



Revista *de la* Facultad *de* Medicina

Publicación anticipada

Este artículo fue aprobado para publicación en el v70n3 de la Revista de la Facultad de Medicina teniendo en cuenta los conceptos de los pares evaluadores y los cambios realizados por los autores según estos conceptos. Por lo tanto, se publica la versión preliminar del artículo para su consulta y citación provisional, pero debe aclararse que esta puede diferir del documento final, ya que no ha completado las etapas finales del proceso editorial (corrección de estilo, traducción y diagramación) y solo los títulos, datos de autores, palabras clave y resúmenes corresponden a la versión final del artículo.

Esta versión puede consultarse, descargarse y citarse según se indique a continuación, pero debe recordarse que el documento final (PDF, HTML y XML) puede ser diferente.

Cómo citar:

Galván-Villamarín JF, Lara-Díaz MF. [Diseño e implementación del modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia]. Rev. Fac. Med. 2022;70(3):e98649. English. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.98649>.

Article in press

This article was accepted for publication in V70N3 of Revista de la Facultad de Medicina (Journal of the Faculty of Medicine), considering the concepts of the peer reviewers and the changes made by the authors based on said concepts. Therefore, the preliminary version of this article is published for consultation and provisional citation purposes. However, it should be noted that this version may differ from the final document since it has not completed the final stages of the editorial process (proof-editing, translation, and layout). Only the titles, authorship, keywords and abstracts will remain unchanged in the final version of the article.

This version can be consulted, downloaded, and cited as indicated below, but please bear in mind that the final document (PDF, HTML, and XML) may differ.

How to cite:

Galván-Villamarín JF, Lara-Díaz MF. Design and implementation of the comprehensive humanization model of health care of the Faculty of Medicine of the Universidad Nacional de Colombia. Rev. Fac. Med. 2022;70(3):e98649. English. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.98649>.

Tipo de artículo: reflexión

<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.98649>

Diseño e implementación del modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia

Design and implementation of the comprehensive humanization model of health care of the Faculty of Medicine of the Universidad Nacional de Colombia

Título corto: Modelo de humanización integral en salud de una facultad de medicina

Running title: Comprehensive health humanization model of a faculty of medicine

Recibido: 25/09/2021 Aceptado: 07/02/2022

José Fernando Galván-Villamarin¹ María Fernanda Lara-Díaz¹

¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Grupo de Investigación en Humanización en Salud - Bogotá D.C. - Colombia.

José Fernando Galván Villamarin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9490-8826>; CVLAC: https://scienti.colciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000432890

María Fernanda Lara Díaz

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2896-8852>

Cvlac: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000572560

Correspondencia: José Fernando Galván Villamarín. Ciudad Universitaria, Facultad de Medicina, Edificio 471 Oficina

3183213995; Bogotá, D.C. Colombia, jfgalvanv@unal.edu.co.

Número de palabras: 3604 palabras.

Número de figuras: 1

Resumen:

El objetivo de este artículo es describir las bases y generalidades del proceso de diseño e implementación del modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, el cual empezó a desarrollarse en 2016 y que en la actualidad también se ha implementado en el Hospital Universitario Nacional (HUN).

Con este modelo, el Grupo de Investigación en Humanización en Salud de la Facultad de Medicina busca generar un cambio cultural en la percepción de la humanización de la salud en el país, de la formación de los profesionales de la salud, de la prestación de atención en salud y de las condiciones laborales del personal de salud, a partir de una aproximación biopsicosocial.

El modelo se fundamenta en tres ejes: la humanización en la atención en salud, enfocada en el paciente, la familia y los cuidadores; la humanización en los procesos de educación en ciencias de la salud, con énfasis en los estudiantes, y la humanización en la calidad de vida y las condiciones

laborales de los profesionales de la salud. Así mismo, el modelo considera a la formación humanística, la música y el deporte como medios para lograr dicho cambio cultural en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Palabras clave: Humanización de la atención; Práctica profesional; Condiciones de trabajo; Agotamiento psicológico; Empatía (DeCS).

Galván-Villamarín JF, Lara-Díaz MF. [Diseño e implementación del modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia]. Rev. Fac. Med. 2022;70(3):e98649. English. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.98649>.

Abstract:

The aim of this article is to describe the bases and general aspects of the process of design and implementation of the comprehensive humanization model of health care of the Faculty of Medicine of the Universidad Nacional de Colombia, which started its development whose development started out in 2016 and has been projected towards The Hospital of the Universidad Nacional de Colombia.

Through this model, the Research Group on Humanization of Health of the Faculty of Medicine seeks to produce a cultural change, from a biopsychosocial approach, in the perception of the humanization of health in the country, of the training of health care professional, of the provision of health care, and of the working conditions of health personnel.

