

Recibido: 26/09/2019

Aceptado: 11/10/2019

HUMANIZACIÓN SANITARIA, GESTIÓN CLÍNICA Y DERECHOS HUMANOS.

LUIS CARLOS MARTÍNEZ AGUADO.

Jefe del Servicio de Información, Trabajo Social y Atención al Paciente.
Vicepresidente Comité de Ética Asistencial. Presidente de la Comisión de
Humanización y Calidad Percibida. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
luiscarlos.martinez@salud.madrid.org

PALABRAS CLAVE

Derechos Humanos, humanizar, servicios sanitarios.

RESUMEN

Desde su origen, la medicina se ha centrado en desarrollarse de manera técnica y científica. La posición médica siempre ha sido preeminente frente al enfermo, hasta que en el siglo XX ocurrió un cambio de paradigma donde esa relación de influencia-poder basada en el conocimiento, se fue transformando en una negociación de las indicaciones en un marco crítico, desconfiado y descreído. Dicho cambio supuso tener en cuenta la ética en el plano médico gracias a la influencia de escritos como la Declaración Universal de Derechos Humanos. Este artículo se centra en narrar las bases en las que se tiene que asentar una organización humanizada desde la práctica y el conocimiento personal, destacando el relato de la implantación del Plan de Humanización para una mejor atención sanitaria en España. Confianza, generosidad, ayuda, escucha, empatía y compasión son valores que se quieren resaltar en este artículo para poder conseguir una organización humanizada.

KEYWORDS

Human Rights, humanize, sanitary services.

ABSTRACT

Since its inception, medicine has focused on developing in a technical and scientific way. The medical position has always been preeminent against the patient, until in the XX century there was a paradigm shift where that relationship of influence-power based on knowledge, was transformed into a negotiation of the indications in a critical, distrustful and unbeliever. This change meant taking ethics into account at the medical level thanks to the influence of writings such as the Universal Declaration of Human Rights. This article focuses on narrating the bases on which a humanized organization must be established from practice and personal knowledge, highlighting the story of the implementation of the Humanization Plan for better health care in Spain. Trust, generosity, help, listening, empathy and compassion are values that you want to highlight in this article in order to achieve a humanized organization.

1. INTRODUCCIÓN.

La Humanización es buena para la salud de profesionales y pacientes.

Gonzalo Berzosa

No todo en Medicina es ciencia.

Albert Jovell

Para muchos pensadores la mayor creación intelectual del siglo XX es la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948). Una valiosísima y silenciosa revolución democrática de concordia, solidaridad y conciliación, como ideal común para todos los pueblos y naciones. Este documento básico ha supuesto un incremento esencial en el desarrollo de los pueblos y las personas, en el logro de una convivencia satisfactoria en todos los órdenes sociales, siendo un capítulo conmovedor en la historia del progreso humano. A partir del ilustrado siglo XVIII, las nuevas ideas impulsaron el logro de un mayor conocimiento en todos los ámbitos, siendo el índice de conocimiento más preciso en la objetivación del avance social que el propio Producto Interior Bruto¹. Los derechos de las personas son constructos y convenciones que han alcanzado objetivos esenciales, como son, en nuestros días, sistemas sanitarios, sociales o laborales, en todos los países occidentales y otros estados de diversas latitudes que persiguen la construcción de estructuras similares que procuran bienestar y felicidad.

Si releemos los treinta artículos de este documento universal, es muy sugestivo pensar en su aplicación en el ámbito sanitario, constituyendo un origen ético y jurídico para las garantías que los ciudadanos ejercen en este medio, a través del profesionalismo y la adecuada práctica sanitaria. Y por ello, el origen derechos humanos, el significado, humanización y la forma de gestión se entrelazan, se funden y confunden en un valor fundamental que es la dignidad de las personas y su respeto como principio esencial o a primera vista, “prima facie” (ONU, 1948; Osler en Dancy, 1995).

En esta línea y en un plano más actual cabe destacar los bien interesantes objetivos que las Naciones Unidas plantean para un desarrollo sostenible en la denominada agenda 2030. El objetivo 3 “Salud y Bienestar” tiene un contenido que para muchos países, como el nuestro, podemos haber conseguido en buena medida, pero para otros es un logro considerable a alcanzar en sus mínimos.

Desde los más remotos tiempos la Medicina se ha conducido con criterios de ayuda y asistencia al enfermo, siendo éste el aspecto que nos ha distinguido a los sanitarios durante siglos. Las profesiones sanitarias, por antonomasia enfermería y medicina, han recorrido un camino histórico lleno de dificultades, aunque superadas con una gestión del conocimiento

¹ Recomiendo vivamente consultar la obra de Steven Pinker, “En Defensa de la Ilustración”, Editorial Paidós, 2018.

eficaz, en pos de una verdad científica que ha cosechado grandes avances, logros excepcionales y progresos insospechados en todos los ámbitos clínicos. Se dice que la Medicina ha avanzado más en los últimos 25 años que en los 25 siglos anteriores.

Tabla 1: Grandes hallazgos médicos desde 1840.

1. **Anestesia:** La revista bautiza los procedimientos que inhiben la sensibilidad y la capacidad para sentir dolor como “un símbolo de humanidad y civilización”.
2. **Antibióticos:** Su descubrimiento supuso una de las grandes revoluciones de la medicina. Por primera vez, a principios del siglo XX y con el hallazgo de la penicilina, las infecciones podían tratarse y curarse sin perjudicar el organismo del paciente.
3. **Clorpromazina:** Utilizada especialmente en medicina psiquiátrica, este compuesto actúa como tranquilizante, pero sin sedar al paciente, que mantiene la consciencia. Ha permitido que, desde mediados del siglo XX, muchos esquizofrénicos sigan una vida prácticamente normal.
4. **Los ordenadores:** Han cambiado nuestro modo de aprender, de vivir y comunicarnos. Su tecnología permite lograr mejorar los niveles de salud y bienestar sin importar quiénes seamos o donde estemos.
5. **El descubrimiento de la estructura del ADN:** Watson y Crick representaron por primera vez en 1953 la estructura del ADN. Desde entonces, el estudio del genoma humano ha permitido grandes progresos en el estudio de enfermedades hereditarias.
6. **La medicina basada en la evidencia:** Este término acuñado en la Universidad de Ontario en Canadá implica que los tratamientos médicos se basarán siempre en el uso racional y actualizado de la mejor evidencia científica. Se asienta sobre la revisión sistemática.
7. **Teoría de los gérmenes:** El descubrimiento de esos ‘asesinos invisibles’ llamados gérmenes provocó que, a principios del siglo XX, la mortalidad causada por infecciones disminuyera del 30% al 4%.
8. **Rayos X y otras técnicas de la imagen (ecografías, tomografías...):** Los rayos X, inventados por Wilhelm Röntgen hace dos siglos, revelaron al mundo qué existía dentro de nuestros organismos y propiciaron la creación de nuevas técnicas de cirugía.
9. **Inmunología:** La capacidad de distinguir las armas de las que dispone nuestro organismo para combatir la enfermedad ha contribuido a nuevas técnicas de defensa y al diagnóstico de múltiples dolencias.
10. **Píldora anticonceptiva:** Elevada como “bandera de la liberación”, la píldora ofrece la posibilidad a las mujeres de decidir en qué momento quedarse embarazadas.
11. **Terapia de rehidratación por vía oral:** Un solución simple y barata que salva vidas a diario. Es fundamental para combatir cuadros de diarrea.
12. **Riesgos del tabaco:** Fueron dos estudios elaborados en 1950 los que desvelaron los terribles efectos que el tabaco causa en el cuerpo humano. Según los análisis, puede provocar cáncer.
13. **Higiene sanitaria (suministro de agua limpia...):** En el siglo XIX, la pobreza, la mala calidad del agua y la falta de higiene se cobraba varias vidas cada año. La instalación de sistemas de ventilación, alcantarillado y tuberías en las poblaciones es, uno de los grandes avances de los últimos tiempos.
14. **Cultivo de tejidos:** A esta técnica se le debe la existencia de varias vacunas, y ha sido de gran ayuda para obtener vacunas baratas.
15. **Vacunas:** Capaces de erradicar dolencias milenarias, su existencia se debe a los estudios realizados por Louis Pasteur.

