



FUNDACIÓN

HUMANS

Para la promoción de la humanización
de la asistencia sanitaria

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LOS ASPECTOS HUMANÍSTICOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA



Título original: Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España.

© 2017, Fundación HUMANS

ISBN: 978-84-7989-899-1

Depósito legal: M-29420-2017

Realizado por:

Luzán 5, S. A. de Ediciones

Pasaje de la Virgen de la Alegría, 14

28027 Madrid

e-mail: luzan@luzan5.es

<http://www.luzan5.es>

Los contenidos expresados en esta obra reflejan la opinión de los autores. En ningún caso los miembros del comité científico, la editorial, ni el patrocinador de la obra, han de compartir necesariamente el contenido, debiéndose remitir el lector a la bibliografía original o a los autores en caso de precisar información adicional sobre lo publicado.

Los titulares del © se oponen expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, lo que incluye la reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación pública, transformación, transmisión, envío, reutilización, publicación, tratamiento o cualquier otra utilización total o parcial en cualquier modo, medio o formato de esta publicación. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículos 270 y siguientes del Código Penal).



ANÁLISIS DE SITUACIÓN
DE LOS ASPECTOS HUMANÍSTICOS
DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA





COMITÉ IMPULSOR

D. Julio Zarco

Presidente de la Fundación HUMANS

D. Boi Ruiz

Vicepresidente de la Fundación HUMANS

D^a. Begoña Barragán

Secretaria de la Fundación HUMANS

D. Julio Ancochea

Presidente Consejo Asesor de la Fundación HUMANS

D. Antonio Franco

Patrono de la Fundación HUMANS



ÍNDICE

1. Introducción	1
2. A propósito de humanismo y humanización	3
2.1. No es lo mismo humanización que humanismo: hacia el humanismo sociosanitario	3
2.2. La política sanitaria concebida en función del hombre	5
2.3. Humanización sociosanitaria y asociaciones de pacientes	7
2.4. La dimensión humana de la medicina	9
2.5. Humanización y responsabilidad social corporativa	11
3. Estudio <i>Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España</i>	13
3.1. Objetivos	13
3.2. Metodología	13
3.2.1. Fase de preparación	14
3.2.2. Trabajo de campo	14
3.2.3. Análisis de resultados	14
3.3. Resultados	15
3.3.1. Pacientes y asociaciones	15
3.3.2. Profesionales sociosanitarios	19
3.3.3. Universidades	23
3.3.4. Sociedades científicas y colegios profesionales	26
3.3.5. Directivos	29
3.3.6. Administraciones sanitarias	31
3.3.7. Empresas	34
3.4. Decálogo	39
3.5. Nube de ideas	40
4. Agradecimientos	41



1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad sociosanitaria nos encontramos en un punto de inflexión y de cambio, donde todo el sector dedicado a la atención y asistencia de las personas más vulnerables busca denodadamente nuevas fórmulas que den respuesta a las necesidades sociosanitarias de los ciudadanos, en un marco sociodemográfico y político de cambio.

Los grandes avances tecnológicos y científicos han conllevado un importante acceso de los ciudadanos a importantes avances biomédicos que han impactado no sólo en la calidad de vida, sino en la expectativa de vida de los ciudadanos de las sociedades occidentales.

La ciencia ha ampliado sus límites de frontera y en la actualidad estamos consiguiendo en un marco de atención a los pacientes crónicos, de personalizar los tratamientos y conseguir importantes avances en la prevención y cronificación de muchas patologías que antes eran mortales y en la actualidad se han convertido en patologías crónicas de alta morbilidad y baja mortalidad.

Este gran avance científico-técnico aún debe trasladarse a la sociedad y conseguir que forme parte del discurso de ciudadanos y sociedades. En una sociedad abierta como paradigma Popperiano, donde debe de imperar la democracia, la diversidad, la participación y la deliberación de todos los agentes sociales, es más necesario que nunca que se produzca una integración de los grandes avances científico-técnicos junto con una reactualización de los grandes valores humanos como la ética, el compromiso y, sobre todo, la dignificación del ser humano fundamentalmente en su condición más vulnerable: el ser humano enfermo.

Es por ello que, en la actualidad, está emergiendo una nueva corriente sociosanitaria que habla de “humanización de la asistencia sanitaria”, para tratar de explicar que el paciente necesita de un trato “humano”, es decir empático, respetuoso y dignificador de su condición. Esta necesidad debe ser cubierta no sólo por todos los profesionales sociosanitarios que atienden a pacientes y sus familias, sino también por las organizaciones y dispositivos sociosanitarios que se convierten en punto de contacto de la persona enferma y su familia, constituyéndose en lugares protectores, acogedores donde las personas enfermas no se aíslen del mundo, sino que sigan formado y participando del mismo.

El concepto de “humanización” que algunos denominan “medicina centrada en la persona” o también “medicina personalizada”, pese a su definición en muchas ocasiones ambigua, sabemos que se ancla en los principios del humanismo médico, o más bien deberíamos decir del humanismo sociosanitario, pues no es sólo el médico el depositario de dicha aptitud, sino que, como hemos comentado anteriormente, es una forma de ver y atender a la persona vulnerable y enferma depositada en aquel profesional que participa en algunos de los múltiples puntos de las rutas asistenciales del paciente.

Estoy convencido de que el concepto humanización no es una moda pasajera, sino un viejo concepto que reactualizado vendrá a quedarse con nosotros y nuestras organizaciones, y que nos ayudará a integrar los avances científico-técnicos junto a la re-humanización de la asistencia socio sanitaria. Es por ello que debemos centrarnos en la potenciación, formación e investigación de la interrelación entre los profesionales, los pacientes y las organizaciones socio sanitarias desde una perspectiva humanista y psicoafectiva. Este espacio es el que denomino “homosfera socio sanitaria” y en él centra su actividad la Fundación Humans.

Nuestra primera inquietud en la fundación es conocer cuál es la opinión del sector socio sanitario con respecto a la humanización de la asistencia sanitaria, que nosotros desde ya nos atrevemos a denominarla “humanismo socio sanitario”. Es por ello que, desde la Fundación, hemos llevado a cabo un sencillo estudio denominado “Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la Atención sanitaria en España”, que viene a mostrar de una manera clara cuál es la percepción del sector socio sanitario con respecto a dicho concepto.

El estudio que les mostramos a ustedes es una muestra representativa del sector y la opinión de 100 personas clave del mismo, que nos mostrará cuál es la nube conceptual que existe en este momento entorno al concepto humanización. Sin lugar a dudas, todas las personas que han participado son las que debían estar, pero son muchas más las que no han participado aun, aunque este estudio tiene el objetivo de ampliarse y contar con todas ellas en futuros desarrollos desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo.

Para la Fundación Humans, es muy importante este estudio para homogenizar conceptos y definir las líneas estratégicas de futuro desarrollo en la homosfera socio sanitaria. Este estudio es una pequeña brújula que nos orientará en el mapa de procesos, actividades y acciones que no sólo desarrollará la fundación, sino cualquier agente socio sanitario que quiera potenciar esta importante área.

Quiero mostrar el agradecimiento de la fundación y el mío propio a todas las personas que han participado en este estudio, sin las cuales hubiera sido imposible llevar a cabo la tarea de esclarecer el marco conceptual y estratégico de desarrollo futuro. De igual manera, quiero agradecer a todos los patronos de la fundación su importante implicación y apoyo en este estudio, ellos son el alma de la fundación; sus grandes conocimientos y su implicación humana nos hacen creíbles y responsables. Estoy plenamente convencido de que todos ustedes apoyarán las actividades de la fundación, porque en una sociedad civil culta y deliberativa no hay nada más generoso y bello que ayudar a los demás a ser mejores y contribuir al bienestar de nuestros semejantes.

Julio Zarco





2. A PROPÓSITO DE HUMANISMO Y HUMANIZACIÓN

2.1. NO ES LO MISMO HUMANIZACIÓN QUE HUMANISMO: HACIA EL HUMANISMO SOCIOSANITARIO

En nuestros días, es habitual que el sector sanitario debata sobre el concepto de humanización. La humanización está de moda, hay congresos y jornadas médicas donde se celebran debates y mesas redondas sobre la humanización. Varias comunidades autónomas han creado planes estratégicos sobre la humanización de la asistencia sanitaria, incluso la estructura administrativa y política de estas comunidades han creado direcciones generales dedicadas a la humanización de la asistencia sanitaria. Yo mismo durante dos años he ocupado una de ellas, he creado una subdirección de humanización y presentamos un plan estratégico ambicioso y no carente de críticas por el propio sector.

Las críticas siempre se han centrado en que se hace demasiado énfasis en los pacientes y poco o nada en los profesionales, en que parece una redundancia que se trate de humanizar la asistencia sanitaria, que por definición es meramente humana, y en que esta “humanización” se basa en poner el acento en la empatía, la dignificación del ser humano y acondicionar los espacios sanitarios a una decoración amable y cercana. Quizá esta confusión que tenemos sobre el concepto “humanización” se deba a que no hemos sabido explicar y explicitar de qué estamos hablando, o quizá porque el sector ha percibido como un elemento novedoso este término y lo ha elevado a la categoría de axioma de moda. Nada más lejos de ello, pues estamos hablando de un concepto tan antiguo como el propio ejercicio médico.

“Humanización de la asistencia sanitaria” es aplicar en el ejercicio y cuidado de los pacientes los principios del humanismo médico, que, como Pedro Laín Entralgo definía en *Hacia el verdadero humanismo médico*, es la actitud y aptitud del profesional de armonizar la ciencia con las humanidades médicas. Para Laín, el médico bueno y buen médico, parafraseando a Albert Jovell, es aquel que se acerca al enfermo desde una perspectiva integral de lo científico y lo humano. El médico no sólo debe de ser científico y versado en la ciencia médica, sino que debe

tener conocimiento de las humanidades que engloban disciplinas como la Ética Médica, la Antropología, la Filosofía, la Sociología, Comunicación, Psicopatología, Historia de la Medicina e incluso la Estética, como disciplina filosófica.

