

## La excelencia profesional vista desde la ética y desde la asistencia sanitaria. Similitudes y diferencias

M<sup>a</sup> Carmen *Hernández Cediel*, José Carlos *Bermejo Higuera*, Marta *Villacieros Durbán*  
Centro de Humanización de la Salud, Centro San Camilo (Madrid, España)

Correspondencia: [investigacion@humanizar.es](mailto:investigacion@humanizar.es) (Marta Villacieros Durbán)

### Resumen

Objetivo principal: analizar las diferencias en pensamiento ético sobre humanización de la asistencia sanitaria entre población general, profesionales sanitarios y filósofos y eticistas. Metodología: Participaron 161 asistentes a las Jornadas de Humanización (Madrid y Barcelona), 2019, respondiendo a un cuestionario con distintas afirmaciones relacionadas con las virtudes del profesional sanitario. Las opciones de respuesta a cada ítem, aun no siendo contrapuestas, se plantearon de manera dicotómica para forzar la elección del participante y evitar el efecto techo. Resultados principales: La muestra final de participantes fue de 130, el 69% (90) mujeres y edad media de 49 años (DT=12). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ítems y en función del grupo profesional. Conclusión principal: encontramos entendimiento entre pensadores, población general y asistencial, respecto a las virtudes que los eticistas llaman sinceridad, benevolencia y olvido de sí. Sin embargo, en relación a respeto, justicia, prudencia, confianza, amabilidad e integridad, observamos un desencuentro en el que se debe profundizar en futuros estudios.

Palabras clave: Humanización de la asistencia sanitaria. Excelencia profesional. Ética de las virtudes. Relación asistencial.

### Professional excellence seen from ethics and healthcare. Similarities and differences

### Abstract

Objective: to analyze the differences in ethical thinking about humanization of health care among general population, health professionals and philosophers and ethicists. Methods: 161 attendees participated in the Humanization Workshop (Madrid and Barcelona), 2019, responding to a questionnaire with different statements related to the virtues of the healthcare professional. The options for answering each item, although not conflicted, were raised in a dichotomous manner to force the participant's choice and avoid the ceiling effect. Results: The final sample of participants was 130, 69% (90) women and average age 49 years (SD=12). There were found statistically significant differences between items and depending on the professional group. Conclusions: items with the most distance.

Key-words: Healthcare humanization. Professional excellence. Ethics virtues. Healthcare relations.

### Introducción

La humanización de la asistencia sanitaria<sup>1</sup> lleva años siendo un tema de actualidad. Desde distintos ámbitos, ya se están poniendo en marcha planes de humanización, a nivel nacional,<sup>1-3</sup> regional,<sup>14</sup> y hospitalario.<sup>5,6</sup>

Así mismo, la ética, los valores y las virtudes que han de aplicarse en la práctica asistencial, están ocupando el centro del pensamiento de los filósofos actuales.

Casi desde los inicios de la medicina el modelo que ha prevalecido en la relación médico-paciente ha sido el paternalista. Desde la era de Hipócrates, el paciente era una persona pasiva y débil tanto a nivel físico como moral. Su único deber era el de obedecer las instrucciones del médico sin cuestionarlas. Algunos hablan de este periodo como la “edad del médico”,<sup>7</sup> ya que se trataba de un modelo autoritario en el que el profesional poseía la sabiduría técnica y, en consecuencia,

decidía por el paciente sin que fuera necesaria su participación. El mandato médico se basaba en dos principios morales, beneficencia y no-maleficencia. El paciente adoptaba una postura sumisa, de respeto y obediencia ante las decisiones del médico, no lo cuestionaba y tenía plena certidumbre en su “buen hacer” y “buen saber”.

Los diferentes acontecimientos históricos unidos a la entrada en escena de los avances tecnológicos y biomédicos provocan un cambio en la relación asistencial. Aumenta el abanico de opciones de tratamiento, el médico ya no decide sólo y el paciente asume su protagonismo en la toma de decisiones, una vez informado.

No sólo la tecnificación y el mayor protagonismo del principio de respeto por la autonomía de las personas han provocado el cambio de paradigma en la relación actual. Desde finales del s. XX y comienzos del XXI, otros actores entran en

escena, y con ellos nuevos elementos que producen un cambio en el contexto de la relación.

El paternalismo y el autonomismo son hoy modelos extremos y fallidos, que contraponen el principio de beneficencia al de autonomía.

La tendencia, cada vez más, busca implementar un modelo de atención personalizada, centrado en la persona, en el que prevalezca la confianza como ingrediente fundamental de la relación. Este es uno de los objetivos de los nuevos planes de Humanización que están apareciendo en la última década y cambian el contexto de la relación asistencial.