Fuente: Hernández, 2007.

Este nivel de desarrollo técnico y científico ha salvado muchas vidas humanas que en otras épocas hubieran tenido un destino infausto. También una ingente cantidad de personas se han beneficiado al experimentar una mejora ostensible en su calidad de vida por la aplicación de tecnologías, tratamientos o cuidados especiales. Nunca un servicio público ha ofrecido una efectividad tan importante a la ciudadanía.

En España han existido varios programas de gran eficacia en resultados de salud; por ejemplo, la propia medicina de familia, el trasplante de órganos, los tratamientos inmunoté- rpicos oncológicos, la hemodinamia cardiaca, el diagnóstico por imagen, la investigación biomédica, medicina genómica a la carta, el tratamiento de la enfermedad mental, una nueva concepción de la natalidad, el nuevo arsenal antimicrobiano y antiviral, e incluso en el futuro se vislumbran avances insospechados como desarrollos robóticos y de computación como el Big-Data, avances en medicina neurodegenerativa, o los anhelados resultados del micro- bioma; también son esperados los logros que se alcancen con la bioimpresión de tejidos y órganos, así como muchos otros.

Uno de los retos de la organización y de las profesiones es la transformación desde un siste- ma curativo, a uno más preventivo en todos los órdenes. Y sobre el reto anterior otro que ya nos confronta a una sociedad envejecida y por tanto desde un asistencia a pacientes agudos, a una atención del enfermo crónico, pluripatológico y envejecido. Una situación efecto de dar años a la vida desde la ciencia médica, que ahora desde el debate ético es obligado dar calidad de vida a los años.

Es preocupante la situación de la persona mayor en una sociedad individualista y de consu- mo, en donde esta persona con experiencia ya no cuenta, a efectos de rentabilidad y además precisa de mayor atención y cuidado. La sociedad no lo tiene en el foco y mira para otro lado, y se dan con elevada frecuencia casos de maltrato, ya sea económico, psicológico o físico. Es necesario acentuar las obligaciones de cuidado y alimento hacia la persona mayor, tal y como obliga en terminos de mínimos la legislación vigente,(Código Civil, 1889, art. 142 y ss.) y desarrollar una mayor sensibilidad, detectando situaciones ocultas de maltrato y comuni- cándolas a la Autoridad Judicial o al Ministerio Fiscal.

El sistema sanitario en España ha constituido un logro social de primera magnitud, que con frecuencia es sometido a graves tensiones por parte de todos los actores, ciudadanos, pro- fesionales, organizaciones representativas, en especial gestores y políticos. No siempre se cuida lo suficiente una supraorganización como es el Sistema Nacional de Salud que como acabamos de repasar, logra cada día tantas satisfacciones, beneficios y utilidades, tan va- liosas en el ámbito de la salud de las personas y en la salud pública de la comunidad en su conjunto.

Y una de las causas para que el cuidado no sea el adecuado, **es la falta de un relato mantenido y constante en el plano ético**, que profundice en los principios que articulan una organización de valores morales, valores que deben impregnar todos los niveles asistenciales y que orientan hacia objetivos plenamente enraizados en el núcleo íntimo de lo que es el respeto profundo, pleno y continuado a las personas en su dignidad. **Estamos hablando de Derechos Humanos.**

La protección de la Salud, según establece el artículo 43 de la Constitución, no se trata de un mandato meramente instrumental, operativo o sólo práctico, sino que obliga a que esta supraorganización proteja a las personas y respete los valores que cada una establece como propios (Constitución Española, 1978: Artículo N°43). Porque respetar esos valores es respetar su dignidad. Se trata de apreciar retos científicos, barreras biológicas y en especial un delicado “velo ético” que supone lograr una excelencia mínima profesional y organizacional.

En palabras del gran médico y humanista William Osler² las cuatro “haches” deben distinguir al buen médico y sobre todo al médico bueno: honestidad, humildad, humor y humanidad. Buena parte de las aptitudes e incluso de las actitudes se configuran en la formación de un médico, formación que en este campo se debe en gran medida al profesor Osler, fundador de una de las instituciones más prestigiosas a nivel mundial, el hospital Johns Hopkins y su Escuela de Medicina, con la entidad matriz universitaria del mismo nombre; a él le debemos la figura del médico interno o residente como método para la formación profesional y especializada; aquellos residentes vivían en el hospital y el período de esta residencia variaba entre siete y ocho años. Su gran logro no era la dedicación a las clases magistrales, sino también a entablar conversación con el paciente, pues de ahí surgen las pistas para un buen diagnóstico; hablar y escuchar al enfermo puede ser obvio en la actualidad, pero en aquella época no se consideraba necesario hablar con el paciente (Serra Valdés, 2015).

2. LA IN-QUIETUD DE LA MEDICINA.

La historia de la Medicina nos recuerda una trayectoria lineal en más de 2.000 años, con una posición médica preeminente frente al enfermo, hasta un cambio de paradigma claro en pleno siglo XX, en donde esa relación de influencia-poder sobre los pacientes, basada en el conocimiento, se fue transformando en una negociación de las indicaciones en un marco crítico, incierto, desconfiado y descreído.

