

Artículo especial

Humanización de (en) la Asistencia Sanitaria

Rodrigo Gutiérrez ^{1,*}

¹ Director Médico. Gerencia de Área Integrada de Guadalajara. SESCOAM

* Autor correspondencia: rodrigo.rgf1@gmail.com; Tel.: +34-680-220-044

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2025.10.1.468>

Resumen: El concepto de *Humanización en la asistencia sanitaria* surge como respuesta a la prestación de una atención sanitaria *deshumanizada*, apresurada, masificada, impersonal y excesivamente tecnificada. Hace referencia, sobre todo, a una práctica clínico-asistencial basada en un trato más digno, es decir, más respetuoso, amable y empático con la persona enferma y vulnerable. Se trata de un concepto estrechamente relacionado con el de "atención centrada en la persona", en el que se valoran y se tienen en cuenta aspectos que conllevan una visión más holística del ser humano, considerando aspectos no solo biológicos, sino psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad. Este enfoque, adoptado en las últimas décadas por distintas instituciones y servicios de salud, se ha traducido en la elaboración de planes, programas y diferentes iniciativas que incluyen además otras dimensiones clave que tienen que ver tanto con el entorno en el que se presta la asistencia a los pacientes: privacidad, intimidad y confort de las instalaciones y dispositivos asistenciales, como con la participación activa en la toma de decisiones y la individualización de los cuidados. Al mismo tiempo, desde el punto de vista de los profesionales, la humanización es una cuestión con importantes implicaciones éticas que tienen que ver con la accesibilidad, la seguridad y la calidad, el establecimiento de relaciones de confianza respetuosas con la autonomía de los pacientes y sus familias, con la finalidad de dar una respuesta adecuada a sus auténticas necesidades, expectativas, deseos y preferencias.

Palabras Clave: Humanización, Ética, Dignidad, Respeto, Compasión, Empatía, Calidad.

Abstract: The concept of Humanization in healthcare arises as a response to the provision of dehumanized, hurried, massified, impersonal, and excessively technical healthcare. It mainly refers to a clinical and care practice based on a more dignified treatment, that is, more respectful, kind, and empathetic towards the sick and vulnerable person. It is a concept closely related to 'person-centered care,' which values and takes into account aspects that lead to a more holistic view of the human being, considering not only biological but also psychological and social aspects of health and disease. This approach, adopted in recent decades by various institutions and health services, has resulted in the development of plans, programs, and different initiatives that also include other key dimensions related to the environment in which patient care is provided: privacy, intimacy, and comfort of the facilities and assistive devices, as well as with the active participation in decision-making and the individualization of care. At the same time, from the professionals' perspective, humanization is a matter with significant ethical implications related to accessibility, safety, and quality, the establishment of respectful trust-based relationships with the autonomy of patients and their families, with the aim of providing an appropriate response to their genuine needs, expectations, desires, and preferences.

Key words: Humanization, Ethics, Dignity, Respect, Compassion, Empathy, Quality.

1. Introducción

Para muchos profesionales de la salud puede resultar hasta cierto punto paradójico que se hable de “humanizar” la atención sanitaria o los servicios de salud, cuando la esencia de éstos es el ser humano, y el origen de las instituciones sanitarias surge precisamente de la necesidad de atender a la persona enferma. Sin embargo, la creciente tecnificación de la asistencia sanitaria, la prioridad por la búsqueda a ultranza de la eficiencia y el control de los costes, la presión asistencial, la masificación, la falta de tiempo, el trato inadecuado e impersonal a la persona enferma, han hecho que, con frecuencia, el personal sanitario pueda anteponer aspectos meramente administrativos, económicos o procedimentales a la prestación de un auténtico servicio orientado al ser humano. Por eso, por la propia naturaleza de los servicios de salud, la *humanización* debiera convertirse en una prioridad de las instituciones sanitarias y no deja de ser llamativo referirnos a la *humanización/deshumanización* en el contexto de una relación, como la sanitaria, que fundamentalmente es (debe ser) interhumana, personal y de ayuda: un encuentro entre personas con la finalidad de establecer una relación diagnóstico-terapéutica que lleve a la curación o a la resolución (al menos) temporal de la dolencia de la persona enferma. Los componentes afectivos, personales, éticos y profesionales de esa relación a lo largo de miles de años han sido principal objeto de estudio y atención destacada de numerosos autores [1].