Para seguir velando por la seguridad del paciente es necesario abrirse al hecho de que tanto la sociedad como la medicina han cambiado.<sup>8-10</sup> Se ha de construir un diálogo diferente en la asistencia sanitaria y con la sociedad entera, una nueva relación más equilibrada ante la complejidad, la falibilidad humana y la incertidumbre inherente de la medicina. Según algunos autores, la ética del cuidar, debe partir de la ética de las virtudes.<sup>11,12</sup>

Un claro ejemplo lo encontramos en el complejo proceso de final de vida, que genera debate y dilema ético.<sup>13</sup> Procurar una muerte pacífica implica tanto al sistema de creencias y valores del profesional, como al del paciente y su familia. Se ponen en juego la gestión de la información, el respeto a la autonomía del paciente, el cuidado de la intimidad, el derecho a la equidad, la limitación del esfuerzo terapéutico y la pacificación emocional del proceso.

En estas situaciones hay modos de atender que pueden calificarse de excelentes, pero hay otros modos que, a pesar de proceder de manera correcta, en la práctica, no se concretan para los pacientes de manera satisfactoria.<sup>11</sup> Para cuidar a un ser humano vulnerable no basta con los principios morales de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia, sino que es necesario hacerlo desde una disposición y actitudes muy concretas. La alianza terapéutica se posiciona como ingrediente clave para posibilitar la aceptación y el trabajo terapéutico, definiendo la colaboración entre profesional y cliente.<sup>14</sup> Bordin identifica los componentes que la describen como el acuerdo en las tareas, en los objetivos y el vínculo positivo entre ambas partes.<sup>15</sup>

Durante muchos años la idea de un buen profesional sanitario, un experto, sobre todo en el ámbito sanitario, ha estado vinculada a la competencia científico-técnica, en lugar de a una persona comprometida y moralmente responsable en el desempeño de su labor asistencial. Hoy, al profesional sanitario, desde un punto de vista ético, se le exige excelencia, un equilibrio entre el “saber” (conocimiento) “saber hacer” (habilidades) y “saber ser” (actitudes).<sup>16</sup> Como decía Albert Jovell “habrá que caminar hacia una armonización entre los valores procedentes del conocimiento científico-técnico y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona”.<sup>17</sup>

Por eso, expresa Victoria Camps, la práctica excelente de la profesión sanitaria tiene que ver con dos asuntos: la importancia de la ética y la forma de concretar valores éticos y de entender virtudes.<sup>12</sup> La ética tiene que estar en el centro de la vida, de la economía al servicio de las personas y de la vida ciudadana, donde deben cultivarse las virtudes, porque desde el momento en el que se mercantiliza la profesión, se pierde el interés público y el saber y la especialización profesional se bifurcan, eliminando de la ecuación la filosofía humanista que

debería imperar en las profesiones dedicadas a la salud de las personas.<sup>12</sup>

Sin embargo, cuando la profesionalidad se entiende como una virtud se pone en el centro la ética. La virtud es un modo de ser o una forma de estar que necesita disponer de referentes comunitarios.<sup>18</sup> Es una forma de relacionarse que redonda en equilibrio y la armonía. Las virtudes que propone Victoria Camps incluyen valores tradicionales como la benevolencia y el respeto, el valor del cuidado, que complementa al de la justicia y el valor de la confianza en la relación que sustituye al paternalismo y hace que el cuidado evolucione hacia un modelo centrado en el paciente.<sup>19</sup> También el valor de la prudencia, definido como la capacidad de autorregulación de los profesionales, que se relaciona con la vital particularización en la práctica sanitaria y donde todo son casos singulares. Para ello hace falta sinceridad, amabilidad, compasión, integridad y olvido de uno mismo.<sup>12</sup> Así, lo básico para el desarrollo de unos cuidados excelentes es que el profesional desarrolle este abanico de virtudes, desde la teoría hasta la práctica.

El cuidar óptimo desde un punto de vista ético es, precisamente, el que se mueve en el punto medio, el que equidista de los extremos. Sin embargo, el arte de explorar el punto medio resulta arduo y difícil, pues no siempre coincide el punto medio del paciente con el del profesional sanitario y/o con el de los pensadores y filósofos. ¿Cuál es el punto medio de una intervención?<sup>11</sup> ¿Qué virtudes deben poseer y poner en práctica los profesionales sanitarios para ser considerados excelentes tanto por pacientes como por filósofos o pensadores?

