

Desafíos de la humanización en la atención sanitaria: revisión de la literatura

Marcel Ronaldo Morelli de Meira¹

1. Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

Este estudio presenta una revisión conceptual sobre la humanización en la atención en salud, con énfasis en la producción científica brasileña vinculada a las áreas de las humanidades médicas y la salud colectiva. El objetivo es reflexionar críticamente sobre los desafíos que atraviesan la implementación de la humanización en el contexto contemporáneo. Se adoptó la metodología de revisión narrativa, que incluyó 16 artículos publicados desde 2003, cuando se instituyó en Brasil la Política Nacional de Humanización, intensificando el debate en torno al tema. Como modo de actuación, la humanización se caracteriza por la construcción de relaciones más simétricas entre los sujetos involucrados en el cuidado y por la orientación de prácticas basadas en la acogida, el respeto y la empatía. Sin embargo, su implementación en la rutina cotidiana de los servicios de salud se ve tensionada por diversos desafíos, entre los cuales se destacan la fragilidad estructural de las instituciones de salud, la persistente centralidad del modelo biomédico y la creciente incorporación de tecnologías en las relaciones entre profesionales y usuarios.

Palabras clave: Humanización de la atención. Humanismo. Atención a la salud. Ética. Violencia.

Resumo

Desafios da humanização nos cuidados em saúde: revisão da literatura

Este estudo apresenta revisão conceitual acerca da humanização no cuidado em saúde, com ênfase na produção científica brasileira vinculada às áreas das humanidades médicas e saúde coletiva. O objetivo é refletir criticamente sobre os desafios que permeiam a implementação da humanização no contexto contemporâneo. Adotou-se a metodologia de revisão narrativa, que contemplou 16 artigos publicados a partir de 2003, quando foi instituída, no Brasil, a Política Nacional de Humanização, que intensificou o debate em torno da temática. Enquanto modo de agir, a humanização caracteriza-se pela construção de relações mais simétricas entre os sujeitos envolvidos no cuidado e pela orientação de práticas pautadas por acolhimento, respeito e empatia. No entanto, sua efetivação no cotidiano dos serviços de saúde é tensionada por diversos desafios, entre os quais a fragilidade estrutural das instituições de saúde, a persistente centralidade do modelo biomédico e a crescente incorporação de tecnologias nas relações entre profissionais e usuários.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Humanismo. Atenção à saúde. Ética. Violência.

Abstract

Challenges of humanization in healthcare: literature review

This study presents a conceptual review on humanization in healthcare, with an emphasis on Brazilian scientific production linked to the fields of medical humanities and public health. The objective is to critically reflect on the challenges that permeate the implementation of humanization in the contemporary context. A narrative review methodology was adopted, encompassing 16 articles published since 2003, when the National Humanization Policy was established in Brazil, intensifying the debate on the topic. As a mode of action, humanization is characterized by the construction of more symmetrical relationships among the subjects involved in care and by the orientation of practices guided by welcoming, respect, and empathy. However, its implementation in the daily routine of health services is challenged by several factors, including the structural fragility of healthcare institutions, the persistent centrality of the biomedical model, and the increasing incorporation of technologies in the relationships between professionals and users.

Keywords: Humanization of assistance. Humanism. Delivery of health care. Ethics. Violence.

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés.

El término “humanización” se está utilizando con frecuencia en el área de la salud. Aunque forma parte de un amplio conjunto de iniciativas, el concepto aún necesita una definición más clara. En general, el concepto de humanización en la salud se utiliza para referirse a un tipo de atención que valora *la calidad del cuidado desde una perspectiva técnica, asociada al reconocimiento de los derechos del paciente, su subjetividad y sus referencias culturales. También implica valorar al profesional y el diálogo intra e interequipos*¹.

El debate en torno a la humanización en la salud cobró relevancia cuando el Ministerio de Salud reguló el Programa Nacional de Humanización de la Atención Hospitalaria (PNHAH) en 2000, año en el que el tema también se incluyó en la agenda de la 11.ª Conferencia Nacional de Salud. Más tarde, en 2003, el programa se convirtió en una Política Nacional de Humanización (PNH), también conocida como Humaniza SUS² (Sistema Único de Salud).