No obstante, como bien señala el Dr. **Julio Zarco** [2], Presidente de la Fundación Humans, en el prólogo a un libro bastante revelador sobre la idea y el concepto de Humanización publicado hace no muchos años [3], en realidad «*no estamos ante un concepto nuevo, sino ante un concepto re-visionado o re-actualizado*» que encuentra muy cercano al movimiento de la medicina antropológica alemana, desarrollada en la década de 1920 y cuyo principal representante fue Viktor von Weizsäcker. Este movimiento se enfocó en una visión holística del ser humano, considerando tanto los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad. En este sentido, cuando hablamos de humanización en el ámbito sanitario por lo general nos referimos a conceptos relacionados con el trato, la amabilidad, la empatía, la compasión y la comprensión, el respeto a la dignidad de la persona enferma y a otras cuestiones relacionadas con el entorno en el que se presta la asistencia sanitaria: la privacidad, la intimidad y el confort de las instalaciones de los centros y dispositivos asistenciales. El término *humanización* aplicado a la asistencia sanitaria significa mucho más que eso: incluye además otras dimensiones clave como la participación de los pacientes, la información, la seguridad, la confianza, la accesibilidad, la personalización de las intervenciones, la comprensión de las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias, y el respeto a la autonomía de la persona, dimensiones que definen lo que se ha venido denominando como “atención centrada en la persona” [4].

2. Material y Métodos

En un viejo editorial publicado en 1999 en la revista Medicina Clínica [5], **Albert Jovell** sostenía que, en la práctica asistencial, “*la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente (entiéndase aquí referida, por extensión, a cualquier profesional sanitario en su relación los pacientes) y el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto*”. En este artículo editorial definía también la Medicina Basada en la Afectividad (MBA) como “*un modo de gestionar la salud basado en la afectividad, generando confianza y previniendo el desarrollo de sentimientos negativos*”.

Apenas unos años más tarde **Jerome Groopman** en su exitoso libro *How doctors think* [6] venía a corroborar la idea de la importancia de la comunicación afirmando que: “*Aunque la medicina moderna cuenta con la ayuda de un deslumbrante despliegue de tecnologías, como resonancias magnéticas de alta resolución y análisis de ADN de gran precisión, el lenguaje sigue siendo la piedra angular de la práctica clínica*”.

Lo cierto es que, a lo largo de los últimos cien años, la práctica de la medicina y de la asistencia sanitaria en general, se ha transformado profundamente. Recordemos que el primer antibiótico se descubrió en 1928. Ha pasado de ser un arte y una técnica con escasos recursos preventivos y curativos, a convertirse en la manera de aplicar un enorme arsenal de procedimientos y recursos de biotecnología muy potentes, con medios farmacológicos y posibilidades técnicas de intervención

enormemente complejas y sofisticadas, como producto de la investigación. En gran medida, la alta tecnificación de la medicina ha conducido (casi) todos los esfuerzos y la preparación de los profesionales hacia la competencia científica, la innovación tecnológica, el conocimiento especializado y 'experto', en detrimento de una atención -digamos- más directa y personalizada a los pacientes, a las personas enfermas y a sus necesidades psicológicas, relacionales y... humanas. La propia enseñanza de la medicina moderna y la dinámica general de la asistencia sanitaria en los sistemas de salud en distintos países y en diferentes contextos han contribuido a esta tendencia extendida de manera prácticamente universal.

Pero sabemos que el proceso de enfermar hace que las personas se sientan más frágiles y vulnerables, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad en la interacción con ellas. De aquí que, en estas circunstancias, la presencia humana ante las personas enfermas con dolor y sufrimiento, se hace insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar empatía, escuchar atentamente, mostrar sensibilidad y comprensión con la situación del otro.

