

Lección inaugural

Dra. María H. Benavente Cuesta
profesora de la Facultad de CC de la Salud

Humanizar la praxis sanitaria en la era tecnológica: fundamento científico de la comunicación relacional y responsabilidad profesional en una atención centrada en la persona

Acojo esta oportunidad con gratitud, pero también con la responsabilidad que implica tomar la palabra en una ocasión como esta. Quisiera dedicar estos minutos a reflexionar sobre una cuestión que nace en las Ciencias de la Salud, pero que las trasciende ampliamente. Porque hablar de enfermedad, sufrimiento, vulnerabilidad o muerte es, en último término, hablar de realidades profundamente vinculadas a la condición humana y que, todos hemos conocido de cerca en algún momento de nuestra vida.

Y, antes de continuar, una pequeña aclaración que quizá contribuya a su tranquilidad. Tienen en sus manos el texto completo y, al ver su extensión, seguramente alguno habrá pensado que la exposición será igualmente extensa. No se preocupen: no tengo intención de leerlo entero; hacerlo alargaría innecesariamente esta intervención y desatendería los prudentes consejos que varios de los aquí presentes me han hecho llegar estos días.

El texto escrito desarrolla con mayor amplitud estos conceptos. De entre ellos, seleccionaré algunas ideas para ofrecerles un recorrido algo más personal.

Quisiera comenzar explicando brevemente desde dónde surge esta reflexión: del estudio, la formación y la experiencia adquirida en las dos disciplinas que han configurado mi trayectoria académica y profesional: la enfermería y la psicología.

La enfermería me enseñó, siguiendo la estela de Florence Nightingale, el arte de cuidar y me permitió descubrir la grandeza y, al mismo tiempo, la fragilidad del ser humano. La psicología, por su parte, me ha enseñado, entre otras muchas cosas, a aproximarme con respeto y delicadeza a la historia y a la singularidad de cada persona.



Me gusta expresar esta actitud mediante la imagen bíblica de Moisés ante la zarza ardiente: «Descálzate, porque el lugar que pisas es terreno sagrado». Cuando una persona confía al profesional su miedo, su dolor o su sufrimiento, le abre las puertas de su terreno sagrado, de su intimidad. A esa intimidad solo podemos entrar descalzos, desde una presencia atenta y respetuosa que nos abra al encuentro auténtico con el otro.

A estas dos miradas se añade otra igualmente importante: la experiencia de acompañar y cuidar a familiares y amigos durante la enfermedad y ante la muerte. Ellos me han enseñado otro arte no menos importante: el arte de dejarse cuidar, de acoger la propia debilidad y de abandonarse confiadamente en los brazos de quienes sabían que los querían.

Así, mis palabras surgen de la confluencia entre el conocimiento académico, la experiencia profesional y la vivencia personal del cuidado. Y desde ahí quisiera plantear el interrogante que recorrerá esta reflexión:

¿Cómo podemos preservar una atención sanitaria verdaderamente humanizada en un contexto de creciente desarrollo científico y tecnológico?

Los avances científicos han ampliado extraordinariamente nuestras posibilidades diagnósticas, terapéuticas y preventivas. Pero este mismo progreso nos obliga a preguntarnos qué significa cuidar hoy y qué lugar ha de ocupar la persona en unos sistemas sanitarios cada vez más complejos, especializados y tecnificados.

Para abordar esta cuestión conviene partir del concepto de humanización. Como señala Bermejo, humanizar significa hacer una realidad digna de la persona y coherente con los valores que favorecen su pleno desarrollo. En el ámbito sanitario, supone reconocer la dignidad intrínseca de cada ser humano y orientar desde ella el conocimiento, las decisiones, las relaciones y las instituciones.



Ciencia, tecnología y humanización no son realidades contrapuestas. El conocimiento científico y la competencia técnica son indispensables, pero deben ponerse al servicio de una atención centrada en la persona, porque por sí solos no responden a toda la complejidad de la experiencia de enfermar.

