

## Deshumanización en la atención de la salud ¿son las Tic's el problema o la solución?

*Dehumanization in health care are ict's the problem or the solution*

<sup>a</sup>Luis A. Jiménez- Rodríguez, <sup>b</sup>Ramiro Gamboa-Suárez, <sup>c</sup>Marco Márquez

<sup>a</sup> Ph.D. Ciencias Generales, lualf0115@gmail.com, Orcid:0000-0001-8656-9406,  
Docente- Investigador. Universidad Nacional Abierta y a Distancia,  
Universidad Francisco de Paula Santander de Ocaña,  
Fundación de Estudios Superiores Comfanorte, Ocaña, Colombia

<sup>b</sup> Ph.D. Ciencias Generales, rgamboal@uniminuto.edu.co, Orcid: 0000-0002-5727-6409,  
Docente-investigador Corporación Universitaria minuto de Dios, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup>Docente investigador, marco.marquez@unad.edu.co, Orcid: 0000-0002-4181-8963  
Universidad Nacional Abierta y A distancia UNAD, Bogotá, Colombia

Recibido: 8 de Febrero de 2018 Aceptado: 20 de Mayo de 2018

Forma de citar: L. Jiménez, R. Gamboa y M. Márquez, "Deshumanización en la atención de la salud ¿son las Tic's el problema o la solución?",  
*Mundo Fesc*, vol. 9, no. 17 pp. 76-84, 2019

### Resumen

---

Este artículo analiza la deshumanización como resultado de la interacción del binomio paciente-médico y el intrincado campo real que en la actualidad sobreviene a la innovación y la tecnología que es fundamental hoy. Como premisa, se identifican las causas gestoras de la deshumanización en entornos médicos (alteración de la agencia del paciente, mecanización, reducción de la empatía y desconexión moral). Posteriormente, propondremos posibles soluciones tales como (individuación, reorientación de la agenda, promoción de la similitud, personificación y procedimientos de humanización, balance empático y selección de personal médico y paramédico y compromiso moral). Como colofón al esbozo teórico disertamos cuando este proceso deshumanizante en la situación de la salud en potencialmente tocado por la Tic's o si por el contrario no poseen efecto alguno dentro de su actuar. El estudio se basa en la interpretación e sendos documentos que en definitiva apoyaron el resultado, estos son fuente de investigaciones y posturas reales recogidas en el desarrollo.

**Palabras Claves:** Deshumanización, Empatía, Paciente, Tic's.

### Abstract

---

This article analyzes dehumanization as a result of the interaction of the patient-doctor binomial and the intricate real field that nowadays comes to the innovation and technology that is fundamental today. As a premise, the management causes of dehumanization in medical environments are identified (alteration of the patient's agency, mechanization, reduction of empathy and moral disconnection). Later, we will propose possible solutions such as (individuation, reorientation of the agenda, promotion of similarity, personification and humanization procedures, empathic balance and selection of medical and paramedical personnel and moral commitment). As a culmination to the theoretical outline we discuss when this dehumanizing process in the health situation in potentially touched by the Tic's or if on the contrary they have no effect whatsoever within their actions. The study is based on the interpretation of both documents that ultimately supported the result, these are sources of research and real positions collected in the development.

**Keywords:** Dehumanization, Empathy, Patient, Tic's.

---

Autor para correspondencia:

\*Correo electrónico: lualf0115@gmail.com

## Introducción

En su génesis la relación paciente-galeno, siempre ha sido entendida como aquella oportunidad donde coloquialmente se le cuenta al tratante sobre las falencias en términos de salud, esto no es un secreto. De este encuentro se espera, que aquel especialista cubra con su sapiencia y conocimiento el área problemática y sea capaz de brindar calidad de vida mediante el tratamiento asignado. Lo anterior en contexto normal siempre se ha efectuado mediante el auscultamiento y la práctica de la comunicación directa como único medio que permite al paciente sentir ese aporte hacia su franca mejora, es pues la práctica galena por tradición. Ahora bien, por desfortuna nuestra medicina occidental que difiere tangencialmente de la oriental que es milenaria, más naturalista y menos alquimista, se ha caracterizado por ser antes que preventiva curativa, esto es el entendido entonces que acudimos por tradición cuando existe el fallo.

