia y el acompañamiento que se le iba a brindar en todo el proceso, nunca minimizo o desmerito el hecho de la creencia, respeto siempre que el paciente se refiriera a un ser superior como posible solución a su enfermedad, el paciente interiorizo la información de una forma tranquila y

siempre tuvo claro que había un sin número de personas que iban a estar ahí para él en el momento que lo necesitara.” E314062023.

10.2.3.2 La presencia de deshumanización en la prestación de los servicios de salud

Los entrevistados trajeron a coalición aspectos de deshumanización que se presentan en el día a día de un profesional médico, los cuales se presentan en los aspectos más simples de la atención médica como lo es la comunicación, la cual si no es clara y efectiva puede dar lugar a malentendidos y decisiones incorrectas en el tratamiento. *“La deshumanización se puede presentar donde uno menos piensa y en formas muy sencillas que uno a veces no identifica por estar enfocado en llevar a cabo sus tareas como médico. Por ejemplo, en el caso de las rondas, uno ve que los médicos llegan con una cantidad de estudiantes y comienzan a resumir la vida de los pacientes delante de la familia, e incluso otros pacientes presentes además de los estudiantes que allí se encuentran... Hay personas a las que no les gusta hablar de su vida en público o que no les gusta contar acerca de su enfermedad, yo considero que sería más amigable presentar el grupo de estudiantes que llegan con el médico, explicar cuál es nuestro fin estando allí y mostrar interés en ayudarlo y no solo llegar, hablar de la persona delante de todos y ya. Cosas como esa no se me hacen humanas, las personas sienten y siempre van a querer entender el contexto de lo que están viviendo, eso generaría más confianza y comodidad” E314062023.*

10.2.3.3 El tiempo de consulta es un reto para la humanización de los servicios de salud

En el caso de los retos, los estudiantes coinciden en que el tiempo es muy limitado para conocer al paciente y que además, los aspectos administrativos con los que también tienen que cumplir (cómo la historia clínica) se interponen en la atención humanizada debido al poco espacio que tienen para interactuar con el paciente, conocerlo lo suficiente y poder generar esa conexión para ser más asertivos al momento de plantear una posible solución a su estado de salud, dice *“El tiempo limitado para la atención médica representa un desafío para la atención humanizada, ya que puede conducir a consultas apresuradas, falta de continuidad en el cuidado, dificultad para abordar casos complejos y afectar negativamente la relación médico-paciente. Yo considero que, para lograr una atención más humanizada, es necesario abordar estas limitaciones de tiempo y encontrar formas de garantizar que se brinde un tiempo adecuado para cada paciente. Sin embargo, también hay que resaltar que este no es el foco del problema frente a una atención humanizada, yo creería que se trata más de comunicación asertiva para atender al*

paciente, porque no es lo mismo recibir a una persona y saludarla sin ni siquiera mirarla, a tomarnos los segundos para recibir al paciente en el consultorio, aunque el tiempo es importante, creo que con lo que tenemos también podemos lograr al menos tener un buen relacionamiento” E209062023.

10.2.3.4 Desarticulación de las diferentes áreas del sistema de salud

Un aspecto importante de la humanización de los servicios de salud que dieron a conocer los estudiantes es la importancia de un sistema de salud más articulado, con procesos más simples que permitan al paciente tener una buena experiencia desde lo administrativo hasta lo médico, *“Es de suma importancia que hubiera mejor articulación entre las áreas, uno a veces le manda algo al paciente, y desde lo administrativa no saben explicar el trámite adicional que sigue, eso tampoco es bueno, porque el paciente no entiende y no lleva a cabo bien el tratamiento. Entonces puede que uno sea muy sonriente, amable, empático y que además busque que el paciente tenga el tratamiento más adecuado para su estado de salud, pero al momento de autorizar un medicamento, o pedir la cita para un examen necesario, se vuelve una odisea, porque esto se lo deben explicar en las áreas administrativas y muchas veces solo entregan la formula y el paciente se va perdido, eso hace que se pierda credibilidad en el servicio” E419062023.* En este mismo sentido, *“Estamos tan limitados por el sistema de salud que en una consulta el paciente solo nos puede preguntar por algo puntual, el paciente no puede consultar por varias patologías no relacionadas en una misma sesión porque desde la EPS no estamos autorizados a mandar por ejemplo medicamentos para temas aislados, entonces al paciente le toca pedir una cita por cada dolencia que presente para poder ayudarlo y eso es muy poco amigable.”. E314062023.*

10.2.3.5 Condiciones laborales de los profesionales de salud, carga laboral y horarios establecidos

Finalmente surgieron también cuestionamientos acerca de las condiciones laborales de los médicos y el estrés que manejan debido a la cantidad de pacientes que atienden lo cual desencadena en una atención poco amena para el paciente, *“No puede haber una atención humanizada si el profesional no es feliz haciendo las cosas, hay ambientes laborales muy poco amigables, por ejemplo en los pueblos, puede que haya más tiempo porque hay menos pacientes, pero se siente la tensión laboral debido a que si no eres amigo de x persona, pierdes el puesto, o porque ascender depende más de el relacionamiento que de los méritos, eso no permite que uno sea feliz haciendo las cosas y eso se transmite. En el caso de las ciudades, la carga laboral es mucha, los turnos de trabajo son muy pesados y la remuneración*

o forma contractual no es la mejor, eso desmotiva a hacer las cosas con amor”
E109062023.

Tabla 1. Dificultades y Retos

Logros, dificultades y retos que los estudiantes de medicina perciben en los usuarios			Logros, dificultades y retos que los estudiantes de medicina perciben en los profesionales médicos		
Logros	Dificultades	Retos	Logros	Dificultades	Retos
Mejoría del estado de salud de los pacientes	Costumbres y culturas religiosas de los usuarios que generan escepticismo frente a los tratamientos	Acogerse al tratamiento indicado por el médico	Buena adherencia de los pacientes al tratamiento suministrado por el profesional	Tiempo de las consultas medicas	Cumplir el número de pacientes atendidos
Buen relacionamiento con los profesionales en salud	Procesos administrativos complejos en el sistema de salud	Lograr una comunicación clara acerca de su estado de salud	Mejorar la relación médico-paciente	Nivel educativo de los pacientes	Mejorar el acompañamiento del paciente a través del seguimiento
Mayor satisfacción en la atención prestada por el personal administrativo y asistencial	Poca comprensión del tratamiento a causa del lenguaje técnico		Evitar reprocesos debido a falta de información	Limitación en la comunicación por falta de confianza	Lograr una comunicación asertiva y confianza del paciente