The model is based on three axes: the humanization of health care, focused on the patient, their family and their caregivers; the humanization of education processes in health sciences training, with an emphasis on

students, and humanization of the quality of life and working conditions of health professionals. Likewise, the model considers humanistic education, music and sports as means to achieve such cultural change in the Faculty of Medicine of the Universidad Nacional de Colombia.

Keywords: Humanization of Assistance; Professional Practice; Working Conditions; Burnout, Psychological; Empathy (MeSH).

Galván-Villamarín JF, Lara-Díaz MF. Design and implementation of the comprehensive humanization model of health care of the Faculty of Medicine of the Universidad Nacional de Colombia. Rev. Fac. Med. 2022;70(3):e98649. English. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.98649>.

Introducción

Los análisis sobre las variables relacionadas con calidad de la atención en salud identifican como un factor crítico el abordaje a las relaciones entre las personas que están involucradas en la prestación de los servicios de salud: profesionales, trabajadores de la salud, pacientes, cuidadores y administradores (1). Se identifica que la implementación de los cambios y la modernización de la atención en salud han estado dirigidos a mejorar su seguridad, efectividad y eficiencia (2) y que varios de estos cambios han tenido como consecuencia la fragmentación en la atención, la despersonalización y la deshumanización en el cuidado (3).

En este contexto se identifica que los trabajadores de la salud suelen presentar estrés, burnout y fatiga por compasión (4). Entre los elementos relacionados con este fenómeno se encuentra el impacto de la lógica empresarial en los servicios de salud que repercute en las variables de in-

teracción entre pacientes y trabajadores de la salud (5) y el método para evaluar a los profesionales que se centra en indicadores de productividad. Dicha lógica ha supuesto un detrimento en la remuneración económica y en las formas de contratación a los profesionales que no guarda relación con la alta responsabilidad e inversión en tiempo, dinero y sacrificios del proceso de formación (6).

Esta visión ha generado comportamientos de maltrato que incluso se han naturalizado desde la formación, permeando el ejercicio profesional y laboral (7). La academia se ha orientado a dar un énfasis en los fundamentos científicos y técnicos en la formación del talento humano, lo cual ha repercutido en cierta forma a dejar de lado la formación humanista (8).

Los profesionales y la academia han respondido a muchas de estas manifestaciones evolucionando en el enfoque de la atención en salud, no siempre de la mano de los tomadores de decisiones en los altos niveles de dirección y gobierno. Balint en 1969 propuso el cambio del enfoque en salud a la atención basada en el paciente como alternativa al enfoque basado en la enfermedad, lo cual implica que el profesional muestra compasión y empatía hacia el paciente, sus valores, necesidades preferencias, involucrándolo en el proceso de toma de decisiones (9). Este concepto fue transformándose ampliando su alcance a la atención centrada en las personas incluyendo no solo a los profesionales y pacientes, sino también a los cuidadores, administradores y constructores de política. Este concepto dio origen al de la humanización en la prestación de los servicios de salud (10).

La humanización en salud, entonces, puede definirse desde diferentes perspectivas e involucra diferentes actores. Algunos autores realizan una aproximación a la humanización en los cuidados asociados a la atención

en salud (11). Otros como Pérez et al. (12), realizan una aproximación a partir de un modelo multifactorial que explica las competencias y actitudes personales que velan por la dignidad y el respeto hacia el ser humano. Independientemente del abordaje o el modelo para definir la humanización en salud, hay un factor común en que humanizar los servicios de salud implica considerar una mirada holística del ser humano y de todo el proceso de atención, de modo que se reconozca de entrada la responsabilidad de cada uno de los actores implicados (13).

Con base en lo anterior, el objetivo de este artículo es describir las bases y generalidades del proceso de diseño e implementación del modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y el Hospital Universitario Nacional (HUN), cuyo desarrollo inició desde 2016, y que incluye en sus ejes la formación de estudiantes, la humanización de los servicios de salud y la humanización en los trabajadores de la salud. La propuesta del modelo de humanización de la Universidad Nacional de Colombia contribuye a la generación de los cambios requeridos abordando el proceso de humanización desde la formación hacia la atención.

La humanización en Colombia

Una interesante propuesta acerca de cómo se han desarrollado aspectos asociados a la humanización en Colombia es la que propone Rodríguez (14), para quien es posible evidenciar al menos tres vertientes en el abordaje de la humanización en los servicios de salud. Una primera tiene que ver con la labor de algunas comunidades religiosas interesadas en prestar servicios asociados al cuidado de la salud y especialmente a aspectos como la acogida, el diálogo, el apoyo espiritual y emocional, la escucha activa y el consuelo. La segunda es la inspirada en la reivindicación de

los derechos, la autonomía y el respeto de la voluntad e integridad de los pacientes. La tercera es una tendencia intermedia que ve la humanización de la atención en salud como un reto de calidad de las instituciones, no solo en la humanización de la atención al usuario sino también en el abordaje de la problemática de los trabajadores.

