



Crónica del curso sobre calidad y humanización de los servicios de salud

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)
Centro de Formación de la Cooperación Española en
Montevideo

Humanizar la salud

A mediados de junio, 33 representantes de 15 países de Iberoamérica se reunieron en Montevideo, Uruguay, en el marco del curso “**Calidad y humanización de los servicios de salud**”. Esta actividad se inserta en el **Plan INTERCOONECTA**, de transferencia, intercambio y gestión del conocimiento de la **Cooperación Española** cuyo objetivo es fortalecer políticas públicas en **América Latina y el Caribe**. Además, este curso fue diseñado en el marco de un convenio entre la **Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)** y la **Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)** mediante el **Plan Operativo Anual (POA) 2018** firmado entre ambas entidades. Este curso en particular pertenece a la línea de trabajo que busca cumplir con el **Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3** de la **Agenda 2030** de **Naciones Unidas** para el desarrollo sostenible.

La instancia no sólo fue un espacio de formación, sino también de intercambio, debate, coordinación y fundamentalmente discusión y elaboración de estrategias para que los servicios de salud mejoren y crezcan en estos países desde una perspectiva humanizadora y de Derechos Humanos. Según la organización, a pesar de que los Estados realizan año tras año diferentes esfuerzos por fortalecer las políticas públicas destinadas a los servicios de salud, aún “persisten importantes brechas que amenazan la eficiencia, la universalidad, la calidad e incluso el respeto a derechos fundamentales como

el acceso a la salud, vulnerando en muchos casos la propia dignidad humana”.



La directora del CFCE Montevideo, Mercedes Flórez Gómez, junto con los organizadores del curso

Es sabido que es una obligación de los Estados velar por una prestación de salud adecuada y eficiente, con una visión humanizadora que respete la dignidad de las y los usuarios. Sin embargo, aún persisten vacíos cuyas consecuencias derivan en que no se cumplan las obligaciones básicas, y es por eso que es necesario mejorar los sistemas de salud mediante la formación y el trabajo en la mejora de la empatía y la relación prestador del servicio-paciente. El objetivo del curso era fortalecer los elementos claves en el contexto de la calidad, siendo el eje fundamental la humanización y todas sus aristas. Para ello apuntó a la formación de recursos humanos y al impulso de conceptos elementales

como la dignidad humana y el respeto de los Derechos Humanos. Esta línea de trabajo permite a los países participantes avanzar hacia el cumplimiento del **Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** en el marco de la Agenda 2030, que propone garantizar un **acceso universal** a los sistemas de salud, tratamiento y medicación y promover el **bienestar** para todas las personas sin exclusión.

Ahora bien, la humanización de la salud no se reduce únicamente a un trato empático y digno entre la persona usuaria y el personal sanitario, también se trata de la prevención, de que la interacción se dé en un espacio adecuado, con tiempos de espera apropiados, que haya un buen acceso a los tratamientos, exámenes, estudios y medicamentos, en lugares accesibles y en tiempos lógicos. Humanizar la salud, no es solo ver a las personas usuarias como sujetos de derecho, sino también a las personas que facilitan los servicios, que tengan un ambiente adecuado de trabajo, medios, sueldos acordes, capacitación y formación, como elementos fundamentales para el desarrollo de su tarea de forma digna. En definitiva, humanizar la salud es una cuestión interseccional e interdisciplinaria, se trata de ética y de valores puestos en práctica en la prestación de servicios, que van desde el diseño de políticas públicas y marcos normativos hasta el trato más efímero entre el o la paciente y cualquier funcionario o funcionaria del lugar.

Para el profesor **Xabier Azcoitia Zabaleta**, perteneciente al **Centro de Humanización de la Salud de San Camilo, España**, la humanización sirve para convencer a los seres humanos de que las personas deben y pueden “vivir humanamente” y que por lo tanto “pueden moverse en una dignidad ética”. A su juicio este debe ser el sentido que rija la vida. Para el docente, si el objetivo es que las personas vivan humanamente, es indispensable trabajar en que el sistema sanitario sea de calidad, ya que “es uno de los elementos fundamentales que construyen la salud de las personas”. Para **Azcoitia** la humanización se caracteriza, entre otras cosas, por “**promover la simetría moral**” entre dos o más seres que se relacionan. Explica que cuando se trabaja en este sentido, no solo suben los niveles de satisfacción de personas usuarias y equipo de trabajo, sino que también repercute, por ejemplo,

en la adherencia a los tratamientos y en definitiva en la calidad de vida de las personas.

Hoy, **Iberoamérica avanza hacia la humanización de los servicios de salud** en distintos niveles y en un contexto de situaciones políticas, económicas, sociales y geográficas muy diversas. De todos modos, al margen del crisol de situaciones, existen grandes parentescos entre sus realidades. **Holman Jiménez, Director de Programas Especiales, Técnico Delegado de la Comisión Económica de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social**, señala que si bien todos los países se encuentran avanzando, la falta de normativización o, en su defecto, la debilidad de la misma (por ejemplo decretos o resoluciones que no tienen fuerza de ley) es un aspecto a trabajar, así como también lo es la falta de formación en humanización que hay en la carrera de grado de medicina, ya que no existen asignaturas orientadas a esto, y en los pocos países en los que se ha logrado crear algo similar, tiene carácter opcional y no obligatorio.