10.3 Herramientas y acciones desde la educación para la humanización de los servicios de salud

10.3.1 Herramientas

10.3.1.1 La práctica médica orientada por los profesores como base del aprendizaje para la prestación de servicios de salud enfocados en la humanización

Los estudiantes coinciden en que el ejemplo de los educandos es primordial para aprender a brindar una atención humanizada, ya que, según ellos, ver cómo el profesor desarrolla su labor como médico y conserva siempre una actitud positiva frente al paciente, es fuente de inspiración para llegar a convertirse en un profesional con la misma calidad humana. A pesar de que en su mayoría tienen experiencias positivas con sus educadores, algunos mencionan cómo también hay prácticas que no les gustaría replicar al momento de ejercer su profesión, *“Ver cómo los profesores hacen las cosas es algo indispensable, porque que te digan cómo hacerlo es fácil, lo difícil es ponerlo en práctica, y cuando uno ve a los profes, tiene unas bases de la manera en cómo debe ponerse en práctica. La humanización del servicio es algo muy personal porque la persona como tal juega un papel importante, pero al ver actos que hacen sentir bien a las personas, uno los quiere replicar. Los profes son muy enfáticos con el tema de tratar bien al paciente, pero creo que es más importante ver ellos cómo lo hacen. Tenemos varias materias que nos hablan de la comunicación con el paciente, la humanización, el buen trato, pero en definitiva ver cómo el profesor lo hace, es una de las maneras más sencillas de interiorizar la importancia de ser humanos con la otra persona. Claramente, lo ejemplos no siempre son positivos, pero eso también te ayuda a saber qué no quieres hacer en el momento que estés ejerciendo tu profesión, hay profes que son muy poco amables con el paciente, esto casi siempre genera conflictos o malos comentarios y eso es muy incómodo, en lo personal son situaciones que preferiría evitar siguiendo las buenas prácticas y evadiendo aquellas que no hacen sentir bien a las personas”* E419062023.

10.3.1.2 Asignaturas que promueven la humanización de los servicios de salud

Las asignaturas relacionadas con la humanización de los servicios de salud son parte fundamental de la formación humanizada del profesional ya que es a través de estas que se brinda unas bases de cómo brindar un servicio humanizado, *“La universidad nos brinda muchas herramientas con respecto a las noticias, en quinto*

semestre, vemos una materia que nos habla de humanización, y hay una parte que se centran en dar noticias, explican cómo deben darse, que debe preguntarse, qué posición tener, mirar a los ojos, con palabras claras, pero no bruscas. Los profesores son muy muy enfáticos en que las noticias son muy importantes y hay que saber decirlas. Hay una materia, pero es electiva que se llama humanización de la práctica, no es obligatoria, pero es muy importante porque hablan de todo lo que se debe tener en cuenta en ese momento.” E419062023.

10.3.1.3 Esquema previo del paciente, preguntas claras y fructíferas

El tiempo se percibe como reto para la prestación de un servicio humanizado. Sin embargo, es un factor que deben mitigar a través de técnicas que les permita optimizarlo de la manera más productiva posible, “La mayoría de las veces no alcanzamos a conocer al paciente lo suficiente o lo que quisiéramos porque el tiempo no lo permite, pero yo por ejemplo intento tener un esquema previo del paciente que voy a recibir para intentar hacer las preguntas necesarias lo más rápido posible y recolectar la información que sea más relevante para la consulta. Yo diría que eso se adquiere con el tiempo, es algo así como la capacidad de tomar lo que nos sirve de lo que nos cuenta el paciente y resumirlo lo que más podemos en tiempo récord. Las preguntas que hacemos deben ser clave y eso depende de cada paciente y la situación puntual que presente, si hacemos las preguntas correctas y nos hacen entender, el tiempo puede ser más productivo, aunque sigue siendo muy poco para lograr lo que quisiéramos” E314062023.

10.3.2 Acciones

10.3.2.1 Educar al profesional basado en la humanización de los servicios de salud

Los estudiantes destacan la universidad y sus profesores como referentes importantes de la humanización de los servicios de salud, hablan de la educación como base fundamental para humanización de los servicios de salud “Lo principal para aprender a brindar un servicio humanizado ha sido el ejemplo y las orientaciones brindadas por la universidad, nosotros casi siempre estamos acompañados, y en la mayoría de las ocasiones he visto profesores muy empáticos con las personas. Nuestro proceso formativo se basa mucho en aprender a hablar adecuadamente con el paciente, conocer su forma de comunicarse, preguntarle por su estado de salud, mirarlo, demostrar disposición e interés por el paciente.” E419062023.

10.3.2.2 Validar las emociones y personalidad del profesional cómo aspecto relevante de la humanización de los servicios de salud

Los entrevistados mencionan la importancia de la personalidad de cada profesional y cómo esta influye de manera significativa en la atención al paciente y qué tan humanizado puede ser el servicio dependiendo de la empatía y sensibilidad de la persona. También resaltan la relevancia que tiene la comunicación asertiva en una atención humanizada debido a la trascendencia que tiene la información que suministra el paciente y las noticias que debe brindar el profesional respecto al estado de salud de una persona, *“Para que un profesional brinde una atención humanizada, debe ser muy paciente, tener una escucha activa, una comunicación asertiva, validar las emociones del paciente, generar una confianza en la que la comunicación sea muy clara de parte y parte y la información llegue de forma adecuada. No se debe hablar de forma técnica. El tiempo es un reto, es muy poco para todo lo que debemos hacer. Sin embargo, es lo que hay y debemos hacerlo lo más ameno posible. Creo que el sistema debería estar más enfocado en la prevención que en la enfermedad, esa también sería una forma de optimizar el sistema. Además, las condiciones laborales también deberían tenerse en cuenta, ya que un profesional feliz con lo que hace, es más humano que uno que hace las cosas porque le toca.”* E101062023.

