

# “HUMANIZACIÓN DE LA SALUD, ALGO MAS QUE UNA OPCIÓN”

Una propuesta de MEB- HABILITACIÓN

## PRESENTACIÓN

Nos presentamos al “I certamen de premios de la fundación Humans” como proyecto sociosanitario enfocado a la persona.

MEB el proyecto que presentamos, es un recurso de atención a personas en situación de dependencia, que por lo general han sufrido un daño neurológico. Somos un equipo multidisciplinar formado en buena parte por profesionales especializados en el ámbito de la rehabilitación neurológica, y que basa su trabajo en el entorno real, físico y humano de la persona. En el lugar en el que vive.

La patología neurológica es una de las principales causas de discapacidad en el mundo, bien sea por lesiones cerebrales de diversa índole, donde destacan por número los ICTUS, o también por enfermedades neurodegenerativas.

El colectivo de personas al que atendemos está en situación de dependencia o riesgo potencial de serlo, y conviviendo con escenarios de cronicidad y pérdida de capacidades. Son situaciones complejas, en escenarios de vida complejos, dentro de un sistema que hace lo que puede para enfrentar la rupturas importantes en las vidas de las personas que son afectadas por este tipo de problemas.

Intervenimos desde un enfoque de **atención sociosanitaria integrada** para atajar la complejidad desde una primera mirada integradora que aun ambas dimensiones considerándolas como una unidad integrada.

MEB es un proyecto con esencia y una gran vocación de trato humanizado y sitúa a la persona a la que atiende y a los profesionales implicados en el proceso rehabilitador en un mismo plano humano, de personas con personas, convencidos de que **la humanización de la atención es la verdadera tecnología punta en el cuidado de las personas**, y en consecuencia un bien de futuro.

## JUSTIFICACIÓN Y ORIGEN DE LA PROPUESTA.

‘HUMANIZACIÓN DE LA SALUD, ALGO MAS QUE UNA OPCIÓN’.

Para presentar nuestro proyecto y contextualizar nuestra actividad, se nos ocurre remontarnos a los orígenes del proyecto, de modo que durante unos instantes pasaremos a narrarlo en primera persona, de la mano del fundador y director de MEB, que dice así:

Todo proyecto o acción tiene un motivo y este, aunque probablemente se remonte a mucho antes, podemos situarlo en los tiempos en los que la persona que ahora escribe se graduó y comenzó a trabajar. David Sánchez Caballero, fisioterapeuta. 50 años de edad ya, y 25 de profesión. Toda una vida, y parece que aun estuviera empezando.

Como fisioterapeuta con vocación por el paciente con daño neurológico, muy pronto me empecé a dar cuenta de que cuando una persona y su familia sufren un daño que supone una **ruptura en su hilo vital**, los problemas van mas allá de la pérdida de la movilidad. La gente se enfrentaba a problemas con la vida, a veces muy dolorosos y de mucho calado, capaces de destrozarse entornos familiares de arriba a abajo.

Frente a la amargura e impotencia que me provocaban algunas de las situaciones que vivían algunas de las personas que atendía, sumada a la mala atención y falta de recursos que por entonces sufrían, la cuestión que se instaló en mi cabeza fue: **¿Qué es lo mejor que yo puedo hacer por mis pacientes?**

Me di cuenta de que con mi escasa formación de grado no me iba a ser suficiente. Concluí que, mas allá de la formación académica y científica -recibida y por recibir- tenía que aprender -y mucho- sobre las personas y la vida. Eso es algo que me vino muy bien a mi carácter abierto y relacional y me puse manos a la obra, siempre inquieto, apasionado por el cerebro, y siempre a la búsqueda de respuestas a la pregunta mencionada en el párrafo anterior.

En el siempre cercano contacto con mis pacientes, algunos de ellos chavales como yo, empecé a hacer amistad real con algunos de ellos. Me di cuenta, que realmente la experiencia o vivencia de cada paciente era muy diferente, única, y así descubrí algo que nadie me había enseñado y que rompía además con la construcción cultural y profesional en torno a la que yo había sido educado.