Siguiendo esta definición, podríamos decir que humanización sería la aplicación práctica de una visión del enfermo, unos cuidados e incluso un sistema sanitario, que contemple una visión ecológica del ser humano doliente, desde este amplio abanico de disciplinas. Por ello, el concepto lainiano de “humanismo médico”, lo deberíamos traducir en “humanismo sociosanitario”, pues implicaría a todos los profesionales sanitarios, sociales, y cuantos contacten con el enfermo y las estructuras sanitarias y sociales donde desempeñan su encomiable trabajo.

Según lo comentado, nos queda un largo recorrido por hacer, comenzando por el grado de las disciplinas de ciencias de la salud y trabajo social, hasta la formación de nuestros residentes y nuestros profesionales sociosanitarios. Recuperemos el verdadero espíritu humanista y centremos nuestro esfuerzo en el verdadero camino.

Julio Zarco



2.2. LA POLÍTICA SANITARIA CONCEBIDA EN FUNCIÓN DEL HOMBRE

Las políticas son el conjunto de valores y acciones a aplicar para la consecución de un fin. En el ámbito de la salud el fin es el de satisfacer el Derecho Universal a su protección y a la atención sanitaria. El reconocimiento de ese derecho se inicia en la Asamblea General de las Naciones Unidas en París en 1948 y se enmarcó en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre. Pactos Internacionales posteriores, que incluirían Derechos Económicos Sociales y Culturales configuraron la Carta Internacional de Derechos Humanos, en la que el Derecho a la Salud permaneció bien consolidado.

La satisfacción de ese derecho implica también que las acciones encaminadas a tal fin tengan presente la condición humana, entendida ésta como la manera en que reaccionan los seres humanos o hacen frente a la enfermedad. Para ello, los sentimientos conscientes y manejables de aquellos que prestan directa o indirectamente la atención a las personas que ven mermada su salud confieren uno de los principales valores de las políticas sanitarias. La solidaridad y la empatía al servicio del respeto a su dignidad, intimidad y autonomía (derechos subsidiarios del derecho universal), deben situarse por encima de convenciones y protocolos.

Los principales garantes de todo ello son, en primera instancia, los profesionales tanto asistenciales como de apoyo de los centros sanitarios en su interacción con los pacientes y sus familias cuando se enfrentan a las preocupaciones, miedos y temores que la enfermedad despierta. Esa cara humana es visible en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, y están recogidos en los principios de la Bioética.

Las organizaciones que acogen a pacientes y profesionales deben responder de la sintonía e integración óptimas de todas las facetas humanas que el ejercicio de todos sus profesionales comporta, haciendo de la humanización una política estratégica ligada a la obtención de los mejores resultados posibles de salud, tanto en los procesos de curación como en los de cuidados.

La cercanía, tacto, comprensión y respeto deben formar parte de la cultura de todas las organizaciones sanitarias y ser percibida de manera constante por pacientes y familias. No por ello debemos obviar el peso que el factor humano tiene en el desarrollo de esa cultura y su exquisita atención en las políticas de reconocimiento e incentivación.

Los sistemas sanitarios mediante los cuales se satisface el derecho universal a la atención sanitaria y a la protección de la salud tienen la responsabilidad de elevar a carácter sistémico todos los aspectos humanos que son propios del ejercicio de las profesiones sanitarias.



Las políticas sanitarias deben incorporar la humanización también como un factor influyente en sus resultados desde la evidencia. La creación de esa evidencia es uno de los retos inmediatos para la sociedad civil, las administraciones y el mundo académico y científico.

La innovación tecnológica y su condición disruptiva, así como el conocimiento global, deben ser oportunidades y no amenazas para una atención a la salud proactiva, personalizada y participada, llena de sentido humano en la relación del paciente con el sistema, con las instituciones y organizaciones que lo configuran y con el profesional que atiende sus necesidades clínicas, personales o de entorno.

El gran reto de las políticas necesarias para disfrutar, mantener y progresar en una atención humanizada se encuentra en los instrumentos. Esas políticas únicamente desarrolladas mediante regulación serán insuficientes. La dimensión de generar cultura y valor que la humanización requiere deberá promover y encontrar las actitudes y las habilidades de los profesionales, sus gestores y los responsables políticos instrumentos innovadores.

Todo ello para hacer posible la definición de la OMS: un sistema sanitario humanizado es aquel cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre.

Boi Ruiz



2.3. HUMANIZACIÓN SOCIOSANITARIA Y ASOCIACIONES DE PACIENTES

Los pacientes no elegimos estar enfermos y no somos máquinas que no funcionan o cuerpos portadores de una o varias enfermedades; tenemos un cuerpo doliente, pero también mente y espíritu. El hecho de enfermar tiene consecuencias también en las esferas psicosocial, emocional, en las relaciones y en los sentimientos; aspectos que también tienen que ser tomados en cuenta durante los periodos de enfermedad.

En esta consideración del ser humano como un todo, se hace presente la necesidad de tener sistemas sanitarios humanos capaces de dar respuesta a nuestras necesidades afectivas, de tener en cuenta los conocimientos y creencias que tenemos cada uno con respecto a nuestra salud, de nuestro pasado y de nuestras expectativas.

Necesitamos *organizaciones sanitarias sin dolor*, donde nuestros profesionales entiendan que reducir el dolor psíquico y emocional tiene la misma importancia que tratar el dolor físico y estas dolencias difícilmente son tenidas en cuenta en nuestros días.

Las asociaciones de pacientes pueden ejercer aquí un papel fundamental, al ser un relevante punto de intersección entre la salud pública, los sistemas de salud, las administraciones sanitarias, los agentes de salud y la sociedad. En este sentido ya existen experiencias en las que los pacientes han trabajado en el análisis de los diferentes aspectos de la humanización sociosanitaria, llegando a interesantes conclusiones que pueden ser el inicio de un trabajo profesional y conjunto entre todos los agentes implicados. A modo de ejemplo y como puntos de reflexión puedo citar:

- *La falta de tiempo es tan sólo una excusa, la humanización es cuestión de calidad afectiva, de trato digno y humano, estas cualidades no se impregnan en las personas y en los sistemas sólo disponiendo de más tiempo.*
- *Las carencias que podemos encontrar en las infraestructuras hospitalarias no son las responsables de la falta de humanización, si bien el entorno es importante, en la comunicación médico paciente lo fundamental son los afectos, la compasión, la empatía, valores que nada tienen que ver con el lugar en el que se dan y se reciben.*



- *Las demandas de los pacientes y su desconocimiento de las dificultades en la gestión de los sistemas sanitarios no tienen que tener como consecuencia el poner barreras, muy al contrario, tienen que ser la base de programas de formación y de elaboración de materiales informativos que permitan que los pacientes asuman la responsabilidad de sus enfermedades.*
- *La tecnología no es el elemento disruptivo que fomenta la deshumanización.*

No se trata de señalar posibles causas y mirar hacia otro lado. Por mucho que se insista a favor del cambio y por muchos planes estratégicos que publiquemos explicando cómo debería producirse, éste no llegará hasta que entendamos todos y cada uno de nosotros que la Medicina, puede que la más humana de las ciencias, tiene que mantener su esencia, porque no hay nada que inventar, atender a un paciente con afecto, compasión y humanidad es medicina y donde no se haga así habrá que ponerle otro nombre.

Begoña Barragán



2.4. LA DIMENSIÓN HUMANA DE LA MEDICINA

Decía Pío Baroja: “Ante el recurso de las palabras... únicamente los hechos son el soporte de las ideas”. Pero las palabras son un hecho clave en la comunicación que desarrollamos los seres humanos y, por ello, son necesarias para comunicarnos, compartir y relacionarnos con los demás.

En el curso SEPAR de “Liderazgo clínico en Neumología en 5 libros” en el que los inolvidables Albert Jovell y Joan Escarrabill participaron con pasión (nada grande en el mundo se ha hecho sin pasión) propusimos diez puntos a modo de decálogo básico que, a nuestro modo de ver, puede servir de guía de reflexión para que cada uno los desarrolle en el ejercicio de una medicina más humanizada, una medicina centrada en los demás.

1. **Respeto** a la vida y la dignidad de las personas.
2. **Asistencia y cuidados** del enfermo y la comunidad.
3. **Rigor y competencia científica** en el arte de la Medicina (Ciencia y Arte). Medicina basada en la evidencia... y algo más.
4. **Inteligencia emocional**. Sentimientos, trato humano, empatía (el médico y el paciente “personas”). Medicina basada en la afectividad. Conocimientos y sentimientos.
5. **Principios éticos** irrenunciables en la labor diaria.
6. **Humanismo**. Ideas, valores y modos de expresión derivados de la ciencia, el arte y las letras.
7. **Vocación, compromiso y militancia**. El “médico militante” (creyente y prácticamente) en su profesión, con los pacientes y la sociedad.
8. **Espíritu universitario**. Formación permanente. Docencia, investigación, innovación.
9. **Humildad y trabajo en equipo**.
10. **Generosidad-solidaridad**.

A mi modo de ver, en esto se sustenta la medicina humanista. Una medicina que deja de lado una visión centrada únicamente en sus profesionales y en la ciencia para dar un paso adelante y centrarse en los demás, en quienes concentran la necesidad de la ciencia médica y en sus profesionales, los pacientes, estén donde estén. Pacientes, cuidadores, familiares, etc.

Sí, los hechos son el soporte de las ideas. Pero también quiero reivindicar la palabra. Con Ángel Gabilondo, en el Curso dibujamos un espacio de encuentro en el que la palabra fue protagonista (“Alguien con quien hablar”). Dice Ángel: “Sin afectos no hay conceptos” y añade: “El ritmo de la vida, de la respiración, de la sangre, habita en cada palabra. Es la insurrección de la palabra. Son latidos de la palabra. Brotan en la espera de alguien con quien hablar, y si cabe, con afecto, decirnos”. Hay que hablar más: “Hablar con alguien es quererle”.



Ya hemos comentado que la medicina es ciencia y arte. Caminamos por la senda de la medicina basada en la evidencia. Pero también por la medicina basada en los afectos, en las personas, en la comunicación, en la relación interpersonal. Sí, ciencia, arte... y sentimiento.