El Ministerio de Salud de Colombia ha incorporado la humanización entre sus políticas y lineamientos para mejorar la calidad de la atención en salud. De acuerdo con este ministerio, la humanización implica considerar la salud como un tema de bienestar, de comprensión, de respeto por los valores, las tradiciones y la cultura, y de cambios en la cultura organizacional (15). También, en el marco de la Ley 100 de 1993 (16), el concepto de humanización se lleva al plano práctico a través del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) (17), el cual busca proponer soluciones aplicadas y visibles que respondan a la necesidad de mejorar la calidad de la atención y faciliten que las instituciones aborden este imperativo y generen políticas institucionales, programas y estrategias que favorezcan la humanización con el apoyo de organismos oficiales (18).

La humanización en la Universidad Nacional de Colombia

Desde la Universidad Nacional de Colombia se desarrollaron trabajos pioneros sobre la humanización, destacándose el libro Medicina Humanizada, que recoge diferentes reflexiones y propuestas de maestros sobre este tema (19). Desde entonces se realizó un especial llamado a la humanización en la formación de estudiantes de ciencias de la salud.

En 1997, el libro Hacia una Medicina más Humana (20) marca otro hito en el análisis de la humanización de la salud en el contexto latinoamericano. Los aportes más importantes de este libro incluyen el abordaje de diferentes temas de humanización en salud con una perspectiva de curso

de vida, la inclusión tanto de otras profesiones como la enfermería en los análisis como de la perspectiva de los derechos de los pacientes.

En cuanto a la humanización en la formación de profesionales de salud, desde el Grupo de Apoyo Pedagógico de la Facultad de Medicina en 2007 se formularon reflexiones sobre la conceptualización de los estudiantes y docentes como actores del proceso de humanización de prestación de servicios de salud con características, actitudes y aptitudes tanto propias como relacionadas con el paciente (21).

Sin embargo, desde el Grupo de Humanización se cuestiona por qué, después de haberse realizado estas propuestas, no fue sino solo hasta el 2010 que el tema se retoma de forma explícita en la Facultad de Medicina, con la contratación de una experta en humanización (21).

En el año 2016 surge el Grupo de Humanización en Salud de la Facultad de Medicina, cuyo modelo se describe en el presente artículo y que recoge los avances desarrollados por la facultad en este tema. El grupo articula sus actividades alrededor de los ejes misionales de la Universidad: docencia, investigación y proyección social universitaria.

En el grupo, en sus inicios en el 2016 se analizó que la forma fragmentada como se había venido abordando la humanización en salud en el país afectaba la sostenibilidad y la viabilidad a mediano y largo plazo de las diferentes propuestas y proyectos sobre este tema y por consiguiente el impacto de sus resultados.

En este sentido se realizó un análisis causal con las conclusiones que se describen a continuación. En primer lugar, en los planes curriculares de los pregrados de las ciencias de la salud no se contaba con asignaturas que brindaran oportunidades para la formación en temas de humanización. Se identificó la necesidad de analizar las causas de los compor-

tamientos de maltrato de los profesionales de la salud y su origen desde los procesos de formación, en los que se identifica su naturalización, con una tendencia a reproducirlos, así como condiciones laborales de los trabajadores de la salud y su impacto en los comportamientos. Se analizó la necesidad de comprender las bases biopsicosociales de la humanización abordándola como un fenómeno de estudio y no como la ejecución de acciones aisladas dirigidas a las manifestaciones y no a las causas.

Se observó que la visión predominante de asumir la humanización dirigida de forma exclusiva a los pacientes reduce su alcance. Al ampliarla además del paciente a los profesionales, los trabajadores, las familias, sus cuidadores, los administrativos y directivos, se cambia el entorno y se asume una visión sistémica de la problemática.

Así mismo, se concluyó que la mayoría de programas no tenían en cuenta a los profesionales y trabajadores de salud, tanto en los aspectos de condiciones apropiadas para su ejercicio, como en su misma calidad de vida; y finalmente, se analizó que las acciones y proyectos de humanización provienen de las administraciones de las instituciones de salud o de movimientos de pacientes. Las universidades no se identificaron como ejecutores de políticas o actividades integradas de humanización.

Este análisis generó el modelo del Grupo de Humanización en Salud de la Facultad de Medicina que aquí se presenta.

El Modelo del Grupo de Humanización en Salud de la Facultad de Medicina

Las bases conceptuales del modelo parten del fomento de la empatía y la Teoría de la Mente relacionadas con la intersubjetividad y la comunicación (22). El modelo se orienta a las funciones misionales de la Universidad

Nacional de Colombia: docencia, investigación y proyección social universitaria, abordando la humanización en estos componentes con una visión integradora. El modelo también se implementa en el Hospital Universitario Nacional (HUN) dada la interrelación de estas dos instituciones, abordando esta temática como un reto interprofesional. El modelo plantea como novedad la inclusión de las interacciones entre las personas involucradas en el mismo, enfocándose en los cambios relacionales, organizacionales y estructurales del sistema de salud. Para la construcción del modelo se realizó un balance de las actividades y estrategias implementadas, las bases teóricas sobre la evolución de la humanización y los actores del proceso de formación y atención en salud.

