

Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo^a

Paula Andrea Hoyos Hernández^b; Mónica Alexandra Cardona Ramírez^c; Diego Correa Sánchez^d

INTRODUCCIÓN

Los cambios en el contexto de la salud en los últimos años han generado fuertes cuestionamientos relacionados con la humanización en la atención de la persona enferma. Fomentan el interés por profundizar en este tema ya que existen diversas perspectivas y formas de concebirlo (1-9). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estas aproximaciones, en su mayoría, han sido teóricas y se han enfocado en una definición conceptual de esta temática, sin abordar otras áreas relacionadas (por ejemplo, motivación, liderazgo, actitudes, formas de intervención). Por lo anterior se podría decir que no hay suficientes referentes empíricos sobre la humanización en salud.

RESUMEN

Objetivo: describir las características del líder en humanización en salud a partir de la aplicación de la entrevista en profundidad sobre liderazgo en humanización en salud y el cuestionario de evaluación de habilidades de liderazgo para la humanización en salud. **Metodología:** estudio descriptivo. La muestra estuvo conformada por 13 líderes del Movimiento Nacional de Humanización en Salud^e de Antioquia, Valle, Cundinamarca y Atlántico, quienes fueron entrevistados en las ciudades de Bogotá y Cali, respecto a sus actitudes, habilidades, conocimientos, motivaciones y experiencias, en diciembre de 2005. **Resultados:** los líderes se caracterizan por sus habilidades para la comunicación y la resolución de conflictos y por asumir la humanización en salud como parte de su proyecto de vida, buscando generar bienestar a los otros en los diversos contextos en los que se desenvuelven. **Conclusiones:** la humanización en salud requiere líderes que se caractericen por generar cambios en los comportamientos y actitudes de las personas, promoviendo el bienestar integral a partir del trato humanizado.

Palabras clave: liderazgo, humanización en salud, habilidades, actitudes, conocimientos, motivación, experiencias.

- a *El presente artículo es producto del proyecto de investigación Por un hospital más humano: formación de líderes en humanización en salud, iniciado en julio de 2005 y finalizado en julio de 2006. El proyecto fue financiado por el grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y el Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, de Bogotá.*
- b *Psicóloga, investigadora, Grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana de Cali, y Psicóloga de la Fundación Casa GAMI (Grupo de Apoyo a la Mujer y al Infante). paulahoyos@javerianacali.edu.co.*
- c *Psicóloga, investigadora, Grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana Cali y Psicóloga del Programa de Atención Psicosocial y de recursos humanos de Papeles del Cauca. macardona@javerianacali.edu.co*
- d *Psicólogo, investigador, Universidad del Valle, Psicólogo Hospital Universitario del Valle y de la Corporación de Lucha contra el Sida, docente investigador Pontificia Universidad Javeriana de Cali y miembro del Equipo Nacional de Humanización en Salud. dcorrea@javerianacali.edu.co*
- e *El Movimiento Nacional de Humanización en Salud se origina en 1982 en la ciudad de Bogotá por iniciativa de los Religiosos Camilos, al crear el Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud y convocar a instituciones y profesionales de la salud para promover una filosofía de humanización en el contexto hospitalario.*

Cómo citar este artículo:

Hoyos Hernández P, Cardona Ramírez M, Correa Sánchez D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Invest Educ Enferm. 2008;26(2):218-225.