Según Deslandes, practicar la humanización en la atención significa *ir en contra de la violencia, dado que esta representa la antítesis del diálogo, la negación del “otro” en su humanidad*³. En este sentido, la humanización sería lo opuesto a la violencia física o simbólica, esta última caracterizada como un tipo de atención en la que no se comprenden las necesidades y expectativas del paciente.

Históricamente, la organización jerárquica de los hospitales en el siglo XIX desencadenó determinadas situaciones que los convirtieron en un “lugar de sufrimiento”, en palabras de Rios⁴. Aunque ha aumentado el acceso de la población a la atención y propiciado importantes avances técnicos, la institucionalización de los hospitales se basaba en una estructura organizativa rígida, la cual contribuyó a prácticas caracterizadas por el *control, la ausencia de derecho o recurso ante decisiones superiores, una comunicación únicamente descendente, el desprecio por los aspectos humanísticos y una disciplina autoritaria, lo que convirtió al hospital en un lugar donde las personas son tratadas como objetos, prevaleciendo la falta de respeto a su autonomía y la falta de solidaridad*⁵.

En respuesta a esta situación, diversos hospitales empezaron a desarrollar acciones denominadas humanizadoras. Dichas acciones tenían como objetivo hacer el entorno más acogedor, con actividades lúdicas y mejoras en el recinto.

Como señala Rios⁴, aunque no lograran cambios significativos en la estructura organizativa y la gestión, estas iniciativas sirvieron para aliviar el sufrimiento causado por el entorno hospitalario. Sin embargo, poco a poco, como muestra la autora, el tema de la humanización fue cobrando relevancia, lo que resultó en cambios más estructurales, modificando efectivamente la rutina de los profesionales y usuarios de los servicios de salud.

La propuesta de la humanización consiste en sustituir las diferentes formas de violencia simbólica por un modelo *centrado en facilitar la comunicación y el diálogo entre usuarios, profesionales y gestores, buscando establecer una “nueva cultura de atención”*³.

A pesar de la polisemia y la falta de delimitación conceptual de lo que se suele llamar humanización, este proyecto puede contribuir a mejorar la calidad de la atención en la salud, visto que representa un nuevo modelo de comunicación y relación interpersonal entre profesionales y pacientes.

En general, los valores que guían el proyecto de humanización en la salud son: autonomía, justicia, corresponsabilidad entre los sujetos, establecer vínculos solidarios y participar colectivamente en el proceso de gestión. En la práctica, es importante incorporar determinadas actitudes consideradas fundamentales por parte de los sujetos involucrados, como la acogida, la solidaridad, la alteridad y la empatía⁶.

Revisando rápidamente, humanizar la atención en la salud significa: 1) valorar la dimensión subjetiva y social, tanto en prácticas de atención como de gestión; 2) garantizar el acceso de los usuarios a la información sobre la salud; 3) establecer vínculos solidarios y participación colectiva, mediante una gestión participativa que articule a profesionales y usuarios en este proceso⁶.

Sin embargo, la pregunta que surge de este debate es: ¿habría margen para implementar nuevas prácticas destinadas a humanizar la atención en salud? En Brasil, por ejemplo, uno de los aspectos más importantes a considerar en la relación médico-paciente es la cuestión de la clase social, visto que vivimos en una sociedad marcada por una desigualdad social extrema.

La crítica de los autores no va dirigida a los modelos de atención de salud deshumanizados, sino a los diferentes obstáculos para

la implementación práctica de este proyecto. Deslandes y Mitre⁷ reflexionan sobre sus desafíos al buscar comprender lo que puede considerarse la antítesis de la humanización, es decir, lo que “deshumaniza”, “aliena” y “reduce a objeto”, visto que la propuesta de humanización presupone una relación de poder más simétrica entre los sujetos involucrados en la atención.

Así, la perspectiva que este estudio pretende adoptar tiene en cuenta la humanización en un sentido amplio, en otras palabras, que atraviesa las diferentes dimensiones teóricas y operativas. Se trata, principalmente, de una perspectiva filosófica, según la cual el ideal de humanización es un compromiso de las ciencias de la salud con la realización de valores humanistas y democráticos relacionados con el bien común.