Esta cuestión adquiere una especial profundidad cuando la enfermedad confronta al ser humano con su vulnerabilidad y con los límites de la existencia. León XIV, en la carta encíclica *Magnifica humanitas*, advierte:

«Hoy nuestra relación con la vida parece estar en crisis. Todo lo que representa un “límite” —incapacidad, enfermedad, ancianidad, sufrimiento, vulnerabilidad— tiende a ser leído principalmente como un defecto que hay que corregir, más que como un espacio en el que el ser humano madura y se abre a la relación. En cambio, debemos recordar que el ser humano no florece a pesar del límite, sino a menudo a través del límite».

Precisamente en estas situaciones, la atención sanitaria no puede limitarse a la intervención técnica. Humanizar implica también acompañar, escuchar y responder a las necesidades de la persona más allá de su enfermedad.

Aunque la humanización comprende diversas dimensiones, aquí me centraré especialmente en la relacional: en el encuentro entre la persona enferma, su familia y los profesionales sanitarios. Como señalaba Gafo, uno de los grandes retos de la medicina ha sido y será, humanizar la relación entre quien posee el saber médico y quien afronta la enfermedad.

Me acercaré primero a la experiencia de quien enferma y de quienes le acompañan; después me detendré especialmente en la comunicación; y terminaré con las responsabilidades profesionales, institucionales y universitarias que se derivan de todo ello.

Detengámonos, en primer lugar, en quien vive la enfermedad en primera persona.

La idea es sencilla: cuando una persona enferma, no enferma solamente un cuerpo; enferma una vida. La enfermedad irrumpe en una historia hecha de relaciones, responsabilidades, proyectos y afectos. Peabody lo expresó con una imagen aún actual: un «cuadro clínico» no es simplemente la fotografía de un hombre enfermo, sino una pintura impresionista compuesta por las pinceladas de su casa, su trabajo, su familia, sus amigos, sus alegrías, tristezas, esperanzas y miedos.

El diagnóstico es imprescindible, pero no agota la experiencia de enfermar. Michael Bury habló de «ruptura biográfica» para describir cómo ciertas enfermedades alteran la continuidad de una vida y la manera de imaginar el futuro.

Por eso, junto a la pregunta clínica —«¿qué le ocurre?»— conviene mantener siempre otra:

«¿Qué supone lo que le ocurre para esta persona concreta y cómo cambiará su vida?»

Kay Toombs distinguió entre el cuerpo que observa el profesional y el cuerpo que vive la persona enferma. Para el primero es objeto de exploración e intervención; para quien enferma, es el cuerpo desde el que vive y se relaciona. Humanizar exige mantener unidas la mirada clínica, imprescindible para diagnosticar y tratar, y la personal, necesaria para comprender a la persona.

Esta perspectiva permite comprender también el sufrimiento. Eric Cassell recordó que dolor y sufrimiento no son equivalentes: sufrimos especialmente cuando una situación amenaza aquello que consideramos esencial para seguir siendo quienes somos —la autonomía, los vínculos, la identidad o el futuro— Bayés añade que el sufrimiento en la enfermedad depende del equilibrio entre la amenaza percibida y los recursos que la persona siente disponible para afrontarla. Por eso no depende solo de la gravedad objetiva de lo que ocurre, sino también del significado que adquiere para quien lo vive y de su capacidad percibida para hacerle frente.

A ello se suma la incertidumbre: ¿qué me está ocurriendo?, ¿qué va a pasar ahora?, ¿funcionará el tratamiento? Mishel señaló que la incertidumbre aparece cuando resulta difícil comprender o anticipar lo que sucede. Hay incertidumbres que son inevitables porque forman parte de los límites de la medicina; otras, sin embargo pueden reducirse mediante una buena atención: ofreciendo información coherente, explicando las esperas y ayudando a anticipar a la persona qué puede ocurrir después.

La enfermedad puede reducir la sensación de control, pero incluso entonces pueden preservarse espacios de decisión y participación. Humanizar significa preservar la voz de la persona y su capacidad de seguir siendo agente de su propia vida.