10.3.2.3 Fomentar la empatía y la compasión desde la educación

La educación médica basada en la humanización promueve la empatía y la compasión como componentes esenciales de la atención médica. Los estudiantes aprenden a ponerse en el lugar del paciente, a comprender y respetar sus emociones y experiencias. Esto se traduce en una atención más comprensiva y sensible, lo que contribuye a la satisfacción del paciente y a un mayor bienestar emocional, *“Los profesores nos hablan mucho de ponernos en el lugar del paciente, pensar que la persona que estamos atendiendo es un familiar que queremos mucho o nosotros mismos, y se enfocan mucho en que los tratemos como nos gustaría ser tratados independiente que sean personas con o sin educación, porque se vuelve más complicado cuando el paciente no te entiende o desconfía de lo que le estas diciendo porque lo sienten muy complejo. En los diferentes cursos que vemos en la universidad, nos orientan a conservar la sensibilidad frente a las situaciones, no a llorar o dejarnos afectar por todo, sino a sobrellevar las emociones, aprender a controlarlas y siempre ser muy empáticos con la situación que los pacientes pasan e incluso sentir compasión por el momento que viven, yo creo que eso es muy importante porque con el tiempo uno va perdiendo esa sensibilidad y se le vuelve normal ver a alguien triste, y eso no debería pasar porque todos somos humanos y*

sentimos de manera distinta, como profesional de la salud uno debe estar preparado para saber manejar estas situaciones” E419062023.

10. Discusión

Esta investigación que tuvo como objetivo central comprender lo que significa humanización de los servicios de salud para los estudiantes que cursan práctica médica durante su formación profesional en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, pone en evidencia que durante los últimos años la relación médico-paciente ha venido adquiriendo una importancia cada vez mayor en el ámbito de la práctica médica, debido a la toma de conciencia por parte de los pacientes acerca de los derechos y deberes que tienen dentro de las instituciones de salud y con los profesionales con los que deben interactuar al momento de consultar. Es por esto, que la comunicación asertiva, la validación de emociones, la empatía y la escucha activa se han vuelto parte fundamental del desarrollo de las consultas médicas según lo exponen los estudiantes, asemejándose a lo que dice Ruiz en su artículo académico *Relación médico – paciente: Desafíos para la formación de profesionales de salud* donde se destaca cómo la relación clínica debe poner en el centro de la atención al paciente, más allá de los resultados tácticos de la consulta cómo el estado de la presión, los niveles de colesterol o los resultados de los exámenes, información que si bien es de suma importancia debe conversar con el contexto social, emocional, físico y mental del paciente puesto que estos factores son considerados de suma importancia para este y lo deben ser también para el profesional y de esta forma dar el nivel de importancia pertinente a lo “humanístico” sin que se vuelva una prioridad secundaria (71).

La educación profesional basada en la humanización de los servicios de salud promueve consultas médicas más efectivas y tratamientos con resultados positivos gracias a una mejor comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, lo cual conlleva a una comprensión más completa del problema con búsqueda de soluciones asertivas las cuales no deben ser aprobadas solo por el médico sino comprendidas, interiorizadas y alcanzables para el paciente, factores que solo se pueden conocer mediante consultas que sean más personalizadas y menos sistemáticas, lo cual coincide con lo que dice Fabian Romano en su artículo *La humanización del ejercicio de la vocación médica: un desafío fáctico* donde se destaca cómo los avances tecnológicos, y el progreso de la ciencia han facilitado considerablemente el trabajo en el campo de la medicina, pero al mismo tiempo ha distanciado a los profesionales médicos de la humanización del servicio, debido a la despersonalización que sufre la sociedad, donde la sistematización de la información y poca relevancia del sentir del paciente han envuelto las consultas médicas en una medicación automática, poco dialogo entre las partes y mínima comprensión de los factores asociados a la situación clínica de la persona. Es por ello por lo que este artículo, al igual que los entrevistados en esta investigación, resaltan la necesidad de promover una actitud más reflexiva en la concepción del

ejercicio de su profesión y de esta forma tener en cuenta las particularidades de cada paciente con el propósito de analizar detalladamente su situación yendo más allá de los hechos manifiestos y percibiendo los gestos de humanidad del enfermo, arribando al diagnóstico de la patología con visión holística de la persona. Esta actitud genera en los pacientes seguridad y confianza, la cual puede teñir el resultado de cualquier tipo de terapéutica aplicada (72).

Incorporar asignaturas que promuevan la humanización de los servicios de salud en las instituciones no es suficiente para lograr una atención humanizada. Los estudiantes entrevistados exponen cómo el currículo académico a pesar de ser muy completo y enfatizar en tener un buen servicio con el paciente, en muchas ocasiones se vuelve complejo y denso debido a la cantidad de información, carga laboral y académica lo cual ocasiona que en el proceso de aprendizaje se retenga solo aquello que es de interés netamente técnico y deje en segundo plano la sensibilización humana al momento de la atención médica. Semejante a lo que expone Sánchez, en su artículo académico *Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor* donde afirma que la atención en salud requiere de acciones reales para lograr su humanización efectiva, y que esta no se quede solo en el discurso con el fin de lograr realmente un impacto en los pacientes. Expone también, como en muchas ocasiones los pacientes son maltratados al momento de la atención médica, lo cual se ha incorporado en los comportamientos usuales de los médicos y se transmite de docentes a estudiantes a través del ejemplo y/o la práctica médica. Es por esto por lo que los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia enfatizan en la relevancia que tiene la práctica médica para forjar sus habilidades comunicativas y resilientes para lograr un mejor relacionamiento con el paciente a través de las diferentes técnicas implementadas por sus docentes en el campo profesional (73).

La humanización de los servicios de salud ha sido fuertemente debatida debido a las diferentes interpretaciones que pueden surgir en torno a su implementación en la atención médica, sin embargo, y según se evidencia en la presente investigación, la humanización va de la mano con una atención digna al paciente en la que más que un diagnóstico o medicación haya un acercamiento a su estado emocional, su comprensión de la situación y el cómo puede responder de manera positiva o negativa al tratamiento acorde a su contexto de vida. Los estudiantes coinciden en que la humanización va de la mano con la empatía, comprender la situación de la persona, validar emociones y tener una comunicación clara que permita una interacción fluida de ambas partes, en este sentido, Minsalud en *La propuesta de política Nacional de Humanización de los servicios de salud* precisa cómo la humanización se debe comprender desde un concepto con múltiples significados, amplio, sencillo y complejo a la vez, que se privilegia con la intención de abordar temas como el ser humano, su bienestar integral y su entorno, las relaciones

humanas, el buen trato, entre muchos otros. Se elude que la humanización se enfrente a ser reducida a buen trato o un distractor de las falencias internas del funcionamiento adecuado del sector salud (74).

