



Revista Clínica de Medicina de Familia
ISSN: 1699-695X
info@scamfyc.org
Sociedad Castellano-Manchega de
Medicina de Familia y Comunitaria
España

Gutiérrez Fernández, Rodrigo
La humanización de (en) la Atención Primaria
Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 10, núm. 1, 2017, pp. 29-38
Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169650683005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

La humanización de (en) la Atención Primaria

Rodrigo Gutiérrez Fernández.

Director General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

Correspondencia:

Rodrigo Gutiérrez Fernández.

Correo electrónico:

rgutierrez@jccm.es.

Recibido el 9 de febrero de 2017.

Aceptado para su publicación el 10 de febrero de 2017.

Humanizar: tr. Hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable.

Humanización: f. Adquisición de características más humanas y más amables.

Humanidad: Sensibilidad, compasión, bondad hacia los semejantes.

Diccionario de la Real Academia Española. 22^a edición

«...el gran reto del sistema sanitario del siglo XXI será lograr que el paciente vuelva a ser protagonista de las actuaciones de todos los profesionales.»

Hno. Pierluigi Marchesi O.H

«Deberíamos tratar a los pacientes como a nuestras madres.»

(Tianchen Li, Dinastía Ming)

CONSIDERACIONES GENERALES. ¿QUÉ SIGNIFICA HUMANIZAR LA ASISTENCIA SANITARIA?

Para mucha gente puede resultar hasta cierto punto paradójico que se hable de “humanizar” la atención sanitaria o los servicios de salud, cuando la esencia de éstos es el ser humano, y el origen de las instituciones sanitarias surge precisamente de la necesidad de que alguien atienda a la persona enferma. Sin embargo, la creciente tecnicificación de la asistencia sanitaria, la prioridad por la búsqueda de la eficiencia y el control de los costes, la presión asistencial, la masificación, la falta de tiempo, el trato inadecuado e impersonal a la persona enferma, han hecho que con frecuencia el personal sanitario pueda anteponer aspectos meramente administrativos, económicos o procedimentales a la prestación de un auténtico servicio orientado al ser humano. Por eso, por la propia naturaleza de los servicios de salud, la *humanización* debiera convertirse en una prioridad de las instituciones sanitarias y no deja de ser llamativo referirnos a la *humanización/deshumanización* en el contexto de una relación, como la sanitaria, que fundamentalmente es (debe ser) interhumana, personal y de ayuda: un encuentro entre personas con la finalidad de establecer una relación diagnóstico-terapéutica que lleve a la curación o a la resolución (al menos) temporal de la dolencia de la persona enferma. Los componentes afectivos, personales, éticos y profesionales de esa relación a lo largo de miles de años han sido principal objeto de estudio y atención destacada de numerosos autores¹.

Por otro lado, la práctica sanitaria actual aparece estrechamente vinculada al avance técnico y científico, (lo que algunos han llegado a calificar incluso como “fascinación tecnológica”)², y conlleva como nunca antes una insospechada capacidad de poder sobre las personas. Ese poder, en ausencia de unos claros referentes éticos, puede conducir al vértigo del dominio y la manipulación más deshumanizante y cruel, en lugar de lo que realmente debiera ser: el servicio más noble, honorable y dignificante, un ámbito privilegiado de enriquecedores modos de relación interpersonal y de encuentro a la verdadera altura y medida del ser humano³.

El General de la Orden de San Juan de Dios, Pier Luigi Marchesi⁴ († 2002) lo explicaba de manera muy gráfica:

«Los enfermos, aplastados entre su ansia de sanar y el poderío del aparato tecnológico, se convierten en un objeto incómodo. Los agentes, médicos

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



investigadores, enfermeros, junto con casi todo el sistema sanitario, atraídos irresistiblemente por las posibilidades de la técnica, se sienten disminuidos si deben aplicarse a curar una simple herida de un paciente, atender sus necesidades elementales, escucharlo y hablarle. De tal manera, la deshumanización de la medicina, como producto típico de la "modernidad", se ha instalado en el corazón de nuestra compleja sociedad, como fruto de un progreso tan ilusorio como deletéreo. Para cambiar las cosas hay que volver a dar un nuevo significado a la empresa socio-sanitaria, para reencontrar el sentido profundo del ser del hombre en sufrimiento, con cuya comprensión es únicamente posible instaurar una nueva alianza entre paciente y sistema sanitario.»⁵

Como es bien sabido, el proceso de enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad en la interacción con ellas. En este sentido, la presencia humana ante las personas enfermas con dolor y sufrimiento, se hace insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar empatía, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión con la situación del otro u otra.

Desde esta perspectiva, las manifestaciones más frecuentes de la despersonalización y deshumanización que pueden darse en la práctica sanitaria serían las siguientes:

- La «cosificación» de la persona enferma, que « pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos», y pasar a ser tratado como: «la cama número tal», «la pancreatitis» «el Ca de pulmón» o «la historia clínica equis».
- La falta de calor en la relación humana, con un trato inadecuado, distanciamiento afectivo por parte del personal que puede llegar a ser de fría indiferencia o indolencia.
- La ausencia de una adecuada interrelación y comunicación entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial que favorezca formas mutuamente enriquecedoras de encuentro.
- La restricción de los derechos de la persona enferma (creencias, valores, privacidad, confidencialidad, autonomía...), que puede llegar incluso a la negación de sus opciones últimas.

ALGUNOS ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

En España, en 1984, la Subdirección General de Atención Hospitalaria del INSALUD contemplaba la Humanización de la Asistencia como uno de los puntos esenciales de la Reforma Hospitalaria y del llamado 'Nuevo Modelo de Gestión' que buscaba racionalizar el funcionamiento de los hospitales pú-

blicos y mejorar la calidad asistencial que se prestaba en los mismos⁶.