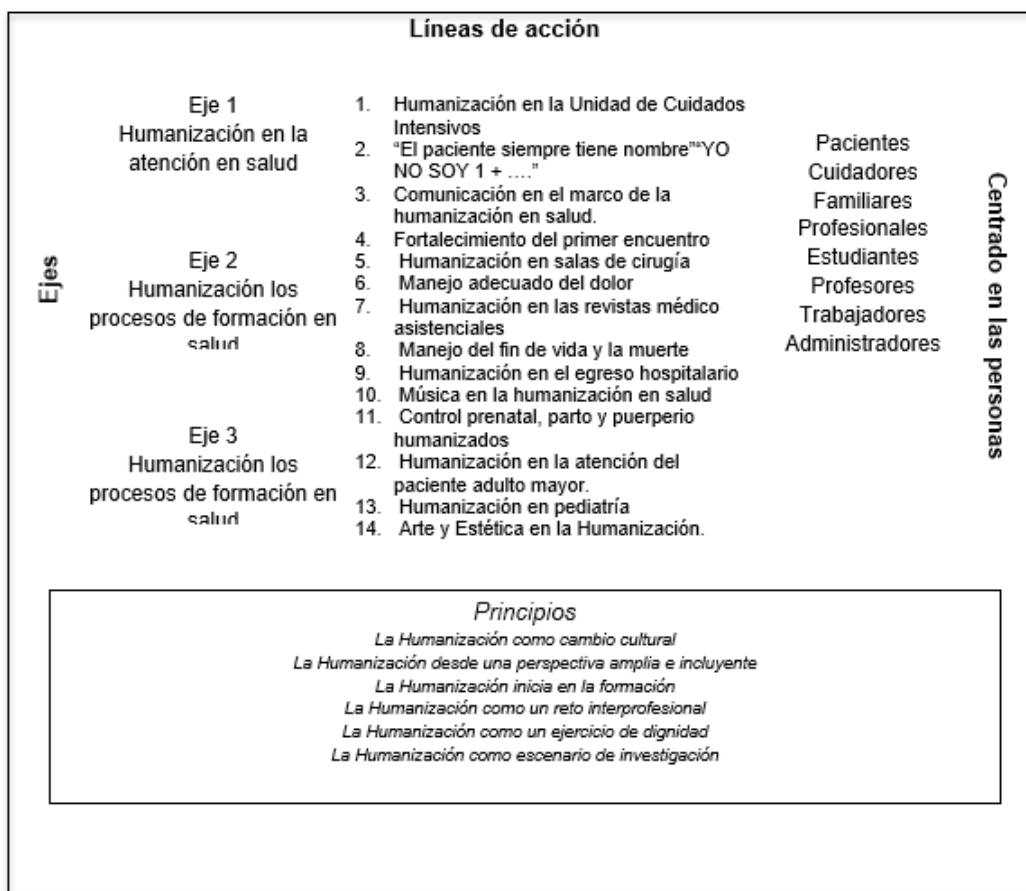


Figura 1. Modelo de humanización en salud propuesto por el Grupo de Humanización en Salud de la Facultad de Medicina

Fuente: Elaboración propia.

El Modelo esquematizado en la Figura 1 parte de la comprensión de los siguientes principios:

La humanización como cambio cultural: para generar las modificaciones de comportamiento esperadas se requiere un cambio profundo para generar una nueva cultura que guie las acciones de los actores del sistema.

La humanización desde una perspectiva amplia e incluyente: incluye a todos los niveles de atención y todos los actores del sistema. Con esta visión a múltiples niveles, centrada siempre en la persona, el paciente es el eje principal que está rodeado por un entorno que involucra a su familia y cuidadores que deben ser objeto de las acciones de humanización.

Por otra parte, los profesionales y trabajadores de la salud están rodeados de un entorno con alto riesgo psicosocial que influye decisivamente en el desempeño profesional (23). Diferentes estudios han analizado la efectividad de las acciones de humanización y cuidados en la disminución de las condiciones adversas (24, 25).

La humanización empieza en la formación de los futuros profesionales de la salud: se considera que es fundamental incluir en los planes de estudio de las diferentes carreras de la salud, asignaturas y contenidos transversales sobre humanismo y humanitarismo, los cuales deben estar presentes desde los primeros semestres. Al formar a los estudiantes con una comprensión amplia de la naturaleza de la atención, la importancia de la empatía, la compasión y la comunicación, es posible generar una conciencia en la que se identifiquen clara y tempranamente las situaciones de maltrato en diferentes escenarios dotándolos con herramientas para actuar de manera asertiva, propositiva y resolutiva (26).