Siempre el proceso dual de interacción se ha gestado mediante el aporte obvio del médico como conocedor y del paciente como aportante pasivo hacia la solución, siendo este último quien provee el insumo informativo claro y a veces preciso para que el tratante defina la anomalía. Este contexto ha de presumir el proceso vivo de la comunicación necesario para que se cree la confianza y el especialista se comprometa radicalmente hacia el cumplimiento de su juramento hipocrático. En vista de los criterios anteriores, vemos como hoy, si bien se trata de seguir la línea tradicional de atención, la misma interacción ha cambiado y se sustenta por fortuna o desfortuna la comunicación directa que a nuestro juicio profesa y promueve el toque sutil e importante de la humanización del servicio de salud, con el uso de las Tic's, como elemento complementario y definitivo hacia la solución en salud.

En tal sentido, el uso de las tecnologías de información y comunicación Tic's, comienza de manera predecible con una imagen que refleja tanto nuestros temores como nuestra fascinación por la computadora y su impacto social, por ello un caso que se trae a colación es cuando un paciente semiconsciente se encuentra en una unidad de cuidados intensivos, tubos que sobresalen, cables que salen de debajo de las sábanas y se conectan a una gran cantidad de carros de monitores o dispositivos montados en la pared, y líquidos intravenosos con bombas de infusión controladas por computadora que giran alrededor de la cama.

Los silbidos de los monitores no se interrumpen por las pisadas de los cuidadores, ya que rara vez tienen que entrar en la sala. En su lugar, los dispositivos inteligentes miden todos los parámetros fisiológicos pertinentes, decidiendo cómo ajustar las velocidades de infusión, cuándo modificar los ajustes del respirador y si sonar las alarmas para la intervención de enfermeras o médicos.

El mensaje es claro: estamos entrando en una era de terapia controlada por Tic's que abrirá una brecha entre los médicos y los pacientes, ofreciendo atención potencialmente competente pero estéril, impersonal y deshumanizadora. Por lo tanto, es hora de cuestionar el supuesto común de que el uso creciente de Tic's necesariamente deshumanizará la atención médica. El accionar actual de la sociedad muestra serios y fehacientes indicios de que en pro de la salud se aceptan otros escenarios incluidos el aporte definitivo de las Tic's, como solución antes que problema.

Vemos trazado un futuro con una variedad de aparatos que de hecho podrían permitir que la medicina se practique con la mínima imposición de manos. Sin embargo, la representación de los profesionales de la salud en este programa no es fría o impersonal, A pesar de las maravillas tecnológicas que se imaginan. Más bien, vemos en el siglo pasado, a médicos y enfermeras como personas amables y cariñosas que hablan con los pacientes, que tomaban las manos en momentos de necesidad y brindaban precisamente el tipo de comodidad y apoyo que prevemos que estaban ampliamente disponibles, e hicieron visitas a domicilio hace medio siglo de allí que se le entendía y aceptaba al galeno como y garante de vida y ante todo el aliado ante las vicisitudes propias del ser humano en salud. Por tal razón nace esta pregunta ¿Estamos viendo valores del siglo XXI proyectados de forma irreal en el futuro, o es posible que la mera introducción de tecnología no tenga un efecto deshumanizante en las relaciones entre los pacientes y sus cuidadores?

Por tal motivo, la humanización de los servicios hospitalarios implica en primera medida que los profesionales de la salud como médicos, enfermeras, personal de recepción y facturación brinden un servicio de calidad a los pacientes que lo requieran, y así mismo se respeten sus derechos, deberes, creencias el derecho a recibir un trato digno.

En ese orden, según [1] las instituciones hospitalarias, son subsistemas sociales que cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema con la finalidad de que cumplan sus roles establecidos a través de un control social, con el objetivo de mantener el sistema social imperturbable. Por consiguiente, diversos son los factores que influyen en que el trato al paciente no sea de calidad el cien por ciento de las veces, lo que hace necesario la empatía y personalización de la atención del paciente, al igual que una infraestructura adecuada para la recepción de pacientes en los centros hospitalarios, de allí, que en nuestra regiones que son alejadas de las ciudades capitales de Colombia aún persiste la ausencia estatal de garantías frente al derecho a la salud para los ciudadanos, prueba de ello es que las personas deben trasladarse a otros municipios aledaños para recibir la atención médica necesaria, o el hecho de que cuentan con centro de salud pero no cuenta con el personal ni los equipos necesarios para la atención de los pacientes, o en el peor de los casos, el personal que labora en las instituciones no es suficiente para cubrir con la demanda de usuarios.

Entonces, se manifiesta la deshumanización de los servicios hospitalarios en la sobre carga laboral que radica en el personal de salud, pero en especial en el personal de enfermería y los médicos de servicios de urgencias, en ese orden, hay una mayor incidencia en la población de enfermería quienes tienen a su cargo la ejecución de las ordenes Medicas, procedimientos, cuidado y atención integral del paciente.