Para **Jiménez**, se trata de una gran mirada macro, no sólo se trata del vínculo con el o la paciente y su familia, humanizar tiene que ver con la institución y con la voluntad política, ya que a su juicio es indispensable que los propios sistemas estén humanizados.



La inauguración del curso, de la mano de Holman Jiménez (OISS) y de Mercedes Flórez, directora del CFCE Montevideo

CUATRO EXPERIENCIAS

Con el objetivo de exponer diversas situaciones, cuatro de los 15 países expusieron frente al resto sus experiencias en materia de humanización, al tiempo que todos los países participantes expusieron con una lógica de análisis **FODA** (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) su estado de situación. En esta oportunidad, **Costa Rica, Colombia, Argentina y Bolivia**, a través de sus representantes, fueron los casos expuestos.

Si bien se trata de distintos países con una importante diversidad de situaciones tanto en las políticas públicas, como en los sistemas de salud y las condiciones geográficas, la instancia sirvió, además, para mostrar los avances en cada uno de ellos y para dejar de manifiesto que también los obstáculos y amenazas se parecen bastante a pesar de la diversidad.

Costa Rica por ejemplo cuenta con un único sistema de salud y con 104 áreas divididas en tres niveles dependiendo de las especialidades de cada una. Este sistema se encuentra enmarcado en siete direcciones regionales con más de 60 mil empleados en todo el territorio. Los costarricenses destacaron que hoy cuentan con un **programa para amenizar los servicios de salud** y que los principios por los que se guían son **universalidad, solidaridad, cuidado, igualdad y obligatoriedad**. Para ellos es fundamental que las y los funcionarios asuman estos principios como propios y brinden desde allí la atención. Destacaron la importancia del respeto, de escuchar y de atender a las y los usuarios, así como también a los compañeros/as, reconociendo de esta forma la dignidad como seres humanos, el valor de la cortesía y la honestidad. Todo en el entendido fundamental de que es elemental no engañar ni defraudar a las personas. En cuanto al ejercicio de estos grandes valores, además de traducirse a buenas prácticas de relacionamiento, se mencionaron acciones concretas como el respeto a la diversidad e interculturalidad, así como también el cuidado del funcionario como persona en el ejercicio de su tarea.

La experiencia de **Costa Rica** se enmarca en gran parte en el buen trato, en la mejora continua y en la excelencia en los procesos, para atender a las y los usuarios con “*eficiencia, calidez y diligencia*” a través de equipos multidisciplinarios. En este

contexto es obligatorio que todos las y los funcionarios pasen por un curso de inclusión, donde se trabaja en torno a los valores y principios mencionados, y se brega por que los trabajadores no pierdan la motivación.

Como debilidades mencionaron no contar con los recursos humanos necesarios, fundamentalmente para la divulgación del propio programa a otros centros. Identificaron como amenaza la posibilidad de que la o el funcionario no desarrolle un sentido de pertenencia hacia este programa. Como fortaleza destacaron la divulgación de los logros y definieron como oportunidad la capacitación y orientación en el área de salud. Para los ponentes es importante que a futuro se puedan realizar encuestas y trabajar en una rendición de cuentas anual para fortalecer los indicadores de calidad.

Luego se presentó el caso de **Colombia**, un país con una diversidad geográfica inmensa cuya población es un 71% urbana. En Colombia también existe un sistema único de salud, con programas y planes orientados a humanizarla. Su objetivo es orientar las políticas al individuo haciendo énfasis en lo territorial desde un enfoque intersectorial, ellos lo definieron como un enfoque en el que “*no es la salud la única respuesta a los problemas de la salud*”.

Identificaron como debilidades la ausencia de sistemas de información de utilidad para trabajar en humanización, ya que los sistemas con los que cuentan para medir y diagnosticar en este sentido no van más allá de las encuestas. Hicieron referencia a otras debilidades como la fragmentación del propio sistema donde no se trata a la o el usuario como una persona integral (sino por áreas), la desconfianza en el propio sistema y la diversidad geográfica, que hace que haya buenas infraestructuras en las ciudades, pero no en muchos lugares fuera de ella, lo que genera limitaciones en el acceso. Como fortaleza destacaron el modelo territorial de atención en salud y la voluntad política de las últimas administraciones. Sin embargo, visualizaron como amenaza el cambio de gobierno respecto a la debilidad normativa de muchos de estos aspectos, ya que como no tienen fuerza de ley podrían retroceder fácilmente de no existir voluntad política para trabajar en ese sentido. También consideraron una amenaza la percepción de la salud como gasto y los criterios mercantilistas que

rigen los sistemas de salud. En cuanto a las oportunidades en Colombia destacaron la integración que están teniendo como producto del trabajo social, así como también el haber logrado una atención primaria de calidad desde un enfoque territorial. A esto le sumaron la asunción de distintos compromisos internacionales.

A modo de propuesta hicieron hincapié en la creación de una red de investigación junto con el resto de los países presentes para fortalecer en la región el discurso de la humanización.