Recibido: Febrero 4 de 2008. Envío para correcciones: Julio 16 de 2008 Aprobado: Agosto 19 de 2008

Humanization of health contexts, a matter of leadership

Paula Andrea Hoyos Hernández; Mónica Alexandra Cardona Ramírez; Diego Correa Sánchez

ABSTRACT

This cross-sectional and detailed study consists of the first empirical approach to study humanization of health contexts through quantitative and qualitative methods. Its **purpose** is to describe the characteristics of the humanization carried by leaders in health contexts. This is shown through the humanization of health leadership interview, and the questionnaire of abilities for humanization of health leadership. The **sample** population consisted of 13 persons who were leaders of the Humanization of Health National Movement from Antioquia, Valle, Cundinamarca, and Atlántico. They were interviewed in the cities of Bogotá and Cali about their attitudes, abilities, knowledge, motivations, and experiences on December of 2005. **Results** show that leaders have abilities to communicate and solve problems, and take on humanization of health as part of their life project, trying to bring welfare to others in different contexts in which they take part. **Conclusions:** humanization in the health definitely requires leaders who are characterized by generating changes in behaviour and attitudes of people, promoting the overall well-being, from treatment humanized.

Key words: *Leadership, humanization of health, abilities, attitudes, knowledge, motivation, experiences.*

La humanización hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual (1-2, 10-12), mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia. De esta manera, se encuentra asociada con las relaciones que se establecen, al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo.

La revisión de esta temática muestra que en el ámbito de la salud influyen factores políticos, económicos, sociales y educativos, los cuales se relacionan entre sí y llevan a entornos más o menos humanizados.

A nivel político, la Ley 100 de 1993, en Colombia, ha tomado un rumbo errático que ha desencadenado el incumplimiento de los propósitos para los cuales fue orientada inicialmente, es decir, generar condiciones de calidad, eficiencia, equidad y acceso para todos. Esta Ley afecta la humanización en salud al exigir al personal sanitario, por ejemplo, atender una gran cantidad de personas en unidades de tiempo mínimas, lo cual ocasiona atención inadecuada desde el punto de vista ético y de baja calidad (7).

Las características socio-económicas que influyen en la humanización en salud son: la concepción de los servicios de salud como mercancía costosa que deja de lado su labor humanitaria (5) y la inadecuada remuneración y/o sobrecarga laboral a la cual está expuesto el personal de la salud, lo que llega a afectar sus niveles de autoestima, motivación, expectativas de superación personal y competitividad (5-6).

Los aspectos educativos relacionados con la humanización hacen referencia a la formación académica que reciben los profesionales de la salud, generalmente enfocada más en los aspectos técnico y tecnológico. Asimismo, la concepción de ser humano que subyace a la formación es cada vez más reduccionista, privilegiando al órgano enfermo (5,8), lo que contribuye a que el profesional se descentre de la relación con la persona. Aunque a los profesionales en formación se les instruye teóricamente sobre la integridad del ser humano, en la práctica encuentran modelos y referentes de atención deshumanizada (13).

A nivel organizacional, los factores que influyen de manera negativa en la humanización en salud son la falta de la estabilidad laboral, por las políticas actuales de contratación, la fragmentación del ser humano, el recorte de personal, el aumento en el volumen de pacientes, entre otros.

A pesar de las situaciones adversas que en materia de humanización se identifican en las instituciones de salud, existen intervenciones dirigidas a promover una cultura basada en valores humanos y donde la prioridad sea el crecimiento personal (6,10). Para ello es necesario humanizarse a sí mismo para humanizar a los demás y reconocer los propios valores que permiten actuar en función de quien lo necesita (6). Asimismo es necesario considerar las necesidades y el bienestar integral de los pacientes, teniendo como base, la idea que el humanizar las instituciones de salud va más allá de adquirir tecnología, y por eso se deben practicar el respeto, la hospitalidad, el civismo, la buena comunicación, entre otros.

Por otra parte, Nizama (5) establece como objetivos y estrategias el promover en el personal de la salud la sensibilidad humana, la solidaridad, la calidez, la sapiencia, el respeto por sí mismo y la interiorización y acción en pro de la ética, la moral y los derechos humanos del paciente y su familia. Para lograr lo anterior se necesita escucha activa, motivación para cultivar una adecuada imagen personal y desempeñarse como líder en su ocupación.

