

¿Cómo es la producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización en la salud?

Natalia Pérez Fuillerat, Amparo Aguilera Ruano, María del Carmen Gómez Gaitán
Servicio de quirófano, Hospital de Montilla de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir (Córdoba, España)

Correspondencia: nperezf@ephag.es (Natalia Pérez Fuillerat)

Artículo seleccionado:

Costa Rosa Andrade Silva RM, De Oliveira DC, Ramos Pereira E. La producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización en la salud: singularidad, derecho y ética. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2015; 23(5): 936-44. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

Pregunta

¿Cómo es la producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización en la salud?

Resumen

Justificación: Delante de los avances que hoy se viven en una sociedad altamente tecnológica y de los avances que la ciencia es capaz de llegar, nos encontramos con la necesidad de contar con una política gubernamental que incite a la humanización para un cuidado humanizado, realizado por el hombre y para el hombre.

La Política de Humanización de la Atención y de la Administración (PNH) es una iniciativa innovadora, que tiene por objetivo calificar prácticas de administración y de atención de la salud en el Sistema Único de Salud en Brasil.

La humanización de la salud es descrita como el acogimiento y su comprensión desde un enfoque humanístico. Esta perspectiva es utilizada como referente para calificar los procesos de atención y adecuar la participación de la población a sus necesidades en salud.

Objetivo: Describir la producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización de la salud.

Diseño: Estudio cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico

Lugar: Hospital Universitario Federal de Niterói (Brasil)

Sujetos: La selección de los informantes fue intencional. Participaron 24 profesionales de nivel superior que trabajaban en el hospital con un año mínimo de antigüedad. El número de profesionales fue determinado siguiendo el principio de saturación teórica.

Métodos: Se utilizó la entrevista semiestructurada iniciando el guión con la pregunta: "¿Qué significa para usted la humanización de la salud?" Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 30 minutos. El lugar y la hora fueron

establecidos según las preferencias de los participantes. Las declaraciones fueron recogidas mediante grabación de audio.

El análisis fue realizado mediante las lecturas atentas de cada declaración y selección del lenguaje; del cual emergieron las temáticas hermenéuticas que fueron fundamentadas por la Teoría de las Representaciones Sociales. No hubo triangulación de los datos.

Resultados: A partir de las declaraciones expresadas por los participantes, emergieron tres temáticas:

Humanización de la salud como un acto de acoger al otro como único: la atención humanizada es percibida como un valor humano, relacionado con las vivencias y la experiencia adquirida durante los años de praxis en la actuación en el campo de la salud. Con respecto a la relación profesional-paciente, el profesional identifica como atención humanizada el trato del sujeto de forma individualizada.

Humanización de la salud como una cuestión de derecho: la defensa de los derechos del paciente mediante procesos judiciales es un recurso aceptado, siendo también asociado a la defensa de los propios derechos del trabajador. Sin embargo, se identifica el plano ético como el medio adecuado donde, a través del diálogo y la interacción entre los sujetos (profesionales, administradores, cuidadores) se cuestione críticamente las políticas, las leyes y el propio quehacer.

Humanización de la salud como una cuestión ética: el profesional relaciona humanización con garantía de dignidad y ética. Se identifica una importante carencia de ética en los compañeros. Así, los profesionales presencian situaciones no humanizadas, mostrando su oposición y siendo causa de sufrimiento, desigualdad e injusticia social.

Conclusiones: Se considera indispensable que los profesionales del campo de la salud conozcan la Política Nacional de Humanización, con la finalidad de que proporcionen asistencia de calidad como profesionales y ciudadanos.

E-mail correspondencia del autor del artículo original:
roserosauff@gmail.com

Palabras clave: Enfermería. Ética. Salud. Investigación. Cualitativa.