Por otro lado, la enfermedad puede plantear también preguntas sobre el sentido de la vida, la esperanza, el futuro o la trascendencia. Desde la fe cristiana, Benedicto XVI expresó esta relación entre esperanza y presente: «sólo cuando el futuro es cierto como realidad positiva, se hace llevadero también el presente».

Finalmente, cabe señalar que la enfermedad nos sitúa en una posición de especial vulnerabilidad. En este sentido, Luna propone hablar de «capas de vulnerabilidad». A la vulnerabilidad inherente a la condición humana pueden añadirse otras capas derivadas no solo de la enfermedad, sino también de la dependencia, la soledad o las dificultades sociales y comunicativas. El propio sistema sanitario puede, además, incorporar nuevas capas cuando no escucha a la persona, la infantiliza o la excluye innecesariamente de la toma de decisiones.

Humanizar exige proteger sin anular, acompañar sin sustituir y ayudar sin quitar innecesariamente la voz.

Hasta aquí hemos centrado la mirada en la persona que enferma. Sin embargo, la enfermedad rara vez afecta únicamente a quien recibe el diagnóstico. La segunda cuestión nos invita, por tanto, a ampliar el foco hacia la familia y hacia quienes acompañan a la persona enferma.



Desde una perspectiva sistémica, Rolland señala que se entrecruzan dos trayectorias: la de la enfermedad y la de la familia que debe afrontarla. Como recuerda Navarro Góngora, esa familia tiene una historia previa de vínculos, formas de comunicarse y afrontar las dificultades; y cada miembro vive la experiencia de manera diferente.

La familia suele desempeñar un papel fundamental en el acompañamiento, pero también puede necesitar ayuda y cuidados. No puede convertirse en un recurso asistencial ilimitado: cuidar debe ser compatible con la salud, el descanso y la vida personal de quienes asumen esa responsabilidad. Pedir ayuda o redistribuir las tareas no significa abandonar, sino hacer posible un cuidado sostenible. Humanizar el cuidado exige también cuidar a quien cuida, reconociendo sus necesidades, sus límites y su propio bienestar. Solo así será posible un acompañamiento verdaderamente humano que pueda mantenerse en el tiempo.

Las experiencias de la persona enferma y de quienes la acompañan llegan inevitablemente al encuentro con los profesionales. Y es precisamente ahí donde aparece la tercera cuestión y uno de los núcleos esenciales de la humanización: **la comunicación**.

Para aproximarnos a esta cuestión, tomaré como referencia el enfoque sistémico-interaccional de la Escuela de Palo Alto, desarrollado, entre otros autores, por Paul Watzlawick. Frente a una concepción lineal de la comunicación, entendida como una simple transmisión de información entre un emisor y un receptor, este enfoque desplazó la atención hacia la interacción, el contexto y la relación que se construye entre quienes participan en el proceso comunicativo.

Es en este marco donde Watzlawick y sus colaboradores formularon los cinco axiomas de la comunicación humana. Pero conviene hacer una precisión: **estos axiomas no constituyen un protocolo ni una receta de comunicación clínica**. No indican qué frase utilizar en cada situación; son una lente que ayuda a observar y comprender lo que sucede en la relación.

Detengámonos en cada uno de los axiomas:

El **primer axioma** sostiene que es imposible no comunicar. No comunican solo las palabras: también el silencio, la ausencia de respuesta o determinadas conductas adquieren significado dentro de la relación, aunque no exista intención expresa de transmitir un mensaje. En el ámbito sanitario esto es muy relevante, la manera de acercarse, de realizar un procedimiento o de guardar silencio ante la persona, también comunica.

Esto no significa atribuir a cada conducta un significado fijo. Un silencio puede expresar miedo, desacuerdo, reflexión o necesidad de tiempo. Por eso, el profesional debe atender al contexto, contrastar sus interpretaciones y considerar no solo lo que pretendía transmitir, sino también cómo ha sido percibido y qué ha comprendido la persona.

El **segundo axioma** establece que toda comunicación tiene un nivel de contenido y otro de relación. No solo importa qué se dice, sino desde qué vínculo se dice. Una misma información clínica puede recibirse de manera muy distinta cuando existe confianza que cuando predominan la distancia o la desconfianza.