Por su parte, los **expositores bolivianos** explicaron que en su país existen también **tres niveles de atención**, y una normativa donde se hace referencia a la calidad de la atención, el trato humano, el respeto por la plurinacionalidad de las y los usuarios y sus idiomas. A modo de ejemplo explicaron que es un requisito obligatorio para todo funcionario/a público aprender por lo menos un idioma nativo.

También destacaron todo el trabajo en torno al parto humanizado, además de modelos sanitarios enfocados en tres niveles: **la familia, la comunidad y el individuo**. Como debilidad identificaron por ejemplo algunos protocolos en los que se basa la medicina ortodoxa, como por ejemplo el régimen de visitas, e informaron que inspirados en el ejemplo mexicano están trabajando en una modalidad de 24 horas. También entienden que es una debilidad la escasa capacidad de inversión en la capacitación del personal, a pesar de que hay una gran voluntad de las personas involucradas en querer hacerlo.

Como fortaleza señalaron la legislación y como oportunidad al “*empoderamiento*” de las y los profesionales y la población misma en el ejercicio de sus derechos.

Al igual que los otros países, los expositores bolivianos hicieron énfasis, como propuesta, en **generar mejores procesos de revisión y construir los instrumentos para hacerlo**, pudiendo evaluar por ejemplo el grado de empatía, el de entendimiento del tratamiento o la adherencia, ya que muchas veces no se consigue el resultado esperado por esa falta de comunicación y entendimiento entre el médico y la persona usuaria del servicio.

Por último, se expuso **el caso argentino**, que desde 1992 a la fecha ha venido creciendo en cuestión de normativas y programas de mejora de calidad de los servicios de salud. Los expositores señalaron como fortaleza el respeto a las decisiones de las y los usuarios en los tratamientos y como oportunidad destacaron la homogeneización en la calidad de las funciones entre los sectores públicos y privados. Como amenaza señalaron un incremento de los costos, sobre todo en zonas marginales que son de acceso dificultoso, **un punto en común con el caso colombiano**. Ponían como ejemplo el caso de El Chaco, un lugar de muy difícil acceso y con mucha demanda. Los argentinos señalaron como debilidades una cierta falta de compromiso de las autoridades nacionales con el sistema de humanización de la salud y la falta de recursos destinados al área. Los albicelestes destacaron la necesidad de la implementación real de las políticas ya existentes, a través de un uso eficiente de recursos y del trabajo en equipo.



El programa del curso llevado a cabo en el CFCE Montevideo

EL EJEMPLO URUGUAYO

En el marco del curso se presentó el ejemplo de la **Fundación Astur**, una experiencia que hace nueve años se desarrolla en Uruguay, **el país anfitrión**. Se trata de una organización sin fines de lucro, creada en 2009 por su actual presidente el **Cr. Enrique Iglesias**. El propósito desde su creación es ayudar a las personas mayores a vivir de forma “*cuidada y activa la última etapa de su vida*”. En ese sentido trabajan en distintas líneas, una de las cuáles es la formación, siendo la primera organización en Uruguay en brindar cursos de humanización en cuidados de salud. Astur con financiación fundamentalmente internacional a

través de distintos proyectos ha logrado capacitar en humanización a una gran cantidad de trabajadores/as: **15 profesionales** mediante becas internacionales, **237 formadores/as**, **586 cuidadores/as** y **80 asistentes personales**, conformando un total de **848 personas capacitadas en humanización**.

La Fundación ha cooperado con el Gobierno Nacional en la creación de la primera currícula de cuidados a personas con dependencia, punto de partida del actual **Sistema Nacional Integrado de Cuidados**.

Si bien para La Fundación la capacitación en la línea de trabajo de los cuidados es muy importante, también han desarrollado otras, como lo son el turismo social, el programa de ejercicios físicos, el de tecnología y el programa de huertas. La expositora se centró en el relato de un proyecto piloto de clínicas virtuales, que les ha permitido eliminar la barrera de la distancia a través de la interacción virtual. Se trata de una experiencia que está dando sus primeros pasos, involucrando a actores de todo el país y que tiene como objetivos suprimir ciertas distancias y profundizar la personalización de la atención. Hoy este plan piloto de 24 clínicas virtuales se encuentra en la mitad del proceso habiendo ejecutado 12.

La Fundación también presentó su situación con una lógica de **análisis FODA**. Como propuesta de mejora desde la Fundación Astur se formularon sugerencias, por un lado que las acciones de las y los profesionales, las instituciones asistenciales y las de formación, favorezcan que la atención humana se caracterice por matices de valores éticos y morales, dentro de los cuales el respeto debería ocupar un lugar central, y por otro que se capacite en humanización a todo el personal de salud, para que cualquiera sea el rol que cumplan o el servicio que brinden lo hagan *“dando prioridad a la ética y la sensibilidad en el cuidado, destacando la dignidad humana”*.



Algunas de las participantes durante el curso llevado a cabo en el CFCE Montevideo

“persisten importantes brechas que amenazan la eficiencia, la universalidad, la calidad e incluso el respeto a derechos fundamentales como el acceso a la salud, vulnerando en muchos casos la propia dignidad humana”.

