

# PRÓLOGO. EL DESAFÍO FORMATIVO DE LA HUMANIZACIÓN SANITARIA

El lector tiene entre sus manos un conjunto de trabajos interesantes sobre el significado y alcance de la humanización de la salud en el siglo **xxi**. No son trabajos redactados para especialistas que quieren mantenerse en la torre de marfil de su laboratorio sino para profesionales interesados en las ciencias de la salud, entendidas de una manera general. Son trabajos que pueden interesar, de igual manera, al profesional de la medicina o la enfermería que está trabajando en un centro sanitario, que a un lector de cultura media que, en algún momento, ha hecho cola en un ambulatorio, ha visitado un hospital o se ha interesado alguna vez por los cambios sociales que se están produciendo en todas las profesiones que afectan a la salud.

Aunque los trabajos han sido redactados por profesionales de diferentes especialidades o ámbitos del conocimiento, hay un hilo conductor que los hilvana, les proporciona la unidad y da título a la obra. Son trabajos donde se analiza, clarifica y muestra el significado del término «humanizar», una de las referencias más habituales del mundo de los servicios socio-sanitarios. Y digo servicios socio-sanitarios porque si en el siglo **xxi** queremos tomarnos en serio el mundo de la salud no tenemos más remedio que plantear nuestras reflexiones en términos «sociales» y «sanitarios», a la vez. Y nos quedamos cortos en la expresión porque estamos comprobando todos los días que esta dimensión «social» de la salud debe completarse necesariamente con una dimensión «psicológica», «psíquica» o incluso «espiritual».

Por eso, no es raro que los programas de humanización sean programas descritos con el complejo término de «bio-psico-socio-sanitarios». Para afrontar la salud en el siglo XXI necesitamos un enfoque que sea integral e integrador, es decir, que no rehuya ninguna de las variadas y múltiples dimensiones de la salud.

No siempre resulta fácil aprehender cada uno de estos elementos y construir un programa de «humanización». De hecho, los programas que ponen en marcha las instituciones, tanto públicas como privadas, que se guían por esta brújula de la humanización siempre se configuran en clave interdisciplinar con profesionales de áreas aparentemente muy dispersas pero que convergen siempre un punto: la centralidad de la persona. Entonces los directivos y gestores se dan cuenta que el principio y fundamento de la atención sanitaria no está en los clientes, pacientes, individuos o ciudadanos como variables funcionales de un complejo sistema, sino en las personas. Entonces descubren que no están únicamente ante alguien que quiere un buen trato médico o socio-sanitario, o ante alguien que quiere un trato «justo». Se dan cuenta de que están ante que les puede sorprender en cualquier momento porque no es únicamente un ser biológico que pide recuperar los indicadores de su analítica, sino un ser biográfico que tiene una historia personal, con un contexto socio-cultural determinado y, quizá, con expectativas casi milagrosas ante las instituciones sanitarias.

Si queremos tomarnos en serio la humanización no tenemos más remedio que focalizar nuestro trabajo en la persona entendida con toda la radicalidad y profundidad con la que nos la presentó Emmanuel Mounier en su *Manifiesto al servicio del personalismo*:

Ser espiritual constituido por una forma de subsistencia y de independencia en su ser; mantiene esta subsistencia e independencia mediante su adhesión a una jerarquía de valores, libremente adoptados, asimilados y vividos, en un compromiso responsable y en una constante conversión. Unifica así toda su actividad en la libertad y, por añadidura, a impulsos de actos creadores, desarrolla la singularidad de su vocación (*Obras III*, p. 625).

Es fácil convertir a la persona en el principio y fundamento de todos un programa de humanización, sobre todo cuando el programa es para presentarlo ante la opinión pública como una propuesta innovadora, transformadora y promotora de la calidad del sistema. Queda muy bien «hablar» de medicina basada en la persona, atención basada en la persona o servicios socio-sanitarios centrados en la persona, sin embargo, lo difícil es activar programas de buenas prácticas centradas en la persona. Lo realmente difícil es pasar del dicho al hecho, es decir, materializar en prácticas profesionales cotidianas la centralidad de la persona.

Este libro puede ser una buena herramienta para ello por dos razones. En primer lugar, porque los autores de los trabajos no son investigadores o profesores que entienden las ciencias de la salud desde un enfoque corporativo sino desde un enfoque interdisciplinar y práctico. Desde sus diferentes ámbitos y especialidades, entienden la humanización como una praxis cotidiana y no como una simple categoría teórica. En segundo lugar, porque los diferentes textos recogen aportaciones que han sido debatidas, discutidas y elaboradas con otros compañeros interesados por una dimensión integral de la salud. No son textos homogéneos en su estilo pero sí son textos útiles, prácticos y llenos de buenas propuestas para que el lector las aplique en sus diferentes ámbitos profesionales.