Uno de los instrumentos fundamentales que pretendía emplear para ello era la implantación y puesta en marcha de la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, como una declaración de principios para llevar a la práctica la necesidad de armonizar las relaciones que se establecen entre los diversos elementos del sistema sanitario y sus pacientes, (...) conjugando por un lado la irrenunciabilidad de cualquier derecho con la responsabilidad sobre la propia salud y sobre los recursos sanitarios. En alguna medida, esa Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes suponía ya entonces un primer antecedente de lo que posteriormente sería la formulación de la propia Ley de Autonomía del Paciente⁷. El texto del Plan reconocía algunos de los aspectos antes señalados:

«La enfermedad genera, tanto en el paciente como en su entorno familiar y social, una situación de indefensión que le hace sentirse desvalido, y por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. La propia tecnificación de la Medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina.»

Como allí se decía, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria, se había visto acompañado de un proceso de tecnificación y masificación. Parecía como si, en un doble proceso paralelo y simultáneo, hubiera tenido lugar la extensión de la asistencia sanitaria y la deshumanización de la misma. Y en este segundo proceso, podría olvidarse fácilmente que la asistencia se está prestando a una persona que se encuentra en un particular momento de vulnerabilidad y cuya respuesta no puede reducirse a una simple intervención técnica, por muy apropiada que ésta sea y muy al alcance de los profesionales que se encuentre. En palabras de Francesc Raventós, Director General del INSALUD entonces:

«Un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado, que proteja y promueva la salud, que corrija las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud.»

El Plan reconocía que la humanización tenía que ver con la propia concepción del sistema, con la gestión y el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, con la competencia profesional y con otros elementos no fácilmente comunicables ni tangibles, como «el dolor evitado, el sufrimiento

prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada.»

Se entendía también que, para que los centros sanitarios fueran más humanos y existiera un mayor respeto a la dignidad humana, se requería una mejor formación del personal y una adecuada organización de los servicios para una mejor atención del enfermo, informar al paciente sobre su enfermedad y tratamiento específico; y procurar que el enfermo pueda prepararse psicológicamente para la muerte.

En esta misma línea de pensamiento, Albert J. Jovell († 2013), fundador y Presidente del Foro Español de Pacientes, explicaba⁸, 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.»

Y, sin embargo, se preguntaba: «*¿Nos estamos acercando los médicos tanto al objeto –la enfermedad- que nos olvidamos del sujeto –la persona enferma-?*» afirmando que, en su opinión «...los médicos nos sentimos cada vez más dependientes de la tecnología y menos predisuestos a tender físicamente una mano al paciente.»

Desde su propia experiencia sostenía también: «*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.*»

Recordaba que, con demasiada frecuencia, las prisas, la sobrecarga asistencial o la falta de tiempo, pueden hacer olvidar que «*cuando una persona acude al Sistema Sanitario espera encontrar no sólo la competencia técnica de los profesionales, sino también a otras personas capaces de transmitirle seguridad, confianza y respeto acerca de sus decisiones.*»

Con más voluntad que acierto en bastantes ocasiones, -aunque siempre de manera bienintencionada y con diferentes denominaciones-, (Plan de las pequeñas cosas, Plan de los pequeños detalles, Plan de confortabilidad, Plan de humanización, etc.) en distintos Servicios de Salud del SNS se han venido desarrollando diferentes propuestas encaminadas a mejorar la humanización de la atención sanitaria y la calidad percibida, mediante la elaboración de estrategias con algunas propuestas similares. Entre los aspectos más destacables que estarían relacionados y contenidos en/con esa humanización de la asistencia, podrían señalarse algunos de los siguientes:

- Atención centrada en la persona^{9,10},
- Calidad de trato personal
- Información adecuada y suficiente
- Comunicación comprensible

- Confianza y seguridad
- Continuidad de la atención
- Accesibilidad externa e interna
- Confort de las instalaciones

En esencia, y resumiendo, como han destacado Bermejo y otros^{11,12}, desde el Centro de humanización de la Salud, “humanizar” es una cuestión ética, que tiene que ver con los valores y con la búsqueda del bien de la persona a la que se atiende. Humanizar la relación asistencial consiste en utilizar la técnica para luchar contra las adversidades de la vida impregnándola de los valores y actitudes genuinamente humanos, es decir, acordes con la dignidad humana.

No es casual que el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Castilla-La Mancha se denomine “*Plan Dignifica*” y, en este sentido, aparece estrechamente relacionado con la formulación del imperativo categórico kantiano:

“Actúa de tal manera que trates a la humanidad, tanto en tu persona, como en la persona del otro, no como un mero medio, sino siempre y al mismo tiempo, como un fin en sí mismos.”

La dignidad se refiere al mérito y al valor inherente al ser humano, y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento y la consideración, la autoestima y la autonomía personal, es decir con la capacidad de tomar decisiones propias. Poder vivir –y morir- con dignidad emana del respeto a los derechos fundamentales y supone que todas las personas como individuos y como parte de sus respectivas comunidades tienen derecho a ser tratadas con justicia, amor, compasión y respeto.