Aunque se han realizado múltiples esfuerzos por implementar programas que se dirijan a formar un contexto más humano en las instituciones de salud, los resultados han sido limitados en el tiempo, es decir, no se ha logrado de manera definitiva que el personal de salud se apropie verdaderamente del proceso de humanización, quizás por la carencia de líderes que dirijan sus esfuerzos en este sentido. De esta forma, se concibe la necesidad de impulsar programas de formación de líderes que lleven a cabo procesos de humanización en salud estructurados, coherentes y permanentes, que permitan su replicación y el cambio

de comportamiento en el contacto con paciente, familia y compañeros de trabajo. Para ello se requiere conocer cuáles son las características que tienen esos líderes, porque aunque sean similares a las de otros líderes, requieren ciertas particularidades propias de la humanización en salud.

El liderazgo es la capacidad de una persona para influir sobre los demás con el fin de alcanzar un objetivo valioso, que se caracteriza por ser ético y por beneficiar a otros (14). En el contexto de la humanización, está dado en términos de promoción y motivación a los otros, para que practiquen y fomenten relaciones humanizadas, no sólo con las personas que van en busca de sus servicios, sino también entre el personal directivo, administrativo y operativo (3,14).

Así pues, el presente estudio da cuenta de las siguientes variables: actitudes, motivaciones, conocimientos, experiencias y habilidades que tienen los líderes en humanización en salud.

METODOLOGÍA

Muestra: la investigación contó con la participación de 13 líderes; 2 hombres y 11 mujeres, integrantes del Movimiento Nacional de Humanización en Salud (MNHS), que laboran en contextos de salud y/o son docentes universitarios de ciencias de la salud.

Tipo de estudio: la investigación fue no experimental, con un diseño transversal descriptivo. Se utilizaron como estrategias de recolección de datos la entrevista en profundidad y el cuestionario de evaluación de habilidades, con el fin de obtener datos tanto cualitativos como cuantitativos.



Vacios ausentes diurno fragmento 80 x 60 acrílico 2008

Instrumentos: en la investigación se utilizó la *Entrevista en profundidad de liderazgo en humanización en salud ad hoc*, conformada por 20 ítems que hacen alusión a cuatro categorías de análisis: experiencias, motivación, conocimientos y actitudes. Asimismo se empleó el *Cuestionario de evaluación de habilidades de liderazgo para la humanización en salud ad hoc*, constituido por 37 ítems distribuidos en subescalas de habilidades de liderazgo como: resolución de problemas, comunicación, organización del trabajo y conducción de grupo. En tal cuestionario, cada participante obtuvo un puntaje por subescalas y un puntaje total, que permitieron identificar un nivel bajo, medio o alto de habilidades de liderazgo.

Para el procesamiento de los datos se utilizaron dos métodos: el Programa Etnograph 5.0, para el análisis de datos cualitativos arrojados por la Entrevista, que agrupa la información en categorías de análisis previas y ofrece información que permitió establecer categorías emergentes. A través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 13.0 para Windows, se llevó a cabo el análisis cuantitativo de los datos obtenidos del Cuestionario. Para cada subescala (habilidades de comunicación, resolución de conflictos, conducción de grupos y organización del trabajo), y para el total, se calcularon puntajes que permitieron clasificar a los sujetos en niveles (alto, medio, bajo). Dichos niveles se describen a partir de frecuencias simples, utilizando valores absolutos, considerando su adecuación para el tamaño de la muestra.

RESULTADOS

A continuación se describen las características del líder en humanización en salud, presentando inicialmente los resultados cualitativos (la motivación, las experiencias, el conocimiento y las actitudes) y, posteriormente, los cuantitativos (las habilidades de resolución de conflictos, comunicación, organización del trabajo y conducción de grupos).