Al centrarse en el paciente como individuo único, se pueden mejorar los resultados de salud, aumentar la satisfacción del paciente y fortalecer la confianza en el sistema de atención médica en su conjunto, sin embargo, esto es algo que no se puede lograr si los procesos administrativos son complejos y demorados ya que la atención médica pasa de centrarse en la mejoría del paciente a enfocarse en la resolución de casos y situaciones complejas relacionadas con la tramitología interna de cada proceso, además, de tiempos de espera prolongados para una atención apresurada y poco minuciosa, así mismo Montalvo, en su artículo *Humanización de los servicios de salud: ¿Es necesario hablar de ello?* explica cómo la atención médica tiene características particulares que comprenden el derecho fundamental de la persona de tener un trato digno y acceder a un servicio de salud de calidad, óptimo, eficaz y rápido que mejore y respalde su estado de salud, es por ello que se hace importante que el sistema de salud se simplifique de forma que cualquier persona pueda acceder a él sin complicaciones, conservando un balance entre beneficios, riesgos y costos (75).

Respecto a las experiencias narradas por los participantes, se obtuvo una visión global acerca de la atención brindada dentro de la institución de salud a partir de la valoración subjetiva que tienen en relación con la prestación del servicio desde sus experiencias, se percibieron las mismas falencias descritas en los estudios que se han citado y que han sido tomados de referencia, señalando la falta de empatía, la aptitud y actitud por parte de algunos profesionales. Lo cual se relaciona con lo expuesto por Roger Ruiz, si un profesional médico no concibe para sí el concepto de persona, única e irrepetible; como unidad integral entre las dimensiones que lo constituyen tales como la orgánica, psíquica, espiritual, social y ecológica, será difícil que frente a los pacientes que se presenten en búsqueda de su práctica y su ciencia, estos profesionales lleguen a reconocerlos de modo integral y como una unidad. Este concepto de considerar a la persona, más allá de parecer elemental, es el que debe sostener el ejercicio de la práctica y el intento de humanizar cualquier vínculo o vocación (71).

Finalmente, la formación de todo aquel que ejerza la medicina deberá contemplar una visión integral de la persona, abarcando no solo su dimensión biológica, ya que en ella no se agota la práctica de la profesión. Es por lo que algunos profesionales, obsesionados por el único afán de recuperar la salud perdida, se vuelvan intolerantes y terminan frustrando sus propios objetivos. La omnipotencia profesional deja atrás cualquier intento de pensamiento humilde, perdiendo el verdadero sentido de curar, aliviar, sanar y acompañar. Es tiempo de devolverle al paciente el lugar que nunca dejó de tener, pero que muchas veces dejó de sentir: el

ser persona, cuidada y respetada como tal. Una relación sana y humanizada acercará al paciente a la figura del médico, el cual deberá tener la capacidad de devolverle la confianza para aquellos que la hayan perdido, tendiendo de este modo lazos entre la ciencia y la conciencia. Toda propuesta terapéutica debería alinearse y ser consecuente con su voluntad final, en donde la defensa de la vida encuentre implícito el desarrollo integral de la persona humana que constituye el sujeto del actuar profesional (75).

11. Limitaciones

Frente a las limitaciones de esta investigación sobre los significados de la humanización de la atención médica de estudiantes de medicina, como cualquier otra investigación, tuvo sus posibles errores y limitaciones al momento de diseñar y realizar el estudio. En este sentido, el sesgo de las respuestas, dado que los estudiantes pudieron sentirse inclinados a proporcionar respuestas socialmente deseables en lugar de expresar sus opiniones genuinas sobre la humanización de la atención médica. Esto pudo distorsionar los resultados y hacer que parezca que los estudiantes están más comprometidos con la humanización de lo que realmente están, debido a que la investigación dependía en gran medida de la autorreflexión de los estudiantes, lo que pudo llevar a respuestas subjetivas que no siempre reflejan su comportamiento real en la práctica médica.

Por último, el desarrollo de este estudio tuvo un impacto significativo para nuestro crecimiento profesional como administradoras y gestoras de servicios de salud, mediante el enriquecimiento de nuestra comprensión del tema y contribuyendo al avance del conocimiento en el campo de la atención médica centrada en el paciente y la educación médica. Además de permitirnos promover desde nuestro quehacer la implementación de una cultura que valore y fomente la humanización de la atención médica, la calidad y calidez humana, el cuidado de la enfermedad y la construcción colectiva por la salud pública.

12. Conclusiones

Podemos afirmar que la formación médica basada en la humanización es de suma importancia para que los futuros profesionales reconozcan sus pacientes como seres humanos con necesidades físicas, emocionales y sociales, y que su cuidado va más allá de la aplicación de conocimientos clínicos. Al enfatizar la humanización en la educación médica, se promueve una atención más integral y centrada en el paciente, permitiendo al profesional médico desarrollar habilidades de comunicación efectiva, empatía y respeto hacia sus pacientes.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia desempeña un papel fundamental en la promoción de una educación médica humanizada en Colombia. A través de su enfoque en valores éticos y una visión integral de la medicina, la facultad fomenta la formación de médicos comprometidos con la atención centrada en el paciente. Se destaca por su énfasis en la adquisición de habilidades comunicativas y de empatía, así como en el desarrollo de una comprensión profunda de las necesidades sociales y culturales de los pacientes.

La facultad impulsa la participación de los estudiantes en experiencias clínicas, lo que les permite estar en contacto directo con las realidades de los pacientes y comprender las barreras a las que se enfrentan. Esta exposición temprana y constante a situaciones reales de atención médica contribuye a la sensibilización de los estudiantes y los prepara para abordar de manera efectiva las necesidades médicas y emocionales de los pacientes, promoviendo así una atención médica humanizada y de calidad.

Los estudiantes de medicina resaltan la importancia de la práctica médica en la cual pueden evidenciar el ejemplo de sus profesores, acción que los orienta a identificar aquellos actos que desean replicar en su vida profesional y los que no son de su agrado para brindar atención médica a los pacientes. Además, destacan la universidad como referente de aprendizaje enfocado en la humanización de los servicios de salud y sus diferentes esfuerzos para formar profesionales éticos y empáticos con los usuarios.

Respecto al significado de la humanización de los servicios de salud, los estudiantes la definen como todo acto que permita generar confianza entre el médico – paciente, a través de una comunicación asertiva basada en el respeto y la prudencia, donde siempre el usuario se sienta cómodo con la atención prestada y comprenda cuál es su estado de salud y de qué manera el profesional busca ayudarlo. Así mismo, se destaca la relevancia de percibir la vulnerabilidad de las personas y validar las emociones comprendiendo la persona como un ser que siente. La humanización de los servicios de salud se distingue a través de una atención de calidad que satisfaga

las necesidades de los pacientes y contribuya al bienestar de las personas siendo fundamental destacar la dignidad y respeto que merece cada paciente.