El diagnóstico, el pronóstico o una recomendación terapéutica no llegan de forma aislada, se reciben dentro de una relación. El tono, la posibilidad de preguntar y la percepción de sentirse respetado facilitan que la persona comprenda e integre la información. Por eso, la relación clínica puede adquirir valor terapéutico en sí misma: no porque sustituya al tratamiento, sino porque crea las condiciones para que el paciente y su familia puedan expresar preocupaciones, plantear dudas, compartir emociones y participar en las decisiones.

El **tercer axioma** señala que la naturaleza de una relación depende de cómo cada participante organiza y «puntuá» la secuencia de la interacción. Cada uno tiende a interpretar su conducta como respuesta a la del otro; por eso, la comunicación tiene un carácter circular y las respuestas se influyen mutuamente.



En el ámbito sanitario, esto ayuda a comprender interacciones que pueden dar lugar a etiquetas simplificadoras. Por ejemplo, un paciente llama al timbre repetidamente porque siente dolor, miedo o inseguridad; el profesional puede responder con mayor brevedad por la carga asistencial; y esa respuesta puede aumentar, a su vez, la necesidad de volver a llamar. Para uno, las llamadas generan distancia; para el otro, la distancia incrementa las llamadas.

Reconocer esta circularidad invita a ser prudentes con expresiones como «paciente difícil» o «demandante». No se trata de justificar cualquier conducta, sino de comprenderla dentro de la interacción. La pregunta deja de ser solo «¿por qué se comporta así?» y pasa a incluir «¿qué está ocurriendo entre nosotros y qué podemos modificar?».

El **cuarto axioma** distingue entre modalidades digitales y analógicas. Digital se refiere principalmente al lenguaje verbal; la modalidad analógica incluye el tono de voz, los gestos, la expresión facial, la postura o la proximidad.

En la práctica sanitaria, ambas dimensiones actúan de forma conjunta. El paciente y su familia no reciben únicamente las palabras del profesional, sino también el modo en que estas se expresan. Por ejemplo, decir «puede preguntarme todo lo que necesite» mostrando atención y disponibilidad refuerza el mensaje; hacerlo mientras se mira repetidamente el reloj o se atiende otra tarea, puede transmitir algo muy distinto. Por ello, es esencial cuidar la coherencia entre lo que se dice y la forma en que se comunica, interpretando siempre los elementos no verbales en función de la persona, la cultura y el contexto.

Este axioma permite, además, introducir una cuestión especialmente relevante en la actualidad: la presencia creciente de la tecnología en la asistencia sanitaria. Las pantallas, la historia clínica electrónica o la telemedicina modifican la interacción, pero no son, por sí mismas, humanizadoras ni deshumanizadoras. La cuestión fundamental es cómo se integran en la práctica asistencial para que permanezcan al servicio de la persona y de la relación terapéutica.

Finalmente, el **quinto axioma** plantea que los intercambios pueden ser simétricos o complementarios. Ninguna forma es problemática por sí misma: la dificultad aparece cuando la simetría deriva en competencia o la complementariedad se vuelve rígida.

La relación sanitaria es, en buena medida, complementaria. El profesional dispone de conocimientos, competencias y responsabilidades específicas, pero esa diferencia de funciones no implica una diferencia de dignidad. La cuestión es cómo se ejerce esa posición y qué efectos tiene sobre la comprensión, la participación y la capacidad de decisión de la persona.

La complementariedad puede volverse problemática en dos extremos: el *paternalismo*, cuando se decide sin contar suficientemente con la persona, y el *abandono*, cuando se le traslada toda la responsabilidad sin información ni apoyo. Humanizar exige orientar sin imponer y promover la autonomía sin abandonar.

La toma de decisiones compartida, concreta esta forma de relación: pone en diálogo el conocimiento científico y la experiencia clínica del profesional con los valores, preferencias y circunstancias de la persona.

En conjunto, los cinco axiomas muestran que la competencia comunicativa va más allá de aprender unas determinadas técnicas: exige comprender lo que ocurre en la relación y adaptar la respuesta a cada persona y situación.