Nos movemos entre mundos que, en ocasiones, parecen muy distanciados entre sí, el de los pensadores y el de la práctica sanitaria, el día a día del hospital, del centro de atención primaria, con sus profesionales y sus pacientes. El profesional, su actitud y su formación, tienen gran peso en la humanización de la asistencia sanitaria<sup>20</sup> y por ello, los planes de humanización actuales observan el desarrollo competencias emocionales, relacionales y éticas, además de las técnicas, sin embargo, no llegan a concretar cuáles son.

Para poder trabajar todos en la misma línea, es importante profundizar en la opinión de los distintos implicados sobre lo que significa el desarrollo excelente de la profesión, llegar a definir cuáles son las virtudes (actitudes y aptitudes concretas) que ha de desarrollar un profesional sanitario excelente.

Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en pensamiento ético sobre humanización de la asistencia sanitaria entre población general, profesionales sanitarios y filósofos y eticistas.

## Método

Participantes: se ofreció la participación a todos los asistentes de las Jornadas de Humanización (Madrid) y Jornadas Ache (Barcelona) llevadas a cabo en 2019 por un centro sociosanitario ubicado en la Comunidad de Madrid. A todos ellos, junto con la inscripción, se les entregó un cuestionario y se les solicitó su colaboración completándolo y depositándolo a la salida, en las cajas situadas en la mesa de inscripciones.

Instrumento: El cuestionario fue diseñado ad hoc para el estudio. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica, tomando nota de las distintas acepciones y formas de entender la profesión sanitaria y su evolución.

Todos los ítems incluidos en el cuestionario, revisados y reformulados en caso de necesidad por una experta en bioética, recogieron distintas afirmaciones relacionadas con las virtudes según Victoria Camps. Se plantean 31 ítems (ver anexo) con opción de respuesta bidimensional, si bien es claro que, en la mayoría de los ítems, los dos polos no son contrapuestos sino complementarios. De esta manera se fuerza la elección del participante entre opciones igualmente válidas. Si se planteara una valoración de la importancia de cada uno de las opciones de manera independiente, probablemente las puntuaciones en todos ellos serían elevadas e indistinguibles, ya que todas son deseables.

Análisis estadístico: se eliminaron los cuestionarios con más de 17 ítems sin responder. Se realizó un análisis de valores perdidos para determinar cuáles fueron los ítems más difíciles de responder. Se calcularon las medias y desviaciones típicas para cada polo. Para ello, al polo más valorado en cada ítem se le asignó la puntuación obtenida y al polo contrario se le asignó la resta, de 10, de la puntuación obtenida. La distancia fue el valor absoluto de la diferencia de la puntuación obtenida entre los extremos y se analizó en qué ítems la distancia entre puntuaciones resultaba estadísticamente significativa mediante la prueba T de Student para muestras relacionadas.

Por último, se analizaron las diferencias dadas a las puntuaciones en función del perfil de los participantes (sexo, profesional sanitario o no, frecuencia en el contacto alta o no, satisfacción con el contacto alta o no). Dado que la violación de la asunción de normalidad no tiene consecuencias relevantes ante tamaños muestrales grandes ( $n > 20$ )<sup>21</sup>, se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes. Se utilizó el programa estadístico SPSSv24

## Resultados

### Características de la muestra

Se recogieron 161 cuestionarios y se eliminaron 31 por contener más del 48% (17 ítems) de datos perdidos, quedando la muestra en 130 cuestionarios. El 69% (90) fueron respondidos por mujeres y el 25% (32) por hombres. La edad media de los participantes fue de 49 años (DT=12).

Respecto al nivel de estudios, el 63% (82 personas) tenían estudios superiores y la mitad de la muestra, el 51,5% (67) eran profesionales sanitarios. Debido a su salud (o la de alguien cercano), su experiencia con personal sanitario había sido, en frecuencia, de media a muy alta para el 73% (106) y, en satisfacción, de media a muy alta 80% (119) (Tabla 1).

### Distancias entre polos de un mismo ítem

En la Tabla 2 se presentan las puntuaciones dadas a cada una de las afirmaciones, el número de valores perdidos (NS/NC), las medias (y desviaciones típicas) y las distancias (valor absoluto de la diferencia entre las medias) de los pares. Los ítems con más valores perdidos fueron 21 (14 valores perdidos), 25 (13 valores perdidos), 19 (12 valores perdidos), 20 (12 valores perdidos), 26 (11 valores perdidos), 30 (11 valores perdidos) y 31 (11 valores perdidos).