Coincidiendo con ese cambio en el seno de la relación clínica causado por transformaciones de la sociedad, se desarrollan iniciativas, sobre todo, en Estados Unidos en los años 70 y más tarde en el resto de países. En España dejan alguna estela ética muy superficial en el sistema sanitario, pero no impregnaron el quehacer de la organización asistencial, siendo

² La figura de Sir William Osler marca el comienzo de importantes conocimientos y aportes en la clínica médica y revoluciona la enseñanza de la medicina. Conocido desde entonces como el padre de la medicina moderna. Su legado fue la enseñanza al lado del paciente; el nuevo currículo, la educación médica y la promoción de la investigación en los estudiantes; el conocimiento de la historia y el humanismo y el amor a la medicina interna. Tiene más de 1.500 publicaciones que aportó a muchas especialidades clínicas, entre las que se encuentra la reumatología.

destacable el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria del Instituto Nacional de la Salud, junto a algún decreto gubernamental anterior, en donde se recogen una serie de actuaciones para toda la red hospitalaria que incluyó 16 medidas prácticas que se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 2: Medidas y prácticas del Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carta de Presentación y Recepción del Paciente. | Señalización del Hospital. |
| Información General y Normas de Funcionamiento. | Ampliación del horario de visitas en los hospitales. |
| Creación de la Carta de Derechos y Deberes. | Adopción de medidas para que la madre pueda acompañar al hijo ingresado en el hospital el mayor tiempo posible. |
| Creación del Servicio de Atención al Paciente. | Realización de una encuesta de posthospitalización para controlar la calidad de la asistencia. |
| Seguimiento de la Carta de Derechos y Deberes. | En los hospitales infantiles se intentará contar con la presencia de un maestro. |
| Constitución de la Comisión de Humanización de la Asistencia. | El paciente podrá elegir entre tres comidas diferentes. |
| Implantación en las consultas externas de la cita previa para evitar la masificación. | Se crearán bibliotecas para enfermos. |
| Seguimiento de la Lista de Espera. | Se intentara sensibilizar a los pacientes y a sus familiares sobre la necesidad de las autopsias y donaciones de órganos. |

Fuente: INSALUD, 1984.

La Carta de Derechos y Deberes citada en la tabla anterior recogía 16 derechos y 8 obligaciones de los pacientes. Entre los primeros destacaban la libertad de negarse a seguir el tratamiento (salvo excepciones); el derecho a recibir información completa y continuada (incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos, y pronóstico); a la libre determinación del paciente, que, de forma expresa, debe dar su consentimiento previo a cualquier actuación; a no ser objeto de experimentos sin su autorización y a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. Los deberes del paciente los determinaba el mencionado plan y destacaban los de cumplir las normas del hospital, utilizar adecuadamente las prestaciones ofrecidas, respetar al personal del centro y a los otros enfermos, y exigir que se cumplan sus derechos (INSALUD, 1984).

Imagen 1: Carta de Derechos y Deberes del paciente.



Fuente: diario ABC, 1984.

El plan de humanización de la asistencia, en principio, se desarrolló inicialmente en 1984 en 15 hospitales del Insalud: Ortiz de Zárate, Cruces, Arquitecto Marcide, Montecelo, Marqués de Valdecilla, Nuestra Señora de Covadonga, La Fe, Miguel Servet, Nuestra Señora de Alarcos, Virgen de la Salud, Nuestra Señora del Pino, Clínica Puerta de Hierro, Primero de Octubre, Hospital General de Segovia y Virgen de la Vega. Posteriormente se amplió al resto de centros hospitalarios. El propósito de esta iniciativa era actualizar la situación de los hospitales, que mantenían un estilo anacrónico y desactualizado, sobre todo en lo relativo a lo que un servicio público, de gran valor para el paciente, debiera tener en lo referido a su organización básica, orientada hacia el ciudadano e impregnada de actitud de servicio en todos sus profesionales (INSALUD, 1984).

Imagen 2: Información sobre las primeras Jornadas sobre la Humanización de la Atención Sanitaria.



Fuente: Gutiérrez, 2011.

Para algunos no supuso un gran avance, pero sí fue un primer paso que modernizó la atención hospitalaria, denominada en la normativa de la época “*instituciones cerradas*”³ que los más antiguos recordarán. Por esos años estas medidas eran sentidas por muchos profesionales como una propuesta excesiva y fuera de lugar, en contraposición a los propios pacientes que no percibieron la implantación de estas novedades.

³Instituciones abiertas y cerradas son dos conceptos que han quedado obsoletos en la actualidad, pero que tienen su origen en una orden del Ministerio de Trabajo de 1971 en la que regulaba las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. La orden las clasificaba así: Instituciones sanitarias cerradas: ciudades sanitarias, residencias sanitarias y centros especiales. Instituciones sanitarias abiertas: centros de diagnóstico y tratamiento ambulatorios, consultorios de medicina general y ambulatorios mixtos.

El relato en primera persona cuando en 1985 implantamos este Plan de Humanización, fue a la vez que ilusionante, un reto muy costoso, y en ocasiones traumático. Muchas de las medidas eran consecuencia de la propia transformación social; otras sin embargo, chocaron frontalmente en el seno de las profesiones en su núcleo más paternalista. Los aguerridos pioneros, como quien suscribe⁴, se emplearon con denuedo y empeño en hacer valer los derechos de los pacientes desde un órgano como el Servicio de Atención al Paciente, unidad sin un cometido claro y respaldo concreto, lo cual supuso una suerte de aventura laboral, que requirió grandes dosis de argumentación ética, frente a un poder hospitalario que defendía con intensidad la supremacía médica frente a las peticiones de los pacientes, reflejadas en esa Carta de Derechos, todavía por entonces sin correlato jurídico.

Desde aquella época han pasado casi cuatro décadas y muchos avances en el conocimiento científico, junto a un lento y progresivo incremento de la calidad moral de nuestra organización, como consecuencia de las demandas profesionales y en especial de la demanda social imparable. Por otra parte es una paradoja que en 1948 la ONU promulga la Declaración de Derechos Humanos, que en 1978 se incluye como referencia en nuestra Constitución, pero esos derechos humanos no llegan, hasta casi este siglo XXI, al ámbito sanitario con las nuevas leyes que en esa centuria se han ido publicando, como las que repasamos a continuación:

- **Ley General 14/1986 General de Sanidad**, en ella se establece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución Española. En su Título III define a las prestaciones públicas y sus estructuras como un Sistema Nacional de Salud, con una organización de sus servicios establecida por las distintas comunidades autónomas. Organización, coordinación, universalización, participación, son términos, acuñados en relación con el Sistema Nacional de Salud, que suenan hoy muy familiares, pero eran completamente nuevos hace treinta años. Se incluía en su artículo primero, regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección, a la salud y a la atención sanitaria de todos y definir y regular los derechos y deberes de todos respecto al bien salud, en la expresión del artículo 43 de nuestra Constitución, como decía inicialmente. Y, aunque la mayoría de las disposiciones contenidas en la Ley General de Sanidad tenían carácter organizativo, **se contenían en ella diversas previsiones relativas a la autonomía, y derechos y obligaciones de los pacientes. Entre las que destacaban la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así, mantenía el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, de otro, declaraba que la organización sanitaria debe permitir garantizar la protección de la salud como un derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual**

⁴Me cupo el orgullo de afrontar en 1985 la responsabilidad de poner en marcha el Servicio de Atención al Paciente en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan, y sin ningún tipo de discriminación (Lorenzo, 2016).