SOBRE LOS FINES DE LA MEDICINA

En 1996, hace poco más de 20 años, el Hastings Center¹⁴, prestigioso centro de investigación en bioética de Nueva York, reunió a un equipo de estudiosos internacionales con el objetivo de emprender un ambicioso estudio sobre los fines de la medicina¹⁵. La hipótesis de trabajo que motivaba el encuentro era relevante: el progreso de las ciencias biomédicas, de la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas, unido a la escasez de recursos para satisfacerlas, habían producido una serie de cambios radicales que obligaban a pensar de nuevo si entendemos la medicina en sus justos términos. La concepción tradicional existente de la medicina y los fines derivados de ella respondían a unos retos que no eran ya exactamente los del momento. La ciencia y la técnica tienen unos límites que hay que ir determinando a medida que las circunstancias en que vivimos se transforman. Y precisamente porque la ciencia y la tecnología médicas son hoy más potentes, había que plantearse seriamente la pregunta de *si debe hacer todo lo que técnicamente puede hacer, si el objetivo genérico de recuperar la salud y evitar la muerte no es ya demasiado simple o irreal*. Dado que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor,

el sufrimiento y, finalmente, la muerte, una práctica médica adecuada a dicha condición ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella. En este sentido, "Los fines de la medicina", el documento que elaboró el grupo de investigadores¹⁶ del Hastings Center es un intento de desmitificar hasta cierto punto la práctica de la medicina y despojarla de ciertos delirios de omnipotencia, a fin de que su ejercicio constituya efectivamente un progreso para la humanidad. Para ello, será preciso que la medicina se conciba a sí misma como una actividad que está al servicio de todos, lo que implica que ha de enfrentarse a decisiones complejas y difíciles, muchas veces, trágicas. La medicina está al servicio de todos y no sólo de quienes pueden pagarla ni de las enfermedades minoritarias. Ha de estar motivada no por el orgullo profesional, sino por el beneficio del paciente. Tiene que procurar ser fiel a sí misma y mantenerse como algo viable y sostenible, no dejarse arrastrar por un desarrollo tecnológico imparable.

Daniel Callahan, presidente emérito del Centro, se preguntaba:

«¿La medicina es un arte o una ciencia? ¿Se trata de una empresa humanística con un componente científico, o bien una empresa científica con un componente humanístico? (...) cualquier postura firme acerca de los fines de la medicina debe incorporar la capacidad del hombre de tomar decisiones pese a la incertidumbre, un núcleo de valores humanistas y morales y los hallazgos de una ciencia rigurosa. Una medicina que procura ser al mismo tiempo honorable, moderada, asequible, sostenible y equitativa debe reflexionar constantemente sobre sus fines.»

«No deberíamos permitir que los medios burocráticos, organizativos, políticos y económicos empleados en lograrlos, eclipsen las cuestiones, siempre presentes y a menudo difíciles, de los fines y las metas. La medicina del futuro no será, ni debería ser, la misma medicina del pasado y del presente en sus estructuras institucionales y marcos políticos. Únicamente del esfuerzo común de médicos y pacientes, de medicina y sociedad, depende que ese futuro se modele correcta y satisfactoriamente, y el lugar de donde debe partir dicho esfuerzo son los fines de la medicina.»

Por último y como conclusión, la [práctica de la] medicina debería aspirar a:

- Ser honorable y dirigir su propia vida profesional.
- Ser moderada y prudente.
- Ser asequible y económicamente sostenible.
- Ser justa y equitativa.
- Respetar las opciones y la dignidad de las personas.

El grupo de expertos definió cuatro fines de la medicina, que fueron formulados de la siguiente manera y que conviene recordar a estos efectos:

- 1º La prevención de las enfermedades y lesiones, y la promoción y conservación de la salud.
- 2º El alivio del dolor y el sufrimiento causados por la enfermedad.
- 3º La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables:

«Las personas suelen recurrir a la medicina porque se encuentran mal, han sufrido alguna lesión o padecen una discapacidad mental o física. La medicina, por su parte, responde buscando la causa del mal, suponiendo que podrá encontrarla en un órgano o miembro lesionado o enfermo. Cuando se da ese caso, la medicina intenta curar el mal y hacer que el paciente recupere su antiguo estado de bienestar y el normal funcionamiento. Sin embargo, el paciente no suele presentar al médico su órgano enfermo, incluso si sabe o sospecha que ése es el origen de su malestar; el paciente busca más que la simple cura, busca comprensión y commiseración. Los enfermos presentan sus malestares y lesiones al médico como personas; esto es lo que experimentan subjetivamente de forma más directa y lo que suele motivarles a buscar alivio. Se presentan a sí mismos como individuos, y son precisamente esos individuos los que deben constituir el punto de partida de la cura y los cuidados.»

«En su entusiasmo por la cura de enfermos, en ocasiones, la medicina moderna ha desatendido su función humanitaria. Parecería afirmar que, si se puede encontrar la curación, ¿quién necesita cuidados? Esta opinión no puede estar más equivocada. En muchos casos, por supuesto, una técnica completamente impersonal resulta aceptable, e incluso deseable, como en una traqueotomía de urgencia, reanimación cardiopulmonar y muchos procedimientos quirúrgicos de alta tecnología; pero lo más común es que se requieran también cuidados. Los cuidados no consisten simplemente en manifestar preocupación, commiseración y disposición a hablar con el paciente; comprenden también la capacidad para hablar y escuchar de un modo que demuestra conocimiento de los servicios sociales y asistenciales necesarios para ayudar al paciente y a su familia a afrontar una amplia gama de problemas no médicos que pudieran acompañar, como normalmente ocurre, a su padecimiento.»

«De sobra está decir que otro de los ingredientes fundamentales [si no el primero] para un buen cuidado es la excelencia técnica.»