Tabla 1. Características sociodemográficas y perfil de los participantes

		N	%
Jornadas	Humanización Madrid	86	66,2
	Humanización Barcelona	44	33,8
Sexo	Hombre	32	24,6
	Mujer	90	69,2
	NS/NC	8	6,2
Estudios	Básicos	6	4,6
	Medios	32	24,6
	Superiores	82	63,1
	NS/NC	10	7,7
Profesional sanitario	Sí	67	51,5
	No	53	40,8
	NS/NC	10	7,7
Frecuencia de contacto con personal sanitario	Muy baja	6	4,6
	Baja	18	13,8
	Media	37	28,5
	Alta	28	21,5
	Muy alta	30	23,1
	NS/NC	11	8,5
Satisfacción con personal sanitario	Muy baja	4	3,1
	Baja	7	5,4
	Media	46	35,4
	Alta	42	32,3
	Muy alta	15	11,5
	NS/NC	16	12,3

Los ítems con más distancia entre sus medias fueron: La confianza la debe aportar: la relación - el contrato (media=8,42 vs 1,58), La ideología del buen profesional debe ser: de servicio - de negocio (media = 8,38 vs 1,63) y Cada caso debe ser tratado bajo la convicción de: normas y protocolos - que es único (media=2,04 vs 7,96). La distancia (o diferencia de puntuación entre polos) de todos los ítems (a excepción de los cinco últimos en la Tabla 2), fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en la prueba T de Student para muestras relacionadas.

Los ítems con menor distancia entre sus medias, tanto que la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) fueron los cinco últimos de la tabla 2: 24. El objetivo de la medicina debe ser: recuperar la salud - capacitar para disfrutar. 14. La medicina debe ser un medio para: curar - acompañar el sufrimiento. 15. El buen profesional debe tener: pericia y habilidad técnica - principios a los que atenerse. 9. El buen profesional debe ser responsable: ante la profesión - ante sí mismo y 5. El buen profesional debe adquirir: virtudes - competencias.

### Diferencias entre grupos

Al analizar las puntuaciones en función del perfil sociodemográfico (Tabla 3), se encontraron las siguientes diferencias significativas:

Según el grupo profesional, se obtiene diferencia de puntuación en dos ítems. En el ítem 10 (El buen profesional se debe guiar por la responsabilidad: ética vs jurídica), aunque ambos grupos valoran en mayor medida la ética, la puntuación del grupo de no sanitarios (media=7,83) es significativamente ( $p = 0,05$ ) superior a la de los sanitarios (media=6,98).

Tabla 2. Puntuaciones dadas a los ítems del cuestionario y distancia entre sus polos