Diversos factores ambientales e internos han llevado a los líderes a tomar iniciativas para llegar a la acción e interesarse en la humanización en salud como algo complementario y significativo en su rol laboral. Entre la motivación extrínseca se encuentran: la influencia de modelos familiares de interacción humanizada, la observación de comportamientos y actitudes positivas de compañeros de trabajo hacia el enfermo y su familia y la reflexión sobre la realidad actual del ser humano y la situación del contexto de salud. La participación de los líderes en procesos de humanización en el contexto de la salud se extiende a su proyecto de vida personal, se caracteriza por valorar y desarrollar acciones por el bienestar de otras personas,

y se aplica a diferentes áreas de su vida (laboral, familiar, académica y social). De esta manera, el comportamiento humanizado de los líderes y su trabajo han estado encaminados, entre otras razones, por el interés de tratar a los otros como les gustaría ser tratados, asumiendo una actitud empática, y por el nivel de satisfacción que experimentan frente a los cambios positivos de otras personas como fruto de los programas que promueven.

Los líderes han visto el proceso y desarrollo del MNHS y reportan las dificultades que se han presentado en él. Afirman que en un principio se hacían esfuerzos por difundir la humanización entre aquellas personas que ocupaban cargos subordinados en el organigrama de las instituciones de salud. Sin embargo, ahora se reconoce que se debe incluir al personal gerencial y/o administrativo, porque tiene gran facilidad para influir tanto en los trabajadores como en los objetivos estratégicos de la organización.

Los líderes afirman que cuando nació el MNHS se percibía una carencia teórica y metodológica que impedía concebir la humanización en salud desde un marco científico. Por lo tanto, se ha empezado a construir y enriquecer este concepto a partir de varias disciplinas científicas y el desarrollo de trabajos investigativos.

Los líderes afirman haber observado, dentro del contexto de salud en el que han laborado, maltrato al paciente, impuntualidad y condiciones de trabajo difíciles para el personal de la salud, que ha ocasionado un bajo nivel de motivación. Cabe destacar que algunos pertenecían a instituciones de salud y que, al momento ser entrevistados afrontaban su desvinculación laboral como trabajadores de la salud y el proceso de cierre de su institución. Ante estas situaciones, las estrategias de afrontamiento que asumen son: el diálogo, la resolución inmediata del problema, la escucha, y la formación al personal sanitario de atención humanizada hacia el paciente. La mayoría manifiestan tener flexibilidad ante los pacientes que asumen un comportamiento poco humanizado hacia los trabajadores de la salud, argumentando que la persona enferma sufre pérdida de la salud y es necesario entenderla.

Las experiencias hacen referencia a su vivencia en el proceso de humanizar su sitio de trabajo con los obstáculos, limitaciones y dificultades inherentes a estas iniciativas, así mismo las acciones emprendidas y las estrategias utilizadas. Se encontró que los líderes establecen estrategias de acuerdo con el campo de acción en el cual deben desempeñarse (institución de salud, ámbitos educativos); para ello, desarrollan proyectos, programas y actividades de promoción y mantenimiento de la humanización en salud. Así, en los proyectos o programas, los líderes pro-

curan contar con soporte científico y metodología clara con objetivos a corto y largo plazo y asignación de responsables y prioridades. Las estrategias en las instituciones se centran en sensibilizar a los directivos, proponer la humanización como parte de los objetivos estratégicos, brindar capacitaciones para el personal y realizar seguimientos que den cuenta de la aplicación del conocimiento adquirido en capacitaciones o cursos formativos de humanización en salud. En ámbitos educativos las estrategias utilizadas son: la retroalimentación, los señalamientos, la formación de líderes, la creación de guías y/o programas de intervención para varios sectores y el trabajo en valores y ética. Para la promoción y mantenimiento de la humanización en salud, los líderes emplean como estrategias de trabajo la realización de paneles, conversatorios, mesas redondas, invitación de expertos y apertura de espacios de diálogo.

