

**Calidad y calidez**  
*Hacia una humanización de los cuidados*  
*José Carlos Bermejo*

Son dos palabras con las que jugamos para evocar el deseo de que programas y servicios estén orientados realmente a la persona, desplegados de manera personalizada, y que se note que son ofrecidos por personas.

Según el escenario en que nos movamos, no gozan las dos palabras de la misma acogida. Todo el mundo acoge la palabra calidez; y son muchos los que, si han experimentado lo que significa implementar un proceso de calidad, no hablan bien de ella. La “sufren”. Les pesa, la temen como más trabajo, como peligro de burocratización. La calidez siempre nos cae bien, habla de calor, de algo entrañable, de una cualidad específicamente humana –quizás no exigible- tan deseada por todos, especialmente en medio de la vulnerabilidad.

### **Calidad**

Sin duda, se puede decir que el tema de la calidad es de gran actualidad. No es tan viejo tampoco el tema de la planificación de los cuidados, más habitualmente dejada a la mera demanda de los pacientes, más que a la planificación, que toma cuerpo especialmente con la profesionalización y la “academización” de la profesión de enfermería.

Los sistemas de calidad, que no son otra cosa que sistemas de gestión, tienen todos sus virtualidades. Parten del supuesto de que la buena voluntad o la respuesta espontánea a las demandas no es suficiente, sino que se han de conjugar verbos tales como: valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar, evaluar, revisar... Verbos que hablan de una circularidad en la gestión, de una permanente tensión en la observación y en el arbitraje de los mejores recursos (procedimientos técnicos o humanos) para cuidar.

Hemos de reconocer que quizás en geriatría llevamos un cierto retraso en la implementación de sistemas de calidad para los cuidados en relación a otros espacios de desarrollo de la enfermería, probablemente tanto en el escenario público como en el privado, aunque sociedades científicas vayan definiendo diferentes indicadores de calidad.

Deseo contribuir a la reflexión con algunas breves consideraciones en torno a la implementación de sistemas de calidad en geriatría, considerando la importancia que ha de tener la combinación de la misma con la calidez. No es un simple juego de palabras. Es obvio que la calidez es uno de los ingredientes más preciados de las personas mayores y sus familias. Inspira seguridad, cualifica las relaciones y los servicios prestados... Es el arte de impregnar los cuidados de ternura, de cordialidad, de algo entrañable que haga experimentar que los procesos que se realizan nacen de la bondad de una persona y llegan a la necesidad de otra persona.

En efecto, aún reconociendo las grandes virtualidades en cuanto hay detrás del mundo de la calidad (o de la “gestión de la excelencia” –en palabras del modelo

europeo), percibo también un peligro no menor en este asunto: el mundo de la “calidad” tal como se entiende hoy (no como palabra vulgar que en la calle significa lo de siempre: bueno, bonito y barato; es decir: ético, estético y accesible); *el mundo de la calidad* –digo-, cuando se traduce en sistemas de control y verificación, proviene del mundo de la producción de bienes y de la competitividad. Vende más el que consigue mejores productos, más bonitos y más baratos: más tornillos, más coches, más ordenadores... Cuando estos modelos de “gestión” de la calidad (o de la excelencia) aterrizan en el espacio de los servicios, empiezan a encontrar algunas dificultades, así como:

- ¿se puede registrar la intensidad de la ternura desplegada por los cuidadores?
- ¿se puede planificar y evaluar el autocontrol de la reactividad emocional de los profesionales ante situaciones difíciles de los pacientes o de sus familias?
- ¿se puede definir la calidad de vida cuando la persona mayor pierde sus capacidades cognitivas con parámetros?
- ¿se puede valorar el “corazón” de los más de 2 millones de “no enfermos” que acuden a atención primaria cada año y lo que necesitan es escucha?
- ¿son los registros realmente un paradigma de calidad cuando éstos no suelen medir la experiencia subjetiva o cuando la experiencia subjetiva no nos la puede dar la persona interesada?

No, no pretende ser ésta una resistencia a la implementación de los modelos de calidad en el espacio de los servicios y, concretamente en el mundo gerontológico. Es una reflexión hecha en voz alta y sometida a la crítica. También la hago a la sombra de quienes se lamentan por ser víctimas de crecientes procesos de burocratización relacionados con la calidad, disminuyendo así las posibilidades de mantener relaciones de calidad en más cantidad de tiempo con los destinatarios de nuestros servicios: las personas mayores.