Este estudio tiene el propósito de reflexionar, a través de una revisión crítica de la literatura brasileña, sobre los desafíos inherentes a la humanización en la producción de la atención en salud. El análisis busca identificar los factores que dificultan la implementación efectiva de este proyecto, incluyendo la organización y la estructura física de las instituciones de salud, el predominio del modelo biomédico en las prácticas asistenciales y las condiciones laborales a las que están sometidos los profesionales de la salud.

Método

Para seleccionar el material bibliográfico, se utilizó la base de datos SciELO, con los descriptores “humanización de la salud”, “humanización de la atención” y “humanización de la atención en salud”.

La selección de artículos ocurrió a lo largo de 2024, período en el cual se realizó la investigación. En un primer momento, el proceso de selección tuvo en cuenta el descriptor “humanización” y, luego, el título de los artículos y su autoría, dando prioridad a producciones de investigadores brasileños reconocidos como referentes en el campo de la humanización de la atención en salud. Al final, se seleccionaron 16 artículos publicados desde 2003, año en el que se instituyó la Política Nacional de Humanización (PNH) en Brasil, un hito que impulsó y amplió el debate sobre el tema. Dichos trabajos, que cuentan con diferentes enfoques teóricos y metodológicos, problematizan aspectos específicos de la humanización de la salud y ofrecen

aportes significativos para este estudio. Se excluyeron editoriales, manuscritos y cartas al editor.

Discusión

La humanización de la atención en salud es un tema muy debatido en la literatura científica brasileña, principalmente tras la implantación de la PNH, que consolidó el debate en torno a la producción de prácticas de atención más integrales y centradas en el usuario. El análisis conceptual presentado en este estudio busca contribuir a la comprensión de los múltiples desafíos que implica la implementación de la humanización en el contexto contemporáneo.

Se examinaron los artículos seleccionados a través de una lectura crítica y sistemática, basada en principios de análisis temático, para identificar y organizar categorías analíticas representativas de las principales tensiones presentes en el debate. Esta estrategia metodológica permitió no solo sintetizar los resultados, sino también articular entre diferentes dimensiones teóricas y prácticas relacionadas con la humanización.

De este análisis, surgieron tres ejes centrales: 1) el impacto de la creciente incorporación de tecnologías en las relaciones entre profesionales y usuarios; 2) la brecha entre los principios rectores de la PNH y las persistentes debilidades estructurales del Sistema Único de Salud (SUS); y 3) la valoración recurrente del modelo biomédico en detrimento de las prácticas de atención integrales y participativas. Estos ejes, aunque analizados por separado, demuestran ser interdependientes, visto que las debilidades institucionales y el predominio del paradigma biomédico condicionan la forma en que las tecnologías se incorporan y se utilizan en los servicios de salud. A continuación, la discusión busca profundizar en dichos aspectos y demostrar los obstáculos y las posibilidades para consolidar la humanización en el contexto brasileño.

Conceptos de humanismo y humanización en salud

Históricamente, el uso del término “humanización” está asociado a corrientes de pensamiento centradas en recuperar y valorar los principios fundamentales de la condición humana, principalmente

en escenarios de crisis humanitaria. Desde una perspectiva filosófica, el concepto de humanización se remonta a las raíces del humanismo, una corriente intelectual que surgió en el siglo XV, en el contexto del Renacimiento italiano, caracterizada por defender la dignidad del ser humano y por concebirlo como la medida de todas las cosas⁴.

Sin embargo, más allá de su significado original, el término adquiere nuevos matices en la contemporaneidad. El concepto de humanización pasó a cobrar protagonismo ante la crisis de los referentes éticos que eran vigentes hasta entonces. Como observa Ríos⁴, las transformaciones sociales resultantes del capitalismo multinacional y globalizado han implicado una reordenación de las formas de sociabilidad, marcada por la expansión de la industria cultural, del sector de servicios, de las finanzas y de la información. Estas dinámicas, al privilegiar lo efímero, el consumismo y el individualismo, debilitaron los ideales utópicos de la modernidad, que depositaban en el proyecto ilustrado la expectativa de un mundo mejor, sostenido por el progreso científico y tecnológico.