Si bien es cierto, el termino Humanización es algo que incluye al todo el equipo de salud, vale la pena aclarar que el contacto o la interacción que tienen médicos y terapeutas con el paciente no es igual al tiempo que dedica el personal de enfermería. De acuerdo a [2] en el medio hospitalario el ingreso de pacientes es algo rutinario; por lo tanto, el personal de salud no brinda el tiempo, ni las explicaciones suficientes a la persona que por primera vez llega a una institución de salud. Entonces, se presenta el fenómeno del Hospital Deshumanizado que se vive en todo el mundo. Sin embargo, aunque la investigación ha observado una amplia gama de problemas, como los factores que contribuyen a la deshumanización y sus consecuencias e implicaciones, poco se ha hecho en el área de las interacciones médicas [3].

Por lo tanto, la deshumanización puede ocurrir por razones diferentes a la motivación de los profesionales de salud para resolver problemas de trabajo. Sin embargo, [4] identificaron causas funcionales de la deshumanización del paciente. Uno está relacionado con la resolución de problemas clínicos: tratar a los pacientes como sistemas mecánicos y concentrarse en una parte del cuerpo, sin considerar el organismo completo y los estados mentales del paciente, puede favorecer el diagnóstico y la localización patológica. La mecanización puede facilitar la resolución de problemas clínicos. Por otro lado, la deshumanización es una forma adaptativa de lidiar con el estrés laboral de los cuidadores asistenciales, así mismo, se ha encontrado que las actitudes y creencias implícitas se manifiestan no en comportamientos verbales sino en no verbales, por ejemplo, distancia de interacción, contacto visual y paraverbal por ejemplo, velocidad y tono del habla, que pueden transmitir rechazo y prejuicios a los pacientes. Por ejemplo, en las interacciones médicas discordantes, los médicos con mayor sesgo implícito muestran más dominio verbal que los médicos con menor sesgo implícito (es decir, hablan más que sus pacientes). El dominio verbal está asociado con un sesgo racial implícito, pero no explícito [5].

Podemos aplicar estos hallazgos a la deshumanización del paciente. La atribución de un estado humano más bajo a los pacientes es un efecto en gran medida inconsciente, evaluado a través de medidas sutiles.

El término "deshumanización", que equivale a "bestializar, no tener estima, exclusión social y ostracismo" en la literatura científica, así mismo, no ha recibido mucha atención en publicaciones científicas en Colombia. Por ello, la deshumanización como un fenómeno que emerge en las relaciones entre el personal del sector de servicios de salud, especialmente los médicos y enfermeras, y los pacientes, en este sentido, el objetivo de este estudio es examinar la deshumanización en el contexto de la ética empresarial en el sector de servicios de salud; donde se pretende enfatizar por qué ha emergido, sin acusar a un sector o vocación. Se adopta un enfoque deductivo para identificar los efectos positivos y negativos y contribuir a la discusión de este problema ofreciendo recomendaciones para eliminar las acciones negativas. Las últimas dos décadas han visto cambios notables en relación con el papel y la aceptación de las computadoras en nuestra sociedad [6].

Hoy en día, pocos pacientes cuestionarán el lugar lógico de la tecnología de la información para ayudar a los médicos y enfermeras que los cuidan. La revolución de las TIC's y el posterior desarrollo del software de gestión de oficina y de línea, han hecho que sea raro encontrar una práctica médica sin una automatización en su lugar. Sin embargo, el número de profesionales de la salud e instituciones médicas que usan las TIC's para brindar atención clínica siguen aumentando.

Hay dos aspectos de la deshumanización, a saber, el "deshumanizador" y "deshumanizado". También hay dos aspectos, la "actitud de deshumanización" y la "percepción de deshumanización". Desde la perspectiva del sector de los servicios de salud, la actitud de deshumanización se refiere a la actitud consciente o inconsciente. del personal sanitario hacia un paciente, la percepción de deshumanización se refiere a los sentimientos de los pacientes de que dicha actitud se dirige hacia ellos, independientemente de si se ha producido o no. La expresión "deshumanización" como una actitud se refiere a la negación parcial o total de una persona de las características humanísticas de una persona o grupo corresponsal [7]. El concepto de deshumanización se investigó como un factor que legitima los actos de violencia emergente entre individuos o grupos [8].