En el marco del curso “Calidad y humanización de los servicios de salud” se realizaron tres entrevistas a tres referentes en la materia: Xabier Azcoitia Zabaleta, profesor perteneciente al Centro de Humanización de la Salud de San Camilo, España, Holman Jiménez, Director de Programas Especiales, Técnico Delegado de la Comisión Económica y perteneciente a la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y Alberto Infante Campos, Profesor Emérito, Escuela Nacional de Sanidad/ Instituto de Salud Carlos III.

LA FORMA DE MEDIR

Entrevista a Alberto Infante Campos, Profesor Emérito, Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III, España

En su presentación **Alberto Infante Campos** expuso la plataforma en la que está trabajando, basada en indicadores que permitan medir de alguna manera la humanización de la salud. Para cada uno existe una ficha técnica con la definición, cómo se calculan y cómo se interpretan. Infante explicó al público presente que su equipo ha recorrido una serie de fases, trabajado con información de los cuatro continentes y recogido información de ediciones anteriores del curso y que luego de un año de trabajo, se encuentran analizando todo el material. De esta forma lograron construir los **22 indicadores** (que en un principio eran 34) y su posterior validación.

El profesor explicó que, en la página del Observatorio, que tiene hoy el impulso de 14 países, se puede observar la evolución de este trabajo. La idea es que las personas participantes del curso, puedan ir aportando buenas prácticas, interactuando, opinando sobre los indicadores y demás. Infante hizo particular énfasis en que se trata de algo en construcción, por lo que es importante que quienes participen sean honestos en si lo consideran útil, amigable o no.

— *¿Con qué indicadores y herramientas puede medirse la calidad del servicio en el contexto de la humanización de la salud?*

— En la literatura internacional hay muchos indicadores. Lo que hemos hecho desde la **Organización Iberoamericana de Seguridad**

Social -que es una organización que trabaja con las instituciones de seguro social que a su vez tienen prestaciones de salud en este continente- es construir un listado de **22 indicadores**, 17 de ellos son **cuantitativos** y 5 son **cualitativos**. Los hemos agrupado en tres: **indicadores de estructura** -que miden la cantidad y el tipo de recursos físicos y de equipos de las instituciones de salud-, **indicadores de proceso** -que tratan de medir cómo se hacen las cosas en la atención de salud-, e **indicadores de resultado** que miden el impacto final, hasta donde esto es posible. Son 6 de estructura, 8 de procesos y 8 de resultados. Para hacerlo hemos tenido que trabajar mucho. Los hemos contruidos sobre la base de ver qué indicadores ya se están recogiendo en los países y se están comunicando a nivel internacional. Lo que además tenía la ventaja de que al ser indicadores validados eran fácilmente interpretables por los que toman decisiones.

“es una obligación de los Estados velar por una prestación de salud adecuada y eficiente, con una visión humanizadora que respete la dignidad de las y los usuarios”

— *¿Y cómo funciona en la práctica?*

— Hemos construido una base -cada indicador lleva una ficha- que describe cómo se calcula, qué es lo que mide y cómo se interpreta. Y esto es lo que estamos empezando a recolectar. Ya tenemos cinco instituciones de las más de treinta que forman parte de la OISS. Tendremos siete cuando acabe el mes. Y con eso haremos una primera carga del proyecto que queremos construir, que es una base de datos o un sitio electrónico en la

página electrónica de la OISS, algo accesible a quien quiera entrar que contendrá estos indicadores y el análisis global que haremos con base en ellos y contendrá también **buenas prácticas**. Un tercer componente sería un repositorio de las políticas que las distintas instituciones hacen, publican y revisan periódicamente para **mejorar la calidad y la humanización**. Que ese es el proyecto ambicioso. Son la parte más dura, más lenta porque, además, esa lista de 22 indicadores al cabo de tres o cuatro años hay que revisarla. Hay que quitar alguno, añadir algún otro más. Por ejemplo, muy probablemente en el futuro tendremos más de 5 indicadores cualitativos. Pero teníamos que empezar por algo. Y en eso estamos. Hay cualitativos en Proceso y en Resultado. Los de estructura son todos cuantitativos.



Alberto Infante Campos, Profesor Emérito, Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III, España

“AMÉRICA LATINA HA AVANZADO EN CALIDAD Y EN HUMANIZACIÓN, SIN EMBARGO, FALTA MUCHO POR HACER”

Entrevista a Holman Jiménez, Director de Programas Especiales, Técnico Delegado Comisión Económica, OISS

— ¿Cómo evalúa la situación de Iberoamérica en materia de humanización de la salud?

— Cuando empezamos vimos muchas carencias. Hemos avanzado, pero no lo suficiente. América Latina ha avanzado en calidad y en humanización, sin embargo, falta mucho por hacer. Todavía hay personas reticentes a los cambios, sobre todo en algunos sectores en donde falta voluntad política. Creo que el camino no es fácil, hay que seguir recorriéndolo, tenemos que hacerlo entre todos, es una cuestión que requiere la cooperación de los gobiernos, de las instituciones, de los profesionales sanitarios y de la sociedad también. Pero también hay que educar a los pacientes, a las familias para que sepan que tienen que exigir sus derechos frente a los sistemas de salud. Exigir por lo tanto que sus derechos sean de calidad, que va unida a la humanización.