La humanización de los servicios de salud no depende únicamente de la formación profesional sino también de las condiciones laborales, la personalidad de cada profesional, el estado emocional y la articulación de las diferentes áreas administrativas y asistenciales en el sistema de salud ya que a pesar de que el médico sea empático con el paciente, los trámites asociados a la atención médica como las autorizaciones, reclamación de medicamentos y orientación post consulta se pueden volver toda una odisea para el paciente. Es indispensable encontrar un equilibrio entre la adquisición de conocimientos científicos y técnicos necesarios para la práctica médica y el desarrollo de habilidades de empatía, comunicación y ética. Es crucial que los programas educativos integren de manera efectiva estos aspectos, para que los futuros médicos puedan brindar una atención centrada en el paciente.

Finalmente se llegó a la conclusión que la educación es indispensable para la humanización de los servicios de salud y que a pesar de que el sistema de salud colombiano es complejo, hay mucho por hacer con los recursos que se tienen actualmente y en su mayoría los médicos en formación buscan alternativas para prestar un servicio de calidad basado en el paciente. Es por ello por lo que las bases educativas forjan bases sólidas de empatía y comprensión hacia los contextos sociales de los usuarios y la situación que viven, lo cual fomenta la conciencia médica acerca del estado de salud no solo físico sino también emocional de las personas.

13. Recomendaciones

Tabla 2. Situación encontrada y acción de mejora

Situación encontrada	Acción de mejora
Limitación del tiempo en las consultas médicas	Fomentar el manejo del tiempo de forma óptima canalizando estrategias como guías previas para entrevistar al paciente y facilitar el diligenciamiento de información necesaria ya que es importante que las consultas sean lo más fructíferas posibles a través de preguntas certeras que permitan identificar factores de riesgo.
Estrés académico y carga de trabajo intensa	Los programas de formación médica deben ser exigentes con los resultados académicos de los estudiantes. Sin embargo, se debe limitar la carga académica, más en espacios de practica puesto que la recepción de información se vuelve compleja cuando se satura por ello es necesario reevaluar la metodología implementada y carga académica.
Dificultad para comunicar malas noticias	Exponer al estudiante a momentos de verdad en los que personal con experiencia suministre estas noticias y fomentar la reflexión acerca de los factores que se deben tener en cuenta y el manejo de emociones de cara a la situación de los pacientes y sentimientos del estudiante.
Evaluación de la formación médica por medio de indicadores	Formular una evaluación para el programa que refleje las experiencias y percepciones que tienen los estudiantes acerca de los educadores y metodologías de trabajo. Se proponen indicadores como el estado emocional y de salud de los estudiantes e indicadores que tengan relación estrecha con la práctica académica.
Asignaturas relacionadas con la humanización de los servicios de salud	Integrar la humanización como componente fundamental del currículo y que no sea opcional para el estudiante ya que es indispensable que cada profesional médico sea orientado acerca de la importancia de la humanización de los servicios de salud y de qué manera esta hace más efectivo el relacionamiento médico - paciente

Ambientes de trabajo complejos y desarticulados	Incorporar la formación interdisciplinaria, brindar la oportunidad para que los estudiantes trabajen en equipos interdisciplinarios que les permita aprender a colaborar con otros profesionales de la salud y comprender la importancia de un enfoque integral y coordinado
Educadores con falta de humanización	Suministrar canales seguros para el reporte de situaciones frente a profesores que no ejecuten de forma empática su labor. Estos canales deben ser preferiblemente anónimos para evitar miedo por parte de los estudiantes o posibles repercusiones

Al implementar estas recomendaciones, se puede lograr una formación médica más humanizada, preparando a los futuros médicos para brindar una atención centrada en el paciente, compasiva y ética. Esto no solo beneficia a los pacientes, sino también a los propios médicos y a la sociedad en general.

14. Agradecimientos

A nuestra Alma Mater por abrirnos sus puertas y acogernos durante nuestro paso por la Facultad Nacional de Salud Pública, donde tuvimos la fortuna de contar con maestros dispuestos a dar lo mejor de sí para formar profesionales de valor para la sociedad. A la Facultad de Medicina y a sus estudiantes por permitirnos realizar la presente investigación.

A nuestras familias que, de diferentes maneras y en la medida de sus posibilidades, nos acompañaron, apoyaron y guiaron en este proceso. Gracias por su paciencia y por su amor incondicional.

También agradecemos a nuestra asesora Gilma Vargas, por compartir sus conocimientos, su amable disposición, acompañamiento y orientación en todo el proceso, además de enseñarnos a fortalecer y fomentar nuestro aprendizaje.

Referencias

1. Humanizar | Diccionario de la lengua española (2001) | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://www.rae.es/drae2001/humanizar>
2. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers y Bioética*. 2019;23(2):245–62.
3. La humanización de la salud conceptos, críticas La humanización de la salud conceptos, críticas. Available from: https://www.javeriana.edu.co/documents/4578040/4715782/Humanizac_de_la_salud_Intro/211feb31-452a-4cb2-9c7a-86d97b917f2c
4. Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev clín med fam* [Internet]. 2017;10(1):29–38. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v10n1/especial.pdf>
5. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers y Bioética*. 2019;23(2):245–62.
6. OISS. 2019. Crónica del curso sobre calidad y humanización de los servicios de salud Humanizar la salud.
7. Ordoñez1 LKB, Maricell Guzmán García1, Mónica Milena Escobar Arias 1 D, Palomino A. (Des)humanización de la atención hospitalaria en Colombia: Revisión sistemática. *Cienc e Innovación en Salud*. 2021;286–98.
8. Oficina de Calidad. Política nacional de humanización en salud. *Minist salud y Prot Soc*. 2020; 1:135.
9. Ahrweiler F, Scheffer C, Roling G, Goldblatt H, Hahn EG, Neumann M. Clinical practice and self-awareness as determinants of empathy in undergraduate education: a qualitative short survey at three medical schools in Germany. *GMS Z Med Ausbild* [Internet]. 2014;31(4):Doc46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25489346%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4259065>
10. Winseman, J., Malik, A., Morison, J. et al. Students' Views on Factors Affecting Empathy in Medical Education. *Acad Psychiatry* 33, [Internet] 484–491 (2009). Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.6.484>
11. Rodríguez CE. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud. *Normas y Calidad* [Internet]. 2013;95(5):8–14. Available from: http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Rev-95-Articulo_Acreditacion.pdf
12. Hoyos H, Andrea P, Ramírez C, Alexandra M, Sánchez C. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. 2008; Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447004.pdf>
13. Minsalud. Calidad y humanización de la atención [Internet]. [cited 2022 Jun 21]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
14. Hern J, Acosta F, Atehort SC, Cristina A, Mej A. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso Labor conditions for health professionals starting from the Act 100 of 1993 : evolution and a case study for Medellín As condições I. *Artic INVESTIGACION, Deriv DEL Proy Investig las condiciones laborales en el Sect salud a partir la Ley 100 1993*". 2009;8 (16)(16):107–31.
15. Maturana, H. (2003). *El sentido de lo humano*. JC Sáez Editor. ISBN 956-7802-34-3.
16. Carrascal M, Madrid C MC. Educación humanizada en medicina, un desafío para la universidad. *Pap Knowl Towar a Media Hist Doc* [Internet]. 2014;7(2):107–15. Available from: <file:///C:/Users/ivale/Downloads/zdurango,+ENSAYO+MONICA+ROCHA.pdf>
17. Universidad de Antioquia [Internet]. [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://www.udea.edu.co>
18. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers y Bioética*. 2019;23(2):245–62.