- 4º. La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila:

La lucha contra la muerte en muchas de sus manifestaciones constituye un fin esencial de la medicina. Pero siempre debería mantenerse en sano conflicto con el deber de la medicina de aceptar la muerte como el destino de todos los seres humanos. La 'ley de hierro de la epidemiología' afirma que todo el que nace muere. El tratamiento médico debería ofrecerse de forma que fomente, y no de forma que amenace, la posibilidad de una muer-

te tranquila. Lamentablemente, con demasiada frecuencia, la medicina contemporánea considera la muerte como enemiga suprema. Un ejemplo de ello es la prolongación de la vida en ocasiones más allá de toda noción de beneficio para el ser humano y la lamentable desatención de una asistencia humanitaria a los moribundos, como si el paciente que está muriendo hubiera perdido su derecho a recibir la atención, la presencia humana y el alivio eficaz de la medicina.

Hacia una práctica clínica más human(izad)a

Basándose en los trabajos previos de algunos filósofos morales, la profesora Victoria Camps enumeraba una serie de virtudes que los profesionales sanitarios que busquen la excelencia deberían adquirir para llevar a cabo una práctica clínica más humana^{17,18}:

- Benevolencia
- Respeto
- Cuidado
- Sinceridad
- Amabilidad
- Justicia
- Compasión
- Integridad
- Olvido de uno mismo (*self-effacement*)
- Prudencia

Ciertamente, la persona que posea un conjunto de virtudes como las mencionadas, muestra al actuar su compromiso con los principios de la bioética, si bien este listado puede sintetizarse reduciendo las virtudes del profesional sanitario a las siguientes: respeto, sinceridad, compasión y olvido de sí mismo. La adquisición de dichas virtudes hará que los clásicos principios bioéticos de beneficencia, autonomía, justicia y cuidado (o no maleficencia) no sean solo hermosas palabras escritas en algún documento y recogidas en los códigos y guías de buenas prácticas, sino prácticas reales incorporadas a la actividad profesional.

LA PRÁCTICA CLÍNICO-ASISTENCIAL EN EL NIVEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

En Atención Primaria los profesionales sanitarios prestan atención personal y continua de primer nivel asistencial a individuos y familias. Puede atender a los pacientes en sus domicilios, en la consulta y, ocasionalmente, en el hospital. Estos profesionales asumen la responsabilidad de tomar las decisiones iniciales en todos los problemas que se le presenten, requiriendo la opinión de otros profesionales de otros niveles asistenciales cuando lo juzgan conveniente. Su trabajo sanitario exige de la atención compartida entre diferentes profesionales: médicas, enfermeros, auxiliares de clínica, trabajadores sociales y personal administrativo. Este equipo de salud tiene en cuenta los aspectos psíquicos, psicológicos y sociales en los diagnósticos y establece planes educativos, preventivos y terapéuticos para mejorar la salud de sus pacientes,

ofreciendo continuidad y longitudinalidad. Es decir, ofrece el seguimiento de problemas concretos de salud (continuidad) y el seguimiento de la persona con el conjunto de los problemas de salud que le afectarán a lo largo de la vida (longitudinalidad).

Por otra parte, los profesionales de Atención Primaria atienden a las personas y a sus familias de una forma integral, integrada, de forma continuada y permanente. Se encuentran situados en un lugar privilegiado porque tratan a enfermos, a personas que sufren por la situación de vulnerabilidad que los pone en riesgo de enfermar. Son testigos objetivos de la vida de sus pacientes, los archiveros de su historia clínica y de vida, (teniendo en cuenta que una historia integrada de vida no es una simple historia clínica) lo que les cualifica para observar y conocer el devenir de la historia de la comunidad en la que viven.

Como sabemos, a lo largo de los últimos cien años la práctica de la medicina se ha transformado profundamente. Ha pasado de ser un arte y una técnica con escasos recursos preventivos y curativos, a convertirse en la manera de aplicar un enorme arsenal de procedimientos y biotecnología muy potentes, con medios farmacológicos y posibilidades técnicas de intervención enormemente complejas y sofisticadas, como producto de la investigación. En gran medida, la alta tecnificación de la medicina ha conducido (casi) todos los esfuerzos de los profesionales hacia la competencia científica, la innovación tecnológica, el conocimiento especializado y 'experto', en detrimento de la atención personalizada a los pacientes, a la persona enferma y a sus necesidades psicológicas, relaciones y... humanas. La propia enseñanza de la medicina y la dinámica general de los sistemas sanitarios en los diferentes países han contribuido a esta tendencia tan extendida.

No está de más recordar, sin embargo, que los profesionales sanitarios llevan a cabo una de las tareas más importantes y necesarias para la propia supervivencia y el desarrollo de la Humanidad. Con su esfuerzo y dedicación salvan vidas humanas (al reducir la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable), previenen enfermedades, aumentan y mejoran la calidad de vida de las personas, alivian el dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad, facilitando cuidados a los incurables y proporcionando cuidados paliativos que ayuden a una muerte tranquila. En general puede decirse que contribuyen a mejorar las condiciones en que se desenvuelve la existencia de los seres humanos.

Esta mayor capacidad de modificar el curso de la enfermedad se acompaña, como es lógico, de una mayor necesidad de ajustar la respuesta a las necesidades, para ofrecer lo mejor a cada paciente (y al tiempo evitar daños innecesarios) según sus expectativas y problemas. Al adecuar esta respuesta nos atenemos al viejo y básico fundamento de la Medicina, el *primum non nocere* (en su versión

actual, prevención cuaternaria o conjunto de actividades que pretenden evitar o paliar los daños causados por la actividad del propio sistema sanitario).

Pero en la medicina o, mejor dicho, en la atención sanitaria importa tanto lo que se hace como la forma en que se hace. Como señaló alguien, “algunos profesionales tratan enfermedades, otros tratan a personas que tienen una enfermedad. No es lo mismo”. El paciente que sufre y solicita ayuda no puede reducirse a una patología, y su situación anímica, sus circunstancias concretas, su contexto personal son parte del problema. La tecnificación de la práctica clínica ha llevado con frecuencia al olvido de una cuestión capital tan importante.