- El **Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina**, conocido también como **Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina** o “Convenio de Oviedo”, es un tratado impulsado por el Consejo de Europa y suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997. El objetivo de este convenio es impedir el abuso del desarrollo tecnológico en lo que concierne a la biomedicina, proteger la dignidad humana y los derechos humanos. Pretende servir de infraestructura de base para el desarrollo de la bioética en Europa, siempre manteniendo el respeto a la dignidad humana (Lorenzo, 2016).

- **La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente**, se promulga desde la importancia que tienen los derechos de los pacientes en las relaciones clínico-asistenciales, al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. En España, la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución, desde el punto de vista de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado. **Partiendo de dichas premisas, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales, y en este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente, completando así un marco jurídico y ético en la denominada actualmente Relación Clínica y abriendo una nueva etapa sanitaria que ha dado paso a la re-Humanización de los espacios y de los tiempos sanitarios. Igualmente se regula un ámbito de gran importancia como es la historia clínica, como documento que soporta la asistencia al paciente, así como el acceso universal del profesional responsable y del propio paciente, con las excepciones y particularidades específicas** (Lorenzo, 2016).

Esta última norma, de la que ya vamos a cumplir veinte años desde su entrada en vigor, **actualiza el escenario clínico y convierte esa relación de comunicación entre el paciente y el profesional de la salud, en un espacio temporal al servicio de los valores del usuario**, que prevalecerán hasta los límites jurídicos y de excelencia ética. No obstante, parece necesario un mayor acento en la asistencia y en la práctica clínica, acorde con una perspectiva más ética del consentimiento informado, no como procedimiento o trámite, sino como un verdadero proceso de comunicación eficaz e interpersonal que facilite una verdadera relación dialógica y deliberativa.

3. LA ETAPA ACTUAL.

...tal vez el caso extremo de indefensión dentro de la vida que consideramos normal (o sea, dejando a un lado las cárceles, los manicomios, las guerras, las catástrofes) se dé en las consultas de los médicos y en los grandes centros hospitalarios, sean públicos o privados. Muy fuerte tiene uno que ser para, ante la enfermedad propia o la de un ser querido, no sentirse perdido e inerte en los pasillos y las salas de espera o de urgencias, donde con frecuencia nadie te dice nada, ni te explica nada, ni parece verte siquiera. En ese estado de indefensión total, una palabra alentadora o un gesto cariñoso, pueden atenuar tu ansiedad y serte más útil que los conocimientos del más sabio de los doctores del centro. Si algún día tengo que someterme a una operación de alto riesgo, lo tengo claro: no recurriré al mejor especialista mundial, me pondré en las manos de un médico que una, a la competencia en el oficio, una fuerte dosis de humanidad. Del más cariñoso, del más bondadoso, del más amable, en definitiva.

Esther Tusquets (2009)

El Dr. Albert J. Jovell, a quien tuve el gusto de conocer, excelente persona y mejor médico, fallecido en 2013, quien fue presidente del Foro Español de Pacientes, en su libro 'Cáncer. Biografía de una supervivencia' explica, en su doble condición de profesional y paciente: "No todo es medicina en el tratamiento del cáncer. No todo es razón, no todo es técnica y procedimiento. Lo importante es el enfermo, no la enfermedad." "¿Nos estamos acercando los médicos tanto al objeto –la enfermedad- que nos olvidamos del sujeto –la persona enferma-?" "...los médicos nos sentimos cada vez más dependientes de la tecnología y menos predispuestos a tender físicamente una mano al Paciente." "...los estudiantes de medicina inician sus estudios con una vocación clara de tratar a los enfermos y cuando los finalizan dirigen su vocación con firmeza a tratar enfermedades, más que a enfermos." (Jovell, 2008).

Asistimos en este momento a una cierta inflación de planes de humanización que abordan cuestiones periféricas de la atención sanitaria, dejando aspectos nucleares que conciernen al terreno de los valores. Guevara y Quiñones (2017) en su escueto pero preciso y certero artículo, repasan los 30 principales aspectos humanizadores de la asistencia sanitaria, de los que los top 10 son los siguientes:

1. ¿Dispensamos un trato respetuoso a todos nuestros pacientes?
2. ¿Está implantado y totalmente normalizado el consentimiento informado, así como la posibilidad de elaborar documentos de últimas voluntades como auténticas objetivaciones del respeto a la autonomía?
3. ¿Saben los pacientes hospitalizados quién es su médico responsable, en el caso de que se les haya designado?
4. ¿Es siempre respetado el derecho a la confidencialidad?
5. ¿Se les pide permiso para su inclusión en ensayos clínicos?

6. ¿Conocen qué pueden reclamar y qué se les ha de contestar?
7. ¿Evitamos eficazmente el dolor y la disforia ante la muerte próxima?
8. ¿Reciben una buena asistencia emocional frente al desenlace final?
9. ¿Es concordante con la humanización una lista de espera de larga duración?
10. ¿Nos parece lógico que, a los médicos de familia, se les continúe exigiendo cantidad, habiéndose formado en calidad?

Pasada la gran crisis económica de principios de este siglo XXI, han surgido en prácticamente todos los servicios sanitarios de cada comunidad autónoma una “ola” de humanización, que integra actuaciones instrumentales y prácticas en el entorno sanitario. Para algún autor sería una “política de pequeños gestos” que puede ofrecer al ciudadano un medio sanitario más acogedor y amable, para otros una moda que puede tener resultados interesantes para el ciudadano, aunque en muchas ocasiones no hunda sus raíces en verdaderos principios y valores estratégicos y sí en simples líneas instrumentales y operativas.

Tabla. 3: Actuaciones en Humanización en Comunidades Autónomas.

| CCAA | DENOMINACIÓN | PERÍODO |
|--------------------|----------------------|-----------|
| Madrid | Plan de Humanización | 2016-2019 |
| Valencia | Plan de Humanización | Caducado |
| Castilla La Mancha | Plan Dignifica | 2017 |
| Navarra | Plan de Humanización | 2017 |
| Andalucía | En proyecto | 2019 |
| Galicia | En proyecto | 2019 |
| Extremadura | Plan de Humanización | Caducado |
| Valencia | Plan de Humanización | Caducado |

Fuente: Elaboración propia.

Es preciso destacar que estas iniciativas no han ido acompañadas de un plan estratégico relevante y otra cuestión básica como es una mayor humanización de la gestión en Recursos Humanos. Parecería que la humanización sólo es hacia los pacientes. Es un error. No es posible una actuación parcial. Todo para el paciente, pero sin el paciente ni el profesional. Esta disparidad conviene tenerla en cuenta pues en la práctica surgen multitud de críticas y comentarios lógicos ante situaciones que son incongruentes. Si pretendemos que nuestros pacientes estén bien cuidados, cuidemos a los profesionales.