El General de la Orden de San Juan de Dios, **Pier Luigi Marchesi** [7] († 2002) lo explicaba de manera muy gráfica: «Los enfermos, aplastados entre su ansia de sanar y el poderío del aparato tecnológico, se convierten en un objeto incómodo. Los agentes, médicos investigadores, enfermeros, junto con casi todo el sistema sanitario, atraídos irresistiblemente por las posibilidades de la técnica, se sienten disminuidos si deben aplicarse a curar una simple herida de un paciente, atender sus necesidades elementales, escucharlo y hablarle. De tal manera, la deshumanización de la medicina, como producto típico de la “modernidad”, se ha instalado en el corazón de nuestra compleja sociedad, como fruto de un progreso tan ilusorio como deletéreo. Para cambiar las cosas hay que volver a dar un nuevo significado a la empresa socio-sanitaria, para reencontrar el sentido profundo del ser del hombre en sufrimiento, con cuya comprensión es únicamente posible instaurar una nueva alianza entre paciente y sistema sanitario.»

En marzo de 1927 el *Journal of the American Medical Association*, (JAMA) una de las cinco grandes revistas médicas, publicó un artículo del Dr. **Francis W. Peabody**, escrito a partir de una charla impartida a los estudiantes de la *Harvard Medical School* pocos meses antes, en octubre de 1926: *The care of the patient*, la atención o el cuidado del paciente. Se ha dicho que es el artículo más citado y reproducido de toda la literatura médica [8]. Casi 100 años después de su publicación, puede decirse que contiene la esencia de lo que debe entenderse como una atención ‘humanizada’ y, en sentido contrario, su descripción del entorno deshumanizado y de la despersonalización de los pacientes en el ambiente hospitalario, sigue estando también plenamente vigente:

«Los hospitales, al igual que otras instituciones fundadas con los ideales humanos más elevados, tienden a deteriorarse hasta convertirse en máquinas deshumanizadas, e incluso el médico que más se preocupa por el bienestar del paciente descubre que la presión del trabajo lo obliga a prestar la mayor parte de su atención a los enfermos y enfermos críticos, a aquellos cuyas enfermedades son una amenaza para la salud pública. En tales casos, primero debe tratar la enfermedad específica, y luego queda poco tiempo para cultivar más que un contacto personal superficial con los pacientes. Además, las circunstancias en que el médico atiende al paciente no son del todo favorables al establecimiento de la íntima relación personal (...), porque una de las características sobresalientes de la hospitalización es que saca completamente al paciente de su entorno habitual.» (...)

«Cuando un paciente ingresa en un hospital, una de las primeras cosas que comúnmente le sucede es que pierde su identidad personal. Generalmente se le conoce, no como Henry Jones, sino como “ese caso de estenosis mitral en la segunda cama de la izquierda”. Hay muchas razones por las que esto es así, y el punto es, en sí mismo, relativamente poco importante; pero el problema es que conduce, más o menos directamente, a que el paciente sea tratado como un caso de estenosis mitral, y no como un enfermo. La enfermedad se trata, pero Henry Jones, que pasa noches en vela mientras se preocupa por su esposa e hijos, representa un problema mucho más complejo que la fisiopatología de la estenosis mitral, y es probable que mejore muy lentamente a menos que un residente perspicaz descubra por qué incluso grandes dosis de digitálicos no logran disminuir su ritmo cardíaco. Henry tiene una enfermedad cardíaca, pero no está tan preocupado por la disnea como por la ansiedad por el futuro, y una conversación con un médico comprensivo que trata de aclararle la situación y luego hace

que el trabajador social lo atienda para encontrarle una ocupación adecuada, hace más por su recuperación que un libro lleno de drogas y dietas.» (...)

Aquel viejo artículo concluía con una rotunda afirmación, que resultaba enormemente esclarecedora por redundante:

«El buen médico conoce a sus pacientes de arriba abajo, y su conocimiento se valora enormemente. El tiempo, la simpatía y la comprensión deben ser generosamente distribuidos, pero la recompensa se encuentra en ese vínculo personal que constituye la mayor satisfacción de la práctica de la medicina. Una de las cualidades esenciales del clínico es el interés por la humanidad, pues el secreto del cuidado del paciente está en cuidar al paciente.»

Así pues, la historia viene de lejos. Son conocidas desde hace mucho tiempo las manifestaciones más frecuentes de esa despersonalización y deshumanización que pueden ocurrir en la asistencia sanitaria. Así, por ejemplo:

- La "cosificación" de la persona enferma, que "pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores, identificándosele con sus rasgos externos o con su enfermedad, pasando a ser tratado como: "la cama número tal", "la pancreatitis", "el Ca de pulmón" o "la historia clínica equis" [9].
- La falta de calor en la relación humana, con un trato inadecuado y rutinario, distanciamiento afectivo por parte del personal, que puede llegar a ser de fría indiferencia o indolencia.
- La ausencia de una adecuada interrelación y comunicación entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial que favorezca formas mutuamente enriquecedoras de encuentro.