Ítems	Opciones de respuesta	NS/NC	M	DT	Dist.
3. La confianza la debe aportar:	la relación	6	8,42	2,08	6,8*
	el contrato		1,58	2,08	
13. La ideología del buen profesional debe ser:	de negocio	2	1,63	2,27	6,8*
	de servicio		8,38	2,27	
27. Cada caso debe ser tratado bajo la convicción de que	normas y protocolos	10	2,04	2,65	5,9*
	es único		7,96	2,65	
12. La virtud, en clínica:	hay que practicarla	2	7,52	2,59	5,0*
	hay que conocerla		2,48	2,59	
26. El trato debe ser:	singular a cada uno	11	7,43	3,11	4,9*
	a todos por igual		2,57	3,11	
11. El buen profesional vive la virtud como:	norma	2	2,69	2,77	4,6*
	actitud		7,31	2,77	
10. El buen profesional se debe guiar por la responsabilidad:	ética	1	7,26	2,51	4,5*
	jurídica		2,74	2,51	
19. La práctica de la medicina debe estar motivada por:	el salario	12	2,75	2,51	4,5*
	el altruismo		7,25	2,51	
28. La toma de decisiones debe ser:	deliberada	10	7,22	2,79	4,4*
	intuitiva		2,78	2,79	
17. El buen profesional debe ser:	experto	0	2,95	2,53	4,1*
	comprometido y responsable		7,05	2,53	
16. El buen profesional debe basarse en:	pruebas (evidencias)	1	6,93	2,78	3,9*
	intuiciones		3,07	2,78	
8. El buen profesional se debe guiar por	compasión, respeto y sinceridad	3	6,78	2,80	3,6*
	sabe lo que hace		3,22	2,80	
6. El buen profesional debe anteponer el interés:	particular	0	3,25	3,16	3,5*
	público.		6,75	3,16	
20. El conocimiento en medicina debe tender hacia la	especialización	12	6,66	2,87	3,3*
	generalización		3,34	2,87	
2. La excelencia en la profesión debe ser:	científica	7	3,44	2,86	3,1*
	ética		6,56	2,86	
18. La práctica de la medicina debe basarse en	el cultivo de la virtud	3	3,55	2,84	2,9*
	el trabajo bien hecho		6,45	2,84	
4. El buen profesional debe ser	competente	5	3,58	2,95	2,8*
	comprometido		6,42	2,95	
31. El buen profesional debe practicar desde la:	ética teórica	11	3,59	2,61	2,8*
	excelencia práctica		6,41	2,61	
25. Prefiero:	deontología médica	13	6,26	2,67	2,5*
	especialización técnica		3,74	2,67	
23. El profesionales debe ser un:	experto	10	3,81	2,82	2,4*
	humanista		6,19	2,82	
29. En el buen profesional prefiero	prudencia	10	3,97	3,26	2,1*
	sinceridad		6,03	3,26	
1. La excelencia en la profesión debe ser:	moral	7	5,96	3,07	1,9*
	técnica		4,04	3,07	
7. El buen profesional se debe guiar por:	su autorregulación	6	4,16	3,06	1,7*
	leyes, normas y códigos		5,84	3,06	
30. El buen profesional debe poner el acento en:	la práctica	11	5,81	2,61	1,6*
	el estudio		4,19	2,61	
22. Es mejor:	"restaurar" una armonía	10	5,71	3,00	1,4*
	"diagnosticar y tratar"		4,29	3,00	
21. El saber del clínico debe ser el del:	científico	14	4,28	2,88	1,4*
	humanista		5,72	2,88	
24. El objetivo de la medicina debe ser:	recuperar la salud	10	4,62	3,17	0,8
	capacitar para disfrutar		5,38	3,17	
14. La medicina debe ser un medio para:	acompañar el sufrimiento	4	5,36	3,10	0,7
	curar		4,64	3,10	
15. El buen profesional debe tener:	principios a los que atenerse	1	5,30	3,05	0,6
	pericia y habilidad técnica		4,70	3,05	
9. El buen profesional debe ser responsable:	ante la profesión	3	4,76	3,11	0,5
	ante sí mismo		5,24	3,11	
5. El buen profesional debe adquirir	virtudes	4	4,87	3,16	0,3
	competencias		5,13	3,16	

Nota: \*las distancias fueron estadísticamente significativas con  $p < 0,05$ 

Así mismo, en el ítem 24 (El objetivo de la medicina debe ser: recuperar la salud vs capacitar para disfrutar), los profesionales sanitarios puntúan capacitar para disfrutar por encima

del punto medio (media = 5,89), mientras que los no sanitarios puntúan por encima del punto medio recuperar la salud (me-

dia=5,38), siendo la diferencia entre medias de 1.27 puntos ( $p=0,029$ ).

En la comparación de las puntuaciones dadas en función del sexo se observaron diferencias estadísticamente significativas en un ítem, el 21 (El saber del clínico debe de ser el del científico vs humanista), en que las mujeres puntúan en mayor medida el polo humanista (media=6,13) mientras que los hombres puntúan en mayor medida el científico (media=5,48) y existiendo una diferencia entre sexos de 1,61 puntos ( $p=0,026$ ).

En función de la frecuencia en el contacto con personal sanitario, se observan diferencias estadísticamente significativas

en tres ítems. El grupo de frecuencia alta y muy alto (vs muy baja a media), puntúa significativamente más alto en el ítem 3. La confianza la debe aportar: la relación (vs el contrato), en el ítem 4. El buen profesional debe ser: comprometido (vs competente) y en el 7. El buen profesional se debe guiar por: leyes, normas y códigos (vs su autorregulación).

Por último, cuando se analizan las diferencias en función de la satisfacción con el contacto con el personal sanitario, en el ítem 31. El buen profesional debe practicar desde la: excelencia práctica (vs la teórica) la puntuación es un punto mayor entre el grupo de menor satisfacción.