Ejemplos muy cercanos y relevantes se ofrecen como experiencias ya superadas en la primera fase de implantación, como es el caso de Madrid, en donde se elabora y pone en marcha un plan de humanización para el período 2016-2019, que ha desarrollado en esos años una serie de áreas de actuación en diez líneas:

Tabla 4: Líneas principales de actuación en la Comunidad de Madrid.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Cultura de Humanización. | Humanización en la hospitalización. |
| Información Personalizada y Acompañamiento. | Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. |
| Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia. | Humanización y Paciente Oncológico. |
| Humanización en la Atención en Urgencias. | Humanización ante el Final de la vida. |
| Humanización en la Atención de Salud Mental. | Escuela Madrileña de Salud. |

Fuente: Consejería de la Comunidad de Madrid, 2016.

Este tipo de planes han sacudido los centros sanitarios y el relato sanitario se ha completado con términos como:

- personalización de la asistencia
- mejora de los espacios
- acercamiento de los recursos
- trato respetuoso
- información personalizada
- lucha contra la estigmatización
- manejo de la empatía
- horarios flexibles
- derecho al acompañamiento
- contrato psicológico
- programa de reconocimiento
- atención respetuosa en el principio y final de la vida
- h-UCI
- h-Urgencias
- h-Oncología

4. UNA ORGANIZACIÓN MÁS HUMANISTA.

El lenguaje crea la realidad, en palabras de Ludwig Wittgenstein (1975), tal vez estos términos ayuden a percibir y crear lugares reales de dignidad para las personas, que acentúen el profesionalismo sanitario. Una condición necesaria, pero insuficiente.

Es un hecho que la tecnología tiende a crear espacios más deshumanizados, pero no porque sea en sí misma inhumana, sino porque ciframos todos los resultados en un aparato y el profesional se oculta demasiado tras esa tecnología; es bien cierto que la informática, por ejemplo, ha logrado facilitar y ayudar en el desarrollo asistencial, pero a la vez es recurrente que solemos atender más al monitor del ordenador que al propio paciente, como fenómeno repetido en nuestras consultas. La humanización resulta obvio que depende de la persona y cómo utiliza esa tecnología. Ciencia, Tecnología y Humanismo resulta una tríada que debe estar armoniosamente equilibrada para un adecuado y óptimo desempeño profesional; no es sólo, insisto, una cuestión de tiempo, factor condicionante sobre todo en su gestión, dado que no es un valor absoluto; es mucho más condicionante el factor actitud, como elemento sustancial de una atención personalizada. Asistimos cada día a situaciones en las que el tiempo es el mismo, pero no la actitud, siendo entonces los resultados bien diferentes. La humanización de la asistencia en su núcleo, es humanización de la conducta profesional, es la personalización respetuosa del cuidado del profesional hacia el paciente. El logro de una organización humanizada se alcanza a través de un trato humano y compasivo del profesional, que puede verse más facilitado si la gestión organizacional orienta la acción hacia ese objetivo; cuando ese objetivo, en forma de principios y valores estratégicos, no depende de la actitud voluntarista de cada uno.

Los factores que producen deshumanización son ciertamente complejos y variados, unos en relación con la formación de los profesionales y otros en relación con la gestión de la organización. Los pacientes en su condición de ciudadanos también ejercen una influencia indudable como factor social, aunque en ninguna empresa del sector servicios se imputaría un cierto margen de causalidad a los clientes. Está claro que en donde se está debatiendo este asunto en mayor medida es en el ámbito sanitario público, con una relación laboral más compleja que en la sanidad privada, en donde este concepto se maneja con mayor efectividad y han avanzado antes con cierta decisión comercial.

En lo que concierne al ámbito público, estamos abordando una primera etapa, muy inicial, de lo que para algunos es un cambio de paradigma. Ya nos hemos convencido de que el *paterfamilias médico* es un hecho del pasado, e incluso en los debates clínicos se maneja esta afirmación, a pesar de que no se traslada a la práctica clínica plenamente, pero nadie entra en discusión sobre ello. En un próximo futuro debe ser el paciente y no los procesos clínicos, quien debe estar en el centro de la gestión de las organizaciones sanitarias. Es un requisito imprescindible la escucha empática y continuada de las personas protagonistas del Sistema

Sanitario, pacientes, familias y cuidadores, así como a los profesionales, como actores principales de una estructura humanista dedicada a ayudar, como factor esencial en este ámbito sanitario.

La empatía, la compasión es el alma de la medicina; el sanitario se apoya en la ciencia y en su competencia técnica, en su actitud compasiva y generosa para aliviar y atender a las personas. Está en juego la dignidad de la vida humana, pero también está en juego la dignidad de las profesiones sanitarias.

Además de la responsabilidad de los profesionales en su quehacer cotidiano, es indispensable que sea la organización quien determine cuál es el modelo asistencial y los valores estratégicos que se deben ejercer, sin que este escenario sea algo voluntarista, opcional, o relativo. En la actualidad tienen un peso muy liviano los objetivos de humanización en la gestión sanitaria; no obstante, es un elegante aderezo, en las memorias de las organizaciones, añadir aspectos de personalización de la asistencia y así “colorear” un tedioso cuadro de mandos.

Para que los valores a apreciar en las personas no sean secundarios, deben ser estratégicos, deben formar parte de la esencia y del núcleo de la organización, sin que ello sea una cuestión testimonial o declarativa. Es absolutamente necesario que estos valores sean aplicados, medidos, evaluados y exigidos, al igual que la evidencia científica nos obliga a una práctica clínica normalizada desde la Lex Artis.

Es una cuestión previa, y a anticipar, el que la especial gestión de los recursos humanos, sea también humanista. El cambio de denominación de estas áreas ha conllevado un cierto interés por *la persona*, aún muy insuficiente, al solo plantear un modelo organizativo basado con frecuencia en la mera “aritmética de efectivos”, más administración que “gestión”, pero no en la “atención”, en el cuidado, en la ayuda al profesional que se enfrenta todos los días a una asistencia en donde la demanda en cantidad y calidad se incrementa sin cesar. No es posible pretender un desarrollo de la humanización si el profesional está insatisfecho, desatendido y no escuchado.

Son varios los procesos que están cambiando de una forma paulatina, lenta y progresiva, fruto más de la demanda social que de la reflexión organizacional o de las entidades profesionales. Los cambios anteriores también se han producido en el seno de la sociedad, a pesar de que ser paciente es sólo una cuestión de tiempo, también para el profesional.

Aunque puede representarse de muchas formas, es cierto que las actitudes son muy condicionantes y esenciales para configurar una satisfactoria relación de ayuda, pero también esas actitudes deben nutrirse de principios y valores que las “alimenten” y las refuercen. Por tanto, una política de Recursos Humanos pudiera ser anterior, aunque lo humano es el adjetivo, debiera ser el sustantivo el que sustentara este movimiento humanista. Es una buena referencia

gráfica para integrar los elementos esenciales, con los que contar, para una iniciativa integral (Callabed, 2016).