También puede ser muy útil para la gran variedad de docentes en el ámbito de las ciencias de la salud. No se plantea la humanización como un desafío para el directivo, el gestor o el responsable de políticas socio-sanitarias sino como un desafío formativo. Hasta hace poco, este desafío se lo planteaban únicamente los docentes en los estudios de Medicina o Enfermería. En el siglo XXI, este desafío formativo se extiende a otros estudios o grados en los que se exige un planteamiento integral, innovador y holístico de la salud. El libro puede ser de gran utilidad para alumnos y profesores del grado de psicología, fisioterapia, podología, ciencias de la actividad física o del deporte, tecnología de alimentos, biología o incluso trabajo social. De nada valdría enten-

der la humanización únicamente en clave de individualización de las enfermedades que padecen los seres humanos porque hay dimensiones políticas, sociales, culturales, medioambientales, ecológicas y alimentarias que afectan a la salud.

Como desafío formativo, la humanización es un concepto central que no puede limitarse al marco humanístico o los temas introductorios de las guías docentes. La humanización se presenta en estas páginas como un desafío formativo porque debe formar parte de la intencionalidad con la que se preparan los programas o guías docentes, de la estructura de las diferentes unidades didácticas y, sobre todo, de todas las prácticas educativas en los estudios de ciencias de la salud. En esta clave, el libro puede resultar de gran ayuda para equipos educativos que están organizando los planes de estudio y trabajo en los numerosos centros que imparten los grados relacionados con ciencias de la salud. Aunque haya sido una iniciativa del profesor Antonio Piñas Mesa donde recoge los textos básicos de las *V Jornadas de humanidades médicas* celebradas por la Universidad CEU San Pablo en Madrid, las aportaciones pueden ser muy útiles para todos los grados relacionados con las ciencias de la salud que ha puesto en marcha la Asociación Católica de Propagandistas en otras partes de España. Los equipos de estudiantes y profesores de Andalucía o la Comunidad Valenciana disponen de un material muy valioso para inspirar sus guías, programaciones y unidades docentes.

El esfuerzo realizado por el profesor Piñas y el equipo de profesores que lo han acompañado en la redacción de estos trabajos tendrá su merecida recompensa cuando descubra que este libro puede ser utilizado no sólo en los centros de la Asociación Católica de Propagandistas sino en cualquier centro de formación de profesionales en ciencias de la salud. El desafío formativo de la humanización no afecta únicamente a una tradición educativa o formativa, es un desafío que afecta a todas las tradiciones formativas.

La humanización mantiene abierto el horizonte de la universalidad en todas las ciencias de la salud, lo que significa elaborar programas que no atienden de manera exclusiva una determi-

nada comunidad de clientes, usuarios o pacientes. Esto significa que «humanizar» no es únicamente limitar la praxis socio-sanitaria a un horizonte de mínimos de justicia para que no haya nadie sin cobertura o atención sanitaria; significa desarrollar una cultura de prácticas profesionales excelentes que no se desentendían de los horizontes de sentido de personas y comunidades. Si pensamos en términos de cooperación al desarrollo o en términos de modernización sanitaria de amplias zonas pobladas por minorías étnicas, el horizonte de universalidad se presenta con perfiles nuevos. Ya no se trata sólo de universalidad en el acceso a la sanidad o a un determinado modelo modernizador de atención sanitaria, se trata de universalidad entendida con atención, cuidado y discernimiento de las diferencias. Es fácil identificar este horizonte de universalización como extensión en atención y servicios, lo realmente difícil es plantearlo como discernimiento de diferencias, estimación de mínimos de justicia y promoción de máximos de cuidado.

Cuando el lector vea con detalle los trabajos de este libro descubrirá al menos diez claves que le pueden ser de gran ayuda para precisar esta humanización planteada en clave de universalización. De manera esquemática se las presento al lector que ha decidido comenzar el libro con este prólogo. Lo hago para que perciba la diversidad, variedad y riqueza de los enfoques sobre la humanización que aparecen en estas páginas. En el amplio y complejo mundo de las ciencias de la salud, la humanización:

1. No es un proceso de *moralización* con el que una determinada tradición cultural o religiosa impone de manera paternalista su ideal de vida buena. Aunque forme parte de los procesos de acreditación de calidad o de reforma de los discursos con los que se legitiman las prácticas sanitarias en sociedades modernas, es un proceso donde se pone a prueba la coherencia de la cultura organizativa. Humanizar es reducir la distancia entre el buen decir y el buen hacer.