**Tabla 3.** Diferencias entre las puntuaciones dadas a un mismo polo según grupos sociodemográficos

Diferencias en función del grupo profesional		n	Media	DT	Diferencia	p
10. El buen profesional se debe guiar por la responsabilidad: ética	Sanitarios	66	6,98	2,38	-0,85	0,05
	No sanitarios	53	7,83	2,35		
10. El buen profesional se debe guiar por la responsabilidad: jurídica	Sanitarios	66	3,02	2,38	0,85	0,05
	No sanitarios	53	2,17	2,35		
24. El objetivo de la medicina debe ser: recuperar la salud	Sanitarios	65	4,11	3,02	-1,27	0,03
	No sanitarios	53	5,38	3,22		
24. El objetivo de la medicina debe ser: capacitar para disfrutar	Sanitarios	65	5,89	3,02	1,27	0,03
	No sanitarios	53	4,62	3,22		
Diferencias en función del sexo		n	Media	DT	Diferencia	p
21. El saber del clínico debe ser el del: humanista	Hombre	29	4,52	3,43	-1,61	0,03
	Mujer	87	6,13	2,57		
21. El saber del clínico debe ser el del: científico	Hombre	29	5,48	3,43	1,61	0,03
	Mujer	87	3,87	2,57		
Diferencias en función de la frecuencia en el contacto		n	Media	DT	Diferencia	p
3. La confianza la debe aportar: el contrato	Alta/muy alta	56	1,13	1,90	-0,82	0,03
	Muy baja a media	58	1,95	2,06		
3. La confianza la debe aportar: la relación	Alta/muy alta	56	8,88	1,90	0,82	0,03
	Muy baja a media	58	8,05	2,06		
4. El buen profesional debe ser: competente	Alta/muy alta	55	2,67	2,56	-1,71	0,01
	Muy baja a media	60	4,38	2,99		
4. El buen profesional debe ser: comprometido	Alta/muy alta	55	7,33	2,56	1,71	0,01
	Muy baja a media	60	5,62	2,99		
7. El buen profesional se debe guiar por: su autorregulación	Alta/muy alta	54	3,52	3,13	-1,14	0,05
	Muy baja a media	59	4,66	2,89		
7. El buen profesional se debe guiar por: leyes, normas y códigos	Alta/muy alta	54	6,48	3,13	1,14	0,05
	Muy baja a media	59	5,34	2,89		
Diferencias en función de la satisfacción con el contacto		n	Media	DT	Diferencia	p
31. El buen profesional debe practicar desde la: ética teórica	Alta/muy alta	56	3,96	2,80	0,95	0,05
	Muy baja a media	55	3,02	2,28		
31. El buen profesional debe practicar desde la: excelencia práctica	Alta/muy alta	56	6,04	2,80	-0,95	0,05
	Muy baja a media	55	6,98	2,28		

## Discusión

El objetivo final de este estudio fue profundizar en la relación y entendimiento existentes entre la ética y la asistencia sanitaria, y para ello, analizar las opiniones tanto de pensadores y eticistas como de profesionales sanitarios y población general. Entre los resultados de este estudio se observa que la opinión de filósofos, pensadores y eticistas, en ocasiones, no está tan en consonancia con los pensamientos de la población general, ni con los de los profesionales sanitarios, como sería deseable. En situaciones concretas se acercan pero respecto a la manera de entender algunos conceptos las opiniones son más dispares. Algunos aspectos de la excelencia profesional parece que no se entienden de la misma forma por filósofos y eticistas que por el resto de población.

Nuestro estudio constata que, existiendo coincidencias destacables, también en algunos aspectos hay cierta distancia entre las opiniones de población general (incluidos profesiona-

les sanitarios) y las de pensadores actuales como V. Camps, James F. Drane, M. Siegler, o L. Feito respecto a las virtudes necesarias para lograr la excelencia profesional.

Como encuadre general respecto a lo que debe predominar en un buen profesional sanitario, competencias técnicas y normas legales o competencias humanistas y éticas (ítems 5 y 10), los tres perfiles analizados se decantan por estas últimas. Coinciden en que la profesionalidad en el ámbito sanitario está estrechamente relacionada con la responsabilidad ética y el compromiso de los profesionales.

En opinión de eticistas y población general, la benevolencia, el respeto o la sinceridad, son las tres cualidades deseables en los profesionales sanitarios. Profesionales sanitarios y población general consideran que cada caso debe ser tratado como único, frente a normas y protocolos (ítem 27), y que la ideología de un buen profesional debe de ser de servicio frente a negocio (ítem 13 y 19).

Estas elecciones ponen de manifiesto la preferencia de la población por la personalización y, por lo tanto, el respeto por la búsqueda del bien del paciente, en paralelo a la benevolencia y respeto a la que se refieren los pensadores.

La integridad de la persona se entiende como el equilibrio entre sus diferentes dimensiones y la visión global del ser humano. Se observa que los participantes prefieren la especialización sobre la generalización (ítem 20), de lo que se deduce que están más a favor de centrarse en resolver el problema (especialización ante la enfermedad) que en acompañar a la persona (de manera holística a través de la generalización). Por lo tanto, podemos suponer que la integridad no es una virtud imprescindible para población general (incluidos profesionales sanitarios). Por otro lado, perder de vista el sentido holístico (al primar la especialización), conlleva ir en dirección contraria a la personalización (paralela a la especialización). Estas incongruencias que se evidencian en la población, se encuentran, así mismo, en cualquier proceso de toma de decisiones ante un conflicto ético, según se plantean los diferentes puntos de vista, las opiniones varían.