Se hace necesario tener en cuenta referencias más estructuradas, que articulen un desarrollo amplio, integrando necesidades de las personas, usuarios y profesionales. A semejanza de la pirámide de Maslow, la siguiente pirámide puede reflejar los niveles para una humanización profunda, a semejanza de otra superficial que puede quedarse sólo en algo estético que no cala en actitudes basadas en valores y principios.

Imagen 3: Pirámide de la Humanización.



Fuente: Callabed, J. (2016).

En este sentido cabe destacar una práctica que facilita las relaciones y mejora la vinculación con el paciente. Se trata de la empatía en su nivel superior, me refiero a la Compasión, como cualidad de las personas mediante la cual no sólo se comprenden los sentimientos de los demás, sino que se detecta el sufrimiento como estado desfavorable para el paciente, tratando de manejar esa situación desde la relación de ayuda profesional. Cuando no existe compasión, entendida en el sentido expuesto, hay deshumanización. La neutralidad afectiva en el ámbito profesional como modelo en la atención se cuestiona de forma evidente. Se considera que la neutralidad afectiva no es tal en cualquier ámbito y tampoco en este sanitario, al producir resultados agresivos y ofensivos en el paciente. Existe correlación directa entre aquellas personas que actúan con generosidad y se implican en actividades de ayuda con una mayor esperanza de vida. Existe coincidencia en Psicología sobre un aspecto interesante y obvio, acerca de la importancia de la calidez en el vínculo interpersonal por estudios sobre apego en niños: para el sistema nervioso humano la neutralidad afectiva no es neutra, sino que es amenazante (Tronick, 2007).

5. NIVELES BÁSICOS PARA UNA HUMANIZACIÓN PROFUNDA.

Todo lo anterior revela un desarrollo fundamentado para coincidir en este ámbito sanitario humanista, en el que podemos estar de acuerdo en los conceptos universales, que trascienden a culturas, profesiones y formas de hacer. El planteamiento está claro y tiene pocos argumentos en contra, incluso para algunos hablar de humanización en sanidad podría tratarse de un pleonasma; es redundante el término, ya que obviamente una disciplina que trata a la persona no puede estar deshumanizada. Sin embargo, la realidad nos indica que con frecuencia tratamos enfermedades, más que enfermos y pudiera parecernos que al tratar enfermedades, la persona como sujeto moral, se queda fuera del centro sanitario⁵.

Es en lo concreto en donde podemos disentir y cuando aparecen las dificultades de aplicación y los desacuerdos. Por esta razón es necesario un cierto orden para abordar este ámbito transversal, en el que cada nivel tiene su importancia creciente y progresiva, que requiere que sea “primero lo primero” y no se comience sólo por aspectos prácticos e instrumentales.

Factor fundamental es una actuación coordinada y en conjunto, de forma que exista un conocimiento suficiente para su puesta en marcha⁶. Los equipos deben configurarse como tales y facilitar desde los equipos directivos que médicos y enfermeras trabajen de forma asociativa, no colaborativa en torno al paciente. Es imprescindible que los dos protagonistas profesionales de la sanidad no actúen en “paralelo”, lo que les lleva a casi no coincidir en su actividad. Debemos confluir y armonizar el trabajo asistencial, como requisito para que el paciente se sienta atendido y así lo perciba. Es un propósito a medio-largo plazo que tiene que ser provocado desde instituciones, colegios profesionales y entidades responsables.

5.1. Niveles estratégicos.

- **NIVEL ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN:** define los principios y valores que deben articular la estructura moral y ética de la organización. Principios, Visión, Misión y Valores, deben constituir la “carta magna” del centro, que orienta la práctica asistencial y determina la dirección excelente, hacia la que debe caminar toda la organización. Todos los procesos y procedimientos deben ser referidos a este nivel superior de la organización, que debe orientar la actividad de todos los profesionales en forma de Plan Estratégico.
- **NIVEL ESTRATÉGICO PROFESIONAL:** incluye la política de PERSONAS, lo que se viene denominando “*recursos humanos*”, como activo más relevante e importante de la organización. Su contenido y desarrollo debe ser de atención y motivación, con especial insistencia en la creación de un ámbito humanista y de valores de relación, dado la elevada misión que mandata el artículo 43 de la Constitución, como es la “*protección de la salud de los ciudadanos*”, principio el cual es preciso que oriente las actuaciones básicas de los profe-

⁵ Ingeniosamente me comentaba un paciente que él cuando acude a un hospital al entrar se quita el sombrero, no la cabeza; con ironía se refería a la frecuente costumbre de médicos y enfermeras de tratar al paciente con paternalismo.

⁶ Resulta desalentador el desconocimiento existente sobre la Humanización sanitaria, con críticas demasiado simplistas, sin tener en cuenta la realidad del paciente en un centro sanitario. Todas esas críticas se diluyen de inmediato cuando el profesional se convierte en paciente, ¿por qué tanto desconocimiento y mirar para otro lado?

sionales. Es incongruente pretender una adecuada atención y cuidado de los pacientes, si los profesionales no son atendidos en sus necesidades, dificultades, temores y carencias. La gestión de los recursos humanos, debe convertirse, más bien, en una gestión humana de las personas, o más bien en una atención humana de los profesionales, para que sientan y reconozcan que realmente los profesionales son en verdad el mayor activo de la organización. Se requiere por tanto la elaboración de un Programa Estratégico de Recursos Humanos que incluya concepto y objetivos de atención al Profesional.

5.2. Niveles orgánicos.

- **NIVEL ESTRUCTURAL:** afecta a la arquitectura de los espacios, que requiere un ambiente amable, cómodo y ordenado, incluyendo aspectos mínimos de confort basados en una óptima gestión de la hostelería sanitaria. La dinámica en los centros sanitarios ha conllevado un cierto criterio instrumental e irracional, sin que se consideren estos valores estratégicos que deben definir también los espacios para hacerlos más acogedores. Las necesidades de las personas merecen espacios de descanso, habitaciones espaciosas, despachos amigables, salas de estar más que de espera, zonas de expansión, integración de la naturaleza, luz natural, mobiliario adecuado y armonioso, materiales naturales y entornos que hagan los centros sanitarios establecimientos cómodos y cordiales.
- **NIVEL ACCESIBILIDAD:** debe reunir todos aquellos aspectos que procuren al ciudadano una facilidad razonable para acceder de forma no sólo física, eliminando barreras, sino también desde la distancia, aprovechando las nuevas tecnologías, para que aproximen y faciliten la información y las prestaciones que precisa el paciente.
- **NIVEL ACOGIDA:** la recepción del usuario, desde un punto de vista integral tiene que estar planificada, ya sea a través de protocolos, procedimientos o materiales documentales que ayuden a la integración en el centro, unidad sanitaria o dependencia asistencial, elaborando documentos profesionales, para una idónea divulgación, información y educación sanitarias.

5.3. niveles sanitarios.