También es importante destacar aquí los horrores observados durante el Holocausto y el surgimiento de los gobiernos totalitarios en la segunda mitad del siglo XX, que provocaron que la sociedad desconfiara de la política y de las ideas revolucionarias, dejando de buscar sus valores en los movimientos sociales y colectivos para buscarlos en el individualismo exacerbado por el consumo. En la sociedad actual, se puede observar el culto al cuerpo, la sobrevaloración de la apariencia estética, la reproducción exhaustiva de imágenes y un comportamiento social hedonista, que se configuran como espectáculo.

En el ámbito de las relaciones sociales, la intolerancia y los prejuicios hacia las diferencias también han creado condiciones para la pérdida de referentes éticos. Como contrapunto, a partir de la segunda mitad del siglo XX, empezaron a desarrollarse respuestas a este escenario. Los movimientos relacionados con los derechos humanos, la bioética, la ciudadanía y la protección medioambiental empezaron a ganar cada vez más espacio, invitando a las sociedades a construir nuevas utopías.

Mientras tanto, en el ámbito de la salud, el concepto de humanización incluye las prerrogativas establecidas por la PNH, que consiste en un conjunto de principios que afirma: 1) valorar y dar autonomía

a los sujetos involucrados en el proceso de producción de salud (trabajadores, gestores y usuarios); 2) aumentar la corresponsabilidad en la producción de salud por parte de estos sujetos, así como establecer vínculos solidarios entre ellos; 3) participar colectivamente en el proceso de gestión de la salud; y 4) caracterizar las demandas sociales de los usuarios y trabajadores, junto con el compromiso de mejorar las condiciones de atención y trabajo⁷.

Así, la PNH pretende servir de base para los cambios en las relaciones entre profesionales y usuarios, a través de los siguientes principios rectores: acogida, autonomía, protagonismo y corresponsabilidad. Como observan Deslandes, Mitre y Alves, *se trata de una política que cuestiona las prácticas en salud, construidas con base en el modelo biomédico, el principal referente epistemológico para la formación de los profesionales*⁸. En líneas generales, humanizar la salud tiene como principal objetivo: *la dignidad del ser humano y el respeto de sus derechos, visto que, en primer lugar, la persona humana debe ser valorada, una vez que su dignidad, libertad y bienestar son factores que deben tenerse en cuenta en la relación entre el paciente y el profesional de la salud*⁹.

En otras palabras, los principios de la humanización en la salud defienden como ideal una atención acogedora, que busca combatir la despersonalización que experimentan los usuarios de los servicios del SUS, garantizando sus derechos y su participación colectiva en los procesos de gestión. Para ello, es necesaria una escucha auténtica, que requiere empatía por parte de los profesionales; por lo tanto, el profesional que desee crear una relación humanizada con su paciente debe escucharlo atentamente.

Sin embargo, varios estudios realizados por brasileños revelaron obstáculos para la implementación del proyecto de la PNH, como *problemas relacionados con el ambiente, el tiempo de espera y el espacio físico, así como aquellos relacionados con el trabajador, como el exceso de atribuciones, la fatiga y la mecanización del trabajo*¹⁰. En resumen, para que el profesional pueda atender de forma humanizada, es necesario garantizar condiciones laborales satisfactorias.

Los autores resaltan los obstáculos para implementar estos programas, como Deslandes¹, quien argumenta sobre los principales desafíos para su implementación, como cambios en la cultura organizativa de instituciones de salud, reducción de

las relaciones de poder asimétricas entre profesionales y usuarios, además de la hegemonía de una objetividad científica utilitarista, temas que se discutirán más adelante.

Impacto de las nuevas tecnologías en la humanización de la salud

A lo largo de los siglos XIX y XX, se aplicaron numerosos avances tecnológicos en el área de la salud, en todos los niveles de atención, ya sea en el diagnóstico de enfermedades o en la rehabilitación de pacientes. Actualmente, se observa un intenso desarrollo tecnológico, con el uso de inteligencia artificial, telesalud, robótica, etc. Por otro lado, de este escenario surgen varias discusiones, como el acceso de los usuarios a estas tecnologías, su costo para el sistema de salud y el riesgo de eliminar el contacto directo entre pacientes y profesionales. Sin embargo, es imposible minimizar, o incluso ignorar, las importantes contribuciones de los avances tecnológicos en el área de la salud.