A través de sus actitudes deshumanizadoras, quienes dirigen actos de violencia hacia otros niegan las identidades humanitarias de esas personas. Estas actitudes se basan en las diferencias percibidas entre ellas y sus víctimas, y los actos de violencia se llevan a cabo a través de un sentimiento de compasión disminuido hacia las víctimas. Por consiguiente, hasta la década de 2000, el término "deshumanización" se usaba para explicar acciones moralmente intensas como la violencia y los crímenes de guerra. Más recientemente, se utiliza para investigar las relaciones en la vida empresarial y se ha convertido en un área de enfoque clave para los investigadores de ética empresarial. Además, las solicitudes de investigación científica han aumentado [9]. En la actualidad, se llevan a cabo un número creciente de estudios en el sector de servicios de salud, en los que la ética empresarial es vital [4].

### **Materiales y métodos**

La recopilación de datos y el uso de las fuentes de primaria se obtuvieron bajo el uso del método hermenéutico que permite el análisis:

e interpretación de textos y documentos. Para este escrito se hizo la búsqueda en las bases de datos Dialnet, Scielo, ProQuest, Bireme, Elsevier, ScienceDirect Pubmed y Latindex con las palabras humanización, deshumanización, acto médico, formación médica, enfermería, ética, bioética, medicina; se utilizaron diversas combinaciones de estas con el conector "Y". La búsqueda se amplió utilizando los términos en inglés: Humanization, dehumanization, medical act, medical training, nursing, ethics, medicine. Se incluyeron los artículos que estuvieran en texto completo, se descartaron los editoriales y las cartas al editor y se tomó como período de búsqueda desde el año 2006 al 2018, dando prioridad a los artículos más recientes.

Además, se acudió a estudios previos investigativos como gestión de valoración como estrategia de reconocimiento laboral del talento clave en empresas sociales del Estado. (E.S.E.), Estudio de caso "Felicidad organizacional como determinante de la productividad en la IPS Clínica Nuestra señora de Torcoroma y Percepción de la humanización en la prestación de los servicios de salud, una mirada desde la ética [10] trabajos que ayudaron a la orientación y una perspectiva más objetiva del presente constructo por estar presente al contexto real.

### **Definiciones y conceptos**

**Deshumanización:** Es la negación de rasgos humanos únicos (que involucran lógica, razón y civilidad) o rasgos típicos de la naturaleza humana que involucra emoción y calidez interpersonal; [11], [12].

**Paciente:** Según [13] el paciente se define como: La persona que recibe atención sanitaria, y a la atención sanitaria como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria, como una embarazada sana o un niño al que se vacuna, no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales. La atención sanitaria incluye el cuidado de la salud por uno mismo.

**Trato:** El Centro de Estudios y desarrollo estableció, mediante una serie de encuestas y análisis que "sus ideas (pacientes) son consecuentes al señalar que en el momento que se contactan con el personal

de salud y administrativo que los atienden se activan otros conceptos, algunos de ellos, más concretos que sustentan el significado de ser tratados como persona, los cuales se asocian a que éstos: miren, escuchen, saluden, tengan en consideración su opinión, sean cordiales e, incluso, cariñosos [14].

## Resultados y Análisis

Se encontró una amplia gama de artículos pertenecientes a la humanización y deshumanización en los servicios de salud evaluando la variable Tic's. Las fuentes encontradas fueron evaluadas en cuanto a su aporte para la caracterización del tema, siendo importante la gesta real de cada documento en su contenido y el aporte serio al constructo propuesto.

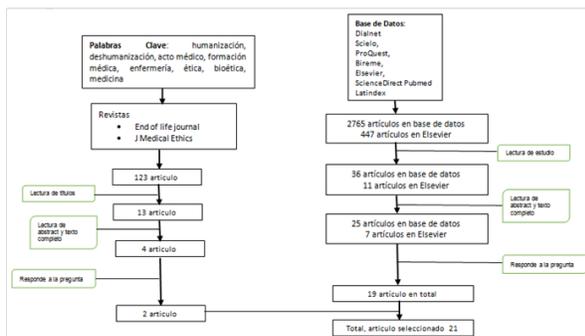


Figura 1. Revisión de artículos eficaces en distintas bases de datos

Se obtuvieron un total de 21 artículos de 10 países en distintos continentes, de los cuales 9 eran estudios cuantitativos, 7 estudios cualitativos, 1 estudio mixto, 4 revisiones de la literatura. Todos ellos fueron analizados críticamente por los autores buscando establecer los factores de evaluación que podrían llevar a la incidencia de las Tic's para determinar la deshumanización en los servicios de salud.

## Tipos y dimensiones de la deshumanización

La actitud de deshumanización se puede ver de dos maneras según [11] el primero es la deshumanización animal, la actitud de negar las características que distinguen a las personas de los animales, como la alta capacidad cognitiva, la amabilidad y la sensibilidad ética. El segundo es la deshumanización mecanicista, la actitud de negar las características que distinguen a las personas de los seres no vivos, como los robots. Estas características incluyen la agencia vital y las emociones.