19. Morales JCÁ. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Pensam y Cult. 2016 jul 1;
20. Vera OP. EL DERECHO A LA SALUD. Bol la Of Sanit Panam. 2003;113(5–6):1–417.
21. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016;7(1):1227.
22. Perales Cabrera, A. (2008). Ética y humanismo en la formación médica. Acta bioethica, 14(1), 30-38
23. Oficina de Calidad. Política nacional de humanización en salud. Minist salud y Prot Soc. 2020; 1:135.
24. Rodríguez imh. concepción pedagógica del proceso de formación humanista para los estudiantes de la carrera de medicina. estrategia para su implementación en la universidad de ciencias médicas de pinar del río. Occup Med (Chic Ill). 2013;53(4):130.
25. M D. la humanización del servicio de salud. 2019;1–19.
26. Montalvo ACA. Humanización de los servicios de salud ¿es necesario hablar de ello? Rev Fac Salud. 2015;7–8.
27. Colombia Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. D Of. 2006;CXLI(46230):35–40.
28. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2016;1–29. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
29. Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector de la Salud en Colombia [Internet]. [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/publication/external-assessment-of-quality-of-care-in-the-health-sector-in-colombia>
30. DANE - Encuesta nacional de calidad de vida (ECV) 2018 [Internet]. [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2018>
31. Kruk M, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie H, Roder S, et al. Health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution [Artículo Científico]. Lancet Glob Heal. 2018;6(11):e1196–252.
32. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos - UNESCO Biblioteca Digital [Internet]. [cited 2023 Sep 9]. Available from: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
33. Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural | UNESCO [Internet]. [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://www.unesco.org/es/legal-affairs/unesco-universal-declaration-cultural-diversity>
34. Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, Organización Médica Colegial de España. Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino-Iberoamericana. 2016;32. Available from: http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/carta_de_identidad_y_principios_profesion_medica_latino-iberoamericana.pdf
35. OMS. Declaración de Astaná. Glob Conf Prim Heal Care [Internet]. 2018; Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
36. Colombia C. Ley 911 de 2004. 2004;2004(45).
37. El Congreso de Colombiba. Ley 23 de 1981 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>
38. Presidente de la Republica. Decreto 3380 de 1981 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68761>
39. Ministerio de Salud. Resolución 13437 de 1991. Minist Salud, Congr Colomb [Internet]. 1991;7–8. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_13437_DE_1991.pdf

40. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *J Chem Inf Model*. 2013;53(diciembre 23):1689–99.
41. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia No T-760. Sala Segunda Revisión [Internet]. 2008;400. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia_T-760/SENTENCIA_T760-2008.pdf
42. Congreso de Colombia. Ley 1438 [Internet]. Bogota: Congreso de la Republica; Jan 11, 2011. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841. D Of 48811 [Internet]. 2013;326. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
44. Presidencia de la República. Ley Estatutaria 1751 2015. Congr la República [Internet]. 2015;13. Available from: <https://bit.ly/3tehL3e>
45. Colombia Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. D Of. 2006; CXLI (46230):35–40.
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2019. p. 1–17. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No_2626_de_2019.pdf
47. Calvo DE. La deshumanización de la medicina. *Prensa Med Argent*. 2016;57(1):13–7.
48. La atención de la salud | DELS [Internet]. [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
49. OMS. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. *Asam Mund la Salud*, 69 [Internet]. 2016; 1:1–13. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253079/1/A69_39-sp.pdf?ua=1
50. Calidad de la atención [Internet]. [cited 2022 Jul 22]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
51. Arráez M, Calles J, Moreno De Tovar L. La Hermenéutica: una actividad interpretativa*. *Rev Univ Investig*. 2006;7(2):2016.
52. Anselmo F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Rev Digit Investig en Docencia Univ* [Internet]. 2019 Jun [cited 2022 Aug 8];13(1):102–22. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162019000100008&lng=es&nrm=iso&lng=es
53. Núñez CAS, Celis IEV. La Fenomenología de Husserl y Heidegger. *Cult los Cuid*. 2017;21(48):43–50.
54. Guerrero-Castañeda RF, Menezes TM de O, Prado ML do. La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Esc Anna Nery*. 2019;23(4):1–7.
55. Casal J, Mateu E. TIPOS DE MUESTREO. *Lancet*. 2003;339(8784):5.
56. LEY ESTATUTARIA 1266 DE 2008 [Internet]. 2008 [cited 2020 Nov 13]. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1266_2008.html
57. Navarrete JM. Análisis De Datos Cualitativos. No1 Año. 2011; 1:47–60.
58. Vivar Cristina G., Arantzamendi María, López-Dicastillo Olga, Gordo Luis Cristina. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2010 Dic [citado 2022 Sep 03]; 19(4): 283-288. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es.
59. Amador MG. Ética de la investigación. 2022;1–2.
60. LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012 [Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 13]. Available from: https://normograma.mintic.gov.co/mintic/docs/ley_1581_2012.htm#INICIO
61. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An. Med. Interna (Madrid)* [Internet]. 2001 Dic [citado 2022 Sep 18]; 18(12): 650-654. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009&lng=es.
62. Consejo de Organizaciones, Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), en colaboración con la Organización Mundial, de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada

- con la salud con seres humanos Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017 [cited 2022 Sep 18]; Available from: www.paho.org/permissions
63. ¿Qué son los derechos humanos? | Comisión Nacional de los Derechos Humanos - México [Internet]. [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>
 64. Currículo de Capacitación sobre Ética de la Investigación para los Representantes Comunitarios. CIOMS [Internet]. 2005 [cited 2022 Sep 18]. Available from: <http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sp/RETCCR/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRSp/pr/Contents/SectionVI/b6sl73.htm>
 65. Abajo Francisco J. de. La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente? Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2001 Oct [citado 2022 Sep 18] ; 75(5): 407-420. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000500002&lng=es.
 66. De Salud M. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. 1993 oct 4;
 67. CONSTITUCIÓN POLÍTICA [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 13]. Available from: <http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>
 68. Congreso de colombia. Ley 44 de 1993 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. 1993 [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3429#1>
 69. Universidad de Antioquia. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1 8 O 3 RESOLUCIÓNRECTORAL 4 O 4 5 5 2 8 JUL 2015. 2015 jul 28 [cited 2022 Sep 18]; Available from: www.udea.edu.co
 70. Quiénes somos - Facultad de Medicina [Internet]. [cited 2023 Jul 18]. Available from: <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/idades-academicas/medicina/acerca-facultad/quienes-somos>
 71. Ruiz R. Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. Interfase. 2007;11(23):619–23.
 72. Año É, Ejercicio DEL, Romano F. La humanización del ejercicio de la vocación médica : un desafío fáctico. 2013;2.
 73. Sánchez Naranjo JC. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. Rev Médica Risaralda, ISSN-e 0122-0667, Vol 19, No 2, 2013. 2013;19(2):1.
 74. Oficina de Calidad. Política nacional de humanización en salud. Minist salud y Prot Soc. 2020; 1:135.
 75. Montalvo ACA. Humanización de los servicios de salud ¿es necesario hablar de ello? Rev Fac Salud. 2015;7–8.

Anexos

Anexo 1. Guía de preguntas para la entrevista a los estudiantes de medicina.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES QUE CURSAN PRÁCTICA MÉDICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Esta entrevista consta de unas preguntas abiertas y se le garantiza que la información suministrada por usted será utilizada exclusivamente para fines académicos. Estos datos servirán para comprender su proceso formativo en el componente humanístico, por lo cual le pedimos el favor que sea lo más sincero posible al responder. Si usted autoriza, nos gustaría grabar la entrevista para tener mayor detalle de todo lo que podamos consignar en la misma. La información que usted nos suministre será confidencial y quedará registrada con un código para almacenarla sin que se sepa su identidad.

Nombre: _____

N° de identificación: _____

Código de identificación: _____ **Sexo:** F ___ M ___

Preguntas orientadoras de la entrevista

1. ¿Qué significa para usted la humanización en la prestación de los servicios de salud?

2. ¿Cómo ha vivido la humanización del servicio médico a lo largo de su proceso formativo?

3. ¿Qué elementos ha recibido usted de los profesores para brindar una atención humanizada?

4. ¿Cómo considera usted que puede ser más humano en su práctica profesional?

5. ¿Qué experiencias ha tenido o ha visto relacionadas con procesos de humanización y deshumanización en la atención médica?

Anexo 2. Consentimiento informado

Significado de humanización de los servicios de salud para el estudiante que cursa práctica médica en su formación profesional en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 2023.	
Fecha:	15/05/2022 – 11/08/2023
Lugar:	Facultad de Medicina Universidad de Antioquia
Participantes:	Estudiantes que cursan práctica médica
Responsables de la investigación:	- Karol Dayhana Martínez Torres - Laura Valentina Lopera Londoño

Entidad que respalda la investigación: Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia

Información para el estudiante: El presente estudio tiene como objetivo conocer el significado de humanización de los servicios de salud, que tienen los estudiantes que cursan práctica médica en su formación profesional para el año 2023.

Cabe resaltar que es de suma importancia que cada uno de los participantes actúen de manera voluntaria y que además firmen el presente consentimiento informado mediante el cual se pretende aclarar inquietudes o resolver inconvenientes que se puedan presentar al momento del desarrollo.

En cuanto a los riesgos la presente investigación se puede considerar de riesgo mínimo puesto que la recolección de la información no genera ningún daño a la integridad física o psicológica del participante y además es completamente voluntaria. No habrá cabida para que la información suministrada en la presente investigación se filtre o sea compartida puesto que esta se conservará de manera confidencial por los investigadores y asesor a cargo de la ejecución del proyecto.

Duración: 10 meses.

Grabación de las entrevistas: El participante autorizó la grabación de las entrevistas con fines exclusivamente académicos y teniendo en consideración el cumplimiento del tratamiento de datos personales acorde a lo establecido en la Ley de Habeas Data – 1581 de 2012 “por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”. Estas grabaciones permanecerán en custodia por las investigadoras durante el tiempo que dure la presente investigación, siendo en este caso 10 meses a partir del momento que se den por finalizadas las entrevistas y se comience el análisis de la información.

La información suministrada por los participantes tuvo una garantía de confidencialidad a través del compromiso de no divulgación de resultados con fines diferentes a los expuestos en el presente trabajo. Además, de un manejo riguroso, controlado y estricto asociado al acceso y manipulación de la información de lo cual serán responsables las investigadoras.

Beneficios para el participante: El participante no obtendrá beneficios directos de la presente investigación, sin embargo, de manera indirecta podría verse beneficiado debido a la reflexión que puede generar en preguntarse por el significado que tiene para su profesión la humanización de los servicios de salud.

Compromisos del participante: El participante deberá haber leído y aceptado el presente consentimiento informado brindando su firma, en caso de que no acepte o en cualquier momento de la ejecución de la investigación desee retractarse y retirarse, podrá hacerlo sin ningún inconveniente y se omitirá para el estudio. Para que el formulario sea válido y la información tenga relevancia el participante deberá responder de manera clara y completa a cada una de las preguntas que lo componen.

Compromisos del investigador: Con fines de seguridad y protección de datos personales, cualquier información suministrada en la presente investigación se conservará de manera confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos.