Según Rios⁴, la tecnicidad presente en la práctica de la medicina actual ignora los aspectos humanísticos relacionados con la atención, aunque ha propiciado numerosos logros. Para ella, los recursos tecnológicos han ampliado el acceso de las personas a los servicios de salud, aunque también han creado un abismo entre médico y paciente⁴. En las palabras de la autora:

La tecnología, que es fundamental para aumentar la sobrevivencia humana y para reducir drásticamente el sufrimiento resultante de problemas de salud, se convirtió en un intermediario que aleja a los profesionales del contacto más cercano y prolongado con los pacientes, no solo porque agiliza la atención y aumenta la productividad medida en números, sino también porque fascina y capta el interés de los profesionales de la salud, en particular de los médicos¹¹.

En la contemporaneidad, según Rios¹², la práctica médica se basa en el modelo de línea de producción, que, combinado con los avances tecnológicos, ha producido una erosión de la relación médico-paciente, puesto que dicha relación pasó a caracterizarse como una relación entre empresa y consumidor.

Por otro lado, Deslandes y Mitre⁷ se oponen a los argumentos que defienden el uso de tecnologías como algo negativo para el proceso de comunicación entre profesionales y usuarios. Las autoras

se refieren a las críticas que señalan que la práctica clínica está siendo reemplazada por nuevas tecnologías, eliminando así el encuentro entre sujetos. Para ellas, este argumento puede relativizarse, dado que, hoy, nuestra cultura está cada vez más mediada por tecnologías. Así, las innovaciones tecnológicas que se ven actualmente no son exclusivas del área médica, visto que se utilizan en las más diferentes esferas de la vida cotidiana.

Según Deslandes y Mitre⁷, es necesario considerar que las nuevas tecnologías utilizadas en el área de la salud no son beneficiosas ni perjudiciales por sí solas. Según ellas, lo más importante es comprender el papel que desempeñan estas nuevas tecnologías en las relaciones entre sujetos y en la calidad de la atención. Por lo tanto, es necesario observar cómo se pueden utilizar estas intervenciones tecnológicas en la atención, por ejemplo, en la escucha, la acogida y la experiencia con el otro. Para ello, su uso debe basarse en la reflexión crítica, puesto que, por sí solo, no garantiza el éxito del tratamiento⁷. En otras palabras, el uso de tecnologías en la salud debe basarse en principios éticos, no solo en principios técnicos.

En este sentido, la humanización se concibe como capaz de articular los avances tecnológicos con una atención ética y acogedora. La propia PNH, en su texto, señala la importancia de conciliar la tecnología con el factor humano y relacional: las tecnologías y los dispositivos organizativos, principalmente en un área como la salud, no funcionan de forma aislada, su eficacia está muy influida por la calidad del factor humano y por la relación que se establece entre los profesionales y los usuarios en el proceso de atención². Por lo tanto, ignorar las posibilidades que surgen del uso de las nuevas tecnologías en la humanización de la salud equivaldría a ignorar el gran potencial de, por ejemplo, las tecnologías de escucha y de negociación de normas de comportamiento y organizativas¹. Partiendo del principio de que la humanización presupone la ampliación del proceso comunicativo, sus posibles contribuciones al área de la salud son indiscutibles.

Valoración del modelo biomédico en las prácticas de salud

Es necesario reflexionar un poco sobre los conceptos que fundamentan el modelo biomédico en la salud. Se resalta la importancia de analizar

críticamente su prevalencia en la formación de los profesionales de la salud, sirviendo como modelo en el que se han construido las relaciones médico-paciente. Estas reflexiones se aplican igualmente a la formación de profesionales en áreas como enfermería, psicología, nutrición, fisioterapia, etc. El modelo basado en supuestos biomédicos se ha arraigado en las instituciones de enseñanza de los diversos cursos de grado en el área de la salud.

Aunque el conocimiento fundamental de la práctica de la salud se basa en las ciencias biomédicas, es indiscutible que esta práctica está influida por los contextos sociales en los que se desarrollan los procesos de salud y enfermedad. El desempeño del profesional también depende de las condiciones institucionales en las que realiza su trabajo. Partiendo de este supuesto, se puede decir que la práctica médica, además de ser una práctica técnica, también es una práctica social, una práctica de la sociedad¹³.