El significado de las palabras

Arte: virtud, disposición y habilidad para hacer algo. Manifestación de la actividad humana mediante la cual se expresa una visión personal y desinteresada que interpreta lo real o imaginado con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros.

Ciencia: conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales.

Compromiso: obligación contraída. Palabra dada.

Ética: recto, conforme a la moral. Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre.

Generosidad: inclinación o propensión del ánimo a anteponer el decoro a la utilidad y al interés personal.

Humanidades: conjunto de estudios y disciplinas referentes a la literatura, el arte o las ciencias humanas.

Humanismo: doctrina o actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos. Cultivo de las humanidades.

Humanización: ver www.fundacionhumans.com

Humildad: virtud que consiste en el conocimiento de las propias limitaciones y debilidades y en obrar de acuerdo con este conocimiento.

Inteligencia emocional: capacidad de sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos propios y ajenos.

Respeto: veneración, acatamiento que se hace a alguien. Miramiento, consideración, deferencia.

Solidaridad: adhesión a la causa o a la empresa de otros.

Vocación: inclinación "profunda y sincera" a cualquier estado, actividad o profesión.

Julio Ancochea



2.5. HUMANIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

La responsabilidad social corporativa (RSC) es un concepto que ha evolucionado notablemente en los últimos años tanto en su contenido y finalidad como en el volumen de recursos económicos y humanos dedicado por las empresas. Manteniéndose fiel a su origen como contribución activa y voluntaria de las compañías a un desarrollo social, económico y ambiental equilibrado, se está convirtiendo en un factor estratégico de mejora de la relación de éstas con el entorno humano en el que operan, y también de diferenciación con respecto a sus competidores.

En un sentido amplio, la RSC es la suma de iniciativas de una empresa encaminadas a generar repercusiones positivas sobre la sociedad, ya sea desde su propio funcionamiento interno (derechos humanos y laborales, normas de trabajo, política medioambiental, ética profesional, etc.) como a través del compromiso social, el apoyo a colectivos vulnerables o la colaboración en el desarrollo de un entorno físico, emocional y relacional saludable y humanizado.

Las empresas las componen personas y sus productos y servicios van dirigidos a personas, de manera que las organizaciones y sus clientes no son dos mundos diferentes. Las compañías, por tanto, deben seguir evolucionando de la clásica filantropía corporativa y de una idea poco definida de devolver algo a la sociedad, a una participación activa en la mejora global y a la vez concreta del entorno físico y social en el que operan.

Aquí es donde se abre una gran oportunidad para las empresas (estén o no relacionadas directamente con el sector sanitario) para canalizar recursos y acciones hacia un área de tanta sensibilidad social como es la salud. Siendo ésta una de las primeras y más constantes preocupaciones de los ciudadanos, cualquier iniciativa que apunte a una mejora de la interacción entre las personas y el sistema sanitario y a humanizar los procesos asistenciales será rentable estratégicamente para las compañías. La humanización sociosanitaria se convierte así en un área de la RSC con gran potencial para ayudar de manera tangible a los pacientes (siempre frágiles y vulnerables durante su enfermedad), a su entorno familiar y a la sociedad en su conjunto, aportando una perspectiva amplia, basada en principios como la dignidad, autonomía, empatía y respeto por el ser humano en su integridad.

Pero hoy no es suficiente con una donación de dinero o la ayuda a organizaciones y colectivos. Hoy es necesario tener una estrategia, un objetivo, una vocación de continuidad y un compromiso por parte de la dirección de las empresas a la hora de poner en práctica políticas de RSC, relacionadas con la humanización o en cualquier otro ámbito. Y, lo más importante, hay que elaborar proyectos y planes profesionales, con objetivos y plazos concretos, que generen resultados y beneficios cuantificables. Es decir que las acciones sean útiles y modifiquen las maneras



de hacer, las conductas y la satisfacción de las personas. Definir objetivos, medirlos y extraer conclusiones forma parte de la trazabilidad de los recursos invertidos y de la credibilidad y transparencia de los proyectos.

En estos tiempos en que las empresas necesitan dar una cara más humana para no ser percibidas como meros entes acumuladores de dinero a costa de los ciudadanos, es necesario que reviertan parte de sus ingresos en beneficio de la población que les compra sus productos. La RSC dirigida a la humanización y la salud, áreas muy sensibles para las personas, puede dar un empuje positivo a la imagen de las compañías y también a organizaciones como sindicatos, universidades, ONG, partidos políticos, administraciones públicas, patronales o medios de comunicación, entre otras.

Antonio Franco





3. ESTUDIO ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LOS ASPECTOS HUMANÍSTICOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

La Fundación Humans nace con la misión de: «Definir, estudiar, potenciar e investigar el campo de la “homosfera sociosanitaria”, entendida como el conjunto de interrelaciones mutuas, entre los profesionales sociosanitarios, las organizaciones y los pacientes, que integra todos los elementos que garantizan una atención humana en sus campos psicoafectivo y social, para que todas las personas, cuando son pacientes, se sientan acogidas con la humanidad necesaria por los sistemas de salud».

3.1. OBJETIVOS

La Fundación quiere contribuir decididamente a ampliar las respuestas a los retos que surgen en la consecución de esta misión. Para ello ha promovido el estudio “Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España”, para tratar de identificar las oportunidades de mejora que se puedan dar en todas las dimensiones y ámbitos de la atención a las personas enfermas y su entorno afectivo.

3.2. METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos establecidos se diseñaron una serie de cuestionarios para identificar la situación actual de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España, las barreras y las oportunidades de mejora.

Los sectores a los que se dirigieron las entrevistas fueron:

1. Pacientes y asociaciones
2. Profesionales sociosanitarios
3. Universidades
4. Sociedades científicas y colegios profesionales
5. Directivos sanitarios
6. Administración sanitaria
7. Empresas

Para ello, el proyecto siguió los pasos resumidos a continuación:

3.2.1. Fase de preparación:

El comité impulsor del proyecto realizó un análisis de todos los aspectos potenciales implicados en el fomento y desarrollo de los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria en España. Se establecieron preguntas diferentes en función de las competencias de cada sector al que iban dirigidas. Los criterios establecidos para el diseño de las entrevistas se establecieron a partir de los objetivos del estudio: identificar las oportunidades de mejora que se puedan dar en todas las dimensiones y ámbitos de la atención sanitaria.

3.2.2. Trabajo de campo:

- Lanzamiento de la convocatoria de participación a través de la secretaria técnica de la Fundación HUMANS.
- Seguimiento basado en recordatorios periódicos hasta el cierre del trabajo de campo.
- Controles de calidad de las respuestas.

3.2.3. Análisis de resultados:

- Análisis cualitativo de las respuestas por sectores participantes y elaboración del informe de resultados.
- El número de participantes contactados con la solicitud de que aportaran sus perspectivas y opiniones fue de 100 personas.



3.3. RESULTADOS

3.3.1. Pacientes y asociaciones

¿Qué entiende por humanización de la asistencia sanitaria?

Todos los entrevistados hacen referencia a los conceptos de dignidad, empatía, trato al paciente y componente emocional/afectivo que el término humanización lleva implícito. La promoción del respeto al enfermo, a su entorno, cuidadores y a todo lo relacionado con la persona que es el paciente, está englobado en este concepto.

Se menciona la necesidad de ir más allá de la enfermedad, desarrollar una parte complementaria a la atención médico-científica y hacer del paciente el protagonista de su enfermedad, garantizado además la equidad en el acceso a la atención sanitaria.

¿Cree que es necesario humanizar la asistencia sanitaria?

Todos los entrevistados alcanzan el consenso cuando hablan de la necesidad de humanizar la asistencia sanitaria, empleando términos como “absolutamente, imprescindible” o “por supuesto”, pero siempre teniendo en cuenta el contexto en el que están los implicados en este complejo proceso. Es necesario cuidar a los profesionales sanitarios y motivarlos para poder fomentar una atención de calidad, en definitiva, dotarles de herramientas que les permitan mejorar habilidades relacionadas con el trato al paciente.

¿Qué cambiaría del sistema sanitario para mejorar la atención al paciente?

Las respuestas a esta pregunta son muy diversas, aunque destacan tres elementos comunes a muchas: formación del profesional sanitario en humanización, formación del paciente para que pueda participar en las decisiones relativas a su salud y dotación a los profesionales sanitarios de más tiempo de atención al paciente.

Además de estos temas comunes, también se mencionan otras soluciones como: contar con la opinión del paciente, reducir listas de espera, cuidado del entorno hospitalario, mejorar las TIC a disposición del profesional, garantía de acceso igualitario (equidad), protocolos y gestores de casos crónicos complejos, cambio de cultura en las organizaciones sanitarias, comités multidisciplinares de atención a pacientes o la existencia de más centros de referencia.

¿Cuál considera que es el principal problema para la humanización?

De nuevo, en las repuestas a esta pregunta destaca el factor “tiempo” del que dispone el profesional sanitario para la atención del paciente.

Algo que está estrechamente ligado a otro problema mencionado constantemente: la falta de recursos destinados a cubrir las necesidades de los pacientes en términos de recursos humanos, existiendo una sobrecarga de los profesionales que repercute negativamente en la atención al paciente. En tercer lugar, también aparece la falta de formación en humanización del profesional sanitario.

Además, también se mencionan la dificultad de establecer un cambio en la cultura del trabajo, siendo necesario fomentar sobre todo la formación de los profesionales, el adecuado uso de las TIC y la formación de los pacientes.

¿Cuál es el estamento profesional más deshumanizado?

Las respuestas a esta pregunta difieren, algunos no señalan un único estamento, otras señalan a las autoridades sanitarias/responsables de políticas sanitarias mientras que otras señalan al médico, más a los especialistas de hospital que a los profesionales del centro de salud.

¿Qué cambiaría de un hospital para humanizarlo? ¿Y de un centro de salud?