Por sus propia estructura, organización y características o atributos¹⁹ (accesibilidad, proximidad, integralidad, integración/coordinación de cuidados, continuidad de los profesionales, longitudinalidad, proactividad, abordaje multiprofesional, orientación comunitaria, etc.) y a pesar de las dificultades y problemas existentes²⁰ largamente denunciados (exceso de demanda, sobrecarga asistencial, falta de disponibilidad de tiempo...) la Atención Primaria sigue siendo un ámbito emblemático para la humanización de la asistencia sanitaria. Cuenta para ello con un arma fundamental, casi inalcanzable para el resto de las especialidades y niveles: la capacidad de construir relaciones personales duraderas con cada paciente, basadas en la confianza²¹: «*Ese debería ser el fin último del trabajo de la Atención Primaria en general, y del médico de familia en particular, más que aspirar a la plena salud física, psíquica y social de su comunidad o competir con los especialistas a ver quién indica o realiza más procedimientos complejos. Estriba en ganarse la confianza de todos y cada uno de sus pacientes, para que consulten cada uno de sus problemas, casi a cualquier hora y en cualquier circunstancia. Algo que está en las antípodas de considerar al paciente un adversario, casi un enemigo, otro número más a añadir a la larga lista de consultas de cada día.*»

Como ya se ha dicho antes, humanizar la atención sanitaria consiste precisamente en no reducir ni identificar al enfermo exclusivamente con su enfermedad, sino en considerarlo como una persona que tiene sus deseos, sus preferencias, sus expectativas, su historia, a la que debemos restituir su dimensión personal y relacional. Una medicina “humanizada” es una medicina que trata al enfermo como una persona “humana”, valga la tautología y el pleonasmico. Nadie como los profesionales de Atención Primaria se encuentra en mejor situación para este tipo de práctica clínico-asistencial.

CÓMO EJERCER UNA MEDICINA ARMÓNICA

Lo fundamental, con respecto a la clínica, es la personalización de la respuesta médica, pues cada paciente es ciertamente único, haciendo verdad aquel viejo proverbio de que “*no existen enfermedades sino enfermos*”. En la búsqueda de esa personalización, algunos autores (Gérvás J, Pérez

M.) plantean el ejercicio de lo que denominan *Medicina Armónica*²², en el sentido de equilibrada en su componente científico y humano, y ajustada en su respuesta global a las necesidades del paciente como persona:

«*En lo que respecta al conocimiento científico, lo importante es valorar ventajas e inconvenientes de las alternativas posibles (eficacia), y elegir las más adecuadas al paciente y a su situación, las que causen menos daño (efectividad), sin olvidar siempre el punto de vista de la sociedad (eficiencia). Se trata, pues, de ejercer con moderación, sin hacer daño (o el mínimo posible, en cumplimiento del principio primum non nocere) y con sentido común. Es decir, el objetivo es ofrecer una atención clínica clemente (moderada), segura (decente, con prevención cuaternaria) y sensata (sentido común). En conjunto, se trata de ejercer una Medicina Armónica, que dé respuesta a las necesidades de los pacientes con lo mejor del conocimiento científico, técnico, y de relaciones humanas.*»

Resumiendo, las claves para ese tipo de ejercicio profesional serían básicamente tres:

1. Tener siempre en cuenta que el objetivo sanitario no es disminuir la morbilidad y la mortalidad en general, sino la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, es decir sensible a las condiciones y al contexto.
2. Los médicos deben poner en práctica dos éticas sociales fundamentales con las que trabajar, la de la negativa y la de la ignorancia.
3. En la práctica clínica se precisa compasión, cortesía, piedad y ternura con los pacientes y sus familiares, con los compañeros, con los gestores y políticos y con uno mismo, sabiendo que la decisión médica tiene que saber encontrar un óptimo entre la irracionalidad técnica (todo para la organización) y la irracionalidad romántica (todo para el paciente).

Es preciso aprender a ejercer una Medicina Armónica, con la ética de la negativa y con la ética de la ignorancia:

«*Trabajar con la ética de la negativa supone saber decir “no” de forma apropiada y justificada, con suavidad y cortesía, ante las solicitudes excesivas de pacientes y familiares, compañeros y superiores. Hay quien quiere imposibles, y conviene saber decir “no”, de manera asertiva, sin acritud, y con la tolerancia que conviene al acto clínico, a la necesaria amabilidad imprescindible para mantener la buena relación médico-paciente.*»

«*Trabajar con la ética de la ignorancia supone decir con franqueza y oportunamente “no lo sé”, “no lo sabemos”, “no hay conocimiento científico al respecto”. Es decir, supone compartir con pacientes y familiares, compañeros y superiores los límites de la Ciencia y de la Medicina. (...) Conviene refrenar las expectativas excesivas.*»

«Tener compasión del paciente y de sus familiares es entender su sufrimiento y desear ayudar a resolverlo. La compasión va más allá de la empatía, pues ésta es una forma de inteligencia, de capacidad cognitiva, de “entender inteligentemente”, mientras la compasión se refiere a un nivel más básico, de solidaridad ante el sufrimiento. La compasión es un sentimiento, no un conocimiento.»

«Trabajar con cortesía es respetar las buenas costumbres, según la cultura y situación del paciente. Cortesía es en parte etiqueta, dar la mano o tratar de usted al anciano, por ejemplo, pero como una forma de expresar reconocimiento, no como mecanismo para establecer barreras.»