Como observa Rios¹⁴, en la cultura occidental moderna, la medicina se desarrolló a partir de un modelo científico-positivista que separó los dominios físico y abstracto del existir humano y que daba prioridad a la dimensión biológica sobre la dimensión psicosocial. Según la autora, los beneficios derivados de sus avances técnicos garantizaron su legitimidad, sin embargo, a partir de mediados del siglo XX, las transformaciones ocurridas en la sociedad y la salud generaron demandas a las que la medicina tuvo que adaptarse. Esto porque, según la autora, *al colocar al ser humano en la totalidad de su existencia como el protagonista en el área de la salud, se observó que dichos cambios dejaron grandes lagunas en el saber médico y una capacidad insuficiente para abordar los aspectos subjetivos relacionados con la salud y su atención*¹⁵.

Schraiber¹⁶, a su manera, también resalta la clásica división entre el componente científico-tecnológico y el componente humanístico en la práctica de la medicina. La autora señala que esta dicotomía resulta en una jerarquización en la que el componente científico-tecnológico acabó prevaleciendo sobre el humanístico. Sin embargo, reconoce que, a pesar de que este modelo científico-tecnológico se ha consolidado como hegemónico en la práctica clínica, es necesario identificar el carácter interactivo de las prácticas de salud y las particularidades de cada caso clínico,

lo que no se puede resolver únicamente mediante la aplicación técnica de un saber científico.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Ayres¹⁷ considera importante articular la intervención técnica con un modelo de atención humanizado, que busque un diálogo más simétrico entre profesionales y usuarios del servicio, visto que no se puede ignorar las dimensiones personal y social como determinantes de los procesos de enfermedad y salud.

Al intentar responder a estas demandas, las humanidades entraron en el escenario médico hace varios años, lo que proporcionó una comprensión más amplia de las diferentes expresiones del sufrimiento humano y las determinaciones socioculturales de la enfermedad, así como las habilidades de comunicación y la construcción de vínculos solidarios entre sujetos¹⁷.

Sin embargo, teniendo en cuenta la necesidad de dominar las disciplinas biomédicas para la práctica clínica, así como el saber humanístico, cada vez más los cursos de formación en salud buscan implementar asignaturas y temas relacionados con las humanidades, con el fin de articular los conocimientos técnico-científicos y humanísticos. Esto ha propiciado que las humanidades y las ciencias humanas y sociales cobraran mayor protagonismo en el área de la salud. Cabe señalar que las humanidades médicas se preocuparían más por las relaciones humanas en el ámbito intersubjetivo, mientras que las ciencias humanas y sociales, por los determinantes sociales en el proceso de salud/enfermedad.

En las ciencias humanas y sociales, se utilizan asignaturas cuyo objetivo es comprender cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad, como la antropología, la historia, la sociología, las ciencias políticas, la filosofía, la psicología, etc. Las ciencias humanas y sociales también son importantes en áreas específicas de salud colectiva, como la epidemiología social, la planificación y gestión de salud, las políticas públicas y la educación para la salud. Mientras tanto, las humanidades médicas se ocupan, principalmente, de *las relaciones comunicativas entre médico y paciente, que se discuten tanto en el ámbito educativo como en el ámbito ético, y más recientemente en el campo de la bioética clínica y en investigación*¹⁹.

Como señala Rios, se ha demostrado que *la salud y la atención implican aspectos de la historia y la cultura legitimados por el deseo de*

las personas, y que las humanidades médicas poseen el saber necesario para conectar la ciencia con este mundo de la vida de las personas²⁰. Por lo tanto, se convirtió en un consenso entre los planes de estudio de los cursos de salud, incluir temas humanísticos durante la formación de los estudiantes, partiendo del modelo biomédico, pero ampliándolo, visto que es necesario tener en cuenta no solo el organismo enfermo, sino también la persona y su subjetividad.

Obstáculos para la humanización de la salud

Otro problema planteado por algunos autores se refiere a las condiciones laborales de los profesionales de la salud, puesto que estos no suelen encontrarse en condiciones de garantizar una atención humanizada, por estar sometidos a procesos de trabajo mecanizados que les impiden convertirse en personas más críticas y sensibles, además de verse debilitados por la convivencia continua con el dolor, el sufrimiento, la muerte y la miseria²¹.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Campos argumenta que actualmente existe un proceso de burocratización y, en muchos casos, incluso un embrutecimiento de las relaciones interpersonales en el SUS, ya sean relaciones entre profesionales o entre ellos y los usuarios²²; el autor critica que, en el área de la salud, es común reducir a las personas a objetos para que sean manipuladas por la clínica.

