



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios



Humanizing health to improve healthcare quality

J.C. March

Escuela Andaluza de Salud Pública, Área de ciudadanía, bienestar y salud, Granada, España

La palabra «humanizar» es un término moderno que ha sustituido al viejo vocablo «humanar» cuyo significado según el diccionario de María Moliner es hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres. Su raíz se encuentra en el término «humanidad» definible según el diccionario de la Real Academia Española como sensibilidad, compasión, bondad hacia los semejantes.

Independientemente de sus raíces semánticas, hoy día, hablar de humanización como valor social puede resultar comprometedor, ya que reclama la dignidad personal intrínseca de todo ser humano, los derechos que de ella se derivan y la coherencia con los valores que él siente como peculiares e inalienables.

En el contexto sanitario, el concepto de humanización suele hacer referencia al abordaje integral de la persona, es decir su extensión holística, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual^{2,3}. Desde esta perspectiva se debe otorgar igual importancia a las necesidades sociales, emocionales y psicológicas que a las físicas, y ello significa hacer referencia a la persona en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.

Es un hecho innegable que las organizaciones sanitarias tienen algunas asignaturas pendientes. Constituyen retos que han de ser afrontados desde una Ética asistencial, tal y como recogen códigos deontológicos de los profesionales

de la salud⁴⁻⁷. Además, en la última década, han aparecido otros aspectos, como son el carácter de las personas, las emociones, la prudencia de los profesionales y la construcción social de valores, cuya consideración enriquecerá el necesario diálogo entre «Ciencia y Humanidades». Este nuevo enfoque nos ha de llevar al intento de ahondar un poco más en las interacciones entre usuarios y profesionales, en los aspectos no solamente cognitivos sino también afectivos⁸. Se requieren nuevos modelos de relación entre usuarios y profesionales como el denominado «afectivo-efectivo» ligado a la figura de Albert Jovell⁹, médico a la vez que paciente, que fue el creador del Foro Español de Pacientes y un ferviente defensor de la prestación de una asistencia humana.

Entre algunos profesionales se tiende a describir el fenómeno de la deshumanización de la práctica sanitaria como un problema asociado al desarrollo tecnológico y a la despersonalización, a la división de las personas en partes y no a verla como única. De todas formas, la deshumanización es multifactorial. El fenómeno de deshumanización de la «Sanidad» es el resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes. Estos factores se desprenden, en parte, del orden social y de la dinámica y organización de las instituciones sanitarias. También tienen relación con la formación (muchos profesionales sanitarios presentan déficits en su formación en el trato de la intimidad y de la autonomía del paciente y por la inadecuada comunicación entre el enfermo y el profesional sanitario) y con la consecuente práctica de los profesionales sin olvidar algunos factores más de los pacientes. Se trata de un fenómeno complejo, en el que los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y al funcionamiento

Correo electrónico:

joancarles.march.easp@juntadeandalucia.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>

1134-282X/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SECA.

de las estructuras sanitarias, los imputables al personal sanitario, y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecnología se encuentren conectados unos a otros, como causas y consecuencias unos de otros. Es posible que exista cierta sinergia entre los factores deshumanizantes. Por todas estas razones, humanizar la salud, es un proceso complejo que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la mejora de la relación entre usuarios y profesionales y la formación de los profesionales¹.

En esa línea, estamos asistiendo a un cambio de paradigma mundial donde las personas resurgen como centro de un «Sistema Sanitario» que necesita mejorar su diseño. Un movimiento que pone de manifiesto la necesidad de escuchar y atender no solo a las personas enfermas, sino también incluir a sus familias como agentes curativos y cuidar a los profesionales para que puedan desempeñar su trabajo en las mejores condiciones posibles.

Cuidar a todas las partes que conviven en el «Sistema Sanitario» a diario es una necesidad y el camino hacia la construcción de una sanidad excelente, nos obliga a todos a enfocar en los problemas particulares de cada protagonista, dar respuesta a sus necesidades y comprender que el equilibrio depende del bienestar de todos los implicados, y que es responsabilidad de todos también. Se hace indispensable la responsabilidad moral de los profesionales orientada a una asistencia excelente⁸⁻¹⁰ ya que la formación insuficiente repercute en los enfermos y sus derechos¹¹. Es necesario superar el distanciamiento entre «Humanismo y Ciencia», ya que no puede existir una asistencia digna sin ser una asistencia humanizada.

Para este fin, han aparecido en España planes de diversas CC.AA. Es el caso de Madrid¹² y Castilla-La Mancha¹³ como pioneras. En el caso de Castilla-La Mancha destaca el «Plan Dignifica» que tiene como principio: «...la humanización de la asistencia sanitaria consiste en llenarla de valores propiamente humanos, yendo más allá del uso exclusivo de la ciencia y la técnica, incrementando la sensibilidad de los profesionales sanitarios hacia lo que necesitan los pacientes y familiares, pretendiendo producir un cambio profundo en su actividad profesional». Otra iniciativa destacable es el «Proyecto HU-CI»¹⁴: humanizando los cuidados intensivos. La iniciativa postula la creación de un grupo multidisciplinar de personas, conformado por pacientes, familias y profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares, psicólogos, etc.) y no sanitarios (arquitectos, informáticos, diseñadores, profesores), basado en las siguientes premisas, con el objeto de rediseñar la sanidad: humanizar los cuidados intensivos significa hacer las UCI lugares más amables y centrados en las personas, independientemente de su rol; humanizar es buscar una atención excelente, y también entender y aceptar que los profesionales somos falibles, vulnerables y tenemos derecho a expresar nuestras emociones; humanizar consiste en tomar consciencia de uno mismo: es un importante compromiso personal para mejorar la realidad, nuestras relaciones y el entorno a partir de cada persona: se humaniza de dentro a fuera; humanizar significa personalizar la asistencia escuchando lo que necesitan pacientes y familiares, no lo que nosotros pensamos que necesitan, y convertir esto en un proceso clínico donde la actitud sea fundamental.