- **NIVEL ORGANIZATIVO ASISTENCIAL:** la atención sanitaria propiamente dicha es el objetivo de todo el dispositivo sanitario, ya sea de forma ambulatoria en la consulta, o en las unidades de hospitalización, o bien en aquellas unidades complementarias de pruebas diagnósticas, en donde el usuario, el paciente es el centro de la asistencia, de forma que la validación y orientación hacia la persona sea una constante. Responsabilidad profesional, capacidad y destreza en la gestión del conocimiento, seguridad clínica y autonomía del paciente son los valores esenciales en un adecuado desarrollo de este ámbito. Es el propósito del servicio sanitario y en donde están basadas las expectativas nucleares de los pacientes, quienes acuden para obtener ayuda, orientación, soluciones; en definitiva, una

oferta terapéutica que le procure un beneficio para su salud. Estaría configurado por las actuaciones de todos los profesionales que se desempeñan en el ámbito sanitario, articulando una red sinérgica que debe reforzar e integrar la actividad individual. La gestión de este ámbito debe ser profesional, no siempre el mejor sanitario es el mejor gestor. Se espera que la profesionalización de la gestión sanitaria sea previa, no a posteriori. El gestor, además de excelente comunicador e intermediador con el profesional, es preciso que posea una excelente formación en conocimientos organizativos profesionales. Se espera que sea un buen técnico en gestión, no en habilidades políticas, si acaso un óptimo “poli-técnico”. Dirigir una de las organizaciones más complejas, para algunos la más compleja, requiere una serie de cualidades, aptitudes y actitudes esenciales para el servicio sanitario. El Programa de Gestión de cada nivel requiere que cada responsable elabore un documento público, conocido por todos, en donde se incluya su propuesta ejecutiva que esté en consonancia con los niveles estratégicos y sea aprobada por el equipo directivo. Se trata por tanto de que cada responsable en todos los niveles de la organización publique su propuesta organizativa actualizable periódicamente.

- **NIVEL CLÍNICO:** integra el “core” de la atención sanitaria y concierne a la relación paciente - profesional. Uno de los modelos que puede establecer el método preciso de una verdadera humanización de esta relación, es toda una disciplina en comunicación y desarrollada en el Manual de Entrevista Clínica de Borrel. Este ámbito nuclear de la atención por parte de cualquier profesional constituye el *momento de la verdad* sanitaria, en donde el paciente debe percibir con claridad la relación de ayuda que distingue al profesional de la salud. El contenido esencial en este nivel es el Consentimiento Informado, como concepto ético y jurídico que materializa, en la práctica, los derechos humanos de los pacientes, y por tanto procura una esencial, veraz y respetuosa humanización de la asistencia. No parece que este aspecto nuclear se haya desarrollado de una forma adecuada, tampoco se ha adaptado a la actividad asistencial, ni siquiera se ha adoptado como lo que es, un concepto ético, de respeto, de escucha, de información, un espacio de principios éticos y de correspondientes valores que en definitiva, a su vez deben “abrazar” los valores del paciente, poniendo en un segundo plano los valores del profesional, sin que en la diferencia colisionen o entren en conflicto dialógico. Esto es un proceso de comunicación, progresivo, paulatino, prudente⁷, es un espacio con un objetivo de simetría, con un propósito de comprensión, no de confusión, para generar confianza, no desconfianza, para acercar y no alejar, para iluminar, no para deslumbrar. Es el verdadero camino para humanizar siendo humanistas. Sin embargo, es un hecho que este proceso importante, relevante y significativo en un plano humanista, se ha transformado en un procedimiento, en un trámite, en un falso elemento exonerativo o de ficticia protección legal. Más grave es, incluso, que genere desconfianza y conflictos que complican la relación clínica. Es una paradoja que adornemos un programa de humanización con actividades periféricas, sin que abordemos con rigor este nivel que representa y

⁷ Prudencia, entendida como En la Ética a Nicómaco, de Aristóteles, la frónesis (del griego: φρονησις, phronēsis) es la virtud del pensamiento moral, normalmente traducida como ‘sabiduría práctica’, a veces también como ‘prudencia’.

debe distinguir las obligaciones más importantes de las profesiones sanitarias, como concepto nuclear que se configura como elemento generador de humanización (Borrel, 2004).

6. EPÍLOGO.

Una aproximación bibliográfica revela que existe un relato ligero en Europa sobre este asunto de la Humanización en centros sanitarios. Francia e Italia nos ofrecen algún ejemplo, pero no se da una reflexión sobre todo ello como la que hemos desarrollado en España. Hemos encontrado otro tipo de diálogo más científico sobre aspectos más nucleares de un nivel clínico, con títulos como Empathy: Its ultimate and proximate bases, The Impact of the Family Communication Coordinator (FCC) Protocol on the Role Stress, The humanization of health-care: A value framework for qualitative research, Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective, From Dehumanization and Objectification to Rehumanization, Neuroimaging Studies on the Building Blocks of Empathy.

Una experiencia actual es la denominada Patient Experience. Como descripción de ese itinerario del paciente en el que él nos describe sus impresiones y sensaciones en cada momento asistencial. La calidez es un valor central de la medicina, hoy por hoy, a veces, descuidado. Personas que cuidan personas, que acarician física y emocionalmente, conscientes de que la experiencia integral y sentir emociones positivas favorecen la curación. Para algunos expertos hay una serie de factores a considerar en la experiencia de paciente que son fundamentales:

1. Trato empático.
2. Objetivar coordinación.
3. Cuidado obsesivo de procedimientos y detalles en la asistencia.
4. Sensaciones y emociones.
5. Digitalización.

Tal vez lo anterior nos sugiere la idea de una profunda transformación en el ámbito de lo puramente clínico-relacional, o clínico-emocional, que en lo más periférico. Ciertamente es más complejo modificar actitudes que estructuras arquitectónicas u organizativas, pero debiera comenzarse por analizar el mundo emocional de la salud, en donde se producen desencuentros, satisfacciones, vínculos y en donde se debe generar un valor sustancial de aparición lenta que acerca a las personas, me refiero al Valor Confianza.

El Servicio Sanitario padece una descompensación a favor de lo científico, gracias a ello se han conseguido los grandes avances en todos los campos, objetivándose una hipotrofia emocional. Manejamos mejor toda una compleja disciplina clínica o quirúrgica, cualquier técnica diagnóstica o terapéutica y sin embargo existe un amplio margen de mejora en el plano

de las relaciones, de la comunicación, de la empatía, de la compasión, no sólo en el plano individual y personal, sino también en el institucional.

Este aspecto organizacional ha carecido de la sensibilidad necesaria para compensar, completar y acrecentar el relevante papel social del Sistema Nacional de Salud. El médico por antonomasia se ha visto impelido al debate científico competitivo, hasta hace unos años sin ningún componente ético. Se hace necesaria por tanto la re-humanización desde los niveles estratégicos y de mayor responsabilidad del SNS, para desarrollar, a medio plazo, una asistencia respetuosa en todos los aspectos con las personas, no enfatizando sólo actuaciones más estéticas que éticas y destacando especialmente aquellas soportadas en valores esenciales.