En este sentido, las relaciones sociales en las que existe un gran desequilibrio de poder entre los sujetos tienden a caracterizarse como inhumanas, de modo que el lado poderoso se aprovecha de esta ventaja para ignorar los intereses y deseos del otro, reduciéndolo a la condición de objeto, para manipularlo según sus propios intereses²³.

Partiendo de este principio, se puede concluir que el proyecto de humanización no será efectivo si no se tiene en cuenta la democratización de las relaciones interpersonales y, por consiguiente, de las propias instituciones de salud. En el SUS, como observa Campos, la humanización depende de la mejora del sistema y de la gestión compartida, así como de su extensión a cada distrito, servicio y a las relaciones cotidianas²³. Por lo tanto, es necesario contar con mecanismos para cohibir y dificultar el abuso de poder, haciendo posible así la humanización.

La humanización de la salud también debe combinar la objetivación científica del proceso salud/enfermedad/intervención con nuevas formas de operar que resulten de la incorporación del sujeto y su historia desde el momento del diagnóstico hasta el momento de la intervención²³. En el ámbito intersubjetivo, se puede decir que los valores de la sociedad contemporánea han producido una cultura extremadamente individualista, moldeada por la creencia en una supuesta autosuficiencia del yo en una supuesta sana desconfianza hacia el otro²⁴.

Siguiendo este pensamiento, se puede concluir que es imposible que haya humanización sin la democratización de las relaciones interpersonales. En el SUS, el proyecto de humanización depende de la mejora de la gestión compartida, extendiéndola a cada distrito, servicio y a las relaciones cotidianas²⁵. Así, el proyecto de humanización se presenta como una oposición a las relaciones de poder abusivas, con el fin de fortalecer la participación democrática de los diferentes actores involucrados, principalmente los usuarios de los servicios.

Por lo tanto, es necesario cambiar la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud, para que, en lugar de presentarse como espacios que reproducen la violencia, funcionen como espacios de libertad capaces de acoger, amparar, sostener y dar sentido a la presencia y las acciones de profesionales de la salud, gestores y pacientes, teniendo en cuenta sus dimensiones subjetivas y únicas²⁵. En suma, humanizar la atención requiere condiciones favorables para su propia prestación.

Consideraciones finales

Cabe resaltar aquí que el debate realizado por autores brasileños es de fundamental importancia, puesto que permite reflexiones críticas, además de discutir temas que problematizan el verdadero significado de la humanización en la salud en sus diferentes dimensiones. Deslandes¹ discutió los diversos significados atribuidos al término, como la oposición a la violencia institucional; la calidad de la atención articulada con excelencia técnica; el cuidado con las condiciones laborales de los profesionales de la salud; y la ampliación de la comunicación entre usuarios y profesionales. Las posibilidades y los desafíos que se revelan son amplios y diversos.

La perspectiva de este estudio tiene en cuenta la humanización en un sentido amplio, abarcando sus diferentes dimensiones teóricas y metodológicas. Básicamente, se refiere a una perspectiva filosófica según la cual el ideal de humanización se puede definir como un compromiso de las tecnociencias de la salud con sus valores éticos y democráticos.

La polisemia y la plasticidad del concepto de humanización han sido ampliamente discutidas en debates entre autores brasileños. Dichos autores también reflexionaron sobre los obstáculos para realizar este proyecto, en líneas generales, *un modelo de atención secularmente*

*jerarquizado, fragmentado y basado en una lógica técnico-burocrática*²⁶.

Quizá el gran desafío resida en la necesidad de desarrollar en los profesionales el interés por el paciente. Esta es una tarea difícil, sobre todo en la actualidad, en la que prevalecen, como hemos visto, el individualismo y el consumismo. Así, la humanización depende de los *cambios en las personas, del énfasis en valores relacionados con la defensa de la vida*²⁷, y se presenta como una posibilidad real de ampliar la desalienación del proceso de trabajo y la atención. Por lo tanto, el mayor desafío, en tiempos como los nuestros, es reavivar el humanismo y, con él, la humanización de la salud.