Desde la **Organización Iberoamericana de Seguridad Social** se impulsa el desarrollo de los sistemas sanitarios y se le da prioridad a la calidad, a la humanización y al respeto a la dignidad de los pacientes y de sus familias.

— ¿Hay países de referencia en esta temática?

— Dentro de Iberoamérica tenemos a **España**, un país que pertenece tanto a la región europea como a la Iberoamericana. Es un país que tiene más desarrollo, está el **centro de humanización de la salud**. Es un referente a nivel europeo de cómo se hacen trabajos interdisciplinarios y multidisciplinarios para educar a todas las personas que trabajan en la institución en cómo atender al paciente y a su familia. En ese sentido España es **uno de los países más desarrollados**. Aquí en

América Latina hay otros que tienen buenas prácticas, sin que sea exactamente todo el ámbito de la humanización. Por ejemplo, **Un Trato para un Buen Trato de México**, Uruguay tiene un ejemplo de buena práctica que es la **fundación Astur**, Perú tiene el **Parto Humanizado**. Hay temas concretos no un país de referencia que vaya a la cabecera en América. Pero hay iniciativa y se han dado pasos importantes en el transcurso de los años que venimos impulsando la calidad de la humanización en el ámbito iberoamericano.

Hoy lo decían en la conferencia, dentro de las debilidades o las amenazas está la cuestión normativa, porque todos estos avances se han traducido en decretos o resoluciones, que tienen cierta debilidad legal y que son fáciles de retroceder porque no tienen el peso de ley. Y va mucho más allá de la cuestión normativa: se debe empezar a regularizar que los estudiantes de pregrado de medicina reciban en los primeros años una **formación exclusiva sobre humanización**. Que puedan ver desde el primer momento qué es humanización y cuál debe ser su actitud frente a los pacientes, frente a sus familias. No hay universidades que tengan en sus currículos una asignatura sobre humanización. La hay en posgrado posiblemente, pero en pregrado no, no está en la formación básica. Y eso hace que la gente salga **sin saber cómo dar una mala noticia, por ejemplo**.

Hoy, todavía, un gran número de médicos se sientan frente a un paciente y lo que hacen es introducir una serie de datos al ordenador, a veces

ni escuchan al paciente, ni lo miran a los ojos y muchas veces ni lo auscultan. **Eso es deshumanización**. Los médicos diagnostican adecuadamente si escuchan al paciente de manera detenida. Eso es básico.

Y no solamente es eso, la humanización tiene que ver con la institución y con la voluntad política. Porque hay sistemas que no están humanizados de por sí, porque hay impedimentos para que el médico o el personal sanitario pueda cumplir cabalmente su función.

— *Desde la perspectiva de humanización ¿cómo se resuelven las tensiones que surgen entre la óptica de la salud como derecho y la salud como mercancía?*

— Es un problema que no es fácil de abordar. Teniendo en cuenta que hay sistemas que son universales y otros que involucran mucho la parte privada. Lo que habría que hacer es que las políticas públicas en salud no se vuelvan mercantilistas (que es lo que sucede en algunos países). Que se conciba que se está trabajando con seres humanos, y desde el punto de vista económico, de las empresas, exigir que los sistemas se adecuen a unos estándares de calidad. Estándares que deben cumplir con lo mínimo que es el respeto al paciente, a sus familias y a una serie de cuestiones que tienen que estar implícitas en nuestros derechos.

— *¿Cómo dialoga la humanización de la salud con la situación concreta del país y las limitaciones con el acceso universal a la salud? Por ejemplo, hoy el*

ponente Argentino citaba el caso de El Chaco, donde hasta es muy difícil que las ambulancias lleguen, limitando así el acceso.

— Son trabajos que tienen que ver con la gobernabilidad y la gobernanza, con la voluntad política y obviamente con procurar que todas las constituciones incluyan derechos a la salud y se reconozcan. Nosotros, desde la **Organización Iberoamericana de Seguridad Social** venimos trabajando en la judicialización de la seguridad social. Hemos realizado ya dos seminarios y bueno lo que pretendemos es que las necesidades de salud de la población no se resuelvan en los tribunales. No deberíamos de llegar allá. Pero desafortunadamente, muchos países tienen que llegar allá. La idea es que todos los países contemplen dentro de sus constituciones los derechos universales a la salud, derecho a las prestaciones sociales, y otros derechos. Para que en toda la región se tenga una protección de los derechos en el ámbito de la seguridad social y protección social de los ciudadanos iberoamericanos.



Holman Jiménez, Director de Programas Especiales, Técnico Delegado Comisión Económica, OISS

“La humanización promueve simetría moral”

Entrevista a Xabier Azcoitia Zabaleta, Profesor en el Centro de Humanización de la Salud, San Camilo, España

— ¿Qué lugar ocupa la humanización de la salud en el sistema sanitario?

— En cuanto déficit, carencia y ausencia, mucho. Pero podemos hacer dos cosas: tener mirada de águila y mirada de gallina, tenemos que conjugar las dos miradas.