«Trabajar con piedad es reconocer el impacto del sufrimiento en el paciente y sus familiares y tener compasión. La enfermedad cambia el curso de la vida de los pacientes. Ser enfermo es volverse frágil, es perder la integridad física y/o mental que caracteriza al ser humano. La piedad permite tener clemencia, entender lo que significa la enfermedad en el devenir personal, familiar, laboral y social del paciente.»

«...el asunto no es meramente científico y técnico, sino sobre todo humano. De hecho, no hay calidad en la prestación de servicios sanitarios sin calidad humana; la calidad científica y técnica es sólo condición necesaria, pero no suficiente.»

En general la persona enferma y usuaria de servicios sanitarios valora la rapidez de la atención personalizada, la competencia técnica profesional, el número de profesionales adecuado, la información que se le facilita sobre la enfermedad y sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos. Para los pacientes de Atención Primaria los elementos prioritarios de la atención son las habilidades afectivas y técnicas del profesional médico o médica antes que los aspectos organizativos del servicio. La práctica médica que resalta los aspectos socioemocionales de la atención mejora los resultados en salud y la satisfacción de los pacientes.

J.L. Turabián y B. Pérez Franco²³ definen muy bien lo que supone la relación médico-paciente en Atención Primaria, acercándose a una atención más humana, integral y ‘resolutiva’, que no consiste en la simple curación orgánica: «La manera cómo se vive la enfermedad es siempre una construcción social, cultural, pero la manera cómo una persona experimenta una determinada enfermedad es única», por lo que la curación de una persona implica que se restaure su sentimiento de invulnerabilidad, de integración y control, que, obviamente va más allá de los aspectos meramente técnico-asistenciales:

«La Medicina de Familia se define en términos de relaciones, en lugar de enfermedades o tecnología. La continuidad de relaciones entre el médico de familia y los pacientes en su ambiente, incluso de una forma tácita, construye una confianza y crea un contexto terapéutico, curativo (...) La herramienta/

tecnología de los médicos de familia es el propio médico/profesional. El instrumental del médico de familia (el fonendoscopio, el esfigmomanómetro, el martillo de reflejos...) no son herramientas para explorar (en el sentido habitual), sino para entablar relaciones con los pacientes.»

«Curar» es lograr una situación de interconexión. Puede que juntos, paciente y médico, puedan entender el problema. Lo que está sobre el tapete en la consulta no es el médico o el paciente, sino los dos juntos. La tarea del médico es lograr y mantener una conexión con el paciente. Utilizar nuestra experiencia con los seres que sufren para conectar. Eso es lo que hacen los buenos médicos. Estar con las personas en los momentos cruciales de sus vidas. «Curar» se relaciona con crear un contexto terapéutico.»

LA EMPATÍA COMO UNA CLAVE DE LA HUMANIZACIÓN

Solemos referirnos a la empatía recordando aquella escena de la película “Matar a un ruisenor” (1962) en la que el abogado Atticus Finch, interpretado por un espléndido Gregory Peck, defendía a una persona de raza negra acusada de un crimen que no había cometido y afirma: «Nunca entiendes realmente a una persona hasta que consideras las cosas desde su punto de vista, hasta que te metes en el interior de su piel y caminas con ella.»

No obstante, la empatía no lo es todo y (casi) nunca es suficiente. Como recuerda la escritora norteamericana Leslie Jamison²⁴

«...la empatía no consiste sólo en acordarse de decir: «debe ser muy duro», sino también en una forma de sacar los problemas a la luz para que no pasen desapercibidos. La empatía no consiste sólo en escuchar, sino en formular las preguntas cuyas respuestas deben ser escuchadas. La empatía requiere saber que no se sabe nada. La empatía equivale a reconocer un horizonte contextual que se extiende perpetuamente más allá de lo que uno alcanza a ver. La empatía equivale a percibirse de que ningún trauma posee contornos discretos, El trauma sangra. Por las heridas y más allá de las fronteras. La tristeza se convierte en un ataque convulsivo (...). La empatía es una forma de velar por alguien, pero no es la única, y no siempre es suficiente.»

Indudablemente, la empatía no consiste en predicar un cierto *buenismo* ingenuo y sentimental, posiblemente bienintencionado, pero carente de autocritica, (pues con demasiada frecuencia, “el camino del infierno está empedrado de buenas intenciones”), ni en proclamar de los profesionales sanitarios la obligación de ser justos y benéficos, (como declaraba en su día de los españoles el art. 6 de la Constitución Española de 1812).

Tampoco se trata desde luego de una deificación de las cosas pequeñas, aunque no está de más

recordar que ideas tan sencillas como el agradecimiento son marcas inequívocas de humanidad, y en el mundo acelerado y ajetreado de hoy practicarlas nos convierte en mejores personas. Pero es que además, como han reconocido algunos respetados y conspicuos gurús del *management*²⁵, el impacto de las actitudes y de las cosas pequeñas hace tiempo que se puso de manifiesto (es la idea que subyace en la filosofía *nudge*²⁶: sembrar, orientar, motivar, reforzar, sugerir, incitar, iniciar...).

En este sentido, lo básico suele ser mejor que lo brillante y lo aparentemente blando suele ser lo más duro... estos gestos incrementan la efectividad organizacional y facilitan el logro de objetivos, sean estos lucrativos o no, como es el caso de los servicios que proveen las ONG o los servicios públicos en general. El agradecimiento es un medio insuperable y hasta podríamos decir que único para fomentar el entusiasmo entre los empleados, los compañeros y los pacientes, y por ello mismo la mejor forma de preparar el camino para implementar casi cualquier idea que se le pueda ocurrir.