Alineado a este modelo dual, que numerosos estudios respaldan, el acto de ver a los corresponsales como animales en la violencia de masas. Las acciones pueden ser descritas como deshumanización animal. Además, el acto de ver a los corresponsales en el campo de la tecnología y la medicina como frío, pasivo y mecánico, y no ver ninguna diferencia cualitativa entre ellos, puede ser descrito como deshumanización mecanicista [8], [11].

Además, los investigadores señalan dos dimensiones de la deshumanización. En la dimensión vertical, el corresponsal se califica como "bajo" o "alto" en términos de intimidad emocional (calidez) para el actor y logros en relación con los indicadores materiales [15], así mismo estos autores encontraron que las personas excluyen y deshumanizan a los corresponsales clasificados en el extremo más bajo de esta escala vertical, que se basa en la calidez y la competencia. En la dimensión horizontal, la distancia entre el usuario (paciente) y el actor (profesionales de la salud) y la ausencia de relaciones entre ellos son efectivas. Este tipo de deshumanización es evidente en el sector de servicios de salud [8]. El personal de salud se aleja emocionalmente del dolor de los pacientes y, al hacerlo, niega sus características humanitarias como la agencia vital o las emociones [3].

En ese sentido, las razones organizacionales son parte de la deshumanización y puede atribuirse a las características de un hospital como organización. La primera característica es la cultura organizacional del hospital. La cultura organizacional se define como el cuerpo de valores, creencias y acciones comunes de los miembros de la organización que lideran su conducta [16]. Como una pirámide, los impactos de la cultura organizacional emergen en tres capas de arriba a abajo [17].

- Elementos visibles tales como rituales, lenguaje, elementos físicos, comportamientos observados
- Valores y objetivos desposeídos relacionados con lo correcto / incorrecto y bueno / malo;
- Supuestos y creencias subyacentes que constituyen el inconsciente.

En una entidad prestadora de servicios de salud (EPS-IPS-ESE CENTRO MEDICO etc.), estas tres capas de cultura organizacional pueden afectar la deshumanización de los pacientes, Pero, veamos cómo cada una aporta al proceso

desde su arista y contribuye al escalonamiento del proceso deshumanizados en salud:

**Lenguaje:** Las palabras, los conceptos, los modismos y los estilos preferidos con respecto al habla en el lugar de trabajo pueden hacer posible la deshumanización de los corresponsales al afectar los procesos emocionales relacionados con las evaluaciones éticas de las personas. El lenguaje utilizado en las organizaciones comúnmente oculta el contenido ético de las decisiones y comportamientos, crea puntos ciegos éticos y causa decisiones morales inapropiadas [18].

**Elementos físicos:** Los pacientes y el personal pueden ser deshumanizados a través del diseño arquitectónico interior y exterior de los hospitales, el diseño, las medidas, los muebles preferidos (o no preferidos), la decoración, la selección de colores, las inscripciones, los signos y símbolos en el edificio, los uniformes del personal de salud y la ropa de los pacientes (por ejemplo, ropa que revela cualquier parte del cuerpo) [4].

**Comportamientos observados:** De acuerdo con la teoría del aprendizaje social, las personas aprenden a través del modelado de comportamientos observados de otros para generar comportamientos complejos. En las organizaciones, los comportamientos observados de los líderes/ gerentes y colegas en el grupo modifican las decisiones éticas y los comportamientos de los empleados que no tienen una identidad ética sólida [19].

**Valores y objetivos desposeídos:** Muchas organizaciones encarnan este elemento como misión, visión, valores y el código ético más reciente en documentos compartidos con los trabajadores y el público. Sin embargo, lo que importa no es el acto de compartirlos con los trabajadores, sino que los trabajadores compartan estos valores y objetivos. En Colombia, casi ninguna de las instituciones de salud tiene un código ético privado. Posiblemente, esto se debe a que, debido a la naturaleza muy ética de su trabajo, los grupos ocupacionales de servicios de salud tienen códigos éticos profesionales vinculantes. Sin embargo, es importante saber cuánto tienen estos códigos en la cultura organizacional. Un estudio encontró que incluso el personal de salud que prepara un código ético para sus propias instituciones no lo adopta [20].

**Supuestos y creencias subyacentes:** Este elemento generalmente está conformado por el fundador o líder y es adoptado por quienes participan en la organización durante el período de socialización [17]. Este elemento, en la parte inferior de la pirámide de la cultura organizacional, no se ve, sino que se siente. Además, tiene el mayor impacto en la deshumanización. Hoy en día, a menos que el enfoque filosófico dominante en la mayoría de los segmentos del sector de la salud que se centra en enfermedades o incluso los médicos [21] se abandonan y se adopta el enfoque centrado en el paciente, no parece posible que los pacientes estén libres de deshumanización.