Esta dimensión relacional tiene consecuencias concretas. La evidencia científica muestra que una comunicación de calidad favorece la comprensión, la participación y la satisfacción del paciente, y se asocia con una mejor adherencia terapéutica, un menor uso de fármacos y, en determinados contextos, con mejores resultados en salud. Sus beneficios alcanzan también a las familias, al facilitar la comprensión de la situación, la implicación y el alivio de la ansiedad y del malestar emocional. Del mismo modo, repercute positivamente en los profesionales, favoreciendo relaciones asistenciales más satisfactorias, una mayor confianza para afrontar conversaciones complejas y un menor estrés y desgaste emocional.

La buena comunicación, por consiguiente, no es un complemento del cuidado, sino que forma parte de la esencia misma del cuidado.

Esto nos conduce al cuarto y último eje: la responsabilidad. ¿Qué responsabilidades se derivan de una atención humanizada?

En primer lugar, la responsabilidad del profesional. El rigor científico y técnico es irrenunciable, pero debe integrarse con el juicio ético y la competencia relacional. Como plantea Swanson, conocer, estar presente, actuar competentemente, posibilitar la participación y mantener la confianza forman parte de una misma praxis sanitaria.

Ahora bien, esta responsabilidad no recae exclusivamente sobre el profesional. La relación asistencial se construye de manera compartida, y también quien cuida necesita condiciones de respeto, reconocimiento y apoyo que le permitan ejercer adecuadamente su tarea y afrontar con mayor seguridad la complejidad de la práctica clínica.

Pero el profesional actúa dentro de una organización que condiciona las posibilidades reales del cuidado. Los tiempos, los espacios, la continuidad, la coordinación, los recursos o la tecnología pueden favorecer el encuentro o dificultarlo. Por eso, la humanización no puede depender solo de la buena disposición individual: las instituciones deben crear condiciones para una atención centrada en la persona y reducir procesos que generan fragmentación, barreras o despersonalización. Humanizar no es solo una manera de relacionarse, es también una manera de gestionar y organizar el cuidado.

Y si queremos que esta forma de ejercer y organizar la atención sanitaria tenga continuidad, aparece una tercera responsabilidad: la de la universidad. Formar buenos profesionales sanitarios exige una preparación científico-técnica rigurosa, pero también enseñar a comprender a la persona a la que se dirige ese conocimiento y ese saber hacer. Esto requiere integrar las aportaciones de otras ciencias y reconocer la comunicación y la dimensión relacional como competencias que deben aprenderse, ejercitarse y evaluarse. Se trata, en definitiva, de formar profesionales capaces no solo de saber y hacer, sino también de comprender, comunicar y cuidar. Porque



humanizar la asistencia sanitaria comienza también en la forma en que formamos a quienes van a ejercerla.

En nuestra Universidad y, concretamente, en la Facultad de Ciencias de la Salud, hemos avanzado en esta dirección mediante la simulación clínica, la evaluación de competencias, la práctica reflexiva y otras metodologías incorporadas a los programas de grado y posgrado. Pero existe una dimensión que va más allá de la adquisición de competencias: acompañar a los estudiantes cuando la experiencia clínica los confronta con el sufrimiento, la vulnerabilidad o la muerte, y cuando descubren que la técnica, por sí sola, no basta para responder a todo lo que implica cuidar.

Entre los muchos ejemplos, quiero recordar uno que permanece intacto en mi memoria.

Un día recibí una llamada urgente de nuestra querida Carmen Yuste, secretaria de la Facultad en ese tiempo. Me dijo que había una alumna sentada a la puerta de mi despacho, llorando desconsoladamente. Rápidamente me acerqué y, mientras iba de camino, hice mil hipótesis sobre lo que podía haber sucedido.

Entre lágrimas, la estudiante me dijo: «Quiero dejar Enfermería. Yo no puedo soportar lo que he vivido».

Durante sus prácticas en el servicio de emergencias 112 se había enfrentado a una de las caras más amargas de la vida: la muerte súbita de un recién nacido.