O la restricción de los derechos de la persona enferma (en sus valores, creencias, en su privacidad e intimidad, en la confidencialidad, autonomía...), que puede llegar incluso a la negación de sus opciones últimas.

3. Resultados

En 1984, antes incluso de que se promulgase la Ley General de Sanidad (1986), el INSALUD, organismo gestor en esos momentos de la asistencia sanitaria pública, puso en marcha en toda su red asistencial un **Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria** [10]. En su justificación establecía que la enfermedad genera una situación de indefensión que hace sentirse a la persona desvalida, por lo que necesita un sistema sanitario "lo más humano posible". Expresaba, además, que: "La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina".

Como el mismo Plan refería: "...el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria, se ha visto acompañado de un proceso de tecnificación y masificación. Parece como si, en un doble proceso paralelo y simultáneo, hubiera tenido lugar la extensión y el progreso de la asistencia sanitaria y la deshumanización de la misma. Y en este segundo proceso, se hubiera olvidado fácilmente que la asistencia se está prestando a una persona que se encuentra en un particular momento de debilidad y cuya respuesta no puede reducirse a una simple intervención técnica, por muy apropiada que ésta sea y muy al alcance de todos que se encuentre".

Francesc Raventós, director general del INSALUD en aquel momento, afirmaba:

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

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

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

Han transcurrido ya más de cuarenta años de todo esto...

4. Discusión

Tuvieron que pasar casi veinte años para que la propia Ley de Cohesión y Calidad del SNS, de mayo de 2003, entre cuyos fines establecía la necesidad de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, reconociese en su artículo 28 que: *"Las instituciones asistenciales (...) abordarán actuaciones para la humanización de la asistencia y para la mejora de la accesibilidad administrativa y de su confortabilidad"*.

Para hablar de humanización en la asistencia sanitaria, y como diría **Oliver Sacks**, hay que empezar por dar relieve a la persona que hay debajo de los síntomas, es decir, el cometido final de la medicina, que no es otro que *«el sujeto humano que sufre y lucha»*. Como explicaba en uno de sus libros más conocidos, (*El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, publicado en 1985):

«En el historial clínico riguroso no hay sujeto; los historiales clínicos modernos aluden al sujeto con una frase rápida ('hembra albina trisómica del 21') que podría aplicarse por igual a una rata que a un ser humano. Para situar de nuevo en el centro al sujeto (el ser humano que se aflige, lucha y padece) hemos de profundizar en un historial clínico hasta hacerlo narración o cuento; sólo así tenemos un 'quien' además de un 'qué', un individuo real, un paciente, en relación con la enfermedad. »

La humanización pasa, pues, por mejorar las relaciones clínico-asistenciales, la comunicación entre profesionales y pacientes, la necesidad de incrementar la empatía y, sobre todo y fundamentalmente, proporcionar un trato digno a quienes son atendidos en los servicios sanitarios. La dignidad se refiere al mérito y al valor inherente a/de una persona y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima y la autonomía personal. Supone, ante todo, el derecho de todas las personas, como individuos y como parte de sus comunidades, a ser tratadas con justicia (*equidad*), amor, compasión y respeto...

El respeto de/por la dignidad de los pacientes y su consideración como personas en su totalidad, [y no como una (simple) agregación de órganos, funciones y procesos], resulta por ello fundamental en la asistencia sanitaria.

En última instancia, por tanto, la humanización es -tanto en el fondo como en la forma- una *cuestión ética*, que tiene que ver, sobre todo, con los valores y con la búsqueda del bien de la persona a la que se atiende (el clásico principio de *beneficencia*). Humanizar las relaciones clínico-asistenciales consiste en utilizar la técnica para hacer frente a las dificultades y adversidades de la vida, dotándolas de los valores y actitudes genuinamente humanos, es decir, acordes con la dignidad humana. En este sentido, cabe recordar la formulación del imperativo categórico kantiano:

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

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

Poder vivir -y morir- con dignidad emana del respeto a los derechos fundamentales de todo ser humano y tiene que ver, por tanto, con todos los aspectos de la vida diaria, incluyendo la privacidad, la autonomía y la autoestima. Aunque pueda ser difícil de definir, la gente nota (sabe) cuando no ha sido tratada con dignidad y respeto. La dignidad tiene que ver tanto con procesos y sistemas como con los comportamientos interpersonales. En este sentido, los profesionales tienen que comprometerse en la búsqueda de sus propias actitudes hacia los pacientes, su propia vulnerabilidad, sus propios temores y todo lo que conforma su forma de cuidar y atender.