**Gestión del desempeño:** en entornos donde los sistemas de desempeño solo incluyen objetivos cuantitativos, las personas instrumentalizan a los corresponsales al ignorar sus características humanitarias para alcanzar sus objetivos. A medida que aumenta el poder que tienen, esta acción se practica cada vez más [22]. Los objetivos cuantitativos crean la presión del rendimiento, y esto se siente especialmente en las instituciones prestadoras de salud privadas en Colombia.

De acuerdo a lo anterior, unas de la causales que fracturan la humanización en los servicios de salud es la competencia de comunicación, es decir; la capacidad que tiene un comunicador para desempeñar asertiva, efectiva y afectivamente una actividad comunicacional de acuerdo con un estándar; aplicando los conocimientos, destrezas, actitudes y valores que posee, escuchando, corroborando y simpatizando con su interlocutor, de allí que la mayoría de las PQR en los servicios de salud es la relación paciente-profesional de salud, debido a su simbiosis con la tecnología por parte del personal médico y paramédico, por consiguiente, El humanismo médico no es un lujo, ni un refinamiento para estudiosos; es un camino para huir del pragmatismo puro, del empobrecimiento intelectual a que puede conducir el desarrollo incesante de las técnicas y el peligro de llevar los medios a rangos de fines, [23].

No obstante, para mejorar esos juicios de deshumanización debe existir un proceso de comunicación donde el saludo, la presentación dentro del proceso completo del personal de salud, y la despedida confirma y mejora la relación con los usuarios de salud, así mismo que espera el paciente:

- Cero afán
- Actitud Amistosa
- Comprensión y Empatía
- Trato Justo
- Ofrecimiento de Alternativas
- Información Exacta
- Presentación Personal
- Sitio de trabajo Agradable
- Competitividad en su trabajo
- Reconocimiento-resarcimiento

Todo lo anterior, conlleva a una comunicación Humana excelente, donde se genera un clima de colaboración entre los actores del sistema, se desarrolla compromiso y mejora la experiencia del paciente, por ello para la atención en salud, no basta con saber hablar sino que exista asertividad y efectividad en la comunicación, sensibilidad y afectividad al escuchar y simpatizar con el paciente, que el personal medico y paramédico sea innovador en romper barreras y promover la pasión por su labor se establece que todo ser humano es un ser que siente, pero es habitual que en el ámbito laboral los profesionales dejen de lado este ámbito, lo que trae como consecuencia la negación y el ocultamiento de sus emociones como técnicas de afrontamiento de los servicios de salud hospitalarios.

En ese sentido, la complejidad de la habilidad médica actual y la especialización y compartimentación del conocimiento han tendido a diluir el valor central que para la medicina representa la relación que se establece cuando el paciente se encuentra con su médico. Por tal razón se hace necesario retomar el papel del médico frente a las humanidades y la Bioética junto con la consolidación de su enseñanza y puesta en práctica en la clínica, ya que estas complementan el cientificismo con el humanismo, [24].

### Conclusiones

En definitiva, los estudios y nuestra percepción nos llevan a considerar que efectivamente la cohesión y relación paciente-medico se ha alienado por el uso claro necesario de las Tic's. Por consiguiente, una tendencia hacia el uso de diferentes tecnologías para prestar servicios de salud que ya no sólo están concentrados en los diferentes centros hospitalarios, y hay una tendencia hacia el uso de diferentes tecnologías para prestar servicios de salud que ya no sólo están concentrados en las grandes ciudades, sino que se abren campo, justamente por una latente necesidad, en ciudades pequeñas y cada vez más intervenciones enfocadas a zonas remotas del país.

Si bien el rediseño del sistema de información para los servicios sanitarios se ha vuelto efectivos, de allí, la eSalud es la aplicación de las Tecnologías de Información y Comunicación (Tic's) en el diagnóstico, el seguimiento y la gestión de centros hospitalarios, pero esta herramienta desconectó la relación humana paciente/medico-enfermera, por lo cual se pregunta: ¿está la deshumanización del paciente realmente presente en contextos Tic's del personal asistencial de salud? La evidencia consistente indica que los profesionales de la salud asignan a los pacientes un estatus humano más bajo: los pacientes son percibidos como menos caracterizados que los médicos y enfermeras por rasgos humanos únicos, y están más representados en términos de características que los humanos comparten con los animales que en términos exclusivamente humanos. Así, los proveedores de atención médica asocian la enfermedad con una menor capacidad de racionalidad y autocontrol. No hay evidencia de deshumanización mecanicista cuando los profesionales médicos evalúan a los pacientes como una categoría e indicando científicamente los diagnósticos con las Tic's, y no como casos individuales.