En un mundo normalmente deshumanizado en donde hay injusticia que brilla por todos los lugares, pensar que la salud va a ser de un mundo humanizado es un poco difícil de creer. Pensar que en mundo deshumanizado en el que la injusticia brilla por todos los lugares, el ámbito de la salud - que es un **derecho humano básico**- va a ser humanizada sería de ingenuos. Por lo tanto, en cuanto déficit ocupa mucho sitio. Y creo que como anhelo y como deseo de las personas de buena fe también.

La humanización sirve para convencer a los ciudadanos de que los seres humanos podemos vivir humanamente, y de que podemos movernos por lo tanto en una dignidad ética. Lo que tiene que regir en la vida son valores y son derechos. Por lo tanto, responsabilidades y obligaciones, pero fundamentalmente valores. Y **la humanización es un valor**. Por el cual sentimos estima. Si yo estimo que las personas vivan humanamente tendré que hacer cosas para que el sistema sanitario -que es uno de los elementos fundamentales que construyen la salud de las

personas- sea de calidad. Como anhelo ocupa mucho sitio y como déficit también. Y como propuesta para intentar conseguir que lo que hay entre anhelo y déficit se acerque. Somos muchas las personas que estamos aliadas, con visiones diferentes del mundo, pero alrededor de un objetivo común que es que las personas tengan dignidad ontológica. La humanización sirve para eso: para vivir como personas. No para ser reconocido como tales.

— *En cuanto a la aplicación concreta en la medicina, ¿cómo definirías el enfoque de la humanización?*

— Yo te cambiaría la pregunta. En vez de medicina, al ámbito de la salud. Del cual la medicina es una parte, porque la humanización afecta muchos ámbitos. Primero: humanización es algo más que un trato adecuado. Muchas personas piensan que la humanización consiste en que seamos amables y educados entre nosotros. ¡Qué menos! Pero no es el único. Ni siquiera el más trascendente. ¿Para qué queremos ser amables si luego no hay medicamentos? ¿Para qué queremos ser amables si las políticas sanitarias dejan un montón de personas -por ejemplo a los migrantes- fuera del sistema de salud? **Los derechos básicos no son discutibles.**

¿A qué afecta la humanización? Pues a todo, a la cultura, a la cultura sanitaria, la sostenibilidad, la ecología, tiene que ver fundamentalmente con la bioética. Pero no una bioética solamente sanitaria sino una bioética que afecte a vivir. En un diálogo coherente con la naturaleza. Tiene que ver con

cómo explotamos los recursos naturales, con cómo producimos, con cuánto contaminamos porque si contaminamos tendremos un montón de personas que tendrán enfermedades respiratorias. Si tenemos una clara mirada humanizadora afectará a todos esos niveles.

En lo relacional lo que nos encontraremos es con profesionales sanitarios que acogerán a ciudadanos frente a los cuales tendrán una mirada integral. Habrá un profesional sanitario que estará preocupado por esa persona respecto a la cual tendrá una mirada holística. Estará mirando su ámbito social, su ámbito emocional, su ámbito espiritual, su ámbito físico, su ámbito cultural y por lo tanto lo que le ayudará a esa persona es a que, mediante un diagnóstico adecuado le ofrecerá un tratamiento con el cual posiblemente el nivel de adherencia será mayor y por lo tanto las personas tendrán una mejor vida en la que han sido tratados de un modo más adecuado. Incorporaremos muchas más cosas al ámbito de su cuidado, por ejemplo, estaremos preocupados porque las personas vivan bien y -como parte de vivir bien- mueran bien. Porque esas personas puedan hacer unos duelos sanos. Estaremos preocupados porque las personas sean atendidas adecuadamente en el ámbito hospitalario. Es decir: las personas que vienen al hospital no son clientes del hospital, son los dueños, con sus impuestos los han pagado y los han levantado, por lo tanto, **cuando alguien se sienta en la sala de espera se está sentando en su casa.** Y por eso el hospital tendría que ser hospitalario y acogedor. Los profesionales sanitarios tendremos que

ponernos al servicio de los pacientes para que puedan tomar decisiones ponderadas y pertinentes sobre cosas que afectan a su vida. Y para eso tendrán que entenderlas. Tendremos que poner medicaciones adecuadas, trabajar las listas de espera. Hay muchas cosas que tienen que afectar al ámbito sanitario que desde una perspectiva holística y de humanización. Eso es bastante diferente a lo que ahora mismo tenemos.

— *¿Cómo traducir esa lógica a prácticas o formas de relacionamiento concretas?*

— Ya que con que los espacios fueran humanizadores ¡imagínate! Con que las habitaciones de un hospital no estuvieran pintadas como un almacén y los lugares fueran cálidos. **La tecnología también es muy importante. Humaniza.** Algunas veces podemos quedarnos única y exclusivamente en la intervención concreta, con mirada de gallina, pero también tenemos que tener mirada de águila, lo que hacemos impacta.