2. No es un proceso para *aislar* a todos y cada uno de los pacientes. A veces, humanizar es separar, aislar o individualizar, como si la oferta de una habitación individual garantizase un buen trato. Cuando la humanización se reduce a la individualización de los espacios arquitectónicos, entonces se confunde humanizar como atomizar y segregar a las personas. Ciertamente una habitación o espacio individual facilita y garantiza una mayor calidad del trato, es una condición necesaria de la humanización de la salud, pero no es una condición suficiente.
3. No es un proceso técnico o estrictamente *mecánico* con el que se funcionaliza, estandariza o despersonalizan las prácticas profesionales. La humanización necesita protocolos de trabajo y cuanto mejor estén descritas las prácticas de un servicio, mayores garantías tendremos de un buen trato. De la misma forma que humanizar está reñido con improvisar o carecer de diligencia en la gestión de las prácticas, también está reñido con la dictadura de los protocolos que se ha instalado en muchos servicios. Sin formalización no hay humanización, pero sólo con formalización no tenemos humanización. Tendremos más orden y control pero no necesariamente mayor calidad o trato más humano.
4. No es *comunalizar*, es decir, pasar de un sistema médico basado en la proximidad de las distancias cortas a un sistema global basado en las distancias largas. Humanizar no es organizar el tiempo de trabajo para asignar o cuantificar un determinado número de minutos para una consulta. Los nuevos sistemas de control de calidad miden neuróticamente los tiempos de los profesionales para repartir la jornada laboral de forma matemática. Humanizar no es distribuir algebráicamente los tiempos médicos organizando simplificada, numérica y comunalmente la atención.

5. No es *familiarizar*, es decir, organizar los servicios y la atención en clave familiar. Es necesario explicar bien este punto porque muchos programas de humanización promueven una atención «como en familia», o «como en casa». Aunque los centros sociales y sanitarios quieran, no pueden organizarse en clave familiar porque su lógica institucional es muy diferente. No olvidemos que hay muchas formas de entender la familia y cuando identificamos «humanización» con «familiarización» estamos cayendo en una generalización que dice poco de trato, cuidados y atenciones personalizadas basadas en la responsabilidad. Sería mejor hablar de «buen trato familiar» porque hay familias que no son referencia para la gestión humanizadora de un centro.
6. Si es acompañar con cuidado, es decir, atender desde una distancia justa al paciente para que no se sienta abandonado, marginado, menospreciado o simplemente desatendido. Acompañar con cuidado no es estar todo el tiempo pendiente del paciente cuando éste no lo necesita, tampoco infantilizarlo o tratarlo como a un niño. Cuando los profesionales utilizan la expresión «como un niño», o «tratarlo como a un niño», no son consciente de que si el paciente o usuario es un adulto quiere que se le respete su autonomía, se cuente con él y se considere su juicio. La humanización no es un simple acompañamiento por el que no dejamos solo o desatendido al enfermo. Es mucho más que un simple «hacer compañía» y mucho menos que estar siempre encima.
7. Humanizar es singularizar los cuidados y su gestión para que el azar, la improvisación o las malas prácticas no se adueñen de los procesos de modernización sanitaria. Aplicado a los procesos de modernización, la humanización es universalización y expansión para que todas y cada una de las personas sean atendidas, pero también

es singularización para determinar a cada paciente como una persona única, con sus grandezas y sus miserias, con sus enigmas y sus rutinas. Pero también es contracción y retracción para que las prácticas se construyan desde el rostro concreto de cada paciente. La humanización es singularizante cuando lo que ganamos en justicia y universalidad no lo perdemos en personalización.