## **Calidez**

Soy consciente del interés variopinto por el tema de la calidez. También empresarios y ejecutivos piensan en la calidez buscando únicamente la satisfacción de los clientes, reduciéndose entonces a la sonrisa o cortesía (visiblemente artificial en muchos casos) de los prestadores de servicios. La calidez se puede incluso convertir en bonitos slogans para competir en el mercado intentando marcar la diferencia.

Algunas tesis sostienen que el concepto de calidad es tan amplio que comporta también el significado de la palabra calidez. Porque la gente, lo que busca no son sólo aspectos visuales (instalaciones, apariencia), o satisfacción de expectativas de manera correcta y oportuna, sino que busca también la disposición de los profesionales a escuchar a los destinatarios de los cuidados, a resolver dudas, a responder ágilmente, a inspirar confianza y seguridad con su competencia, honestidad, cortesía y, cómo no, con la genuina empatía.

Es cierto que los mayores y sus familias buscan todo esto. Y todo esto puede mejorar implementando los mejores sistemas de calidad y evaluación. Empiezan a

surgir opiniones y herramientas para auditar la calidad relacional incluso con las personas con Alzheimer, que no nos pueden devolver su opinión al respecto.

No obstante, en todo caso, siempre habrá intangibles, siempre habrá porqués que influyen en los cómo de los cuidados, siempre habrá una dimensión genuinamente interior que cualificará los servicios a las personas mayores y que reclamará el mundo de las motivaciones intrínsecas tanto de la Organización como del individuo. Ese mundo es el potencial mayor del que disponemos para disolver la disyuntiva entre calidad y calidez, que algunos plantean así:

- ¿Le sirve de algo la amabilidad de un cuidador, si el cuidado que usted recibe no cumple con la calidad esperada?
- ¿Le sirve de algo la sonrisa del profesional si le dice – muy amablemente – que no hay lo que usted desea y que se debe esperar quién sabe cuánto tiempo?
- ¿Prefiere la sonrisa del profesional, en vez de recibir el trámite que solicitó y pagó?

Efectivamente, bajo este planteamiento, si sólo enfocamos el cuidado con categorías de amabilidad, sin que las personas mayores y sus familias reciban lo que han solicitado o lo que necesitan, su percepción del servicio será negativa, y de ella se derivará su insatisfacción. No creo que este planteamiento dilemático sea el más adecuado. La respuesta a tales preguntas es obvia, prefiero las dos cosas y más.

### **Calidad y calidez**

Creo que hay motivos para no oponer calidad a calidez y, en muchas ocasiones, hay motivos para decir que no siempre los conceptos o paradigma de calidad circulantes – teóricos y prácticos- incluyan la genuina calidez, esa que nace del corazón y que nunca se alcanzará a medir hasta el punto que digamos que “todo es medible” con indicadores.

Además de profesar mi fe en la necesidad de promover la aplicación de sistemas de calidad en la planificación de los cuidados, además de apostar por ello, creo que el compromiso por humanizar ha de llevarnos siempre a considerar los intangibles y su importancia.

El calor que nace del corazón apasionado, genuinamente interesado por los demás, que se traduce en éticas de virtud, que superan lo exigible por cualquiera, ese calor da calidad a las relaciones. El calor que no se paga con dinero, que evoca las más nobles motivaciones y deseos de hacer bien el bien, ese calor cualifica las planificaciones, los procesos y los resultados. Este calor propio de la *sabiduría del corazón* que tiene razones que la razón no entiende, como dijera Pascal, genera salud, previene dependencias, sana relaciones, da sabor a los cuidados, humaniza el mundo del sufrimiento, la enfermedad, la dependencia y la muerte.

Si la calidad tiene que ver con el conjunto de propiedades que tiene que tener el servicio a las personas mayores y sus familias para identificar y satisfacer correctamente las necesidades de los destinatarios y las de los que los prestan, para que sea auténtica calidad, ha de tener –entre otras- la propiedad de la calidez.