Comentario

Una vez seleccionado el artículo, se realiza lectura crítica del estudio con la finalidad de evaluar los métodos aplicados y los procedimientos seguidos, para ello se utiliza la lista de comprobación de Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica para estudios cualitativos¹ y se estructura un comentario crítico según la metodología propuesta por López Alonso et al.³

La metodología cualitativa descriptiva con enfoque fenomenológico es la más apropiada para el abordaje de este estudio por la propia naturaleza del fenómeno de estudio. En el apartado de metodología se hace referencia a la utilización de una teoría para su interpretación por lo que sería más correcta la mención a la inducción analítica como método de análisis.⁴

Se hace referencia a la utilización de una entrevista abierta como instrumento en la recolección de los datos. En el caso de la utilización de la entrevista, se especifica de forma concreta que se trata de una entrevista semiestructurada en el resumen aunque en el apartado de metodología se hace referencia al uso de entrevista abierta aludiendo a una única pregunta (y no un guión de preguntas). En este aspecto, hubiera sido deseable que se hubiera justificado la realización de la entrevista individual con preguntas abiertas.

El emplazamiento el Hospital Universitario Federal de Niterói (Brasil) es descrito brevemente mencionando su ubicación y los ejes principales sobre las políticas de salud vigentes.

Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. Sin embargo, hubiera sido deseable la utilización de un mapa de perfiles que permitiera seleccionar profesionales más diversos (no sólo 17 enfermeros, tres médicos, tres asistentes sociales y un fisioterapeuta, con edades de 25 a 55 años).

Se describen los criterios de inclusión y exclusión, aportan la justificación sobre la participación de este tipo de informantes estableciendo un año como tiempo mínimo para la incorporación y conocimiento de la propuesta de humanización de la institución.

El investigador explica como convocó a los participantes del estudio a través de los primeros contactos y las visitas al campo. Sin embargo, no se especifica con quién ni dónde.

Se menciona la selección de 40 profesionales, de los cuales participaron 24. El lugar y el horario en el que se celebraron las entrevistas fueron elegidos por los participantes en el período de abril a julio de 2013. Los autores argumentan la realización de 24 entrevistas como número en el que se alcanzó la saturación de datos. Se menciona como limitación el propio contexto de estudio por tratarse de un hospital en donde ya se han implantado políticas en el fomento de la humanización de la asistencia. Los autores describen la preservación de la identidad de los participantes, la codifica-

ción de los datos relacionados con dicha identidad, la aceptación formal de los investigadores a la normativa relacionada y la utilización de consentimiento informado.

Tanto la denominación como el argumento explicativo de los resultados tratan sobre cómo es interpretada la humanización de la asistencia y el significado que posee. En el contexto de los cuidados intensivos, las categorías de análisis emergidas del discurso de las enfermeras hacen alusión al cuidado humanizado como la empatía y el respeto por el usuario y la familia⁴. En concreto, la familia es un elemento destacado en la creación de un entorno amigable, gracias a las palabras de apoyo y el cariño prestado. Este aspecto es importante en servicios altamente tecnologizados asociados a sufrimiento, gravedad y muerte⁵.

La apuesta por la atención humanizada se ha visto incrementada en la publicación de artículos, así como la puesta en marcha de iniciativas como la realización de talleres formativos para los profesionales sanitarios⁶.

En relación a la problemática de la efectividad de las políticas instauradas no aporta datos contundentes, haciendo mención de forma aislada a la sobrecarga laboral y las carencias de personal. Estos datos coinciden con los expresados en la literatura, mencionando además las rutinas establecidas frente a la individualización y la falta de formación⁷.

La exposición de los resultados se realiza dentro de un argumento discursivo que aporta un enfoque crítico de la temática en detrimento de la exposición en profundidad de los datos analizados. De este modo, no refleja la obtención de datos ricos y esclarecedores del tema de estudio. Sin embargo, de forma similar a otros estudios, los profesionales sanitarios identifican y son conscientes de la importancia del cuidado humanizado, siendo relacionados con una disminución del tiempo de recuperación, incremento de la sensación de bienestar y la reducción de costes^{5,8}.

En cuanto a la metodología utilizada, destaca el uso de la revisión con el fin de conocer el estado actual del tema (relativamente novedoso) y adquirir los conocimientos necesarios para el diseño y la implementación de planes de atención humanizada en servicios especializados.

El planteamiento originario de la investigación es dotado de una adecuada fundamentación teórica y claridad; permitiendo a otros autores seguir la ruta realizada con el investigador original (auditabilidad o confirmabilidad)⁹.