A nivel teórico y personal, los líderes han adquirido conocimiento durante el trabajo en humanización. En los conocimientos teóricos, estiman que la humanización en salud debe ser un trabajo integral y multidisciplinario, que tiene como fin mejorar el medio ambiente de las instituciones de salud e incluye la responsabilidad social. Consideran que la Ley 100 ha tenido una gran influencia sobre el sistema de salud, al ocasionar cambio en la estructura hospitalaria, en los aspectos socioeconómicos relacionados con el servicio de salud, en la apariencia física de las instalaciones, la estabilidad laboral y las jornadas de trabajo, entre otros. Por otro lado, encuentran diferencias significativas entre las instituciones de salud pública y privada que promueven u obstaculizan la práctica de la humanización en salud. Sin embargo, la mayoría de ellos estiman que aunque unos trabajadores vivan situaciones más cómodas que otros en su institución de salud, el llevar a cabo acciones humanizadas depende de la sensibilidad personal y no únicamente del medio.

A nivel personal manifiestan haber adquirido conocimientos que hacen alusión a la necesidad de “humanizarse primero a sí mismos para humanizar a los demás”, poseer y desarrollar habilidades específicas y ser modelo u ejemplo para los otros. Hacen énfasis en comprender las situaciones problemáticas a nivel familiar, laboral o de otro tipo que antecedan las acciones deshumanizadas en el paciente o el trabajador de la salud, pero recalcan que el trato por el otro, el amor y el servicio no pueden estar condicionados a estas situaciones.

En humanización en salud es indispensable contar con actitudes orientadas a generar bienestar integral en el otro. Así, se requiere una actitud/habilidad activa, proactiva, flexible al cambio, asertiva, empática, versátil, y donde la humanización sea parte de la forma de ser y

vivir. Adicionalmente, para los líderes es relevante poseer una actitud propositiva, tanto con el personal que trabaja como con los niveles gerenciales de la institución, buscando estrategias y recursos para acceder a las personas y generar cambios permanentes. De esta manera, un líder en humanización debe ser capaz de acceder a las directivas para exponer su punto de vista y buscar la colaboración y el emprendimiento de acciones de humanización ligadas a objetivos estratégicos de la organización.

Previo a la presentación de los resultados cuantitativos, cabe mencionar que la muestra de este estudio estuvo conformada por trece sujetos, pero sólo se presentarán los resultados de 10 de ellos.

En cuanto a las habilidades para resolver problemas, comunicarse con otros, organizar el trabajo y conducir grupos, se encontró que los participantes, en general, tienen un nivel medio-alto.

Respecto a la habilidad de resolución de problemas, 8 de los 10 líderes que contestaron al cuestionario obtuvieron una puntuación en nivel alto, y 2 de ellos en nivel medio. Las principales estrategias utilizadas por la mayoría de los sujetos para resolver conflictos incluyen la definición de la situación problemática de forma concreta desde el principio, la creación de diferentes alternativas de solución y el desarrollo de un plan de acción cuando se toma una decisión ante un problema.

En cuanto a la habilidad de comunicación, 7 obtuvieron una puntuación en nivel alto, mientras que 2 quedaron en nivel medio y uno en nivel bajo. Las principales estrategias utilizadas por la mayoría de los sujetos para comunicarse con otros incluyen el uso de contacto personal para dinamizar proyectos de humanización, la retroalimentación a compañeros de trabajo cuando no han brindado un trato humanizado a los pacientes y sus familias, la expresión del propio punto de vista cuando hay dificultades en el trabajo en el MNHS y cuando no se llega a un acuerdo con alguna propuesta del equipo, y la acción de generar discusiones abiertas cuando defienden el trato humanizado a otros.

En la habilidad de organización del trabajo, 6 de los 10 líderes que contestaron el cuestionario obtuvieron una puntuación en nivel alto, mientras que 4 de ellos clasificaron en nivel medio. Las principales estrategias utilizadas por la mayoría para organizar el trabajo en su equipo de humanización en salud incluyen la redacción de un documento con objetivos, responsables, cronograma y presupuesto cuando se diseña un proyecto de humanización en salud, y la toma de decisiones compartidas con los integrantes del equipo de humanización en salud sobre el manejo de recursos.