8. Humanizar es coeducar, no sólo porque hay que educar a los pacientes para que se conozcan a sí mismos, conozcan el sistema y sean corresponsables en su uso. Hay que educar a los profesionales de sistema socio-sanitario para que descubran la dimensión vocacional de sus prácticas profesionales, para que conozcan la fragilidad de las instituciones socio-sanitarias y, sobre todo, para que aprendan habilidades de comunicación, consejo y ayuda en situaciones de crisis. Muchos de las quejas que tienen los pacientes se resolverían si los profesionales comunicaran mejor, si los equipos transmitieran mejor la información y, sobre todo, si los responsables políticos de las instituciones sanitarias se piensan a así mismo como educadores, no como simples técnicos, mecánicos o ingenieros que se acercan al enfermo como si se acercaran a un coche usado y en mal funcionamiento.
9. Humanizar es personeizar, es decir, organizar la atención, los servicios y las instituciones en clave de fragilidad, vulnerabilidad y precariedad de los cuerpos humanos. Cuando el paciente quiere un trato humano y digno es porque quiere que todas y cada una de las partes de su cuerpo sean tratadas con la dignidad o cuidado que se merecen. Un brazo, una pierna o un hígado son simples «partes» de un cuerpo cualquiera, son partes de «mi cuerpo». Desde la tradición personalista se ha destacado siempre la necesidad de plantear la relación con el cuerpo



en clave de «ser» y no en clave de «tener». El cuerpo no es algo que uno tiene sino algo por lo que uno es. Gabriel Marcel y Ricoeur lo vieron claro cuando desde esta ética del cuerpo piensan la autenticidad, plenitud e identidad de la vida en clave de «encarnación».

10. Humanizar es personalizar, es decir, aprender a organizar el cuidado y la atención desde las diferencias personales. No se trata de orientar al sistema para que respete a cada uno y sus «cadaunadas», pero sí se trata de cuidar mucho las historias clínicas, la recogida de datos y los procesos de información o comunicación en cada momento del acto clínico. No se puede construir un sistema para cada uno de los caracteres o tipos de personalidad con los que podemos clasificar a los pacientes. La humanización es personalizadora y personalizante cuando el sistema socio-sanitario no establece una relación numérica, estadística o mecánica con el paciente, sino cuando los profesionales ejercen el arte de preguntar y responder no como simple técnica para el diagnóstico sino como arte para ganarse la confianza del paciente. En este sentido, los procesos de humanización son procesos de rehabilitación, restauración y generación de confianza en todas las áreas del sistema cultural, social y sanitario.

En definitiva, estamos ante un trabajo interesante y valioso para quienes estamos empeñados en tareas educativas y formativas. Ante el riesgo de que la salud se deshumanice por la tecnificación de la asistencia o por la fragmentación de las prioridades del sistema, estas páginas pueden ser una buena herramienta para plantear la humanización en toda su complejidad. También para despertar ante sociedades modernas que tienen a plantear los problemas de salud únicamente en términos de medicalización, psicologización o atomización de los problemas. Son páginas para aprender a cambiar las luces de la formación

que estamos impartiendo y hacernos ver que no siempre podemos ir con las luces cortas con las que solo vemos los problemas inmediatos, sino que debemos aprender a utilizar las luces largas para afrontar con cierta perspectiva y voluntad educativa la humanización de la salud en el siglo XXI.

**Agustín Domingo Moratalla**

*Catedrático Acreditado de Filosofía Moral y Política  
Vicepresidente del CBA del Hospital Clínico-Malvarrosa  
Director de UIMP-Valencia  
Universidad de Valencia*

# NOTA DEL EDITOR

La idea que ha generado este libro surgió tras la celebración de la *V Jornada de humanidades médicas* que bajo el título «La Humanización de la gestión y práctica sanitaria» organizaron, por quinta vez consecutiva, el Instituto CEU de Humanidades Ángel Ayala y la Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo. Algunas de las conferencias allí dictadas están recogidas en este volumen. También hemos incluido las aportaciones de otros autores que no estuvieron presentes en aquella Jornada y que amablemente han querido colaborar. El resultado ha sido el que tiene entre sus manos, una obra recopiladora de distintas voces autorizadas ante un mismo tema: la humanización o re-humanización de la salud. Algunos de los textos son de profesionales sanitarios en activo (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) otros son estudios de filósofos que aportan su voz crítica y reflexiva sobre aspectos más conceptuales o, también, análisis fenomenológicos en torno al fenómeno de la salud y la enfermedad o la actividad del cuidado. Por último, hemos querido tener una sección más experiencial, en la que profesionales sanitarios o docentes del área de salud, hablan en primera persona ya sea de su labor desde la perspectiva de la humanización o desde la experiencia de ser formadores de los futuros profesionales sanitarios. Deseamos que todos estos estudios y reflexiones nos sirvan para seguir pensando y mejorando la relación sanitaria. Una relación de ayuda que surge ante la llamada de un sujeto vulnerable: la persona enferma.