En el Seminario/Satélite de Innovación celebrado en Bilbao en los inicios de 2016 se abordaron las consultas en que los pacientes lloran y otras *consultas sagradas*²⁷. En el transcurso del mismo se elaboró un “*Dodecálogo (sic) para la personalización del paciente en el sistema sanitario*”²⁸ que pone en palabras de una persona enferma ese tipo de atención humana y compasiva a la que venimos refiriéndonos, y que supuestamente espera por parte de los profesionales sanitarios. El último punto concluye:

«Desearía que me tratases como te gustaría que te tratases a ti en una situación similar pero teniendo en cuenta mis valores. Con tus conocimientos, aconséjame como si fueras yo mism@»

Hablar de *humanización*, en una enumeración bastante amplia aunque no exhaustiva, supondría incluir alguno de los puntos del siguiente listado²⁹:

- Atención personalizada e individualizada. No trabajar mecánicamente, es decir, sin olvidar que la persona enferma posee dignidad.
- No ser demasiado paternalista. Comprender y ayudar.
- Tratar a la persona enferma como nos gustaría ser tratados: con dignidad.
- Tener empatía, sentir con el otro(a). Humanización es la atención y cuidados basados en el respeto y la cercanía. La utilización de la empatía para poder comprender la situación del paciente y así ayudarle en la medida de lo posible.
- Hacernos más humanos. Dejar patente lo que nos diferencia de otros seres vivos y nos hace humanos: la razón.
- Proporcionar cuidados en las necesidades.
- Evitar las desigualdades.
- Es un término que resume un trato humano, justo, equitativo y deseable que todo ser de-

bería recibir en cualquier momento y no a expensas de un mal físico, social, biológico o psicológico.

- Hacer sentirse a una persona como tal, como una persona humana en todos sus ámbitos, a través de la autoestima, confianza, cariño, amistad, seguridad...
- Humanización es individualizar el plan de cuidados en cada enfermo y tener presente el compendio holístico que ello representa.
- Forma de relación interpersonal que quisiéramos que utilizasen con nosotros en el caso de ser enfermos. Es decir, ser conscientes que antes que enfermo se es persona viva, que posee los mismos sentimientos que una persona sana (incluso más).
- Tratar al enfermo con los valores que nos gustaría que nos tratasen a nosotros, es decir, con cariño, educación, sensibilidad...
- Una atención humanizada es aquella que une la técnica con el apoyo empático a nivel psicológico y a nivel de sentimientos con el enfermo.
- La humanización es conocer y respetar la dignidad de uno mismo para poder entender las necesidades y limitaciones de los demás, conocer sus ideas y sus fines para poder proporcionarle los medios necesarios para conseguirlos.
- Amar al próximo como a uno mismo. Tener corazón.
- Tratar a la persona como una persona: por su nombre, no por su patología. Administrar técnicas teniendo en cuenta a la persona. Respetar su intimidad, su historia personal, sus decisiones, su entorno familiar.
- Humanización consiste en proporcionar cuidados a la persona de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, teniendo en cuenta sus decisiones y sus valores.
- Un rasgo deshumanizador de la asistencia sanitaria actual es la cosificación.
- Humanizar es comprender al hombre en su totalidad. Y esto sólo es posible si caminamos hacia el encuentro del ser humano desde lo hondo: escuchando, conociendo, reconociendo sus problemas, sus esperanzas, sus dificultades, su historia. Pero el encuentro sólo es posible en reciprocidad.
- Humanizarnos para humanizar. Y esto sólo es posible si asumimos la valentía de reconocer nuestra propia historia también llena de soledades, fracasos, dificultades, esperanzas.
- Atención a la persona no sólo desde la evidencia, sino basada en valores.
- La hospitalidad es el paradigma de la humanización.
- La humanización como factor constitutivo de la calidad.
- No puede haber ética sin calidad, ni calidad sin humanización.

DOS CITAS FINALES Y UNA RECOMENDACIÓN SOBRE MÉDICOS DE FAMILIA

«No todos los pacientes pueden salvarse, pero sus

enfermedades pueden ser más llevaderas según responda el médico ante ellos, y al responder ante ellos el propio médico puede salvarse. Pero antes que nada ha de volver a ser un estudiante; es preciso que diseccione el cadáver de su persona -o máscara- profesional; es necesario que entienda que su silencio y su neutralidad son antinaturales. Acaso sea necesario que renuncie a una parte de su autoridad a cambio de recuperar su humanidad, pero, como bien saben los médicos de familia éste no es un mal trato. Cuando aprenda a hablar con sus pacientes, el médico tal vez vuelva, por medio de la palabra, a tomar afecto por su trabajo. Tiene poco que perder y lo tiene todo por ganar dejando que el enfermo entre en su corazón. Si lo hace, ambos podrán compartir -y muy pocos pueden compartir así- el asombro, el terror y la exaltación de quien está al filo mismo del ser, entre lo natural y lo sobrenatural.»

Anatole Broyard ('Ebrio de enfermedad')

«Yo creo que llegará el día, en que el enfermo se abandonará en las manos de los médicos. Sin preguntarle nada, estos médicos le extraerán sangre, calcularán algunas variables, multiplicarán unas por otras, curarán a este enfermo con sólo una píldora. Sin embargo, si yo caigo enfermo, me dirigiré a mi viejo médico de familia. El me mirará en el ángulo del ojo, me tomará el pulso, me palpará el vientre, me auscultará. Despues toserá, prenderá su pipa, se frotará el mentón, y me sonreirá para calmar mi dolor. Desde luego yo admiro la ciencia, pero también admiro la sabiduría.»