Cuidar ha sido, y es, el objetivo específico de las enfermeras y, con el paso de los años, se ha convertido en uno de los valores fundamentales de las profesiones sanitarias. The Hastings Center, de Nueva York, en "Los fines de la medicina",<sup>22</sup> equipara el cuidar al curar. Así mismo, los participantes del estudio han equiparado acompañar el sufrimiento con curar, coincidiendo los estándares de la medicina actual con los de pensadores y eticistas.

La prudencia está considerada desde la bioética como virtud clave para la excelencia de las profesiones sanitarias. Ser prudente, en el sentido clásico, significa nada más y nada menos que saber aplicar la norma adecuadamente. Los profesionales sanitarios deben tratar a personas que presentan características diferentes y se encuentran en situaciones singulares.<sup>12</sup> La prudencia lleva a la personalización, obliga a tratar a cada paciente como exclusivo, único e irrepetible. Al mismo tiempo exige a los profesionales sanitarios despojarse del "piloto automático" en su labor asistencial, atendiendo a la necesidad de tomar decisiones individuales, pensadas para cada caso. Para poder analizar las situaciones con honestidad y sinceridad es necesario desarrollar la prudencia, por lo que ambas virtudes están íntimamente relacionadas desde el pensamiento ético. De ahí la corta distancia, o dificultad para elegir, observada entre prudencia y sinceridad (ítem 29).

Es posible que la diferencia de pensamiento entre eticistas y población pueda ser provocada por el significado dado a la palabra; mientras que la prudencia se entiende por los pensadores como virtud esencial que engloba todas las demás, para otros perfiles de población esta puede ser entendida como la tendencia a la duda, falta de espontaneidad y por ende, falta de conocimientos. En muchas ocasiones, la distancia entre la ética y la asistencia puede deberse a que se están hablando idiomas diferentes.

La justicia es la virtud que, puesta en práctica por los profesionales sanitarios, cuida y salvaguarda el propio sistema y asegura unos mínimos en el estado de bienestar. Sin embargo, no hay consenso entre los participantes de estudio en que el buen profesional debe anteponer el interés público al particular (ítem 6).

En resumen, cuando hablamos de sinceridad, benevolencia y olvido de sí, encontramos entendimiento entre pensadores y

población general. Sin embargo, cuando hablamos de respeto, justicia, prudencia, virtudes que engloban o repercuten directamente en la puesta en práctica de confianza, amabilidad e integridad, observamos un desencuentro en el que deberíamos profundizar.

Así, no nos sorprende el elevado número de cuestionarios que hubo que eliminar por presentar más de un 48% de ítems sin contestar, ni la alta proporción de valores perdidos de algunos ítems, como en el 21 (El saber clínico debe ser el del científico vs humanista), epicentro mismo de la ética. Estas son dificultades que nos encontramos en cualquier proceso de reflexión desde la ética.

Como limitaciones del estudio señalar la ausencia de validación del cuestionario, por lo que las respuestas a los ítems no se han podido sumar ni ofrecen información sobre los constructos subyacentes, sino que se han interpretado en su literalidad. Por otro lado, si bien el diseño puede dar lugar a confusión ya que se contrastan valores que no se oponen, esta es la única forma de conseguir que los participantes elijan y establezcan un orden de importancia. Por último, el perfil de profesionales que acude a las Jornadas de Humanización, al estar relacionado con el centro que las organiza, constituye un perfil determinado, quizás no tan extrapolable al resto de población, por lo que en futuros estudios se tratará de recoger mayor heterogeneidad en la muestra. Por todo ello, este trabajo pretende ser una reflexión más que establecer conclusiones categóricas.

En este sentido, destacar que estamos ante un cambio de paradigma en la asistencia sanitaria. Cada vez más se reclama una atención centrada en la persona o integral. Al profesional sanitario, se le exige una atención personalizada y la excelencia profesional cobra cada vez más valor. La pregunta que surge es hasta qué punto los profesionales sanitarios son concedores de las virtudes necesarias para llegar a la excelencia. ¿Avanza la formación de los profesionales al mismo tiempo que las exigencias? ¿Las profesiones sanitarias son de por sí, profesiones humanizadas y vocacionales? Para ser virtuoso es necesario aprender la virtud.