**Antonio Piñas Mesa**

*Editor*

# EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

**TOMÁS CHIVATO PÉREZ**

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CEU SAN PABLO

## 1. INTRODUCCIÓN

Nos ha correspondido vivir en una sociedad que vive muy deprisa, con información continua en directo. A nuestra generación nos ha tocado un nuevo mundo que acelera cada vez más rápido: globalización, nuevos modelos sociales y conectividad permanente. Vivimos en la era de los teléfonos móviles, tablets, Internet, Whatsapp, Facebook, Instagram, Twitter y LinkedIn. Estas nuevas tecnologías nos ayudan a comunicarnos más rápido que jamás en la historia de la humanidad.

Lo «urgente» nos impide atender lo «importante». No disponemos de tiempo para ser coherentes, para atender a nuestros pacientes, familiares y amigos. Si el objetivo vital vocacional del profesional sanitario es cuidar, ayudar, consolar, curar y acompañar al enfermo, ¿cómo es posible centrarnos en nuestra misión sin sucumbir ante «el mundanal ruido»?

Es crítico no perder la perspectiva. La ilusión puede agotarse, el cansancio puede acumularse y las expectativas pueden verse incumplidas. Por todo lo anterior debemos preparar a los jóvenes alumnos de las carreras sanitarias dotándoles de herramientas útiles para que continúen toda la vida profesional con la ilusión del primer día.

Estamos siendo testigos de espectaculares avances diagnósticos (genómica, proteómica, metabolómica...) y terapéuticos (cirugía robótica, anticuerpos monoclonales, trasplantes...) que han revolucionado el acto médico. Nunca antes hemos dispuesto de herramientas tan útiles y eficaces. Frente a este incuestionable avance «técnico», estamos retrocediendo frecuentemente en otras facetas del acto médico o sanitario.

El ejercicio de las profesiones sanitarias está íntimamente relacionado con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

El concepto de profesión es un concepto que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio.

Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.

## 2. SITUACIÓN ACTUAL

La actividad asistencial ha experimentado cambios cualitativos y cuantitativos muy significativos en los últimos años. La relación con el paciente (clásicamente enfermo y hoy cliente o usuario) basada en la ética de la beneficencia ha evolucionado a la ética de la autonomía. La información al paciente o los consentimientos informados son ejemplos de estos cambios. La informatización de las historias clínicas, la ley de protección de datos o la digitalización de las imágenes son otros ejemplos de cómo la informática se aplica en la práctica médica.

Los alumnos deben asumir que entre las diferentes actividades que deberán adquirir como profesionales sanitarios están la asistencia, la docencia, la investigación e incluso la gestión.

La asistencia de los hospitales «clásicos» ha evolucionado hacia nuevos modelos: unidades multidisciplinarias, nuevas «super especialidades» o las nuevas tecnologías sanitarias diagnósticas y terapéuticas han variado la estructura y funcionamiento habituales.

La docencia (pregrado, postgrado y formación continuada) también ha evolucionado hacia modelos diferentes. En la docencia no es suficiente «conocer», es necesario «saber hacer», e incluso «demostrar cómo se hace» y «tener la actitud de hacer». Del conocimiento teórico se ha evolucionado a las competencias clínicas.

La investigación biomédica también ha variado sustancialmente. La investigación juega un papel muy relevante en la mejora de la calidad asistencial y en la motivación del personal perteneciente a las unidades. La investigación ha de organizarse y gestionarse correctamente, han de conseguirse recursos económicos suficientes para conseguir la viabilidad de los proyectos. La investigación «aislada y heroica» del pasado reciente ha evolucionado a áreas concretas y líneas de investigación bien definidas basadas en grupos de trabajo multidisciplinar y redes de investigación nacionales e internacionales.

Los alumnos aprenden en la Universidad a generar conocimiento, transmitir conocimiento y aplicar conocimiento. Es esencial que sean conscientes de que dicho conocimiento ha de ser estéticamente bello, científicamente verdadero y moralmente bueno.

La gestión ha llegado a la asistencia sanitaria. Conceptos como eficacia y eficiencia, coste por proceso, recursos humanos y materiales, economía sanitaria, cartera de servicios, calidad del producto, logística, estrategia, marketing, contabilidad analítica o financiación, han pasado de ser «proyectos» o «ideas» en el mundo médico a ser realidades cotidianas.

Nos encaminamos a una medicina de precisión que se caracterizará por ser personalizada, participativa, preventiva y predictiva. Se está produciendo un cambio de paradigma. El foco principal de la medicina se centrará en los pacientes al igual que en la docencia el foco se centra en los alumnos. La educación sanitaria y la prevención serán cada vez más importantes.