De la habilidad de conducción de grupos, 4 de los 10 líderes que contestaron el cuestionario obtuvieron una puntuación en nivel alto, mientras que 6 de ellos clasificaron en nivel medio. La principal estrategia utilizada por la mayoría de los sujetos para ello es el formato del respeto por el punto de vista ajeno.

DISCUSIÓN

Las dinámicas poco humanizadas que se gestan en el interior de algunas instituciones de salud repercuten en la satisfacción de quienes están involucrados de forma directa o indirecta (pacientes, acompañantes, personal administrativo y operativo). De esta manera, se requieren procesos que activen el compromiso y la acción de los trabajadores de la salud en la búsqueda de contextos que ofrezcan acogida y bienestar integral a la persona enferma, su familia y los compañeros de trabajo (1-2, 10).

Durante años el MNHS, contando con el apoyo de líderes, ha dirigido sus esfuerzos a humanizar algunos contextos de salud, logrando interesantes procesos de sensibilización y compromiso activo en algunas instituciones de salud del país. Sin embargo, se espera que este sea un proceso que se generalice e impacte a todas las entidades de salud y trascienda a otros ámbitos, como el organizacional, el social, el familiar, entre otros. Para lograrlo, el MNHS ha identificado la necesidad de continuar contando con el apoyo de líderes que multipliquen este proceso. Así, se requiere describir las características de estos líderes e identificar lo que es posible desarrollar en aquellas personas que trabajan en el ámbito de la salud. Una vez logrado esto, se tiene la base para realizar procesos de formación que permitan a las personas interesadas en la humanización en salud desarrollar habilidades para promover acciones constantes y exitosas que consoliden la humanización como una política institucional prioritaria en el contexto de la salud.

A partir de los resultados del estudio se establece que los participantes presentan características comunes en cada una de las áreas evaluadas: conocimientos, experiencias, motivaciones, actitudes, habilidad de resolución de conflicto, comunicación, organización del trabajo y conducción de grupos.

Los líderes, a partir de su experiencia en el trabajo en humanización en salud, destacan la importancia y la necesidad de seguir trabajando por la humanización, no ligada en forma exclusiva a las instituciones de salud, sino que trascienda a los ámbitos familiar, social y personal. Ellos, al igual que Brusco (10) y Redrado (6), hacen alusión a la necesidad de “humanizarse primero para humanizar a los demás”, es decir, emprender constantes cambios per-

sonales que se reflejen en cada uno de los lugares en los cuales se desenvuelven, además de promover una cultura donde prevalezcan los valores humanos auténticos y se priorice el crecimiento personal. Sin embargo, como los líderes lo afirman, no es fácil generar cambios en otros, punto de vista que comparten Lussier y Achua (15), quienes explican que la resistencia al cambio es una actitud normal, que refleja miedo al fracaso, falta de convicción acerca de su necesidad y miedo al cambio, que sienten como una amenaza y algo desconocido.

La humanización en salud es, para los líderes, un trabajo que trasciende la obligación ética de las instituciones de salud y las situaciones adversas que ellos puedan experimentar (crisis económica de la institución, problemas personales, resistencia al cambio). De esta forma, los líderes siguen trabajando en pro de ella y actuando de manera congruente, emprendiendo acciones y buscando siempre el bienestar integral de quienes los rodean (1-2, 10, 16). Su congruencia lleva a ser entre el pensar y el obrar, considerados como modelos de humanización en sus instituciones de salud y esto les facilita el acercarse, y tener poder de convocatoria, como lo confirman Kirkpatrick y Locke (17), y Siliceo (14), al plantear que un líder debe ser modelo y su congruencia le permite gozar de credibilidad.