De tal manera, que el proceso de deshumanización está ligado al desarrollo del ejercicio médico y a su transición por diferentes modelos y paradigmas en los que se van sustituyendo los preceptos del imperativo hipocrático por otros dados por un imperativo económico que propugna la eficiencia en la administración de los servicios de salud. Pero, ¿por qué los profesionales de atención médica deshumanizan a los pacientes? En la presente contribución, nos centramos particularmente en las causas funcionales de la deshumanización (para las causas no funcionales y las estrategias que permiten su control, [4]. Con respecto a las causas funcionales, la investigación ha encontrado constantemente que, entre los profesionales de la salud, la deshumanización del paciente puede estar asociada con una menor percepción de estrés y agotamiento.

Por lo tanto, la deshumanización del paciente puede tener la función de reducir el estrés y el agotamiento emocional que se derivan de las sobrecargas de trabajo y la percepción de dolor físico y psicológico en otros, con efectos beneficiosos para el bienestar de los profesionales de la salud y su desempeño en el trabajo. Sin embargo, como argumentamos, la deshumanización del paciente puede afectar la comunicación entre el médico y el paciente y disminuir la satisfacción de los pacientes con la atención.

Las percepciones deshumanizantes de los profesionales de la salud también pueden inducir autoevaluaciones negativas en los pacientes, con el efecto de una determinación más débil de los pacientes en el seguimiento de las recetas médicas, de allí, la pérdida del concepto de integralidad del paciente y su análisis e intervención desde un determinante únicamente biológico afectan el entendimiento de este, en sus aspectos humano y comportamental.

Sin menoscabo a la necesidad y el uso de la innovación, nos parece que el proceso y relación en salud a veces, se torna contrario al juramento hipocrático “Si este juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avéngame lo contrario. No por la acción voluntaria si no deshumanizante a la que ha traído el momento en la atención de los profesionales en salud, que ven al paciente como una carga, una mercancía y un objeto dador de recursos económicos.

### Recomendaciones

Se pueden tomar medidas a nivel individual, organizativo y gubernamental para eliminar los impactos negativos sin eliminar los impactos positivos de la deshumanización en el sector de servicios de salud. Primero, a nivel individual, el personal de salud debe usar la empatía y las habilidades cognitivas de una manera equilibrada. Por ejemplo, los médicos deben suprimir la empatía para asegurar una cirugía exitosa; sin embargo, deben demostrar altos niveles de empatía hacia los pacientes y los familiares de los pacientes durante los exámenes. Los investigadores describen los beneficios del aumento de la empatía y la disminución de la deshumanización. Se evidenció que los médicos y las enfermeras tenían más probabilidades de percibir al paciente como un individuo, aumentar la comunicación con el paciente y aclarar los objetivos de atención al paciente.

Además, a nivel individual, se puede mejorar la calidad y la cantidad de comunicación con el paciente. Durante la atención al paciente, las visitas o antes de una intervención, el personal de salud debe hacer hincapié en la obtención de información personal además de la información sobre la enfermedad sin estigmatización. Cuando los pacientes son atendidos como personas únicas y no solo en un grupo de pacientes similar, se sienten atendidos como una identidad individual.

Las percepciones de deshumanización pueden eliminarse apoyando a los pacientes, especialmente a aquellos con enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo y esclerosis múltiple. Como tales, no se deben enfatizar los problemas de salud, pero se debe resaltar su importancia en un mundo de vida más grande, y se debe alentar a los pacientes a recordar que tienen una historia de vida continua que incluye el pasado y el futuro, no solo una vida basada solo en la enfermedad.

Por otro lado, el acto de deshumanización puede disminuirse dando crédito al paciente que experimenta la enfermedad, tanto a los hallazgos del médico como a la tecnología relacionada con la enfermedad, sin objetivarlos y ganando su participación en la toma de iniciativas de salud. Un enfoque integrador que incluya métodos médicos tradicionales, complementarios y alternativos, en lugar de la causalidad por reducción en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, puede disminuir la deshumanización mecanicista del sistema actual. Por último, el Estado, la sociedad y la academia debe volver a la formación humana de los integrantes del contexto en salud, esto nos garantizaran la unión perfecta de la gestión humana y la tecnología, como fundamento hacia la vida digna y no monetaria o financiera.