Los cuidados paliativos son muy importantes, es decir, ¿cómo vamos a conseguir que la gente viva bien en el último tramo de su vida? ¿Cómo vamos a ayudar a que la gente muera bien? Si incorporamos eso en el ámbito de la sanidad, también tendremos que incorporarlo en el ámbito de la formación académica, de los profesionales sanitarios, de los médicos, de los enfermeros, de los psicólogos, de los trabajadores sociales, de los fisioterapeutas, de todos ellos. Pero también habrá que hablar en la escuela de que nos morimos. Gran

tabú del que no se habla nunca. Entonces, ¿cómo vamos a abordar de modo sano los duelos? 30 por ciento de los duelos se complican. Un duelo complicado mantenido en el tiempo hace que las personas vivan mal. Terminan enfermando.

— *¿Entonces la humanización trabaja también con las familias?*

— Claro. Por ejemplo, yo trabajo en el ámbito de los cuidados paliativos y en el de la geriatría con personas con demencia avanzada. Se trabaja con la toma de decisiones y voluntades anticipadas. Yo tengo 50 años. La gente de 50 años también enferma, y se muere. Entonces yo ya tengo un documento de instrucciones previas. Es importante que las personas tengamos un documento de voluntades anticipadas. Es muy importante quitarles esos problemas a las personas que nos quieren, de tener que andar decidiendo por nosotros.

También es elemental garantizar unos cuidados paliativos de calidad, como un **derecho humano básico**, que asegure que las personas mueran sin dolor. Además de la comunión buena, que tengan la información que quieran y necesitan y en definitiva podamos favorecer entre todos que puedan morir en paz. Eso es parte de la humanización. Si hiciéramos esto habría un montón de personas cuyos duelos serían mucho más sanos y podrían vivir mucho mejor. Solamente en ese ámbito del final de la vida.

— ¿Qué otros espacios de la salud abarcan la humanización?

— Todo el mundo de la prevención nace desde el ámbito de la humanización. No solo queremos atender a personas que se ponen mal sino lo que queremos es prevenir. Eso se hace con políticas de salud pública, con campañas de vacunación, minimizando la mortandad infantil.

En la humanización lo menos importante -que es muy importante- es lo amable que yo sea en el trato contigo. Tenemos que generar estructuras sociales contra lo que queremos pelear, de un modo muy muy práctico y muy muy operativo - porque aquí lo que estamos haciendo es trabajar programas operativos- pero alrededor la perspectiva es la injusticia. Tenemos que ayudar a que el mundo sea más humano y por lo tanto a que el mundo sea más justo. Y no va muy bien. La humanización no sirve para lamentarse, sirve para ponerse a hacer un mundo más práctico. Por eso promovemos una dignidad ética. No nos preocupa tanto si el humano es humano sino cómo ese humano vive humanamente. Entonces, nosotros nos estamos preocupando todo el tiempo de "cómo poder hacer". En lo macro, en el medio y en el micro que todo sea más humano. Gallinácea, águila y luego pon el pájaro que quieras a media altura.

“Humanizar la salud, no es solo ver a los usuarios como sujetos de derecho, sino también a los servidores”

— Se habla de humanización ¿considera que en algún momento estuvimos humanizados y luego hubo un momento en que se deshumanizó o siempre fue así?



Xabier Azcoitia Zabaleta, Profesor en el Centro de Humanización de la Salud, San Camilo, España

— Sí, con Caín y Abel. Los judíos lo cuentan muy bien en el libro del Génesis. El sufrimiento, la injusticia, son misterios que nos van acompañando a la humanidad desde el principio. Y creo que hay alguna idea un poco infantil con la que vivimos que es por ejemplo esa de que el mundo está hecho. Los niños piensan que el mundo está hecho. Y que lo único que les toca es jugar y disfrutar de un mundo que ya está hecho. Cuando uno se hace adulto se da cuenta de que **el mundo no está hecho, de que hay que hacerlo**. Y que, por lo tanto, a lo largo de la historia de la humanidad, ha habido continuamente situaciones de enorme sufrimiento donde las personas, las sociedades, los colectivos, han levantado la cabeza y han hecho cosas para que la humanidad sea realmente humana. Y esa es la batalla desde el principio. Esa ha sido la batalla siempre. Entonces, la tarea de vivir humanamente nos va acompañando siempre y nos irá acompañando siempre. Tendremos que

ir descubriendo en qué consiste vivir humanamente en cada momento de la historia. Lo que decía Galeano: ¿la utopía de qué sirve? pues para perseguirla. Sabemos que la vamos a conseguir. Claro, ya la estamos consiguiendo. El camino es lo único que vale. A lo largo de la historia los seres humanos de cada época se han ido preguntando y respondiendo y generando estructuras operativas para ir haciendo que la dignidad ontológica se convirtiera en dignidad ética y que hubiera un reconocimiento práctico de eso. Siempre fue así. Es así y posiblemente siempre será así. El asunto es, a mi modo de entender, si creemos que al final del camino o durante el camino hay esperanza. Y yo, cuando veo a 30 personas de buena fe, de lugares muy diferentes, con tradiciones culturales muy diferentes, modos de pensar muy diferentes, alineados y reunidos para que en sus espacios operativos las personas vivan más humanamente, creo que **hay motivos operativos y objetivos para tener esperanza**. No para tener ilusiones.