La humanización como un reto interprofesional: esta perspectiva incluye a las diversas profesiones y disciplinas permite el intercambio de saberes, la horizontalidad en las relaciones mediante la comprensión y el reconocimiento del otro.

La humanización como un ejercicio de dignidad: la humanización debe partir del reconocimiento y el ejercicio de los derechos fundamentales de todos los actores del sistema de salud. En este contexto el modelo considera que la dignidad es un concepto articulador que debe permear todos y cada uno de los procesos. Desde la formación en salud hasta el ejercicio de las profesiones, comprender los derechos implica reivindicar la necesidad de trabajar por un sistema de salud digno, en el que se consideren los límites del modelo económico que se impone sobre el derecho fundamental a la salud. Esta comprensión de la salud, más allá de un negocio, es la base del cambio cultural y comportamental requerido. Así, entender la salud como un derecho fundamental a todos los niveles es también parte de la humanización en salud. Por ello se requiere generar conciencia en el proceso de formación fomentando el reconocimiento y la exigencia de los derechos.

La humanización como escenario de investigación: teniendo en cuenta que la humanización es un fenómeno complejo y multifactorial se requiere generar evidencia para implementar los cambios requeridos. Por ejemplo, estudiar las condiciones laborales y su impacto sobre la salud física y mental en fenómenos como el burnout u otras alteraciones mentales contribuye a que los tomadores de decisiones modifiquen las mismas, se generen cambios en la política pública y que los profesionales se concienticen para exigir de forma informada mejores condiciones laborales.

Los ejes del modelo:

El modelo cuenta con los siguientes ejes:

Humanización en la atención en salud

En este primer eje de acción los esfuerzos van dirigidos principalmente hacia el paciente, pero con un énfasis muy importante en reconocer el rol de los familiares y cuidadores como parte activa del proceso de atención en salud, buscando que ellos también sean incluidos y tenidos en cuenta como sujetos que deben ser tratados en el marco de los objetivos de humanización.

Humanización en los procesos de formación en salud

En este segundo eje, se hace énfasis en dos componentes. El primero relacionado con la inclusión de asignaturas en el pregrado con los conceptos básicos de humanización como parte del plan de estudios y del currículum visible desde los primeros semestres, con miras a continuar de forma transversal a lo largo de toda la formación universitaria. El segundo componente busca que los espacios de formación estén permeados por el buen trato. Esto implica que se formulen políticas y se desarrollen acciones para garantizar que los escenarios de formación estén libres de maltrato, acoso o matoneo y que se respeten y garanticen espacios para otras actividades distintas a las establecidas de manera obligatoria. Lo anterior se articula con la formación integral y los vehículos de humanización: actividades lúdicas, artísticas y deportivas.

Se considera que la política de humanización de la Facultad debe incluir la promoción de condiciones dignas para la formación como el respeto de horarios de sueño adecuados, a tiempos y horarios razonables, y que se promuevan acciones preventivas hacia condiciones como el síndrome del

burnout o el consumo de sustancias estimulantes.

En este marco, es necesario el monitoreo y acompañamiento del desarrollo humano de los estudiantes, por ello se realiza una importante articulación con las tutorías docentes que ofrece el Sistema de Acompañamiento Estudiantil (SAE) de la Universidad Nacional.

Humanización en las condiciones laborales y la calidad de vida de los profesionales y trabajadores de la salud

En esta tercera línea la apuesta consiste en incluir a los profesionales y a los trabajadores de la salud también como parte activa de los procesos de atención y por ende como sujetos de derechos y objeto de los programas y acciones de humanización. Esta perspectiva contempla las necesidades y derechos involucrados con la garantía y el mantenimiento de condiciones dignas para el ejercicio de sus labores.

La calidad de vida de los profesionales y trabajadores de la salud guarda relación con las variables de la atención que se brinda a los pacientes y los cuidadores. En este marco para garantizar una atención humanizada se requieren unas garantías en las condiciones del ejercicio.

La única forma de poder generar la cultura de la humanización de una forma duradera y a largo plazo es que se trabaje de forma simultánea en los tres ejes mencionados, abarcando así de forma transversal todos los procesos implicados en ellos. Luego de los análisis realizados, se encuentra que la sostenibilidad, avance y futuro de las iniciativas de humanización requieren de este tipo de abordaje sistémico e integral.