Algunas respuestas se dirigen a señalar la necesidad de mejoras estructurales en los hospitales y el entorno, mayores espacios para pacientes, más confortables, mejor señalización, mayor intimidad, etc.

Otras respuestas van más dirigidas a mejorar la concienciación de los profesionales que trabajan, especialmente en el hospital, garantizar la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria o mejorar los diálogos entre los propios médicos, así como con el paciente.

¿Se tienen en cuenta sus decisiones y opiniones en las acciones sobre su salud?

Entre los entrevistados hay diferencias en la percepción que tienen sobre la atención o escucha del médico durante la toma de decisiones en intervenciones sobre su salud. Las respuestas en este caso se centran en la figura del médico, más que en el resto de profesionales sanitarios que forman parte del proceso asistencial. Algunas sí se sienten escuchadas y otras preferirían que se les escuchará más o que se les dedicara más tiempo, teniendo en cuenta sus preferencias y circunstancias.

Aun así, todos tienen claro el papel del médico como conocedor de la evidencia científica y de los últimos avances en las enfermedades, lo que asegura una atención excelente, pero señalan



la necesidad de cambiar la relación médico-paciente hacia un contexto de igualdad, donde se deja atrás la actitud “paternalista” del médico para dar voz al paciente y establecer una toma de decisiones compartida.

Además, se comenta la importancia de informar y formar al paciente en su autocuidado y en la comprensión de su enfermedad. Para ello, algo muy importante es preguntar más al paciente, dedicarle más tiempo.

¿Cómo cree usted que debería incluirse la opinión de los pacientes en el ámbito sanitario?

Para que el paciente sea capaz de expresar sus necesidades, y el médico de recogerlas, principalmente hay que tener en cuenta dos factores:

- La inclusión de la opinión y aportaciones de los pacientes en todos los procesos de desarrollo de medicamentos, ensayos clínicos, estudios de calidad de vida, planes estratégicos, etc.
- Fomentar el trato igualitario del paciente, desde el respeto, principalmente mediante la escucha activa e incorporación de sus decisiones en el proceso de asignarles un tratamiento o intervención sanitaria.

Varios de los entrevistados opinan que sería muy conveniente dotar al médico de recursos tecnológicos que facilitaran la inclusión de la opinión del paciente en la toma de decisiones, alcanzando así una medicina personalizada.

Además, sería muy positivo poder desarrollar indicadores de humanización y medir el estado de la asistencia sanitaria en este sentido, así como hacer encuestas de satisfacción y experiencia al paciente.

¿Por qué cree usted que los pacientes no se asocian en asociaciones?

Las respuestas a esta pregunta coinciden con las de la siguiente, muchos pacientes no se asocian debido a tres factores principales:

- Falta de información: muchos no saben bien cómo hacerlo ni si existen recursos para asociarse.
- Por falta de cultura de asociacionismo: se señala que en España no hay cultura de “grupo”, de asociarse para orientar, entre todos, las necesidades que tienen. Se comenta que en otros países tanto europeos como en EE los pacientes tienden mucho más a formar asociaciones. La falta de socios impacta en la posibilidad de aumentar los recursos dedicados a la asociación.
- Por falta de recursos y apoyos: las asociaciones de pacientes en España casi no reciben ayudas públicas, en comparación con otros países, sus integrantes suelen ser voluntarios y



no reciben prestaciones económicas por ello. Es un punto importante ya que este factor no les permite disponer de estructuras organizativas suficientes como para desarrollar planes estratégicos o para adaptarse al marco legal necesario para poner en marcha actividades de apoyo a pacientes. Además, los socios deben emplear su tiempo libre y sacrificar otras cosas personales por representar a la asociación a la que pertenecen.

También se señala la idoneidad de que muchas de las asociaciones más pequeñas que existen, se unificaran o consolidaran en asociaciones con mayor número de socios, para poder unir sus fuerzas y desarrollo como profesionales.

¿Qué dificultades cree que hay para profesionalizar estas asociaciones de pacientes?

Muchas de las respuestas a esta pregunta coinciden con las anteriores. Todos los entrevistados destacan la necesidad de profesionalización de las asociaciones de pacientes. Indican cómo algunas ya lo están haciendo, contando con expertos de diversas áreas que les asesoran y representan en su labor como asociación y formando a sus integrantes. Otras necesitan aun tener más recursos y ayudas ya que es complejo constituirse como asociación, "hay mucha burocracia" y, una vez constituidos, es necesario desarrollarse con una estructura organizativa sólida.

Además de la profesionalización y la simplificación de los procesos de constitución de asociaciones, sería muy necesario que se fomentara el mecenazgo y la inversión de empresas privadas en línea con su responsabilidad social corporativa, lo que ayudaría al desarrollo de las asociaciones.

En las respuestas se vuelve a comentar la poca cultura de asociacionismo que existe en España en comparación con otros países, así como la escasez de recursos existentes para apoyar el desarrollo y profesionalización de estas organizaciones y de los pacientes que forman parte de ellas.

Conceptos comunes:

1. El paciente y su entorno deben ser responsables de su propia enfermedad.
2. Es necesario dotar al profesional sanitario de formación en humanización.
3. La formación del paciente para que pueda participar en las decisiones relativas a su salud es esencial.
4. La motivación de los profesionales sanitario es muy importante en el fomento de la humanización.
5. Uno de los factores que se debe mejorar es el tiempo de atención al paciente del que disponen los profesionales sanitarios.



3.3.2. Profesionales sociosanitarios

¿Qué entiende por humanización de la asistencia sanitaria?

La humanización se entiende como la aproximación del profesional sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía hacia el enfermo de manera integral, compartiendo con él sus circunstancias y entendiéndolas. El paciente es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratado como una persona con necesidades, no como una enfermedad.

Se menciona la relación médico-paciente (o cuidadores) y la necesidad de que sea más cercana, teniendo en cuenta a la persona, lo que implica una nueva cultura de formación y de trabajo del profesional sanitario.

Aun así, se señala que no sólo debemos centrarnos en el profesional sanitario, sino en potenciar el aspecto humano de todo el sistema sanitario: organizaciones, profesionales y pacientes, asumiendo cada uno sus propias responsabilidades en los aspectos que implica la humanización de la asistencia sanitaria.

¿Piensa que puede tratarse de una moda pasajera?

Todos los entrevistados afirman que no es una moda pasajera y que “ha venido para quedarse”, adquiriendo muy probablemente más fuerza y protagonismo según pase el tiempo, ya que, a mayor complejidad de los sistemas sanitarios, la necesidad de humanizarlos irá en aumento.

Algunas opiniones señalan que quizá sea un elemento que ha pasado desapercibido en tiempos pasados, pero siempre ha estado ahí. En los tiempos actuales, con la deshumanización de la sociedad en general, donde el paciente exige más información y formación, y el desequilibrio entre la evolución tecnológica y el trato cercano al paciente, la necesidad surge con mayor fuerza y deja de pasar inadvertida. Esto requiere cambios en todo el sistema, a los que la asistencia sanitaria debe adaptarse.

Así, se señala que la verdadera sostenibilidad del sistema sanitario pasa por su humanización. Es necesario tomar conciencia del cambio sociodemográfico de la población y de los pacientes, y es necesario adaptarse a esos cambios basándonos en la humanización, materializada en: telemedicina, asistencia a domicilio, formándolos en su autocuidado y uso responsable de recursos y motivando o premiando a los profesionales implicados en este proceso.



**¿Cree que los profesionales sanitarios tienen una buena formación en humanidades?
Y si no es así, ¿qué haría falta para conseguirlo?**

A pesar de que se destaca la excelente formación científico-técnica de los profesionales sanitarios en España, todos los entrevistados consensuan la poca o nula formación en humanidades en los programas formativos dirigidos a los profesionales sanitarios. Materias o conocimientos sobre: ética, comunicación, gestión o motivación no están presentes o en poca medida en los planes formativos oficiales.

En algunos casos, como en el de los médicos de familia, su formación tiene valores definidos a través de su compromiso con la sociedad, la ética, la calidad, etc., aunque los planes formativos necesitarían un desarrollo mayor en su parte de humanidades.

Aquellos profesionales que tienen habilidades de comunicación o de cercanía probablemente las tienen porque la han adquirido por sí mismos, pero hay otros que al no haber recibido formación no son capaces de desarrollarlas y esto lleva a un trato del paciente menos cercano.

Como soluciones, todos coinciden en integrar formación en humanidades en los planes formativos de los profesionales sanitarios junto con habilidades como comunicación, afectividad, etc. También se indica que sería conveniente incluir en el MIR una entrevista que evaluara la habilidad de comunicación el clínico y su interés en humanización

Los profesionales tienen como enemigo el tiempo, ¿es el único factor que impide la humanización?

Todos los entrevistados coinciden en que el tiempo es un enemigo, pero no el único, ni debe ser la excusa para no ejercer una práctica y atención de calidad.

Otros factores señalados son:

- La necesidad de formación de los profesionales sanitarios en otras habilidades y competencias como comunicación, escucha activa, formación del paciente.
- La necesidad de fomentar la afectividad y la sensibilización por la humanización de la asistencia.
- La ausencia de adaptación de todo el sistema a los cambios que está sufriendo el mismo.
- La falta de recursos humanos: la sobrecarga de profesional es acuciante y esto hace que existan dos tipos de barreras: estructurales y mentales.



¿Considera que los profesionales sanitarios están interesados en formarse e investigar en humanización?

No se puede negar que existe un interés creciente en todos los profesionales implicados en la asistencia sanitaria. Aun así, dentro de la generalidad, hay profesionales más interesados que otros, así como más capaces de ejercer un trato humano que otros. Es necesario facilitarles la formación necesaria y fomentar la investigación en humanización para que este interés aumente.

Se debe promover el interés desde las administraciones públicas y dotar a los profesionales de herramientas para desarrollar este ámbito.

¿Quién debe ser el promotor de formación y de investigación en esta área?