Por eso, yo siento que la calidad es también una actitud, algo que habita o puede habitar a la persona y también a las organizaciones en las que trabajan y viven personas.

Es un modo de mirar, pensar y hacer la realidad, basado en la búsqueda objetiva y subjetiva de lo bueno, lo óptimo, lo adecuado, lo razonable para un contexto y realidad concreta, en un tiempo concreto, con unos recursos siempre limitados.

### **Un paradigma: los pañales**

No hace mucho me ha tocado –como a cualquiera- acompañar a varios pacientes próximos en su ingreso en el hospital. Ochenta años, setenta y cuatro, como la mayoría de los pacientes de muchos servicios de la mayor parte de nuestros hospitales. Alta tecnología, naturalmente, cantidad de acciones formativas anunciadas en los paneles de los profesionales, como es debido y estupendos procesos definidos en el despacho de la persona responsable de calidad. Normas ISO, autoevaluaciones EFQM, Joint Commission han estado y están en boca de todos los profesionales tanto en acciones formativas como en los sistemas informáticos de proceso de la información...

Y sin embargo, cuando el paciente tenía necesidad de hacer de vientre, la mecánica de todos los turnos era: le ponemos pañales, se lo hace encima y cuando toque “la ronda” se lo quitamos. Pacientes no incontinentes, pacientes que podían hacerlo solos en el cuarto de baño, con la simple ayuda para llegar al mismo.

¿Mucho trabajo? Es posible. Pero no. No lo justifica. Ni tampoco es esa la causa. En realidad, la escena, tan sencilla, es repetida en cantidad de hospitales de nuestro país, en cantidad de residencias, de servicios, públicos y privados. Así lo he verificado. Son las “órdenes” de los auxiliares o enfermeros ante las que, a veces, los enfermeros o el supervisor se sienten impotentes o “tiran la toalla” por la intensidad de la resistencia al sentido común y por otras causas que dificultan el liderazgo de los recursos humanos.

El término *sentido común*, según la enciclopedia, describe las creencias o proposiciones que parecen, para la mayoría de la gente, como prudentes, siendo esta prudencia dependiente de unos valores de conciencia compartidos que, permiten dar forma a una familia, clan, pueblo y/o nación. Y, yo me pregunto: ¿nos parece a los españoles que es de “sentido común” invitar a los pacientes a hacer sus necesidades en los pañales cuando pueden hacerlo en el baño? ¿Responde a algún tipo de prudencia que dependa de algunos valores? Estoy convencido de que no. Algo falla. Quizás este tipo de sentido común nazca de la calidez del ser humano que encuentra un semejante necesitado, más que de complejos modelos de gestión.

Es posible pensar que esta práctica –más difundida de lo que pudiera parecer-, se da sólo con pacientes con una cierta edad, con algunos límites añadidos, de manera que se minimiza el impacto psicológico que esto pueda tener sobre ellos. Pero inmediatamente nos hemos de preguntar: ¿Disminuye el pudor con la edad?, ¿no sería éste un paradigma etáista de discriminación?, ¿se justifica por la limitación de tiempo de los profesionales?

### **Calidad, calidez y humanización**

Cada vez más estamos asistiendo, afortunadamente, a la reflexión sobre el significado de la humanización. Somos conscientes del peligro de que la despersonalización y el desarrollo tecnológico se conviertan en un cóctel maleficente

para quien busca salud o trabaja en espacios que quieren generar salud o ayudar a recuperarla.

Se vislumbra en todos los espacios el riesgo de reificar, cosificar, simplificar las realidades de lo humano. Pero en realidad, el carácter humano del objeto de la labor de todos los profesionales de la salud no tiene por qué suponer una limitación. Antes bien, contar con un objeto de estudio, cuidado y atención, dotado de autoconciencia y de capacidad de comunicación casi siempre resulta una ventaja maravillosa, que abre nuevas perspectivas.

Los enfermos presentan sus malestares y lesiones al cuidador como personas; esto es lo que experimentan subjetivamente de forma más directa y lo que suele motivarles a buscar alivio. Se presentan a sí mismos como individuos, y son precisamente esos individuos los que deben constituir el punto de partida de la cura y los cuidados.