Líneas de acción:

Los tres ejes del Modelo se desarrollan con base en las siguientes líneas de acción:

1. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos

2. "El paciente siempre tiene nombre" "YO NO SOY 1 +"
3. Comunicación en el marco de la humanización en salud
4. Fortalecimiento del primer encuentro
5. Humanización en salas de cirugía
6. Manejo adecuado del dolor
7. Humanización en las revistas médico asistenciales
8. Manejo del fin de vida y la muerte
9. Humanización en el egreso hospitalario
10. Música en la humanización en salud
11. Control prenatal, parto y puerperio humanizados
12. Humanización en la atención del paciente adulto mayor
13. Humanización en pediatría
14. Arte y Estética en la Humanización.

En cada línea de acción se desarrollan estrategias específicas dirigidas al mejoramiento de las condiciones de humanización integrando a las diferentes personas involucradas en el proceso de formación y/o atención en salud.

Vehículos para lograr la humanización en salud:

Las actividades artísticas y el deporte son vehículos para implementar el cambio cultural inherente y necesario a los procesos de formación y sensibilización en humanización. Estos dos vehículos junto con la formación humanística forman una triada para la humanización en salud.

La música ha sido ampliamente estudiada como herramienta terapéutica, supera las barreras lingüísticas, físicas, mentales y cognitivas para comprender a otros (27). La música ha sido utilizada en diferentes latitudes como una importante herramienta para generar humanización en contextos hospitalarios. Sus efectos terapéuticos en los escenarios de servicios de salud se han documentado en múltiples estudios: cuidados paliativos

(28), radioterapia (29), quimioterapia (30, 31), pediatría (32) procedimientos médicos invasivos (33), manejo del dolor (34), ansiedad (35), mejoramiento de la calidad de vida (36), entre otros.

Asimismo, el deporte es una excelente forma para gestionar el estrés, las emociones y el tiempo libre en estudiantes y trabajadores de la salud, con un papel fundamental en los procesos de integración y socialización. Es una excelente forma de ejemplificar valores y habilidades como el liderazgo, el trabajo en equipo, la comunicación asertiva y la tolerancia a la frustración (37). La participación en actividades de música y deporte se constituyen en oportunidades para el intercambio social y la generación de vínculos desde la formación hasta el ejercicio profesional.

Principales logros

Desde los tres ejes y las 14 líneas de acción se han desarrollado diferentes programas, eventos, y actividades en la Facultad de Medicina y el HUN. Estos avances han fortalecido al grupo y han permitido la inclusión del modelo dentro las políticas incluidas en el Plan de Gestión de la actual decanatura de la Facultad de Medicina como uno de los 13 ejes de trabajo de la gestión, siendo incluido en su Plan de Acción.

La asignatura "Cátedra de humanización":

La asignatura Cátedra de humanización se ha ofrecido semestralmente de forma ininterrumpida por la facultad desde el año 2016, incluso en tiempos de pandemia, con una oferta de 130 cupos semestrales a los estudiantes de nueve programas del área de la salud, integrando cinco facultades: Medicina, Odontología, Enfermería, Ciencias Humanas y Ciencias. La asignatura tiene una intensidad de tres horas presenciales a la semana durante 16 semanas. La metodología es de tipo participativo favoreciendo las competencias de trabajo en equipo, liderazgo y autogestión, desarro-

lizando proyectos adicionales sobre los temas de su interés y acompañadas de las presentaciones de expertos. Los estudiantes de la Cátedra también coordinan actividades como los conciertos y Cineforos de Humanización abiertos a toda la comunidad. Esta última iniciativa selecciona una película de cine relacionada con alguno de los temas de la cátedra seguido de una reflexión teórica y la discusión de los estudiantes y profesores.

Adicionalmente se viene trabajando en la inclusión de otros contenidos relacionados con el humanismo y el humanitarismo en los planes de estudio de la Facultad de Medicina, que incluyen el respeto a los puntos del vista del paciente y la consideración de sus opiniones en la toma de decisiones respecto a su salud, la atención al bienestar psicológico, la consideración a la individualidad en un modelo centrado en la persona, la importancia de los familiares y cuidadores, el papel fundamental de la comunicación en salud, la relevancia de la condidencialidad y la confianza, y el fomento de cualidades y avlores como la calidez la compasión y la empatía (38). Se resalta cómo, a partir de las medidas de confinamiento derivadas de la pandemia, la Cátedra migró a una modalidad virtual manteniendo una excelente recepción y valoración por parte de los estudiantes.

Semillero de investigación en humanización en salud:

Inició en 2018 como una posibilidad para que los estudiantes que cursaron la asignatura Cátedra de humanización en salud tuvieran la oportunidad de profundizar en los contenidos mediante la implementación de un proyecto en el marco de la estrategia de aprendizaje basado en problemas sobre temas escogidos por ellos mismos.

Simposios de humanización:

Buscando generar actividades de difusión y de intercambio con profesionales e instituciones, en 2018 el grupo junto con la Facultad de Medicina

desarrolló el primer Simposio de Humanización en Salud con una segunda versión en 2021 con la presencia de los principales expertos iberoamericanos en el tema. En este último evento se constituyó la Red de Instituciones por la Humanización con el objetivo de compartir experiencias y aprendizajes con otras instituciones del contexto colombiano. También se han acompañado varios eventos regionales.