Aquella experiencia no requería únicamente conocer las técnicas de RCP. Exigía mucho más: Exigía, abrir en su formación un espacio para una reflexión y un diálogo más profundo sobre el sentido de la vida y el significado de la muerte y, sobre todo, acompañarla ante aquello que, en ese momento, se presentaba como inasumible y podía condicionar profundamente su desarrollo como futura enfermera.

Experiencias como esta nos recuerdan que formar a futuros profesionales de la salud no consiste solo en enseñarles qué hacer, sino también en prepararlos para afrontar realidades para las que no siempre existen respuestas sencillas. Significa ayudarles a encontrar ese difícil equilibrio de la empatía: estar suficientemente cerca para comprender el sufrimiento sin



quedar atrapados en él y conservar, al mismo tiempo, la serenidad necesaria para cuidar.

Humanizar es, por tanto, una responsabilidad compartida, aunque no idéntica: del profesional que cuida, de la institución que crea las condiciones para hacerlo y de la universidad que forma a quienes habrán de asumir esa tarea.

Para finalizar, vuelvo a la idea central.

Humanizar la praxis sanitaria no significa elegir entre ciencia, tecnología y humanización, sino integrar conocimiento, competencia técnica y relación. Cuanto mayor es nuestra capacidad para conocer e intervenir, mayor es también la responsabilidad de preguntarnos no solo qué podemos hacer, sino cómo hacerlo y al servicio de quién.

Y quizá este sea, en el fondo, un tema que nos implica a todos, porque en él —y nunca mejor dicho— se nos va la vida. Cada uno de los aquí presentes es ese «terreno sagrado» del que hablábamos al comienzo. Todos somos vulnerables y todos deseamos que, si algún día necesitamos ser cuidados o acompañados en la enfermedad, en el sufrimiento o en la proximidad de la muerte, haya a nuestro lado **alguien con habilidad y caridad, como decía nuestra santa castellana, Teresa de Jesús**: alguien que sepa cuidarnos con conocimiento y competencia, pero también con respeto, delicadeza y humanidad; que atienda no solo nuestro cuerpo, sino también aquello que somos, lo que amamos y lo más íntimo de nosotros mismos.

En resumen, hemos hablado de humanización en el ámbito sanitario, pero su alcance no termina ahí: también interpela a la Universidad y, de algún modo, a cada uno de nosotros. Si, como decíamos al comienzo, **humanizar significa hacer una realidad digna de la persona y coherente con los valores que favorecen su pleno desarrollo**, esa tarea no puede quedar circunscrita a un ámbito concreto, sino que ha de impregnar nuestra forma de educar, de convivir y de construir sociedad. Porque solo de una sociedad más humana podrá nacer también una atención sanitaria verdaderamente humanizada.

Al comenzar un nuevo curso académico, quizá sea este un buen momento para preguntarnos qué parte nos corresponde en esta tarea común. León XIV recuerda en *Magnifica humanitas* que «cada generación recibe como



herencia la tarea de dar forma a su propio tiempo» y que «a cada uno corresponde su tramo de muralla».

Como comunidad universitaria, también nosotros estamos llamados a asumir ese reto. No solo transmitimos conocimientos: formamos maneras de mirar el mundo, de relacionarse y de situarse ante los demás. Por eso, este compromiso ha de estar presente en nuestras aulas, en nuestras relaciones y en nuestra forma de enseñar, porque los estudiantes no reciben de nosotros únicamente lo que explicamos, sino también aquello que encarnamos.

Nuestra responsabilidad es formar personas y profesionales rigurosos, críticos y competentes para el entorno actual, pero también capaces de reconocer la dignidad del otro y de orientar su conocimiento hacia el bien común. Generar ciencia, educar y transformar la sociedad solo adquiere pleno sentido cuando el progreso tiene como centro y horizonte a la persona.

Esa es, en definitiva, nuestra vocación universitaria: poner el conocimiento al servicio de la dignidad humana y asumir, cada uno, nuestro tramo de muralla en la construcción de un mundo más humano.