Para humanizar la asistencia sanitaria, un reto en construcción, es necesario acercar la ética a los profesionales sanitarios y a la población general. Se hace necesario que los profesionales sanitarios conozcan cuales son las virtudes que, se desea, pongan en práctica en su labor diaria. Cada vez más, gracias al auge de la bioética y de los Comités de Ética Asistencial, los profesionales se sensibilizan y reciben formación. Aun así, el día a día, el contacto continuo con el sufrimiento, el cambio del tipo de paciente y las carencias de los planes universitarios, entre otros, dificultan la puesta en práctica y consolidación de las virtudes éticas.

Debemos ir al encuentro de un lenguaje común que aproxime pensadores y población. Decía el profesor Gafo<sup>23</sup> que "el gran reto de la medicina, desde que nació en manos de Hipócrates, el que estaba presente en aquellos escritos de otras culturas, (...) era humanizar la relación entre los profesionales de la salud y el enfermo. (...). Lo que constituye el principal problema bioético es cómo humanizar la relación entre aquellas personas que poseen conocimientos médicos y el ser humano, frágil y frecuentemente angustiado, que vive el duro trance de una enfermedad, que afecta hondamente a su ser personal. Este sí es el problema que surge en el día a día y afecta a millones de personas.

En conclusión, creemos que es importante invertir en formación, los profesionales del mundo sanitario han de conocer en profundidad el código deontológico de su profesión. De la misma manera, esta formación deberá integrarse en el ámbito educativo y social. Y, respecto a las virtudes concretas, podr-

íamos decir que respecto a sinceridad, benevolencia y olvido de sí, parece haber entendimiento entre pensadores y población general (y asistencial). Sin embargo, en relación a respeto, justicia, prudencia, confianza, amabilidad e integridad, observamos un desencuentro en el que se debe profundizar.

## Bibliografía

1. Bermejo, Jose C. Humanizar la asistencia sanitaria. Desclee Brower, Bilbao, 2014
2. IMSERSO. Jornadas de humanización de los programas y servicios socio-sanitarios. 1997
3. INSALUD. Plan de Humanización de la asistencia hospitalaria. Subdirección General de Atención Hospitalaria. 1984
4. Sistema Sanitario Público de Extremadura: Plan De Humanización De La Atención Sanitaria 2007-2013
5. Bermejo, Jose C. Cuidados paliativos y humanización. *Medicina Paliativa*. 2013; 20(1): 1-2
6. Pades Jiménez A, Homar Amengual C, A. Perdiz M, Ponsell Vicens E, Riquelme Agulló I. Algo se está moviendo en los hospitales, ¿será quizás la humanización clínica?. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. 2009; 25: 98-10
7. Siegler, M. Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols y Lucas*, 2011; 26; 10-25
8. Walton, M y Kerridge, I. Do no harm: is it time to rethink the Hippocratic Oath?. *Medical Education* 2014; 48: 17–27 doi:10.1111/medu.12275
9. Starr, P. *The Social Transformation of American Medicine*. Basic Books, Washington, DC: 1982.
10. Relman, AS. The new medical–industrial complex. *New England Journal of Medicine* 1980;303 (17):963–70.
11. Torralba, F. Hacia una ética del cuidar. *Labor Hospitalaria*. 1999; 253. <https://www.ohsjd.es/hacia-etica-del-cuidar>
12. Camps, V. La excelencia en las profesiones sanitarias. *Humanitas, Humanidades Médicas*. 2007; 21: 1-21
13. Arimany-Manso J, Torralba, F, Gómez-Sancho, Gómez, EL. Aspectos éticos, médico-legales y jurídicos del proceso del final de la vida. *Medicina Clínica*. 2017; 149(5):217-222 <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.05.004>
14. Horvath, AO y Luborsky, L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61(4):561-573.
15. Bordin, ES. The generalization of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1976; 16:252-260.
16. Bermejo, JC. *Apuntes de relación de ayuda*. Sal Terrae, Santander, 2004
17. Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016 <http://www.madrid.org/>
18. Torralba F. *La revolució ètica*. Ara Llibres, Barcelona. 2014
19. Bermejo, JC y Villacieros, M. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. *Actas de la Dependencia*. 2013; 9:59-80
20. Bermejo, JC, Carabias, R, Villacieros, Moreno, C. Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. *Ética de los Cuidados*. 2011; jul-dic 4(8).
21. Pardo, A., Ruiz, M. A. & San Martín, R. *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I*. [Data analyses in social and health sciences I] Síntesis, Madrid, 2009
22. Callahan, D. Los fines de la medicina. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas*. 2004; 11:18-76
23. Gafo, J. 10 palabras clave en bioética. *Verbo Divino*, Estella, 1994.