Grupo de investigación humanización en salud:

Se han desarrollado diferentes proyectos de investigación con resultados en publicación (39, 40). Otros aún no han culminado como publicación, pero han permitido generar oportunidades para explorar temáticas relacionadas con la humanización en escenarios específicos.

Humanización en los servicios de salud:

En el HUN se está trabajando en la implementación de estrategias de humanización en las 14 líneas de acción articuladas con el modelo académico. Se logró incluir dentro de la misión del HUN y como política institucional.

Adicionalmente, se han desarrollado diferentes iniciativas para promover la humanización en la Facultad y la Universidad, como la firma del Pacto por el buen trato, la Saludatón, No soy 1+ con la entrega de botones con el nombre a cada una de las secretarías de la Facultad, entre otras. Las campañas se han dirigido a generar conciencia y mejorar el trato entre los diferentes actores de la Facultad y la Universidad.

Entre los retos más importantes del grupo están permear el currículo consolidando el cambio cultural, y ampliando el alcance de las acciones de formación a todos los estudiantes para que los contenidos de humanismo y humanización sean obligatorios para todas las facultades del área de la salud de la Universidad. En el HUN se espera poder consolidar las líneas y

fortalecer los procesos de investigación y ampliar el alcance a otras universidades.

Conclusiones

En los seis años de desarrollo del Programa se han logrado avances que consolidan las bases para el modelo propuesto. Esta propuesta que se formula desde la academia permite integrar y desarrollar la humanización en diferentes escenarios.

Los programas y acciones desarrollados han influido en la política estratégica de la Facultad y el HUN, incluyéndola de forma explícita en la política de formación en salud de la Facultad y del HUN. Este trabajo integrado con la academia y articulado con el Hospital favorece el seguimiento y la calidad de las estrategias desarrolladas.

Trabajar de forma simultánea en los tres ejes propuestos, incluyendo las estrategias en diferentes niveles y con una mirada interprofesional clara ha sido vital para que las actividades y programas desarrollados en el marco de la humanización en salud hayan sido viables y productivos. Se espera continuar trabajando en estas líneas para el mediano y largo plazo al mantener la consecución de los resultados y fortalecer esta temática tan necesaria y relevante.

Se espera continuar profundizando en la implementación de las estrategias para continuar validando el modelo como base de la propuesta de trabajo del grupo en sus componentes de docencia, investigación y extensión. Así mismo se espera comparar los resultados mencionados con propuestas generadas en otras latitudes.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos:

El Grupo de Humanización en Salud extiende su especial agradecimiento a los pacientes, cuidadores, estudiantes, profesores, profesionales y trabajadores de la salud que han contribuido al desarrollo de la propuesta. Los autores agradecen a los profesores Jairo Pérez y Roberto Amador por sus contribuciones en la concepción de la propuesta y el acompañamiento en las diferentes fases de desarrollo de la misma.

Financiación

Ninguna declarada por los autores

Referencias

1. Baker A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century: British Medical Journal Publishing Group. 2001. DOI: <https://doi.org/10.17226/10027>
2. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of care: key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. The Patient-Patient-Centered Outcomes Research. 2019;12(5):461-74. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
3. Basile MJ, Rubin E, Wilson ME, Polo J, Jacome SN, Brown SM, et al. Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. Critical care explorations. 2021;3(6). DOI: <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000463>
4. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. Burnout research. 2017;6:18-29. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>

5. Milczarek M, Brun E, Houtman I, Goudswaard A, Evers M, Bovenkamp M, et al. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007.
6. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International journal of nursing studies*. 2015;52(3):727-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014>
7. Cook AF, Arora VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2014;89(5):749. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000204>
8. Patiño Restrepo JF. Los Estudios Generales o La Educación Liberal en Medicina. *Medicina*. 2019;41(1):28-37
9. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1969;17(82):269
10. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*. 2011;15(2):63. DOI: <https://doi.org/10.7812/tpp/10-148>
11. Todres L, Galvin KT, Holloway I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2009;4(2):68-77. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482620802646204>

12. Pérez-Fuentes MdC, Jurado MdMM, Peco IH, Linares JJG. Propuesta de un modelo de humanización basado en las competencias personales: modelo HUMAS. *European Journal of Health Research:(EJHR)*. 2019;5(1):63-77. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16203999>
13. Hemingway A. Can humanization theory contribute to the philosophical debate in public health? *Public Health*. 2012;126(5):448-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.01.014>
14. Rodríguez C. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación. . Bogotá, D.C. : ICONTEC; 2012.
15. Ministerio de Salud y de la Protección Social. a humanización en los lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en salud. 2014.
16. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Ley 100. Bogotá, D.C.1993.
17. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, 2016. Bogotá, D.C. : Imprenta Nacional de Colombia 2016.
18. Gálvez Herrer M, Gómez García JM, Martín Delgado MC, Ferrero Rodríguez M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo (internet)*. 2017;63(247):103-19.
19. Roldán Valencia I. Medicina humanizada. Bogotá, D.C.: SELARE. 1993.
20. Plata Rueda E, Leal Quevedo FJ, Mendoza-Vega J. Hacia una medicina más humana: Ed. Médica Panamericana. 1997.
21. Vera Silva L. Humanización en Salud In: Rojas Soto E, Vera Silva L,