Los líderes se caracterizan por tener un proyecto de vida basado en intereses, gustos y convicciones relacionados con la humanización en salud. Esto refleja una perspectiva intrínseca de la motivación, aunque existe una inclinación innata por comprender los propios intereses y llevar a la práctica las capacidades propias para alcanzar un ideal, promoviendo un comportamiento activo en el medio (18). Aquí se evidencia una conexión entre lo que el líder quiere y lo que obtiene, que se relaciona con factores esenciales del liderazgo planteados por Koestenbaum, quien dice que el liderazgo “es el arte de combinar los resultados y el corazón” (19).

Los líderes conceptualizan la humanización a partir de una triada entre el paciente, el trabajador y la estructura organizacional de la institución, lo que coincide con la posición de Herranz (3) y Santos (9), que conectan todas las relaciones de la organización (médico-paciente, paciente-médico, personal –paciente – directivas) con el proceso de humanización, como también lo hacen Brusco (10) y Redrado (6), que relacionan ciertos factores a nivel organizacional y estructural. De tal forma, las relaciones inter y extra institucionales, y aspectos como la percepción que se tenga del paciente, el trato que se le da al personal de la salud, la forma de evaluar la calidad de los servicios y el desempeño de las directivas, tienen un impacto relevante en la atención al paciente.

Asimismo, los líderes afirman que es evidente la importancia de pensar y proyectar el trabajo en humanización como un proceso cotidiano y permanente, en el cual se requiere la unificación de los recursos y las fuerzas de la sociedad, y destacan el trabajo integral y multidisciplinario, que lleve a la práctica de la responsabilidad social por parte de las personas y de las instituciones (1-2,10). En este punto, subrayan que es necesario sustentar la humanización en bases científicas, para así, de acuerdo a lo planteado por Brusco (10), Redrado (6) y Santos (9), emprender un trabajo donde se involucre a los directivos de la institución de salud, sensibilizándolos sobre la importancia del trabajo en humanización y llevarlos a que lo incluyan dentro de los objetivos estratégicos. Se identifica como prioritario integrar al trabajo en humanización otros grupos interdisciplinarios con objetivos similares, con el fin de promover cambios en la comunidad hospitalaria. Una vez logrado lo anterior en el ámbito sanitario, se emprenderían acciones adaptadas a otros contextos para multiplicar la humanización.

Otro aspecto que destacan los líderes es la necesidad de formar a los demás en conocimientos y habilidades específicas que los lleven a brindar un trato humanizado a los demás, a desarrollar e implementar programas y acciones que promuevan la humanización.

De las habilidades evaluadas en el presente estudio, la mayoría de los participantes presentan como fortaleza la resolución de conflictos y la comunicación, y como aspectos que se deben mejorar en la mayoría, la habilidad de organización del trabajo y la conducción de grupos.

La habilidad en la resolución de conflictos les permite a los líderes enfrentarse de la mejor manera a las dificultades que se puedan presentar y les brinda la capacidad de responder a las demandas. La habilidad de comunicación ha complementado su habilidad de resolución, al facilitarles expresar a los demás sus inconformidades, escucharlos, retroalimentarlos, persuadirlos, comprenderlos y llegar a acuerdos sustentados en la concesión de todos. No obstante, se estima que es necesario fortalecer las habilidades mencionadas previamente.

CONCLUSIONES

Esta investigación da cuenta de algunas de las características de los líderes y permite la aproximación, no sólo al trabajo realizado en este proceso, sino también a las características personales que los han llevado a mantenerse y generar impactos en contextos de salud.

Se podría considerar que el proceso de humanización en salud ha sido lento debido a la poca cantidad de

personas vinculadas de tiempo completo al trabajo en este campo. En Colombia se ha caracterizado por responder a las motivaciones e iniciativas personales de los líderes, no hace parte de sus funciones regulares y la mayoría de las veces no cuenta con el apoyo de las directivas de la institución.