Referencias

1. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cien Saude Colet [Internet]. 2004 [acceso 8 jul 2024];9(1):7-14. p. 8. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100002
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acceso 15 jul 2024]. Disponível: <https://bit.ly/414mNQj>
3. Deslandes SF. Op. cit. 2004. p. 9.
4. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2009 [acceso 15 jul 2024];33(2):253-61. DOI: 10.1590/S0100-55022009000200013
5. Rios IC. Op. cit. 2009. p. 256.
6. Rego S, Gomes A, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2008 [acceso 20 jul 2024];32(4):482-91. DOI: 10.1590/S0100-55022008000400011
7. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface Comunic Saude Educ [Internet]. 2009 [acceso 2 ago 2024];13(supl 1):641-9. DOI: 10.1590/S1414-32832009000500015
8. Deslandes SF, Mitre RMA, Alves CA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. Interface Comunic Saude Educ. [Internet]. 2009 [acceso 2 ago 2024];13(supl 1):581-94. p. 582. DOI: 10.1590/S1414-32832009000500010
9. Tracera GMP, Silva Júnior AG, Mourão LC. Complexidades na implementação da política nacional de humanização sob a ótica de profissionais de saúde. Rev Gest Saúde [Internet]. 2017 [acceso 8 ago 2024];8(1):76-91. p. 86. Disponível: <https://bit.ly/4ss5VON>
10. Tracera GMP, Silva Júnior AG, Mourão LC. Op. cit. 2017. p. 89.
11. Rios IC. Op. cit. 2009. p. 258-9.
12. Rios IC. Humanidades médicas como campo de conhecimento em medicina. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2016 [acceso 15 ago 2024];40(1):21-9. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n1e01032015
13. Mota A, Schraiber L. Ciências humanas e medicina: as contribuições da história para a formação e a prática do médico. Rev Med [Internet]. 2012 [acceso 20 ago 2024];91(3):189-93. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v91i3p189-193
14. Rios IC. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [acceso 20 ago 2024];15(supl 1):1725-32. Disponível: <https://bit.ly/3PHABhb>
15. Rios IC. Op. cit. 2010. p. 1726.

16. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. Interface Comunic Saude Educ [Internet]. 1997 [acesso 25 ago 2024];1(1):123-38. DOI: 10.1590/S1414-32831997000200009
17. Ayres JRCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/aids no município de São Paulo. Cien Saude Colet [Internet]. 2005 [acesso 2 set 2024];10(3):689-98. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300025
18. Ayres JRCM, Rios IC, Schraiber LB, Falcão MTC, Mota A. Humanidades como disciplina da graduação em medicina. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2013 [acesso 2 set 2024];37(3):455-63. DOI: 10.1590/S0100-55022013000300019
19. Rios IC. Op. cit. 2016. p. 24.
20. Rios IC. Op. cit. 2010. p. 1726.
21. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [acesso 2 set 2024];15(1):255-68. p. 257. DOI: 10.1590/S1413-81232010000100031
22. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface Comunic Saude Educ. [Internet]. 2005 [acesso 8 set 2024];9(17):389-400. p. 398. Disponível: <https://bit.ly/4tmpU1R>
23. Campos GWS. Op. cit. 2005. p. 399.
24. Rios IC. Op. cit. 2016. p. 22.
25. Rego S, Gomes A, Siqueira-Batista R. Op. cit. 2008. p. 486.
26. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Interface Comunic Saude Educ [Internet]. 2005 [acesso 2 set 2024];9(17):401-3. p. 402. Disponível: <https://bit.ly/4maksx2>
27. Campos GWS. Op. cit. 2005. p. 400.

Marcel Ronaldo Morelli de Meira – Estudante de doctorado – marcel.morelli@prof.saocamilo-sp.br

 0000-0001-7662-3819

Correspondencia

Marcel Ronaldo Morelli de Meira – Rua Marina Ciufuli Zanfelicé, 176, ap. 402, Bloco B, Água Branca, CEP 05040-000. São Paulo/SP, Brasil.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 24.1.2025

Revisado: 28.1.2026

Aprobado: 6.2.2026