### Referencias

- [1] M. Poblete-Troncoso y S. Valenzuela-Suazo, “Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios” *Acta Paul Enferm*, vol.20, no.4, 499-503, 2007.
- [2] I.C. Pabón-Silva, y O.C. Cabrera, “La humanización en el cuidado de pacientes para lograr una atención de alta calidad, hospitalarios”. *Universidad Mariana*, 2007.
- [3] J. Leyens. “*La humanidad para siempre en la deshumanización médica*”. Nueva York: En P. G. Bain, J. Vaes, y J.-Ph. Leyens (Eds.), pp. 167-185.
- [4] O.S Haque, y A. Waytz, A “La deshumanización en la medicina: causas, soluciones y funciones”, *Perspectivas sobre la ciencia psicológica*, vol. 7, 176-186.

- [5] N. Hagiwara, y R. Dent, “Comunicación médico-paciente durante interacciones médicas racialmente discordantes: limitaciones con los sistemas de codificación actuales”. *TPM - Pruebas, Psicometría, Metodología en Psicología Aplicada*, vol. 23, 511-529, 2016.
- [6] C. Dunlop y R. Kling R., “*Informatización y controversia: conflictos de valores y elecciones sociales*”. Boston: Prensa Académica, 1998.
- [7] S. Oliver, “Deshumanización: percibir el cuerpo como (en) humano. En P. Kaufmann, H. Kuch, C. Neuhauser, y E. Webster (Eds.), *Humillación, degradación, deshumanización: Se ha violado la dignidad humana* Nueva York, Nueva York: Springer. S. pp. 85-97, 2011.
- [8] N. Haslam, y S. Loughnan, “Deshumanización y revisión anual de la psicología”, vol. 65, no. 1, 399-423, 2014.
- [9] L.K. Treviño, G.R. Weaver, y S.J. Reynolds, “La ética del comportamiento en las organizaciones: una revisión”. *Revista de Gestión*, vol. 32, 951-990, 2006.
- [10] L. A. Jiménez-Rodríguez y R. Gamboa-Suarez Ramiro, “Percepción de la humanización en la prestación de los servicios de salud, una mirada desde la ética”, *Journal Cim*, vol. 6, no. 1, 330-341, 2018.
- [12] N. Haslam, P. Bain, L. Douge, M. Lee, y B. Bastian, “Más humano que tú: atribuir la humanidad a uno mismo y a los demás”. *Diario de la personalidad y la psicología social*, vol. 89, 937-950, 2005.
- [13] Organización Mundial de la Salud. (2009). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. [En línea]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
- [14] Departamento de Estudios y Desarrollo, 2013. ¿Qué es “trato digno” para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Disponible en [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles9004\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles9004_recurso_1.pdf)
- [15] L.T. Harris, y S.T. Fiske, “Deshumanizante lo más bajo de lo bajo: respuestas de neuroimagen a Extremidades extremas”. *Ciencia psicológicas*, vol. 17, 847- 853, 2006.
- [16] J.R. Schermerhorn, J.G. Hunt, J.G., Osborn, R. N., & M. Uhl-Bien, “*Comportamiento organizacional*”. Nueva Jersey: NJ: John Wiley & Sons, M., 2010.
- [17] E.H. Schein, “*Cultura organizacional y liderazgo*”. San Francisco: CA: John Wiley & Sons, 2010.
- [18] M.H. Bazerman, y A.E. Tenbrunsel, “*Puntos ciegos: por qué no hacemos lo correcto y qué hacer al respecto*”. Princeton: NJ: Princeton University Press, 2011.
- [19] L.K. Treviño, N.A. den Nieuwenboer, y J.J. KishGephart, “Comportamiento (no) ético en las organizaciones”. *Revisión anual de psicología*, vol. 65, 635-660, 2014.
- [20] I.D. Montaya, y A. J Richard, “Un estudio comparativo de códigos de ética en establecimientos de salud y empresas energéticas”. *Diario de ética empresarial*, vol. 13, 713-717, 1994.
- [21] J. Bensing, “Acortando distancias. Los mundos separados de la medicina basada en la evidencia y la medicina centrada en el paciente”. *Educación del paciente y asesoramiento*, vol. 39, 17-25, 2000.
- [22] D.H. Gruenfeld, M. E. Inesi, J. C. Magee, y A. D. Galinsky, “El poder y la objetivación de los objetivos sociales”. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, vol. 95, 111-127, 2008.
- [23] Mazzei ES. 1971. Conferencia 18/6/71.
- [24] R. Pérez-Tamayo “Humanismo y Medicina”. *Rev Fac Med*, vol. 53, no. 6, 38-43, 2010.