En la actualidad la humanización es un concepto líquido que puede ser disolvente y crea una polémica confusión entre gestión, economía, ciencia y personalización. Nos movemos en el plano de la medicina solo como ciencia; la evidencia científica no es excluyente de la evidencia emocional y de la atención personalizada. Atendemos y tratamos personas, no enfermedades. La Atención al Paciente debe ser, más que un servicio, una forma de entender la Atención Sanitaria desde la Ética clínica, buscando en ese plano ético más que utilidad, fecundidad porque genera buenos valores.

Confianza, generosidad, ayuda, escucha, empatía y compasión son valores elevados que deben impregnar las profesiones sanitarias, pero que con frecuencia no calan en las organizaciones, porque tal vez eso que distingue a los sanitarios no ha empapado los niveles de la gestión sanitaria, en donde lo poli-técnico confunde al político y al gestor.

Escuchemos la voz de los pacientes, conozcamos cómo sienten el servicio que les ofrecemos, que los pacientes no sean el centro, que nuestras actuaciones no sean para, sino con ellos. La ceremonia de la comprensión debe partir de estos valores.

7. PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR.

¿Por qué la historia de la Medicina nos ofrece grandes avances en el campo de la clínica y ciencias médicas cuyo desarrollo ha mermado una estrecha y confiada comunicación con el paciente y su entorno?

¿Es el desarrollo clínico, tecnológico y científico de la Medicina que ha logrado avances insospechados en todos sus campos, desproporcionado ante el ámbito de la relación y comunicación con el paciente y su entorno, que no ha progresado en la misma medida?

¿Es la humanización un concepto ético que se desarrolla a partir de las personas y de su actividad compasiva y empática con los semejantes?

¿Constituye la actitud de las personas la clave para una adecuada humanización de cualquier actividad, siendo sustancial para el refuerzo de actitudes profesionales una gestión de adecuada que se apoye en valores y principios estratégicos humanistas?

¿Es esencial que la gestión organizacional sea clave como facilitadora de una actuación de los profesionales basada en valores éticos respetuosos con los derechos humanos de las personas?

¿Un sistema público de atención sanitario no sólo debe contar con documentos declarativos, sino con prácticas medidas, evaluadas, controladas y corregidas en su desarrollo en la práctica relacional con el paciente como ciudadano?

¿En la humanización existen varios niveles graduales que comienzan inexcusablemente por un planteamiento estratégico basado en principios y valores morales?

¿La humanización profunda es el requisito básico que debe impregnar la propia relación paciente-profesional como núcleo efectivo del Sistema Nacional de Salud?

¿Por qué razones no ha existido un desarrollo de competencias y una práctica de habilidades facilitadoras de la asistencia?

¿Sería necesaria una mayor formación de los profesionales en comunicación y entrevista clínica, empatía y compasión, actitud de servicio, relación de ayuda y resolución de conflictos?

8. BIBLIOGRAFÍA.

Bermejo, J.C. (2003). *Qué es humanizar la salud: por una asistencia sanitaria más humana*. Madrid, España: San Pablo.

Borrel, F. (2004). *Entrevista Clínica Manual de estrategias prácticas*, Barcelona, España: Se-mfyc.

Callabed, J. (2016): *Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.

Dancy, J. (1995). Una ética de los deberes prima facie. En Singer, P. (Ed.), *Compendio de ética* (89-98). Madrid, España: Alianza.

Guevara, R. P., & Quiñones, E. G. (2017). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del INSALUD (1984): logros y retos actuales. *Actualidad del derecho sanitario*, (251), 975-977.

Heras La Calle, G. (2017). Humanizar la sanidad es cosa de todos. ¿Cómo humanizar la neurología? *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, (45), 1-2.

Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). (1984). Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria.

Jovell, A. (1999). Medicina basada en la afectividad. *Revista Medicina Clínica*, (113).

Jovell, A., (2008). *Cáncer, biografía de una supervivencia*, Madrid, España: Planeta.

Lown, B. A., Rosen, J., & Marttila, J. (2011). An agenda for improving compassionate care: A survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Affairs*, 30(9), 1772–1778.

Lown, B. A. (2014). Seven guiding commitments: Making the U.S. healthcare system more compassionate. *Journal of Patient Experience*, 1(2), 6–15.

Lown, B. A., Muncer, S. J., & Chadwick, R. (2015). Can compassionate healthcare be measured? The Schwartz Center Compassionate Care Scale. *Patient education and counseling*, 98 (8), 1005.1010.

ONU. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París, 10 de diciembre de 1948.

Orellana-Rios, C. L., Radbruch, L., Kern, M., Regel, Y. U., Anton, A., Sinclair, S., & Schmidt, S. (2018). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an “on the job” program. *BMC Palliative Care*, 17(1), 3.

Ramsey, P.G., & Wenrich, M. (1993). Evaluation of humanistic qualities and communication skills. *Journal of general internal medicine*, 8 (3).

Serra Valdés, M. A. (2015). Sir William Osler: el padre de la medicina moderna. Aportes a la reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*, (17), 162-168.

Tronick, E., (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*, New York, EEUU: W.W. Norton & Company.

Wittgenstein, L. (1975) *Tractatus Logico-Philosophicus*, 14ed. Madrid. Alianza Universidad.

Zaman, S., Whitelaw, A., Richards, N., Inbadas, H., & Clark, D. (2018). A moment for compassion: emerging rhetorics in end-of-life care. *Med Humanit Month*, 0(0).

9. RECURSOS ELECTRÓNICOS.

Brito Pons, G.(2018). Reflexiones aéreas sobre un enfermero compasivo [Mensaje en un blog]. Cultivar la mente. Recuperado de: <https://cultivarlamente.com/reflexiones-aereas-sobre-un-enfermero-compasivo/>

Gutiérrez, R. (16 de diciembre de 2011). (DES) HUMANIZACIÓN en (de) la atención sanitaria [Mensaje en un blog]. Regimen Sanitatis 2.0. Recuperado de: <http://www.regimen-sanitatis.com/2011/12/deshumanizacion-en-de-la-atencion.html>

Hernández, C. (11 de enero de 2007). ¿Cuál es el avance médico más importante de los dos últimos siglos? .20 minutos. Recuperado de: <https://www.20minutos.es/noticia/190670/0/avances/m%C3%A9dicos/descubrimientos/#comentarios>

Lorenzo, R. (29 de abril de 2016). Redacción Médica. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/treinta-anos-de-ley-general-de-sanidad-1457>

Plan de Humanización en los Hospitales del INSALUD. (25 de noviembre de 1984). Treinta años de Ley General de Sanidad. ABC. Recuperado de: <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1984/11/25/031.html>

Tusquets, E. (11 de enero de 2009). Elogio de la amabilidad. El País. Recuperado de: https://elpais.com/diario/2009/01/11/opinion/1231628405_850215.html