Algunos ejemplos de personas que sintieron que su dignidad no fue respetada durante su proceso asistencial serían:

- Tener la sensación de estar desatendidos/as o de ser ignorados/as al recibir cuidados.
- Cuando se les hace sentir inútiles o que son una molestia
- Cuando son tratados/as más como un objeto que como una persona
- Cuando sienten que su intimidad no se respeta durante el aseo o los cuidados íntimos, por ejemplo, -en el hospital o en residencias sociosanitarias- obligarles a usar una silla o cuña para orinar, en lugar de facilitarles un andador o una silla de ruedas y prestarle ayuda para ir al baño.
- Cuando perciben una actitud poco respetuosa del personal al dirigirse a ellos/as de una manera poco amable, por ejemplo, al llamarle con un nombre excesivamente familiar o con diminutivos supuestamente cariñosos.
- Cuando tienen que usar baberos para bebés, en vez de una servilleta y recibir ayuda para comer.
- Tener que comer con las manos en lugar de prestarles ayuda para comer con cubiertos.
- Ser tratados/as de manera apresurada y no sentirse escuchados/as.

Sin embargo, incluso una atención sanitaria que se centre (exclusivamente) en la dignidad puede resultar paternalista e indigna. Por tanto, la dignidad es un concepto que constituye un reto básico en la asistencia sanitaria, pero que puede ser ‘peligrosa’ si no se respetan sus limitaciones.

Tal como se han definido por algunas agencias gubernamentales de salud, (por ejemplo, el programa “*Dignity in care*” del Gobierno de Australia) [11], unos servicios de alta calidad que respeten la dignidad de las personas y presten una asistencia más humanizada, deben [12]:

1. Tener tolerancia cero frente a cualquier forma de abuso.
2. Apoyar a las personas con el mismo respeto que quisiera para usted o cualquier miembro de su familia.
3. Tratar a cada persona como un individuo ofreciendo un servicio personalizado.
4. Procurar mantener el máximo nivel posible de independencia, capacidad de decisión y control.
5. Escuchar y apoyar a las personas a expresar sus necesidades y deseos.
6. Respetar el derecho a la privacidad de las personas.
7. Asegurar que las personas puedan manifestar sus quejas sin temor a represalias.
8. Implicar a los miembros de la familia y cuidadores como socios (partners) en los cuidados.
9. Ayudar a las personas a mantener su confianza y una autoestima positiva.
10. Actuar para aliviar la soledad y el aislamiento de las personas.

Se han propuesto algunos valores clave que deben ser protegidos y tenidos en cuenta para prestar una atención digna y humanizar la asistencia sanitaria: amabilidad, compasión, respeto y empatía.

La investigación ha constatado que los profesionales que trabajan en la asistencia sanitaria, a través de la comunicación, pueden tener una enorme influencia sobre la dignidad de los usuarios de los servicios de salud, lo que a su vez puede mejorar la experiencia del paciente y aumentar la satisfacción con la atención sanitaria recibida. Es bien sabido que una buena comunicación es, de

hecho, un ingrediente esencial para proporcionar la mejor calidad y seguridad en la atención al paciente.

Otras investigaciones han encontrado que la mejora de las interacciones entre quienes ofrecen y reciben asistencia sanitaria puede producir mejores resultados de salud para los pacientes y una mayor satisfacción en su desempeño profesional para quienes trabajan en la asistencia sanitaria.

Estos resultados demuestran la importancia de hacer de la dignidad una meta consciente de la asistencia sanitaria, particularmente en la cabecera del enfermo.