Ante la pregunta de en quién reside esta responsabilidad, hay diversidad de opiniones. Algunos señalan a todos los implicados en la asistencia sanitaria, otros señalan a la administración central o regional, otros apuntan hacia las comisiones de docencia, universidades, comisiones nacionales de especialidad, unidades de calidad de hospitales y otros señalan a los propios jefes de servicio, que deben liderar acciones dirigidas a introducir la cultura de la humanización. Todo ello orientado a facilitarle la formación en humanización la profesional e implantar una cultura desde el MSSSI hasta el paciente.

¿Cuáles son las principales dificultades que ve en estos procesos?

Muy ligado a las respuestas anteriores, se señala la necesidad de adaptarse al cambio, venciendo las resistencias personales y estructurales para mejorar y desarrollar el ámbito de la humanización, integrándolo de la forma más adecuada posible en la cultura de todos los implicados.

Las dificultades se encuentran a distintos niveles:

- A nivel del profesional: hay que potenciar la gestión compartida, la implicación de los pacientes en su propia enfermedad, corresponsabilizarles y formarles en autocuidados.
- A nivel de las administraciones, debe darse prioridad a la humanización como algo necesario, incluyéndolo en los ámbitos de docencia e investigación.



Conceptos comunes:

1. El paciente y su entorno deben ser tenidos en cuenta de manera integral por el sistema sanitario y sus profesionales.
2. La necesidad de humanizar el sistema sanitario nace del desequilibrio existente entre innovación tecnológica y los aspectos humanos de la asistencia sanitaria.
3. La formación científico-técnica del profesional sanitario es excelente, necesitando por tanto potenciar los aspectos humanísticos que siempre deben acompañar a la atención al paciente como persona.
4. La falta de tiempo, a pesar de ser un agravante, no puede ser una excusa para no poner en práctica la humanización del sistema. Se debe dotar a los profesionales de herramientas para humanizar la asistencia, así como formar a los pacientes e implementar cambios en la cultura del sistema.
5. El cambio en la cultura del ejercicio de la asistencia sanitaria debe ser incorporado en el día a día de todos los implicados en el sistema sanitario, desde las autoridades políticas hasta los pacientes.



3.3.3. Universidades

¿Qué entiende por humanización de la asistencia sanitaria?

Las definiciones de humanización son muy variadas, pero una perspectiva muy ilustrativa lo enfoca como *“quitarle al procedimiento relacionado con la falta de salud todos aquellos aspectos negativos que no son necesarios y que a veces aportan un valor añadido negativo. En el proceso de la atención sanitaria, es preferible esa persona amable, que atiende despacito, con una buena comunicación”*.

Como vemos, la humanización debe estar al servicio de los pacientes en su concepción completa como personas. El terreno donde opera la asistencia sanitaria (clínica, epidemiológica, terapéutica, investigadora, etc.) son las personas.

La humanización consistiría, por tanto, en opinión de los entrevistados, en procurar la atención que todos quisiéramos recibir, una atención individualizada, basada en la circunstancia de cada paciente y ofrecida así por cualquiera de los agentes sanitarios. Un sistema humanizado es aquel concebido y pensado para los pacientes, donde debe existir un compromiso por humanizar las relaciones, el entorno y uno mismo.

En resumen, humanización debe centrarse en el paciente, asegurando la calidad y el rigor científico a la vez que en la empatía hacia el paciente.

¿Cree que la incorporación de materias de humanidades es necesaria en el Grado Universitario?

Todas las opiniones son positivas con respecto a esta pregunta. Es más, el sentir general es que las materias de humanidades siempre deberían haber formado parte de las materias que constituyen el aprendizaje universitario, porque han estado presentes, pero en una forma menor. Tratar con personas debe hacerse tanto desde la vertiente científica como la humanista.

Los profesionales tienen que formarse en muchas disciplinas y cada vez tienden más hacia la superespecialización y la tecnificación, lo que hace fácil olvidar que todos somos algo más que números, ecuaciones y fórmulas químicas. En este escenario actual es más importante que nunca impartir una formación de carácter trasversal y ofrecer una atención integral que incluya aspectos humanísticos.

La introducción de asignaturas como ética, comunicación o antropología en los planes de estudios permitirían a los profesionales disponer de habilidades en su relación con los pacientes. Ello ayudaría a cumplir el objetivo de considerar a los pacientes desde todos los puntos de vista:



físico, mental, social, espiritual y anímico. Sería muy deseable incorporar los aspectos humanísticos a lo largo de las materias propias de la carrera, incluyendo en cada una, la perspectiva del paciente. Además, sería beneficioso encontrar indicadores, medirlos e incentivarlos a todos los niveles.

¿Considera que el profesorado necesita formación en Humanidades?

De cara a la formación integral de personas jóvenes, que se convertirán en profesionales sanitarios en el futuro, se considera imprescindible una formación humanista completa, no basta solo con la formación técnica. Por tanto, sin duda es preciso recuperar la formación humanística en las actividades de formación continuada.

Universidades y facultades probablemente deberían incluir valores relacionados con la humanización, como por ejemplo mejorar las habilidades de comunicación de los alumnos, entre los criterios de selección de su profesorado.

¿Cuál es la mejor manera de potenciar desde la Universidad la formación en el ámbito de las Humanidades?

Surgen muchas ideas en las respuestas, desde integrar la humanización en el currículum (que no está), hasta articular conferencias de obligada asistencia y con materia de examen o introducir en los planes de estudio asignaturas como ética y comunicación asistencial o Antropología. También la realización de jornadas o seminarios ayudaría a sensibilizar a los docentes, a los que además se debería formar en docencia e investigación en humanización. Todo ello debe contribuir a crear un clima de humanización en la Universidad.

Pero no sólo basta con el clima, también la humanización debería estar presente en el desarrollo de las competencias necesarias para adquirir el título de grado y licenciado. Si la Universidad considera que la formación e investigación humanísticas son importantes, es necesario transmitirlo a todos los niveles (profesores, alumnos, personal, gestores), además de fomentar en los Grados la participación en la docencia de profesionales de otros sectores, departamentos o grados y promover grupos de investigación interdisciplinar (que incluyan, por ejemplo, profesionales de ámbitos clínicos, básicos y humanísticos, etc.).

¿Qué perfiles profesionales son los más adecuados para liderar la humanización en este ámbito?

Siendo la humanización algo de marcado carácter transversal, cualquiera relacionado con la asistencia sanitaria puede participar en la implantación y desarrollo de iniciativas y creación de cultura en este campo. Se mencionan en las respuestas profesionales que van desde expertos



en Humanidades médicas o Bioética hasta terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeras, los auxiliares o, evidentemente, médicos.

Aunque se sugiere por otro lado, los beneficios de que el liderazgo venga desde dentro, facilitando la colaboración interdisciplinar en torno a ideas y proyectos. Esta manera de construir estaría en la línea de estimular que se desarrollen proyectos específicos y que sus líderes naturales sean los conductores.

La Universidad, en cualquier caso, ha de fomentar esa cultura de colaboración e incentivar que se generen esas ideas y proyectos por parte de los más motivados.

Conceptos comunes:

1. La humanización debe orientarse al paciente de forma integral, desde una perspectiva del mismo como persona.
2. La especialización y tecnificación no deben reñir con la formación humanista del profesional sanitario.
3. La habilidad de “comunicación” debe ser potenciada desde los estudios universitarios de pregrado de las profesiones sanitarias.
4. La humanización debe integrarse como una competencia a nivel formativo en grados universitarios a la vez que se trasmite a todos los niveles de las organizaciones: docencia, investigación y gestión.
5. El liderazgo del desarrollo de la humanización debe proceder de la colaboración multidisciplinar y transversal en el entorno universitario.



3.3.4. Sociedades científicas y colegios profesionales

¿Qué entiende por humanización de la asistencia sanitaria?

La humanización se podría definir como un proceso de adaptación hacia la persona y sus necesidades. En esta línea, hablar de un sistema sanitario humanizado significa poner instituciones y organizaciones, no solamente a los profesionales sanitarios al servicio de los pacientes, para contrarrestar la sensación general de que estamos perdiendo la perspectiva de la persona como ser humano.

Desde la perspectiva de las personas, éstas deben percibir la sensación de haber sido escuchadas y haber obtenido el mayor grado de ayuda posible para su problema, al haber podido conocer todas las opciones y haber dado su opinión sobre la opción preferida. Estaríamos hablando, por tanto, de mejorar la calidad percibida del servicio que se le da, en términos de satisfacción, confort, comodidad, sentirse querido y estar en un ambiente cálido y que prioriza su bienestar.

Esta manera de entender la humanización necesita de una implicación de todos los actores del sistema sanitario y adoptar una actitud de cercanía y un trato respetuoso y digno al paciente, como elemento activo y participativo de su proceso de salud. Se deben diseñar acciones tendientes a que el uso de recursos sanitarios logre la menor agresividad en las áreas emocionales y sociales de la población. A veces parece que cuanto más técnico es el perfil y más elevada la categoría del profesional, menos valor se le da a la humanización.

La humanización de la asistencia sanitaria está íntimamente ligada a la multidisciplinariedad que permita entender la salud desde su marco biopsicosocial y no sólo como asistencia sanitaria, donde desempeñan un papel esencial los trabajadores sociales. También se vincula con la lógica de derechos, puesto que no hay ninguna estrategia de humanización válida que no parta del empoderamiento y del refuerzo de la visión del paciente como un ciudadano activo que decide sobre su salud y la ejerce como derecho.

¿Necesitan los profesionales formarse e investigar en los procesos de humanización de la Sanidad?

Los profesionales entrevistados dan mayoritariamente un sí como respuesta a esta pregunta. Manifiestan también que la humanización debería formar parte de la formación integral que reciben las diferentes profesiones sanitarias, pero también de las profesiones vinculadas con el sistema sanitario, lo que incluye colectivos con elevada capacidad de toma de decisiones, comenzando por quienes asumen responsabilidades políticas. Las tareas formativas las deberían hacer la propia organización, los institutos y las fundaciones que apoyan la formación de los profesionales.

Está claro, por otra parte, que hay una creciente sensibilidad sobre la humanización y que ésta no es sólo un proceso de estructuras y mecanismos, o de mejorar los procedimientos organizativos y asistenciales, sino más bien de actitudes y de un cambio cultural.