Antoine de Saint-Exupéry (1936)

Una última recomendación: lean *Un hombre afortunado*, de John Berger (Ed. Alfaguara. Barcelona, 2016), la historia del Dr. John Sassal, un médico inglés que ejercía su profesión en una comunidad rural. Una lúcida meditación sobre el valor que asignamos a la vida humana y sobre cuál es el verdadero rostro de la medicina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Ed. Revista de Occidente. Madrid, 1964. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/c3562e66-cf35-11e1-b1fb-00163ebf5e63.pdf>
2. Peiró S. y Bernal-Delgado E. *¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud?* Gaceta Sanitaria, 20 (1): 110-6. 2006. Disponible en: <http://gacetasanitaria.elsevier.es/es/pdf/S0213911106715746/S300/>
3. Santos Hernández AM, Peña Lage M. *Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas*. Cuadernos de Bioética, vol.14 nº 50, 2003. Disponible en: <http://www.cboetica.org/revista/42/421218.pdf>
4. Pier Luigi Marchesi. *General de la orden de San Juan de Dios, se siente enfermero antes que fraile*. Diario El País, 10 mayo de 1986. Disponible en: http://elpais.com/diario/1986/05/10/ultima/516060004_850215.html
5. Marchesi PL. *La humanización de la asistencia*. Disponible en: <https://www.sjd.es/sites/default/files/ckfinder/userfi-les/files/03%20La%20Humanizacion%20de%20la%20Asistencia.pdf>
6. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Hospitalaria. Madrid, 1984. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf
7. 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. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
8. Jovell A. Cáncer. Biografía de una supervivencia. Editorial. Planeta. Barcelona, 2008.
9. Rodriguez P. La atención integral y centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal. nº1, 2013. Disponible en: <http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>
10. Juan Enrique Mezzich JE. Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona. Acta Med Per 27(2) 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n2/a12v27n2.pdf..>
11. Bermejo Higuera JC, Villacíeros Durbán M. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. 2013. Disponible en: <http://josecarlosbermejo.es/articulos/el-compromiso-de-la-humanizacion-en-las-instituciones-sociosanitarias>
12. <http://www.humanizar.es/>
13. En su comparecencia ante la Comisión de Sanidad de las Cortes Regionales, el Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha se refirió a la humanización de la asistencia como uno de los pilares básicos de la política sanitaria del gobierno regional para la legislatura, en los siguientes términos: «...las personas como eje fundamental del sistema sanitario sobre el que se dirige nuestra acción, y la importancia de la humanización de la asistencia, con una mayor dedicación al paciente, y su entorno, tanto en el trato personal como a la hora de proporcionar la información que requieran.» Diario de Sesiones de las Cortes de Castilla-La Mancha. Año 2015. IX legislatura. núm. 5. Disponible en: <http://www.cortesclm.es/web2/paginas/publicaciones/diario/comision/comision9/pdf/005SANI.pdf>
14. <http://www.thehastingscenter.org/>
15. VVAA. Los fines de la Medicina. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. Barcelona, 2005. Disponible en: http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/10/fins_medicina.pdf
16. Cabe destacar la presencia en este grupo del profesor Diego Gracia Guillén, catedrático de Historia de la Medicina y uno de los mayores expertos españoles en bioética.
17. Camps V. *La excelencia en las profesiones sanitarias*. Humanitas nº 21, nov 2007. Disponible en: http://www.ieu.eus/SEMDE/archivos_pdf/archivos_pdf/Victoria%20Camps%20La%20excelencia%20en%20las%20profesiones%20sanitarias-1.pdf
18. Camps V. *Los valores éticos de la profesión sanitaria*. Rev Educación Médica vol 16, Issue 1. January–March 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181315000029>
19. Martin Zurro A. *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
20. Minué S. *El incierto futuro de la Atención Primaria*. El Mé-

- dico Interactivo. 30 sept 2016. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/articulo/tribuna/incierto-futuro-atencion-primaria/20160930153335106432.html>
21. Minué S. Op.cit.
 22. Gervas J, Pérez M. *Cómo ejercer una medicina armónica: claves para una práctica clínica clemente, segura y sensata*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2011 [consultado 1 febrero 2017]. Tema 3.9. Disponible en: http://e-spaio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500576/n3.9_Como_ejercer_una_medicina_arm_nica.pdf
 23. Turabián JL, Pérez Franco B. *Apuntes sobre la «resolución» y la «cura» en la medicina de familia*. Aten Primaria 2003;32(5):296-9. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-apuntes-resolucion-cu_ra-medicina-familia-13051598
 24. Jamison L. *El anzuelo del diablo. Sobre la empatía y el dolor de los otros*. Ed. Anagrama. Barcelona, 2015.
 25. Peters T. *Las pequeñas grandes cosas. 163 trucos para conseguir la excelencia*. Deusto Ediciones, 2010.
 26. Thaler R H, Sunstein C H. *Un pequeño empujon / Nudge*. Editorial Taurus, 2011.
 27. Gérvás J, Pérez Fernández M, Gutiérrez Parres B. *Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento*. Aten Primaria 2009;41:41-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-consultas-sagradas-serenidad-el-apresuramiento-S0212656708000097>
 28. Zabala A, Fernández de Sanmamed MJ, Dodecálogo para la personalización del paciente en el sistema sanitario. Seminario/Satélite de Innovación en Bilbao 2016. Bilbao, marzo, 2016. Disponible en: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2016/03/siap-2016-Bilbao-Dodec%C3%A1logo-personalizacion.pdf>
 29. Plumed Moreno C. *Una aportación para la humanización*. Archivo Hospitalario 2013 (11): 261-352. Disponible en: <https://www.sjd.es/sites/default/files/ckfinder/userfiles/files/Una%20aportaci%C3%B3n%20para%20la%20humanizaci%C3%B3n.pdf>