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

No obstante, la empatía no lo es todo y (casi) nunca es suficiente. Como recuerda la escritora y periodista norteamericana Leslie Jamison [13] *«...la empatía no consiste sólo en acordarse de decir: «debe ser muy duro», sino también en una forma de sacar los problemas a la luz para que no pasen desapercibidos. La empatía no consiste sólo en escuchar, sino en formular las preguntas cuyas respuestas deben ser escuchadas. La empatía requiere saber que no se sabe nada. La empatía equivale a reconocer un horizonte contextual que se extiende perpetuamente más allá de lo que uno alcanza a ver. La empatía equivale a percatarse de que ningún trauma posee contornos discretos, El trauma sangra. Por las heridas y más allá de las fronteras. La tristeza se convierte en un ataque convulsivo (...). La empatía es una forma de velar por alguien, pero no es la única, y no siempre es suficiente.»*

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

Por tanto, y concluyendo, los planes, actuaciones y medidas sobre humanización de la asistencia sanitaria no consisten sólo en –digamos- decorar las consultas pediátricas, colocar almohadas en forma de corazón en las habitaciones de los pacientes, ni desde luego en disimular recortes ni suplantar o sustituir las necesarias e imprescindibles inversiones en recursos, equipamientos y dotación de personal, a modo de excusa o cortina de humo. Tampoco se trata de elaborar y difundir por las redes videos amables que oculten la realidad de unas condiciones de trabajo precarias derivadas de lo anterior.

Tampoco se trata desde luego de una *deificación* de las cosas pequeñas, aunque no está de más recordar que ideas tan sencillas como el agradecimiento son marcas inequívocas de humanidad, y en el mundo acelerado y ajetreado de hoy practicarlas nos convierte en mejores personas. Pero es que, además, como han reconocido algunos respetados y conspicuos gurús del management [14], el impacto de las actitudes y de las cosas pequeñas hace tiempo que se puso de manifiesto (es la idea que subyace en la filosofía *nudge* [15]: sembrar, orientar, motivar, reforzar, sugerir, incitar, iniciar...).

En este sentido, lo básico suele ser mejor que lo brillante y lo aparentemente blando suele ser lo más duro... estos gestos incrementan la efectividad organizacional y facilitan el logro de objetivos, sean estos lucrativos o no, como es el caso de los servicios que proveen las ONG o los servicios públicos en general. El agradecimiento es un medio insuperable y hasta podríamos decir que único para fomentar el entusiasmo entre los empleados, los compañeros y los pacientes, y por ello mismo la mejor forma de preparar el camino para implementar casi cualquier idea que se le pueda ocurrir, poner en marcha, entre otras, la (re)humanización de/en la asistencia sanitaria [16]..

5. Conclusiones

Esperamos que este artículo pueda contribuir a una mejor y más profunda comprensión del concepto de humanización de la atención/asistencia sanitaria. Algunos de los elementos clave expuestos pueden servir como guía preliminar para las instituciones y profesionales sanitarios que

buscan entender algunos de los desafíos existentes y lograr una atención digna, es decir, más humanizada y eficiente.

Aunque se trata de un concepto que ‘viene de lejos’, con profundas implicaciones éticas, en las últimas décadas el enfoque en pro de la “humanización de la asistencia sanitaria” ha ido adquiriendo progresivamente un mayor protagonismo y un lugar importante en la prestación de los servicios sanitarios en la mayoría de los Servicios de Salud, como lo demuestra la existencia de numerosas iniciativas, planes, programas y estrategias en distintos ámbitos nacionales e internacionales, que, como hemos comentado, se ha asimilado en gran medida a algunos aspectos de la denominada “atención centrada en la persona” [17] [18]. A partir de la definición del Plan de Humanización de Castilla-La Mancha, publicado por la Consejería de Sanidad en 2023, podemos definir la **“Humanización de la asistencia sanitaria”** como *“un proceso en el que se despliegan un conjunto de valores y actuaciones orientados a conseguir una atención centrada en la persona, basada fundamentalmente en el respeto, la escucha activa, la participación y la empatía, con un enfoque integral que tenga en cuenta, además, la importancia y el cuidado de las y los profesionales”* [19].

Abundando en este concepto, y como señala el Dr. Joan Carles March, en un artículo editorial de la Revista de Calidad Asistencial, *“en el contexto sanitario, el concepto de humanización suele hacer referencia al abordaje integral de la persona, es decir su extensión holística, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Desde esta perspectiva se debe otorgar igual importancia a las necesidades sociales, emocionales y psicológicas que a las físicas, y ello significa hacer referencia a la persona en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual”* [20].