Con la humanización, además, está el reto de extender su conocimiento entre todo el personal que participa en la asistencia sanitaria e incorporarlo como guía y marco de la atención que se presta. Es importante que los profesionales se formen en procesos de humanización de forma multidisciplinar y transversal (entre profesionales de distintas disciplinas y entre distintas instituciones), con perspectivas tanto sanitarias como sociales.

En relación con la investigación, de cara al paciente habría que analizar esto que ahora en todas las organizaciones de servicio ha venido a llamarse “la experiencia del cliente”. Si nos planteásemos cómo mejorar su experiencia, también estaríamos hablando de humanización de la asistencia.

¿Tienen grupos de trabajo sobre humanización? ¿Considera que debería haberlos?

Existe una gran disparidad de situaciones con respecto a esta pregunta. Mientras que la totalidad de los entrevistados expresan la necesidad de la creación de grupos, comisiones o cualquier otro tipo de agrupación profesional sobre humanización, la realidad es que todavía son pocas las organizaciones que los tienen estructurados. Esto no significa que no se esté haciendo nada, ya que, de manera transversal, el concepto y el objetivo de la humanización están ya presentes en foros de debates y reuniones de grupos y existen iniciativas y planes para la creación próxima de estructuras específicas de humanización en casi todas las sociedades y colegios profesionales.

En varias de las iniciativas que se están poniendo en marcha se contempla la participación multidisciplinar, lo que reforzaría su perfil transversal dentro de las estructuras sanitarias.

¿Tiene o prevé tener algún plan estratégico en esta área?

El sentir general es que se van realizando diferentes actuaciones, pero de manera bastante individual, en hospitales o en comunidades, pero de forma puntual, sin conexión entre ellas y sin estar englobadas dentro de una estrategia general, lo cual sería mucho más enriquecedor.

¿Considera que son necesarias áreas competenciales de humanización para capacitar a los profesionales?

Son necesarias, pero habría que perfilarlas adecuadamente. Crearlas, según los entrevistados, tendría efectos muy positivos en la calidad percibida por los pacientes. La comunicación sería un área básica a incluir.

También se propone la inclusión de las humanidades sociosanitarias en el grado universitario, acompañando posteriormente con la formación continuada de desarrollo de habilidades y competencias en torno a la humanización. Las áreas competenciales deben surgir así desde certificaciones avanzadas, pues, por ahora, en las competencias generales de cualquier titulado de la salud no aparecen.



La preponderancia de una formación, podríamos decir “biologicista”, en las profesiones sanitarias genera a veces un déficit en los factores más humanistas de la asistencia, en los determinantes sociales de la salud, en el trato profesional-paciente. Sería importante introducir una formación en competencias (comunicación, empatía, autocuidado, etc.) que vaya más allá de la formación en conocimientos teóricos.

¿Cuáles son los principales problemas al respecto? ¿Hay sensibilidad por este tema?

El tiempo es el principal enemigo identificado en la mayoría de las respuestas, unido estrechamente a la masificación. Otros problemas son la tecnificación y el objetivo de conseguir resultados como sea (más pacientes en menor tiempo), sin tener en cuenta otras consecuencias, lo que lleva además a los profesionales a un desgaste enorme. Un problema también es la identificación de la asistencia sanitaria con la salud, pero salud es algo más que sanidad. Es necesaria una mirada transversal de la salud (educativa, social, sanitario, etc.) e integrar la humanización en la estrategia de los diferentes implicados.

La falta de sensibilidad es percibida también como un obstáculo que se debería solucionar con campañas de difusión y concienciación. Se mencionan también las infraestructuras obsoletas o antiguas en algunos casos, así como la escasa renovación tecnológica.

Finalmente, también hay bastante acuerdo en mencionar la escasa comunicación con los pacientes en el momento directo de la atención. Hay un déficit de comunicación en calidad y en cantidad. A la vez, se identifica la dificultad para integrar la participación activa del paciente en la asistencia sanitaria, ya que una mirada excesivamente “biomédica” conceptualiza al paciente como “objeto” de tratamiento y no como sujeto activo del mismo.

Conceptos comunes:

1. La humanización se entiende como un proceso de adaptación hacia la persona y sus necesidades, lo que implica desarrollar un sistema sanitario humanizado con la implicación de todos los que lo conforman.
2. La formación integral, multidisciplinar y transversal de las diferentes profesiones sanitarias es la clave del éxito de la cultura de humanización.
3. El interés y sensibilidad creciente ante la humanización se nota cada vez más en la inclusión de este concepto y todo lo que conlleva en grupos de trabajo y planes estratégicos de Sociedades y Colegios Profesionales.
4. Se considera necesaria la inclusión de las humanidades sociosanitarias en el grado universitario, acompañado posteriormente de la formación continuada en desarrollo de habilidades y competencias en torno a la humanización.
5. Se deben eliminar barreras como la falta de tiempo de los profesionales sanitarios y el bajo nivel de desarrollo de habilidades de comunicación en el profesional sanitario.



3.3.5 Directivos

¿Qué entiende por humanización de la asistencia sanitaria?

Todos los entrevistados coinciden en la definición como una atención integral del paciente, haciéndole sentir el centro del sistema y dotándole de los recursos necesarios para que así sea. La atención digna del paciente dentro de su contexto personal es la esencia de este concepto, que para los entrevistados se convierte en un objetivo en su laboral profesional.

¿Cree que estos temas interesan a los gerentes? ¿Y a sus equipos?

Todos los entrevistados inciden, no sólo en el interés, sino en la importancia que adquiere este concepto en su labor y entorno profesional, llegando algunos a considerarlo “imprescindible” o “principal objeto” en su día a día. A pesar de que aún queda mucho por hacer, destacan ejemplos como experiencias en UCI, gestores de casos, intercomunicación profesional, etc., iniciativas que ya se hacían pero que se intentan recuperar y combinar con la innovación.

¿Cuáles son las principales dificultades que ve en estos procesos?

Existen varias dificultades identificadas por los entrevistados. La más mencionada es el tiempo de atención al paciente del que disponen.

Aparte, también se menciona en varias ocasiones la adaptación y gestión del cambio de en su cultura de trabajo y las necesidades de que ese cambio sea liderado de forma adecuada para alcanzar a todos los implicados en la organización. Por último, la falta de incentivos y desmotivación del profesional también se percibe como una dificultad.

En varias respuestas se identifica que la situación actual presenta diferencias entre la gestión pública y la gestión privada, donde parece dedicársele más tiempo a intervenciones relacionadas con la experiencia del paciente.

¿Contempla en los contratos de gestión la incentivación y la valoración de indicadores de humanización? ¿Habría que hacerlo? ¿Cuál cree que sería la mejor forma de hacerlo?

La mayoría de los entrevistados no cuentan con incentivos o indicadores, pero son conscientes de la necesidad de los mismos.

Aquellos que sí cuentan con indicadores señalan la necesidad de desarrollar mejor esa área y su implementación.



Varios coinciden en la importancia de inculcar la cultura de la humanización en todos los implicados en la atención al paciente cuando se incorporan en su labor profesional.

¿Considera que debe fomentarse la gestión humanizada? ¿Hay que cambiar el estilo directivo? ¿En qué sentido?

Los entrevistados coinciden en que la humanización no es algo nuevo, sino que supone una adaptación a las nuevas necesidades de los pacientes y a su necesidad de tomar decisiones compartidas e informadas. Ellos, como profesionales sanitarios, deben adaptarse a dicha evolución y formarse para poder liderar el cambio, pudiendo así transmitirlo a sus equipos.

Conceptos comunes:

1. La humanización consiste en desarrollar una atención integral del paciente, haciéndole sentir el centro del sistema y dotándole de los recursos necesarios para que así sea.
2. La humanización debe estar integrada en la labor profesional diaria, siendo un objetivo importante en el desarrollo profesional.
3. La falta de tiempo, la gestión del cambio y el liderazgo del mismo son las principales barreras de la humanización en el ámbito de la gestión hospitalaria.
4. Es importante desarrollar herramientas de evaluación de la incorporación de la humanización en la asistencia sanitaria.



3.3.6. Administración sanitaria

¿Qué entiende por humanización de la asistencia sanitaria?

Los entrevistados coinciden en que la respuesta a esta pregunta es compleja: “Humanización de la asistencia sanitaria” es un concepto que engloba múltiples definiciones.

En general, existe una división de opiniones: para algunos, el término humanización no gusta, se define como *marketing* o “de moda”, aunque sí que gusta el concepto implícito de atención integral u holística al ciudadano, asegurando un trato humanizado y de calidad. Para otros, se entiende el término de humanización como un reto asociado a procesos asistenciales, donde el objetivo es poner al paciente en el centro de la asistencia garantizando un servicio de máxima calidad bajo el paraguas de la dignidad y el respeto a la persona.

A pesar de estas diferencias, ambas perspectivas coinciden en la necesidad de “cuidar a la gente”, generar empatía a través de, no sólo los profesionales del sistema sanitario, sino mejorando la estructura y organización del sistema. Por tanto, todos los implicados deberían estar formados e incorporar la empatía hacia el ciudadano en su rutina diaria.

¿Tiene alguna estructura o persona encargada de estos procesos?

La existencia de responsables de humanización en las organizaciones a las que pertenecen los entrevistados es heterogénea. Algunas estructuras disponen de unidades de atención al ciudadano, al usuario, de calidad, servicios de soporte social al paciente. Todas coinciden en la necesidad de desarrollar más específicamente esta figura o estructura.

¿Tiene o prevé tener algún plan estratégico en esta área?

La mayoría de entrevistados tienen, están elaborando o prevén tener un plan de humanización específico. En su defecto, tienen en cuenta la humanización, entendida como una atención de calidad e integral centrada en el paciente, dentro del plan estratégico de su organización.

Aquellos con planes específicos incluyen, no sólo el desarrollo de procesos orientados a potenciar la humanización, sino la creación o reorganización de servicios y estructuras para que puedan ser designadas “de humanización”.