Madiedo Clavijo N, (editores). Reflexiones sobre educación universitaria III. Bogotá. 2007. p. 21-31.

22. Preckel K, Kanske P, Singer T. On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2018;19:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.07.010>

23. Leka S, Jain A, Organization WH. Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. Geneva 2010.

24. Caspi CE, Dennerlein JT, Kenwood C, Stoddard AM, Hopcia K, Hashimoto D, et al. Results of a pilot intervention to improve health and safety for healthcare workers. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2013;55(12):1449. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182a7e65a>

25. Stock SR, Nicolakakis N, Vézina N, Vézina M, Gilbert L, Turcot A, et al. Are work organization interventions effective in preventing or reducing work-related musculoskeletal disorders? A systematic review of the literature. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2018:113-33. DOI: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3696>

26. Martimianakis MAT, Michalec B, Lam J, Cartmill C, Taylor JS, Hafferty FW. Humanism, the hidden curriculum, and educational reform: a scoping review and thematic analysis. *Academic Medicine*. 2015;90(11):S5-S13. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000894>.

27. Croom AM. Music practice and participation for psychological well-being: A review of how music influences positive emotion, engagement, relationships, meaning, and accomplishment. *Musicae Scientiae*.

2015;19(1):44-64. DOI: <https://doi.org/10.1177/1029864914561709>

28. Clements-Cortés A. Development and efficacy of music therapy techniques within palliative care. *Complementary therapies in clinical practice*. 2016;23:125-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.04.004>

29. Nardone V, Vinciguerra C, Correale P, Guida C, Tini P, Reginelli A, et al. Music therapy and radiation oncology: state of art and future directions. *Complementary therapies in clinical practice*. 2020;39:101124. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101124>

30. Stanczyk MM. Music therapy in supportive cancer care. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*. 2011;16(5):170-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpor.2011.04.005>

31. Bradt J, Potvin N, Kesslick A, Shim M, Radl D, Schriver E, et al. The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Supportive Care in Cancer*. 2015;23(5):1261-71. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2478-7>

32. Stegemann T, Geretsegger M, Phan Quoc E, Riedl H, Smetana M. Music therapy and other music-based interventions in pediatric health care: an overview. *medicines*. 2019;6(1):25. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicines6010025>

33. Ghetti CM. Music therapy as procedural support for invasive medical procedures: Toward the development of music therapy theory. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2012;21(1):3-35. DOI: <https://doi.org/10.1080/08098131.2011.571278>

34. Gutsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, DeGolia PA, McLaughlin B, Harris M, et al. Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal of pain and symptom management*. 2013;45(5):822-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008>
35. Gutiérrez EOF, Camarena VAT. Music therapy in generalized anxiety disorder. *The Arts in Psychotherapy*. 2015;44:19-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.02.003>
36. Solé C, Mercadal-Brotons M, Galati A, De Castro M. Effects of group music therapy on quality of life, affect, and participation in people with varying levels of dementia. *Journal of music therapy*. 2014;51(1):103-25. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmt/thu003>
37. Alexandr A, Sergij T, Olena O. Role of physical education on the formation of a healthy lifestyle outside of school hours. *Journal of Physical Education and Sport*. 2016;16(2):335. DOI: <https://doi.org/10.7752/jpes.2016.02054>.
38. Rogers JC, Coutts L. Do students' attitudes during preclinical years predict their humanism as clerkship students? *Academic Medicine*. 2000;75(10):S74-S7.
39. Sánchez NF, Bonilla LP, Rodríguez ML, Sandoval G, Alzate JP, Murcia NV, et al. Frecuencia de matoneo percibido en prácticas clínicas de estudiantes de internado en último año de una facultad de medicina. Estudio de corte transversal/Frequency of bullying perceived in clinical practices of last year interns of a medicine school: cross sectional study. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2016;64(3):447. DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3.54003>.

40. Larrotta-Castillo D, Cruz-Marroquín C, Rodríguez-Peñuela J, Alzate-Granados JP, Cote-Menéndez M, Autor. Agotamiento ad honorem: prevalencia de burnout en residentes de una universidad colombiana. Revista de la Facultad de Medicina. 2021;69(1).DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n1.82687>.

Publicación anticipada.
Rev. Fac. Med.