Son personas preguntándose y haciendo. No sólo preguntándose, sino que respondiendo, presentando programas operativos, haciendo que las listas de espera descendan. Uno de los programas más fantásticos es que los aseos estén limpios. Si el mundo está hecho nadie se tiene que preguntar si los aseos están limpios. Pero que en un hospital los aseos estén limpios y por lo tanto se considere que el personal de limpieza es un personal importantísimo en el buen funcionamiento de un hospital me parece fantástico. En definitiva, **la humanización**

promueve simetría moral. Tú y yo somos éticamente iguales. Somos dos seres humanos maravillosos. Fantásticos. Que la vida nos ha permitido encontrarnos. En la salud yo tengo la enorme dicha de que alguien que está en una situación de sufrimiento toca mi puerta y se produce un encuentro maravilloso; en el que necesito medicación, necesito un hospital adecuado, necesito formación correcta, necesito una universidad que me da apoyo, altísima tecnología. Necesito todo. Pero esto consiste en que dos personas nos encontramos y nos acompañamos. Considero que tú moralmente eres igual que yo, que me estás haciendo el inmenso regalo de contarme lo que te está pasando y yo ahí aporto mis conocimientos y tú decides sobre cómo quieres utilizar esos conocimientos en tu vida y yo te acompaño un trozo.

— *¿Qué rol cumple en la medicina humanizada el cuidado del trabajador o trabajadora?*

— El corazón, antes de bombear al cuerpo, tiene que bombear primero para dentro. Es decir, el cuidado de uno mismo es fundamental. ¿Por qué? Porque el mundo de la salud se dedica al mundo del sufrimiento. No al mundo del dolor, sino al del sufrimiento provocado por el dolor, por las listas de espera, por la mala atención, etcétera. Los profesionales de la salud, desde la que limpia a la que dirige el hospital, lo que les “quema” es una cosa que se llama la “fatiga de compasión”. **Tu compasión se agota**. Cuando nos hemos preguntado cuáles son las cosas que hacen que la fatiga de compasión remita y sea sustituida por la

satisfacción de la compasión, hemos encontrado algunas cosas. La fatiga no va a desaparecer. Cuidar fatiga. Por lo tanto, no puedo hacer que la gente no se fatigue, lo que tengo que hacer es que la gente tenga una **alta satisfacción con lo que hace para que la fatiga sea menor que la satisfacción**. Hay tres cosas que hacen que la satisfacción esté alta. Una es la **empatía exquisita**. Ser empáticos, comprender y mostrar comprensión ante el dolor y sufrimiento de los demás. La segunda tiene que ver con la **meditación**. Y tercero, la **escritura reflexiva**. Escribir lo que te pasa y sacarlo fuera de ti. Esos tres elementos hacen que la satisfacción de la compasión esté alta. Empatía exquisita, meditación y escritura reflexiva. Entonces, si uno cultiva el auto-cuidado. Eso hace que uno esté poroso y por lo tanto entra al encuentro con los demás y permite que el sufrimiento de los otros repercuta, pero no lo inunde, lo maneja. Y entonces desde la simetría moral desde la que hablábamos antes te reconozco como otra persona con una diferencia emocional. No soy tú entiendo lo tuyo y te intento ayudar a que tú pongas orden en tu vida. ¿Te imaginas la adherencia a tratamientos de los pacientes? El paciente y su familia se sienten protagonistas de su vida -que por algo es la suya- y por lo tanto la adherencia es mucho mayor. Así esos pacientes de algún modo pueden participar también en la gobernanza de la institución.

Pero de nuevo: mirada gallinácea y mirada de águila. Las dos. Para que luego el médico en consulta contigo haga algo concreto es necesario que haya una estructura entera que contemple

humanizadamente su acción, porque si la estructura no lo facilita puede ser muy amable contigo, pero en el momento en que sales de la consulta la estructura te deshumaniza.

— *Se trata entonces de un enfoque integral.*



La foto de grupo final, con la directora del CFCE de Montevideo, Mercedes Flórez

— Es integral y es multidisciplinar, con objetivos interdisciplinarios. Porque esto no quiere decir que no hay especialistas. Somos muy especialistas, sabemos lo que sabemos, pero necesitamos además incorporar la multidisciplinaridad. Y, por lo tanto, los espacios cerrados de cada uno empiezan a temblar. Yo tengo que dejar que, en mi ámbito entre el médico, el médico tiene que dejar que en su ámbito entre la enfermera, la enfermera tiene que dejar que el psicólogo entre en el suyo. ¿Por qué? Porque hay muchas cosas que en la atención ya pasan a ser comunes. Y también es verdad que hay que incorporar miradas diferentes de profesionales diferentes en la salud y en la sanidad. Así, la medicina se humaniza y vuelve a sus orígenes filosóficos también, con una pregunta: por qué la gente sufre y qué tengo yo que hacer para que las

personas dejen de sufrir. Nos mueve que no soportamos ver sufrir al otro, y la medicina se inventa por eso aceptando que no hay un bien perfecto. Porque hay que hacer un duelo de la vida perfecta, del hijo perfecto, del padre perfecto, del

marido perfecto y de la persona perfecta. **Las vidas no son perfectas.** Por eso buscamos vidas buenas, que las personas puedan vivir bien según ellos, sus valores y sus criterios.