¿Debe existir una iniciativa o recomendaciones a nivel nacional?

Casi todos los entrevistados coinciden categóricamente en que, a pesar de que algunas autonomías ya tienen, el desarrollo de una iniciativa o recomendaciones a nivel nacional sería muy positivo. La humanización de la asistencia sanitaria implica desarrollar nuevos modelos de gestión sanitaria, lo que crea la necesidad de establecer las bases generales para que posteriormente, cada autonomía las adapte a su realidad. Para algunos sería incluso “una cuestión de Estado” al estar atribuidas las competencias de coordinación al Estado.

¿Cree que se debe fomentar la humanización de la asistencia sanitaria? ¿Cómo lo haría y qué aspectos resaltaría?

De forma rotunda los entrevistados consideran que se debe fomentar la humanización o lo que el concepto amplio implica. Las aportaciones de cómo hacerlo son numerosas, pero todas coinciden de forma general en dos pilares fundamentales: formación e información tanto a profesionales sanitarios como a pacientes, incluyendo competencias y habilidades que trascienden a la salud como liderazgo o gestión. A partir de ahí, otras formas de potenciar la humanización pueden ser mediante grupos de trabajo multidisciplinares que incluyan profesionales no sanitarios, desarrollo de tecnologías de la información (TIC), mejora de las UCI, etc.

¿Tiene o debería tener partidas presupuestarias destinadas a tal fin?

Casi todos los entrevistados coinciden en la necesidad de dedicar recursos específicos y partidas propias al desarrollo de la humanización. Además, coinciden en que los recursos dedicados hasta ahora a esta área u otras similares deben aumentar para evitar que las iniciativas en desarrollo queden meramente como una “declaración de intenciones”. Casi todos insisten en que la clave del éxito de esta necesidad sea el disponer de recursos económicos suficientes, así como que exista una sensibilidad suficiente hacia este tema en los organismos financiadores. La mayoría coinciden en la potencial coste-eficiencia de la humanización y en sus beneficios sobre la experiencia del paciente y de los profesionales sanitarios.

**¿Cree que estos temas preocupan a los profesionales? ¿Y a los ciudadanos?
¿Y a la Administración?**

En su mayoría, los entrevistados están convencidos de que la preocupación por este tema es compartida entre profesionales, ciudadanos y Administración. La diferencia radica en el enfoque que cada uno hace de esa preocupación.



Para los profesionales, es importante ya que va implícito en la relación médico-paciente, y así lo demuestran iniciativas en marcha orientadas a la formación de los profesionales o la solicitud a la UNESCO de que la relación médico-paciente sea declarada "Patrimonio inmaterial de la humanidad". Además, mejorar el clima laboral y la comunicación con el ciudadano-paciente.

Para los pacientes, es una cuestión esencial, ya que esto supone recibir una atención adecuada a sus necesidades e individualizada, más información y formación, que a su vez repercute de manera positiva en el manejo de su enfermedad.

Para la Administración, se percibe como un tema importante al cual no se le da toda la atención que debería y, si se hace, es desde una perspectiva conservadora.

¿Cuáles son las principales dificultades que ven en estos procesos?

Las principales dificultades señaladas por todos los entrevistados se enfocan hacia los recursos humanos y su consideración a nivel económico y motivacional. Todos coinciden en la necesidad de mejorar las condiciones laborales de los profesionales sanitarios para poder sensibilizarles y motivarles en la incorporación de la humanización a su práctica clínica. Otras dificultades que también son mencionadas son el cambio de la cultura organizacional, la excesiva burocratización del sistema, la inequidad en el acceso a la sanidad, la necesidad de incluir profesionales de otros ámbitos y la fragmentación de servicios sanitarios.

Conceptos comunes:

1. La humanización es un concepto muy amplio pero que se puede definir como la atención integral u holística al ciudadano, asegurando un trato humanizado y de calidad.
2. Cada vez más administraciones están incorporando la humanización al diseño de planes estratégicos o intervenciones asistenciales, así como asignando recursos.
3. Sería muy positivo contar con unas recomendaciones a nivel nacional para marcar las líneas estratégicas a seguir en la implementación de protocolos de humanización de la asistencia sanitaria.
4. La potenciación de la humanización exige reforzar la formación y la información de todos los implicados en la asistencia sanitaria, ya que todos se beneficiarían de su incorporación a la práctica asistencial.
5. La humanización supone un cambio o adaptación que exige una sensibilización y motivación de todos los implicados en desarrollarla.



3.3.7. Empresas

¿Qué entiende por humanización de la asistencia sanitaria?

Muchas opiniones definen la humanización a través de su ausencia, como fruto de una deriva paulatina del sistema hacia lo tecnológico, en detrimento de todo lo relacionado con el afecto. Contra esta deshumanización, se reclama un cambio conceptual desde el propio sistema, considerando que no estamos ante una enfermedad, sino ante una persona que tiene un problema de salud, y cuya enfermedad le sitúa en un nivel de inferioridad. Se trata de volver a ver al paciente como persona, no como usuario.

Abandonado el anterior modelo de relación paternalista entre el sistema y sus profesionales (tanto clínicos como gestores) con respecto a los pacientes, unos y otros caminan hacia un modelo donde los ciudadanos quieren y deben sentirse más responsables de su salud e intervenir en la toma de decisiones. Este camino, que ya se ha iniciado, requiere de pacientes cada vez más formados, que puedan participar con alto grado de conocimiento en la toma de decisiones en aspectos relacionados con su salud.

Se han citado ejemplos de este emergente perfil de los pacientes, como su predisposición a ejercer un rol más activo en cuestiones como el diseño de los ensayos clínicos, el reporte de los resultados obtenidos durante los mismos (*patient reported outcomes*) o la inclusión de su opinión a la hora de evaluar los nuevos fármacos a nivel de agencias regulatorias y agencias de evaluación de tecnologías sanitarias.

Hay un amplio consenso en afirmar que la humanización engloba términos como empatía, cercanía, afectividad, generosidad, implicación, colaboración y corresponsabilidad, como la base de una “sanidad en positivo”, una sanidad más humanizada, donde el paciente se sienta seguro y especialmente cuidado.

Específicamente, la palabra “afecto” surge con mucha frecuencia en las definiciones propuestas, reclamando a los profesionales una humanización basada en el establecimiento de relaciones afectivamente positivas y de confianza, y al sistema sanitario respuestas que tengan en cuenta las necesidades y sentimientos del paciente.

También se considera humanización el pensar en un sistema sanitario sostenible a largo plazo, sostenible con el entorno medioambiental, económico y financiero, y con una asistencia sanitaria de calidad y equitativa para todos los ciudadanos.



¿Quién cree que debe ser el promotor de la formación y la investigación en esta área?

Las respuestas apoyan mayoritariamente una participación multidisciplinar en la promoción de la formación y la investigación en humanización. Empezando desde la propia universidad, para continuar en los hospitales, consultorios, farmacias y en cualquier lugar donde haya algún tipo de asistencia sanitaria. También se debe promover desde los propios profesionales sanitarios y sus colegios, las academias, las asociaciones de pacientes o la industria relacionada con el sector.

Los colectivos sanitarios (médicos, farmacéuticos, personal de Enfermería, psicólogos, cuidadores, etc.) de los diferentes niveles asistenciales han de ser capaces de promover la humanización en sus respectivos ámbitos, pero necesitan el apoyo, como catalizador, de las administraciones sanitarias.

Se señala, asimismo, que a nivel político debe darse la importancia suficiente a este tema y dedicar recursos suficientes, tanto económicos como humanos. Y, por otra parte, aunque son los profesionales quienes finalmente están en contacto directo con los pacientes, los responsables de implantar la humanización son los gerentes y directivos, clínicos y gerenciales, de los hospitales y centros sanitarios.

¿Ve afinidad desde su perspectiva entre la humanización y la RSC de su empresa?

¿Se podrían complementar?

Los entrevistados muestran un acuerdo mayoritario en la afinidad y, sobre todo, la complementariedad de la humanización y la RSC de sus compañías, aunque algunas opiniones matizan que la RSC es más la acción social, medioambiental y económica, mientras que la humanización es algo más, es otra dimensión, que no se sitúa entre los pilares de la responsabilidad social corporativa, aunque sí sería una responsabilidad social que tiene la empresa. Por tanto, los proyectos de humanización pueden venir a integrarse dentro de la RSC de las empresas.

La humanización se puede entender como una de las vertientes de la RSC, porque supone tener en cuenta la trascendencia de la actividad de las empresas en el marco de la sociedad, en todas sus vertientes, con un especial cuidado en que todos los servicios se centren en la atención a la persona, a través de la cooperación, calidad, bienestar, innovación y empatía.



¿Cuáles son las principales dificultades que ve en estos procesos?

Una gran dificultad es el modelo sanitario actual, que deja poco tiempo a los profesionales para una aproximación más humana a los pacientes, dedicándose como consecuencia a diagnosticarlos y tratarlos sobre la marcha, de forma rápida y distante, sin dedicarles el tiempo suficiente. A la vez, el sistema sanitario se ha tecnificado y se ha visto obligado a buscar, por encima de todo, la eficiencia económica. Y a ello se suma un cierto clima social de descenso de valores humanos y déficit de formación.

Tenemos así una situación en que no se pregunta al ciudadano, dando por sentadas ciertas “verdades” y olvidando muchas veces las verdaderas necesidades o expectativas que tiene el paciente.

Todo sumado, nos enfrenta a la necesidad de una transformación de base de sistemas, estructuras, personal sanitario y pacientes para avanzar en humanización, lo que significa que estamos ante un problema de modelo. Es necesario conseguir un cambio de mentalidad que contrarreste la dispersión en las actuaciones, la falta de conocimiento y la escasez de recursos y que dé solución al enorme reto que significa poner a todos los agentes implicados de acuerdo, creando una misma cultura que haga tomar conciencia individual del beneficio social colectivo.

También se señalan como dificultades para la humanización la falta de visión estratégica, una tendencia cortoplacista en el planteamiento de objetivos y resultados, la proclividad a reproducir modelos tradicionales existentes, una legislación que desconfía de la industria y unos políticos que ideologizan la asistencia sanitaria con miras partidistas.