Cabe destacar, finalmente, que el concepto de humanización se encuentra también íntimamente ligado a la calidad y, en este sentido, existe una estrecha relación entre humanización, calidad percibida y experiencia del paciente (ExP), definida esta como *“la suma de todas las interacciones, moldeadas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente a lo largo del proceso de atención”*, (Beryl Institute) [21], no es un elemento táctico, sino estratégico, que debe ser incorporado a la gestión y a la cultura de las organizaciones sanitarias (procesos, espacios, personas) y que es mucho más que un mero indicador de satisfacción, al relacionarse directamente con aspectos que tienen que ver con un trato y una atención más humana.

Conflictos de Intereses: El autor no declara ningún conflicto de intereses.

Referencias Bibliográficas

1. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Ed. Revista de Occidente. Madrid, 1964. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/c3562e66-cf35-11e1-b1fb-00163ebf5e63.pdf>
2. Zarco J. ‘La humanización como experiencia vital’, prólogo al libro “Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria”, de Bermejo JC et al.
3. Bermejo JC, Martínez Barca MP, Villaceros M. “Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria”. Desclée De Brouwer. Bilbao, 2021.
4. Casado Durandez P. “Humanización en el sistema sanitario español”. Fundación Economía y Salud. 27 julio, 2021. Disponible en: <https://www.fundacioneconomiaysalud.org/2021/07/27/humanizacion-en-el-sistema-sanitario-espanol/#:~:text=Cuando%20hablamos%20de%20humanizaci%C3%B3n%2C%20pensamos,y%20el%20confort%20de%20las>
5. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. Med Clin Barcl 1999; 113: 173-17. Disponible en: <file:///C:/Users/HP%20650%20G2/Downloads/xdoc.mx-medicina-basada-en-la-afectividad.pdf> En este artículo editorial definía la Medicina Basada en la Afectividad (MBA) como “un modo de gestionar la salud basado en la afectividad, generando confianza y previniendo el desarrollo de sentimientos negativos”.
6. Groopman J. How doctors think. Existe traducción española: “¿Me está escuchando doctor? Un viaje por la mente de los médicos”. RBA Ed. Barcelona, 2008.

7. Pier Luigi Marchesi. General de la orden de San Juan de Dios, se siente enfermero antes que fraile. Diario El País, 10 mayo de 1986. Disponible en: http://elpais.com/diario/1986/05/10/ultima/516060004_850215.html
8. Peabody, Francis Weld. The care of the patient. JAMA. 1927;88(12):877–882. Disponible en: <https://iiif.wellcomecollection.org/pdf/b29809873>
9. Seeing the person in the patient. The Point of Care review paper. The King's Fund, 2008. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/seeing-person-patient>
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Madrid, 1984. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/ca/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf
11. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs+and+practice+guidelines/safety+and+wellbeing/dignity+in+care/dignity+in+care>
12. https://www.dignityincare.org.uk/About/The_10_Point_Dignity_Challenge/
13. Jamison L. El anzuelo del diablo. Sobre la empatía y el dolor de los otros. Ed. Anagrama. Barcelona, 2015.
14. Peters T. Las pequeñas grandes cosas. 163 trucos para conseguir la excelencia. Deusto Ediciones, 2010.
15. Thaler R H, Sunstein C H. Un pequeño empujón / Nudge. Editorial Taurus, 2011.
16. Rathert C, Vogus TJ, McClelland L. "Re-humanizing Health Care: Facilitating "Caring" for Patient-centered Care" in The Oxford Handbook of Health Care Management (2016).
17. Busch, I.M., Moretti, F., Travaini, G. et al. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. Patient 12, 461–474 (2019). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-019-00370-1>
18. Helping measure person-centred care. The Health Foundation, 2014. Disponible en: <https://www.health.org.uk/publications/helping-measure-person-centred-care>
19. 19. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/plan-de-humanizacion/plan-de-humanizacion-de-la-asistencia-sanitaria-horizonte25>
20. March Cerdá JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de Calidad Asistencial Vol. 32. Núm. 5 páginas 245-247 (septiembre - octubre 2017). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-humanizar-sanidad-mejorar-calidad-sus-S1134282X17300696>
21. <https://theberylinstitute.org/>.



© 2025 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.