Todo ello surge en un planteamiento de que los sistemas sanitarios estarán humanizados cuando estén al servicio de todas las personas, que humanizar no es «buenismo», sino promover la excelencia profesional con los medios humanos, tecnológicos y actitudes necesarias. Y esto también requiere inversión económica y un conjunto de áreas de mejora a través de la escucha de los protagonistas.

En los últimos años estamos asistiendo también a un cambio en el modelo de atención sanitaria al parto¹⁵, en el que se pone énfasis en el concepto de humanización para convertir a la mujer en el centro de la atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica. En determinadas prácticas como en el quirófano¹⁶, muchas veces, la atención al paciente es impersonal, y naturalmente, los problemas individuales son ignorados, por lo que ofrecer una atención humanizada, ética y digna necesitaría, antes de cualquier otro tipo de formación, humanizar a los profesionales sanitarios, a través del conocimiento de los conceptos básicos que la integran y el cultivo de nuevas costumbres y posturas como evitar la exclusión de su familia, al tener en cuenta que una experiencia quirúrgica cambia la vida de toda la unidad familiar. Asimismo, estudios nos hablan de que un cambio de una política de visitas en las UCI, redujo la incidencia de *delirium*, acortó su duración y la estancia en las UCI. En esa línea, la revista *Critical Care Medicine*¹⁷ ha publicado el artículo «*The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families*». En este trabajo se expone la filosofía ICU LIBERATION fundamentada en magnificar la dignidad humana y ayudar a preservar la autoestima en los pacientes, ambos factores amenazados durante su estancia en la UCI. Y es que el 81% de los profesionales y el 65% de los usuarios demandan más información, los familiares, en un 50% ven como humanizante acompañar a sus parientes enfermos. Y es que humanizar implica satisfacer a los profesionales y a los usuarios para prestar una atención eficiente, aunque las acciones para conseguirlo dependan de las necesidades, problemas y circunstancias del momento. Por tanto, para humanizar a los profesionales sería necesario considerar los límites, el potencial y las necesidades de cada uno de ellos. De esta manera, tanto los pacientes como la propia institución, tampoco deberían ignorar las preferencias y particularidades del personal sanitario, pues es imposible desarrollar un ambiente humanizado si el personal que imparte la asistencia está insatisfecho; los profesionales sanitarios también deben ser vistos como seres humanos.

Ahora bien, el lector se preguntará ¿cuál es el elemento clave para humanizar la «Sanidad»?

Sin duda, la herramienta fundamental será la «escucha activa» de los profesionales en relación a los protagonistas: pacientes y asociaciones de pacientes; la opinión y la experiencia de los familiares, que en gran parte se convierten en los verdaderos cuidadores de los enfermos; y por supuesto a los profesionales.

Finalmente, reconocemos que no resultará fácil humanizar la asistencia pues no basta con la voluntad de prestar un servicio de calidad, sino que sería fundamental un nuevo replanteamiento y organización para conseguirlo. La atención humanizada sería, probablemente, el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en un servicio de

salud, donde los pacientes, en esta nueva era, quieren y desean tener un nuevo protagonismo.

Bibliografía

1. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Ed. Desclee De Brouwer; 2014.
2. Ramos-Brieva J, González P, Rodríguez S, Botas MC, Vicente-López O, Cordero-Villafáfila A. ¿Es posible humanizar la obtención de muestras de semen respetando la intimidad de los sujetos? Un estudio preliminar. *Rev Calid Asist.* 2017;32:116–8.
3. Maestre BR. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *MEDIPAL.* 2013;20:19–25.
4. Alba Martín R. ¿Humanización de los cuidados en la actualidad? Humanización de la atención hoy en día? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2015;41:27–8.
5. Arredondo-González CP, Siles- González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm.* 2009;18:32–6 [consultado 2 Sep 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&nrm=iso
6. Santos Hernández AM, Peña Lage M. Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas. *Cuadernos de Bioética.* 2003;14 [consultado 2 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/42/421218.pdf>
7. Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educ Med.* 2015;16 [consultado 2 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181315000029>
8. Heras la Calle G. Humanizing health is a matter for everyone. How to humanize neurology? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2017;45:1–2.
9. Ortega Benítez A, García Martín JC, Rodríguez Novo Y, Núñez Díaz S, Novo Muñoz M, Rodríguez Gómez JA. Humanización en atención urgente. ¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia? *Emergencias.* 2004;16:12–6.
10. Jovell A. *Cáncer. Biografía de una supervivencia.* Barcelona: Editorial Planeta; 2008.
11. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [consultado 2 Sep 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
12. Heluy de Castro C, Efigenia de Faria T, Felipe Cabanero R, Castello Cabo M. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. *Index Enferm.* 2004;13:18–20 [consultado 2 Sep 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es&nrm=iso
13. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas de Enfermería.* 2014;17:70–4.
14. Heras La Calle G, Alonso Oviés A, Gómez Tello V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.* 2017;43:547–9.
15. Blanca Gutiérrez JJ, Muñoz Segura R, Caraballo Núñez MA, Expósito Casado MC, Sáez Naranjo R, Fernández Díaz ME. La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. *Index Enferm.* 2008;18:106–10.
16. Cachón Rodríguez E. El Hospital y el paciente. Declaraciones de principios, realidad y paradojas. *Index Enferm.* 2007;56:35–9.
17. González Blasco P. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria.* 2006;38:225–9.