Resultados: Esta investigación se analizarán y expondrán únicamente con fines académicos, por tanto, la información final reposará en la Biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública y los resultados serán entregados a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia para que apliquen las mejoras que sean necesarias y pertinentes para la formación profesional de sus estudiantes. La información será compartida a través del correo: bioeticamedicina@udea.edu.co

Si tiene inquietudes sobre la investigación, las puede aclarar en este momento ya que las investigadoras tendrán la disposición y capacidad de resolver todas sus inquietudes con respecto al estudio para su posterior participación en él, si surgen preguntas más tarde se puede contactar con:

- Laura Valentina Lopera Londoño / laura.lopera2@udea.edu.co / 3054179645
- Karol Dayhana Martínez Torres / dayhana.martinez@udea.edu.co / 3134364952

EXPRESIÓN DE LA LIBERTAD DE ELECCIÓN Y RECONSIDERACIÓN DE LA DECISIÓN:

Los participantes pueden retirarse en el momento que lo consideren pertinente sin tener consecuencias posteriores; como también pueden realizar las preguntas que consideren necesarias antes de dar su consentimiento de participación; así mismo si en el momento de la entrevista considera necesario parar o retirarse definitivamente está en la autonomía de hacerlo sin posibilidad de impedimento u compromiso que los obligue a mantenerse.

Declaración del estudiante de que ha quedado satisfecho con la información recibida, la ha comprendido, se ha respondido a todas sus dudas y comprende que su decisión es voluntaria:

Yo _____ Identificado C.C _____ Declaro que he comprendido bajo mis capacidades cognitivas, sin presión verbal, física o gestual la información recibida. Así mismo he recibido respuesta a todas las preguntas que me han surgido acerca del presente proyecto, brindándome esto una mayor claridad y comprensión de la información. Declaro de manera voluntaria mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando desee, con la única obligación de informar mi decisión a los investigadores.

Firma del participante:

Firma de las investigadoras:

Anexo 3. Cronograma y presupuesto

Se adjunta archivo de Project Libre.

Anexo 4. Aval Comité Bioética Facultad de Medicina

 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1826	ACTA APROBACIÓN PROYECTOS COMITÉ DE BIOÉTICA	FACULTAD DE MEDICINA
		CÓDIGO F-017-00
		VERSIÓN 01

Acta de aprobación **No. 042**

Nombre del proyecto: "Significado de humanización de los servicios de salud para el estudiante que cursa internado de medicina, en su formación profesional en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, 2023.

Investigadores: Laura Valentina Lopera Londoño y Karol Dayhana Martínez Torres

Versión No 1

Enmienda revisada: NO

Fecha de aprobación: **15 de diciembre del 2022**

El Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Médicas se constituyó mediante Resolución del Consejo de Facultad en reunión del 30 de mayo 2008, acta 177 y está regido por los principios éticos vigentes en la Resolución 003480 del 4 de octubre de 1993, la Declaración de Helsinki de 2008, la Asamblea Médica Mundial y el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica Resolución 2378 de 2008. En ellos se delinearán las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina está identificado ante el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NH) con los códigos IORG0010323 y IRB00012257. El código de Garantía Federal del Comité es: FWA00028264.

El Instituto de Investigaciones Médicas certifica que:

1. Se revisaron los siguientes documentos en el presente proyecto:
 - a. Resumen del proyecto (NO)
 - b. Protocolo de investigación (SI)
 - c. Formato de recolección de datos (SI)
 - d. Formato de consentimiento informado (SI)
 - e. Manual del investigador (NO)
 - f. Evaluaciones de otros comités de ética (NO)

El proyecto fue aprobado por los siguientes miembros: Gabriel Jaime Montoya Montoya, Julio Cesar Bueno Sánchez, José Antonio García Pereañez, Sonia del Pilar Agudelo López, Damián Martínez Soto y Claudia Isabel Calderón.

El comité considera que el proyecto no contiene tensiones éticas que vulneren los derechos y el bienestar de los participantes. El riesgo involucrado en el estudio es:

- a) Sin riesgo ()
- b) Riesgo mínimo (X)

	ACTA APROBACIÓN PROYECTOS COMITÉ DE BIOÉTICA	FACULTAD DE MEDICINA
		CÓDIGO F-017-00
		VERSIÓN 01

- c) Riesgo mayor que el mínimo ()
2. El comité considera que tanto la forma de obtención del consentimiento cuando se aplica como las medidas tomadas para proteger el bienestar y los derechos de los participantes son adecuadas. No aplica
3. El comité se reserva el derecho de hacer nuevas revisiones del proyecto a solicitud de alguno o algunos de sus miembros o de las directivas institucionales con el fin de revisar lo relacionado con el bienestar y los derechos de los participantes en la investigación.
4. El comité deberá informar a las directivas institucionales correspondientes cualquier evento tocante con faltas de cumplimiento de las obligaciones del investigador en el desarrollo del proyecto, de las solicitudes del comité o suspensiones del proyecto por razones de tipo ético.
5. Se informará a la dirección del Instituto de Investigaciones sobre situaciones como: 1) efectos dañinos que se ocasionen a los participantes de esta investigación; 2) situaciones que signifiquen riesgos para los participantes o para personas independientes; 3) cambios ocurridos en el proyecto que fueran aprobados por el comité; y 4) situaciones distintas que de alguna manera puedan influenciar negativamente el buen desarrollo de la investigación.
6. La aprobación de este proyecto tendrá una duración de un año a partir de la fecha de aprobación; si se debe continuar por más tiempo, deberá someterse a aprobaciones anuales hasta la finalización del mismo. El investigador deberá anexar la documentación pertinente para cada nueva revisión del proyecto por parte del comité.]

El investigador deberá informar al comité y al Instituto sobre los siguientes eventos:

- a. Cambios que se realicen en el proyecto, los cuales deberán ser aprobados en una nueva sesión del comité.
- b. Situaciones imprevistas que puedan implicar riesgos para los participantes.
- c. Efectos adversos que ocurran en los participantes, en las 24 horas siguientes a su ocurrencia.
- d. Alteraciones del rumbo de la investigación que alteren la adecuada proporción entre riesgos y beneficios.
- e. Las decisiones tomadas por comités de ética de otras instituciones que participen en el proyecto.
- f. Los informes parciales, finales o de suspensión temporal o permanente del proyecto, con las debidas razones que los justifiquen.

El investigador deberá presentar informes parciales del estudio cada (6) meses

En este proyecto no se encontraron conflictos de interés por parte de los investigadores.

 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1826	ACTA APROBACIÓN PROYECTOS COMITÉ DE BIOÉTICA	FACULTAD DE MEDICINA
		CÓDIGO F-017-00
		VERSIÓN 01

Sugerencias y comentarios: Se avala la ejecución del proyecto y se debe enviar informe de avance o final del proyecto.

Atentamente,


GABRIEL JAIME MONTOYA MONTOYA
Presidente
Comité de Bioética