¿Destinaría recursos económicos para hacer proyectos de humanización? ¿En qué áreas?

Ha habido unanimidad en la respuesta afirmativa de los participantes en las entrevistas, mencionando muchos de ellos que ya están dedicando recursos a proyectos de humanización en estos momentos.

Entre las áreas mencionadas para el destino de recursos, se ha sugerido una larga lista de proyectos y acciones posibles:

- Impulso de políticas de humanización en las consejerías de sanidad y en los diferentes niveles de la estructura sanitaria.
- Programas de formación, concienciación y apoyo a pacientes, muchas veces a través de sus asociaciones, brindando servicios, financiando iniciativas, eliminando obstáculos y aportando innovación en aspectos como la adherencia al tratamiento, la autoadministración de



fármacos o la terapia domiciliaria, el apoyo psicológico o de fisioterapia que mejoran la condición del enfermo, los programas de apoyo a los cuidadores, la formación continuada del personal sanitario, etc.

- Programas para reforzar el papel de los pacientes en la toma de decisiones en política sanitaria de la mano de expertos en el ámbito sanitario: Administración, políticos, gestores, clínicos, pacientes, Enfermería, educadores sociales, universidades, fundaciones sanitarias.
- Formación y concienciación de personal auxiliar (limpieza, *catering*, auxiliares de Enfermería, celadores, vigilantes) y de farmacéuticos, enfermeros y médicos, incluso en los estudiantes de Medicina y Enfermería, en sus prácticas en los hospitales y centros sanitarios.
- Colaboración con sociedades científicas.
- Campañas y programas divulgativos de difusión y comunicación.

¿Cuáles son las acciones que usted considera más positivas para potenciar de forma efectiva la humanización de la asistencia sanitaria?

Se han mencionado muchas acciones relacionadas directamente con la relación directa profesional/paciente, como “conseguir que el médico vuelva a ser médico y no sólo un señor que está detrás de un ordenador”. Relacionado con esto, se encuentra la petición de una mayor disponibilidad de tiempo, algo que emerge de manera constante como uno de los mayores obstáculos para la humanización.

Otra acción valorada positivamente es el recordatorio periódico a lo largo de todo el proceso asistencial que es necesaria la humanización, ya sea en la consulta, la farmacia o en el hospital. En un escenario previo, se reclama también la presencia y el fortalecimiento de la formación en humanización en las facultades de Medicina y en el proceso de formación MIR.

En un nivel más alto, se reclama un plan estratégico elaborado basándose en aspectos demográficos, epidemiológicos y económicos de nuestro SNS que considere su sostenibilidad adaptándose a los nuevos retos a los que se enfrenta, como la humanización.

Al sistema también se le pide flexibilidad para adaptarse a necesidades individuales, acceso de los enfermos y/o sus familiares a los informes médicos y resultados de las pruebas diagnósticas, etc., así como la utilización de las nuevas formas de conectividad para aumentar la comunicación médico-paciente, junto con el desplazamiento de la atención al entorno del paciente, en lugar del desplazamiento del paciente al centro asistencial.

Finalmente, los entrevistados consideran importante una definición clara de qué es la humanización y cómo debería ser un sistema sanitario humanizado.



Conceptos comunes:

1. La humanización trata de ver al paciente como persona responsable de su salud, no como usuario.
2. Todos los implicados en la asistencia sanitaria son responsables de fomentar la humanización, lo que lleva implícito un cambio en el sistema.
3. Las organizaciones sanitarias necesitan desarrollar una visión estratégica.
4. Los recursos para el fomento de la humanización se deberían dedicar principalmente a formación de todos los implicados, a desarrollo de políticas de humanización y a la sensibilización de la sociedad.



3.4. DECÁLOGO DE CONCLUSIONES

1. La humanización se entiende como la aproximación del sistema sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral. El paciente es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratado como un ser humano, no como una enfermedad.
2. El interés por mejorar los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria es creciente y necesita de colaboración multidisciplinar en todos los ámbitos del sistema sanitario, así como de recursos para poder integrarla en su cultura.
3. La humanización no se restringe a los profesionales sanitarios en contacto con el paciente, sino que tiene impacto directo sobre la cultura de las organizaciones sanitarias, sobre la administración, las políticas sanitarias y sobre pacientes y cuidadores.
4. La integración e impulso de los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria implican un cambio de cultura en el desarrollo de la sanidad, profesionales, organizaciones y pacientes que se encuentra con numerosas dificultades en su implementación. La clave del éxito de la humanización reside en lograr ese cambio.
5. El liderazgo necesario para establecer el cambio organizacional y cultural de la asistencia sanitaria debe ser ejercido por todos los implicados en los sistemas sanitarios: desde la administración pública hasta el paciente.
6. La situación actual del desarrollo e innovación de la tecnología sanitaria no evoluciona al mismo ritmo que el desarrollo humanístico de la asistencia sanitaria, existiendo un desequilibrio marcado entre ambos aspectos. Es necesario equilibrarlos para alcanzar una atención de calidad que asegure el abordaje integral del paciente a todos los niveles.
7. Las necesidades formativas de los implicados en los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria deben ser satisfechas mediante el desarrollo y establecimiento de programas integrados en estudios universitarios y de desarrollo profesional continuo, incluyendo la enseñanza de competencias y habilidades relacionadas con la comunicación y la humanización.
8. Las principales barreras de la humanización de la asistencia sanitaria han sido identificadas como: la falta de tiempo para dedicar a pacientes por parte de los profesionales sanitarios, la falta de recursos humanos y económicos que permitan una atención sanitaria de calidad, la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios y la formación de los pacientes.
9. La formación y sensibilización de los ciudadanos en aspectos relacionados con su salud es fundamental para garantizar el éxito de la cultura de humanización de la asistencia sanitaria.
10. Es necesario integrar en la humanización de la asistencia sanitaria recomendaciones generales y herramientas de evaluación que garanticen la equidad de su implementación (indicadores).



3.5 NUBE DE IDEAS





4. AGRADECIMIENTOS

D. Juan Abarca Cidón
D^ª. Ana Álvarez García
D. Jorge Andrada Serrano
D. Celso Arango López
D. Eusebio Azorín García
D. Alberto Balaguer Santamaría
D. José Javier Barbero Gutiérrez
D^ª. Mary Sol Berbés Gútiéz
D. José Carlos Bermejo Higuera
D. Antonio Bernal Jiménez
D. Julio Bobes García
D. Rafael Borrás Vives
D^ª. Candela Calle Rodríguez
D. Miguel Ángel Calleja Hernández
D. Luis Miguel Callol Sánchez
D. Fernando Carballo Álvarez
D. Alfredo Carrato Mena
D^ª. María Emilia Carretero Díaz
D^ª. Paloma Casado Durández
D^ª. Verónica Casado Vicente
D. Pere Casán Clará
D. Tomás Chivato Pérez
D^ª. Rosa María Cihuelo Simón
D. Santiago Culí Roca
D. Javier Ellena Aramburu
D^ª. Teresa España Martín
D. Joaquín Estévez Lucas
D. Óscar Fernández Fernández
D. Ramón Frexes Illueca
D. Antonio García García
D^ª. Carmen García Insausti
D. Julián García Vargas
D^ª. Carmen García Revilla
D^ª. Pilar Garrido López
D. Ángel Gil de Miguel
D. Juan González Armengol
D. Luis González Díez
D. José Ramón González Juanatey
D^ª. Teresa González Herradas
D^ª. Cristina Gravalos Castro
D. Gabriel Heras la Calle
D. Ricardo Herranz Quintana
D^ª. Sandra Ibarra López
D. Fidel Illana Robles
D. Juan José Jurado Balbuena
D^ª. Lary León Molina
D. Andoni Lorenzo Garmendia
D. José Luis Carrasco
D. José Ramón Luis-Yagüe Sánchez
D. Carlos Macaya Miguel
D^ª. María Antònia Mangués Bafalluy
D^ª. Consuelo Martín de Dios
D. José Antonio Martín Urrialde
D^ª. Beatriz Massa Domínguez
D. Xavier Mate García
D. Jorge Matias-Guiu Guia
D. Julio Mayol Martínez
D. Jesús Ignacio Meco Rodríguez
D. Jesús Millán Núñez-Cortes
D. Luis Montiel Llorente
D. Carlos J. Moreno Sánchez
D^ª. Rocío Mosquera Álvarez
D. Ignacio Muchoz Pidal
D^ª. María Dolors Navarro Rubio

- D. César Nombela Cano
- D. Francesc Palau Martínez
- D. Javier Palicio Sopena
- D. Tomás Palomo Álvarez
- D. Ignacio Para Rodríguez-Santana
- D. Carlos Payá Riera
- D. José María Pino García
- D. Enrique Plaza Sánchez
- D. Vicente Plaza Moral
- D. Joaquín Poch Broto
- D^a. Ana Polanco Álvarez
- D. José Luis Poveda Andrés
- D. Mariano Provencio Pulla
- D^a. Helena Ris i Romeu
- D. Ángel Luis Rodríguez de la Cueva
- D^a. María Dolores Rubio Leonart
- D. José Antonio Sacristán del Castillo
- D. Julio Sánchez Fierro
- D. Jesús Sanz Villorejo
- D. Francisco Sardina Ventosa
- D^a. Bibiana Serrano Marín
- D. José Francisco Soto Bernal
- D^a. Claudia Tecglen García
- D. Bosco Torremocha García de la Rasilla
- D. Xavier Trías i Vidal de Llobatera
- D. Giuseppe Tringali
- D. Javier Urcelay Alonso
- D^a. María del Mar Ureña Campaña
- D^a. Roser Vallès Navarro
- D. Juan Antonio Vargas Nuñez
- D^a. Reyes Velayos Corrales
- D^a. Ruth Vera García
- D. Manuel Vilches Martínez
- D. Miguel Villafaina Muñoz
- D. Antonio Zapatero Gaviria
- D. Francisco Zaragozá García