El análisis de la metodología realizada y el tratamiento de los datos, genera ciertas dudas. En cuanto a la validez externa, la propia metodología (fenomenología hermenéutica) se define como el estudio de un fenómeno determinado en un contexto específico. Por ello, la aplicación de los resultados en otros entornos no suele ser un objetivo de esta metodología. Cierto es que, en estudios donde se alcanza un grado alto de abstracción como en la teoría fundamentada, sí es posible generalizar los datos. Sin embargo, el estudio aparece como “descriptivo” y los propios autores nombran la imposibilidad de extrapolar los datos. Así, el presente estudio carece de cierta transferibilidad, no siendo aplicables estos resultados en otros contextos.

En cuanto a los criterios éticos, se considera que el trato de los aspectos relacionados es acertado.

El estudio no aporta datos que permitan la valoración sobre su dependencia o consistencia lógica y su credibilidad.

El estudio plantea y fundamenta un área de investigación de interés científico, justificando el abordaje cualitativo. Así mismo, se recomienda el reajuste metodológico para dotar al estudio de mayor confiabilidad y autenticidad.

En el entorno español, contamos con las iniciativas desarrolladas por la comunidad de Madrid y Castilla la Mancha; y organismos como la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía¹⁰⁻¹². Los documentos aportados por estas iniciativas deben de ser considerados para su implementación en todo el ámbito nacional, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial de forma integral.

El nivel de evidencia determinado corresponde al valor Beta ya que los hallazgos del estudio nos orientan en la

resolución del problema y en la toma de decisiones la utilización de políticas institucionales en el cuidado humanizado se tendría en cuenta como alternativa útil¹³.

Respuesta a la pregunta

La humanización en salud es percibida como un valor construido a través de la experiencia profesional y personal de cada individuo. Así mismo es considerado un derecho universal y se apela al uso de la ética como medio para su defensa y garantía.

Bibliografía

1. Costa Rosa Andrade Silva RM, De Oliverira DC, Ramos Pereira E. La producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización en la salud: singularidad, derecho y ética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(5): 936-44. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
2. Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
3. López Alonso SR, Gómez JP, Marqués Andrés S. Comentario Crítico de un estudio científico para una publicación. *Index Enferm* 2009; 18(1): 52-56.
4. Amezcua Manuel, Gálvez Toro Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública [Internet]*. 2002 Oct [citado 2018 Mar 15]; 76(5): 423-436.
5. Carli BS; Ubessi LD; Pettenon MK; et al. The humanization theme in intensive care in health studies. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(2):326-333. Disponible en: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6018>
6. Fernandes MJC, Silva AL da. Os Significados Do Cuidado De Enfermagem À Família Em Uma Unidade De Cuidados Intensivos. *Rev enferm UFPE on line., Recife, 2016; 10(6):1899-908.* Disponible en: <https://idp.fccn.pt/idp/profile/SAML2/Redirect/SSO?jsessionid=C0AEA3E338D3BA79E53331F32F7978CD?execution=e1s1&lang=en>
7. Chaves ANS, Miranda FS de, Jesus JMN de et al. Humanização em uma unidade de terapia intensiva adulta: um relato de experiência. *Rev enferm UFPE on line., Recife, 2015; 9 (Supl.7): 9139-44.* Disponible en: <https://idp.fccn.pt/idp/profile/SAML2/Redirect/SSO?execution=e1s1&lang=en>
8. Reis CCA, Sena ELS, Fernandes MH. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *J. res.: fundam. care. online* 2016; 8(2):4212-4222. Disponible en: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3983>
9. Salgado Lévano AC. Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT* 2007; 13: 71-8.
10. Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. 1ª Edición. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria; 2016 [8 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
11. Consejería de Sanidad Castilla-La Mancha. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria [sede Web]. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2016 [Acceso el 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://sescam.castillalamancha.es/plan-de-humanizacion/plan-de-humanizacion>
12. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. N° 32.- Humanización. Sevilla: Consejería de Salud; 2017 [Acceso el 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-32-humanizacion/>
13. Gálvez Toro A. Evaluación de la calidad de los diseños de investigación (IV). Investigación cualitativa descriptiva e interpretativa. En: Gálvez Toro A. *Enfermería Basada en la Evidencia*. 2ª edición. Granada. Cuadernos Index; 2007. p. 260-96.