Para lograr contextos de salud más humanizados se necesitan líderes que posean una serie de actitudes, conocimientos, motivaciones, experiencias y habilidades, como conducción de grupos, resolución de conflictos, organización del trabajo y comunicación, además la capacidad de generar cambios, de valorar y aprovechar las diferencias y potencialidades de las personas, de extrapolar el liderazgo a todas las situaciones de la vida, de ser ejemplo para los demás, de autoevaluarse y tener autoconocimiento, entre otras. Sin embargo, lo más importante es que quien desee humanizar debe caracterizarse por tener un proyecto personal dirigido a generar bienestar en diversas áreas de interacción (social, familiar, laboral, etc.).

Es fundamental contar con líderes que influyan sobre los demás, para que practiquen y fomenten relaciones humanizadas que promuevan el bienestar de quienes lo rodean, y a su vez se constituyan en agentes multiplicadores de este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco ZR. Desarrollo humano y de valores en la salud. Manizales: Universidad de Caldas; 2003. 268 p.
2. Gil MI. Bioética: una propuesta de humanización y actitud frente a la vida. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2001. p. 3-9.
3. Herranz G. El hospital como organismo ético. *Pers Bioet.* 1998;2(3):43-67.
4. Mendoza J. Docencia, ética y humanización en la medicina. En: Universidad del Valle, Facultad de Salud. Seminario Nacional sobre currículo. La crisis de la educación en salud; junio 1993. Santiago de Cali: Universidad del Valle, Facultad de Salud; 1993. p. 125-128.
5. Nizama M. Humanismo médico. *Rev Soc Peru Med Interna* [Internet]. 2002 [acceso 15 de marzo de 2005];15(1). Disponible en: http://209.85.165.104/search?q=cache:328myxdza n4J:www.scielo.org.pe/scielo.php%3Fpid%3DS1609-71732002000100007%26script%3Dsci_arttext+Nizama+M.+Hum anismo+m%C3%A9dico&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co
6. Redrado JL. Humanicemos el hospital. Bogotá: Cencapas; 1988. p. 47-79.
7. Rodríguez C. Calidad de atención en salud y ley 100 de seguridad social. En: Escobar J, compilador. Bioética y justicia sanitaria. Bogotá: Ediciones del Bosque; 1999. p. 147-182.
8. Roldán I. Medicina humanizada. Bogotá: Selare; 1991. p. 11-87.

9. Santos AM. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuad Bioét [Internet] 2003 [acceso el 22 de marzo de 2005];14(50). Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/B4%20Humanizacion.pdf>
10. Brusco A. La humanización en el mundo de la salud. En: Redrado J, Gal J, Marchesi P. Humanización en salud. Bogotá: Selare; 2003. p. 93-119.
11. Correa D, Arrivillaga M, Varela M, Cardona Ramírez M, Hoyos Hernández PA. Por un hospital más humano, formación de líderes para la humanización en salud. Bogotá: Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana; 2007. p. 25-40.
12. Heluy C, Efigênia T, Cabañero R. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. Index Enferm [Internet] 2004 [acceso el 15 de noviembre de 2005];13(44):[18-20]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es&nrm=
13. Haidet P, Dains J, Paterniti D, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. Educ Med. 2002;36(6):568-574.
14. Siliceo AA. Líderes para el siglo XXI. México: Mc Graw Hill; 1997. 154 p.
15. Lussier R, Achua F. Liderazgo: teoría, aplicación y desarrollo de habilidades. México: International Thomson; 2002. 478 p.
16. Brusco A. Humanización de la asistencia al enfermo. Madrid: Centro de humanización de la salud; 1998. 144 p.
17. Kirkpatrick SA, Locke EA. Leadership: do traits matter? The Acad Manag Exec. 1991;5(2):48-60.
18. Reeve J. Motivación y emoción. México D.F: McGraw-Hill; 2003. 623 p.
19. Koestenbaum P. Liderazgo: la grandeza interna. México: Prentice – Hall; 1999. 369 p.