La individualidad del paciente ha alcanzado su máxima expresión en el conocido "principio de autonomía". Frente a una visión patriarcal en el que la decisión corresponde exclusivamente al médico, se ha reivindicado la libertad del paciente para elegir en aquellas cuestiones que involucren su propio sistema de valores. "Velar por nuestra salud nos confronta con alternativas que tienen que ver con nuestro propio destino. La lucha por la salud nos obliga a cargar con la responsabilidad propia de los agentes morales", afirma Engelhardt.

El escenario más habitual en el que se desarrolla la práctica sanitaria es la relación de dos individuos que entran en contacto: el profesional y el enfermo. Esto permite simplificar el siempre resbaladizo y a veces hueco concepto de "consenso entre distintas partes". Esta relación constituye un aspecto nuclear de la disciplina sanitaria que ha permanecido invariante desde sus mismos albores.

Diego Gracia ha escrito que humanizar "exige unas ciertas condiciones básicas, que si no se poseen pueden generar lo contrario de lo que se van buscando, es decir, generar procesos de deshumanización". Es decir, para humanizar los cuidados, el profesional debe actuar como ser humano, con la característica de autonomía que le es propia, y que se relaciona con otro ser humano, con la misma característica.

Son consideraciones éstas que profesionales sanitarios, filósofos y bioeticistas estamos haciendo en estos últimos años para contribuir a la humanización superando el paradigma paternalista imperante en la tradición.

Ahora bien, ¿de qué sirven todas estas consideraciones que me dan ganas de calificar de "alta alcurnia", cuando al paciente se le obliga a hacer sus necesidades en el pañal pudiendo ir al baño?

Pudiera pensarse que éstas son cosas menores, mientras que la bioética se ocupa de asuntos mayores, de alta intensidad y complejidad. Pues es que no. El respeto de la autonomía del paciente empieza por ahí, por lo fundamental, por entablar un diálogo sobre lo que a éste le interesa.

Como afirma Mark A. Siegler, "Desde los tiempos antiguos, el encuentro entre el curador y el paciente ha constituido el principal medio por el que la medicina logra sus objetivos. Esta continuidad extraordinaria tiene su raigambre en el hecho de que la medicina responde a una necesidad humana universal e invariable: ayudar a los pacientes. Es más, la mayor parte de la ayuda médica se proporciona en el encuentro directo entre paciente y médico".

Y al decir médico, estamos hablando de la relación profesional de la salud – paciente, no exclusivamente el galeno. En efecto, la herramienta que permite la comunicación entre el profesional y el paciente es el diálogo.

El diálogo es el vehículo a través del cual se pondrán en juego los valores del enfermo. De ahí que no sea suficiente que el profesional tenga presente que existe una pluralidad de valores y perciba la complejidad de la relación. Es necesario también el desarrollo de habilidades específicas: de comunicación, de relación de ayuda, de *counselling*... y de *sentido común*. Esta relación en los cuidados no consiste simplemente en manifestar preocupación y disposición a hablar con el paciente. Comprende también la capacidad para hablar y escuchar de un modo capaz de captar el impacto emocional que cada cosa que hacemos tiene sobre el paciente, el influjo que puede ejercer en la salud global de la persona. También de los pañales.

Para caer en la cuenta del rango de estas consideraciones, aterrizadas en el punto de mira del pañal (y en él simbolizados tantos cuidados), basta que le toque a uno mismo sufrir semejante desatino. Tenemos tarea para seguir trabajando por la humanización.

Quizás uno de los patronos de los enfermos, enfermeros y hospitales, San Camilo de Lelis, con palabras del siglo XVI, nos hacía una buena propuesta cuando se expresaba con estas palabras: "En el servicio a los enfermos, mientras las manos realizan su tarea, estén atentos: los ojos a que no falte nada, los oídos a escuchar, la lengua a animar, la mente a entender, el corazón a amar y el espíritu a orar".

Cuando este hombre, Camilo de Lelis, decía a sus compañeros que pusieran "más corazón en las manos", estaba pidiendo a quien hacía lo que tenía que hacer y lo hacía bien, que pusieran la calidez, el corazón en el proceso. El corazón inteligente: ahí está el secreto.

José Carlos Bermejo  
*Director General del Centro San Camilo*