A través del roce y los testimonios de los pacientes observé, en mas ocasiones de las que -inicialmente- habría podido llegar a imaginar, que había gente a priori con mucha afectación, que se sentían felices y afortunados, y -sin embargo- otros, a pesar de no presentar una afectación muy severa, vivían con amargura y en constante situación de pérdida. Esto además tenía relación con sus niveles de desempeño y participación.

**Una cosa es la condición o enfermedad y otra la persona que la porta.**

Aquello me voló la cabeza, y la reflexión en torno a esto ponía de manifiesto algunos principios para mi trascendentales y eso me forzaba a encontrarle una explicación.

Ese cambio de significado me orientó mas hacia la posibilidad, e hizo que automáticamente, adquiriera otras certezas, primerizas pero ya importantes.

El factor determinante era algo "de cabeza", de la vivencia de la condición y de cómo cada cual enfrentaba las circunstancias. Esa era la fórmula mágica que yo quería para mis pacientes. Por muy condicionada que estuviera alguien por su lesión, **la persona no estaba determinada**. Había gente que volvía ser feliz y plena, muy plena. Y por ese resquicio metí la cabeza.

Me di cuenta de que las personas estamos movidas por las emociones y por estados de motivación dependientes de esas emociones, incluso nuestro organismo, "por dentro", se movía al son de esas emociones, pensamientos y significados. Cuando -en ese sentido- había armonía, todo empezaba a ir mejor, y la gente es como si se abriese a la vida y volvieran a hallar un sentido y en consecuencia un camino en la vida. En algunos casos las personas pasaban de querer morirse a querer vivir.

Comprobé que en la inmensa mayoría de los casos, **el amor era siempre una fuente de alivio**. El encuentro humano, la entrega generosa entre unos y otros, el vínculo que se creaba entre la persona y sus terapeutas, acompañado de guía en el proceso y aplicación de recursos y conocimientos clínico-científicos, era una condición esencial para que sucediera algo realmente de impacto. Para que la persona se recuperase.

Así pasé un buen puñado de años, disfrutando como loco en plena juventud, de estar con mis pacientes, de recibir tanto de ellos y de tener el privilegio vital de dedicarme profesionalmente a lo que es -ante todo- una relación humana y de ayuda. Una gran suerte que se convirtió en mi forma de vida y en ese espacio humano afectivo es donde encontré sentido en el camino que nos trae hasta estos días.

Por aquel tiempo, estaba convencido, aunque debía de ser de los pocos que lo viera así, que esa mirada, que todo el mundo sentía y razonaba pero pocos practicaban y que nadie sabía bien como explicar o definir (ni siquiera el propio sistema de salud lo hacía) era realmente mucho mas eficaz en términos de resultados. Y así me lo hacían saber los propios pacientes.

Movido por mi entusiasmo y responsabilidad, comencé a asumir tareas de coordinación de equipos, formación de profesionales, comunicación con las familias, etc... Esa actividad me gustaba mucho y creo que siempre se me ha dado bien, pero en ocasiones también vivía con frustración el inmovilismo por parte del sistema, otros profesionales o compañeros.

Tiempo después, durante un periodo en el que estuve viviendo y trabajando en Francia, mientras intercambiaba impresiones con el coordinador del equipo sobre como trabajar mejor, sobre la necesidad de *implicarse de manera diferente* y ver a la persona de una manera mas global que como un simple paciente, y convencido de que ese era el mejor abordaje, me interpeló con cariño, y me dijo: David, tu eres un profesional fabuloso y tienes razón en todo lo que dices, pero tienes que comprender que no todo el mundo es así y que eso es una opción de cada profesional.

Aquello, que pudo colmar mi vaso de la amargura, fue sin embargo algo que recuerdo como una especie de momento *Eureka* en el que se encendió la bombilla y pensé: No, no es una opción, **es algo mas que una opción.**

Pensé que, si es verdad que ese acercamiento y mirada da mejores resultados, es necesario que lo comprobemos, y lo argumentemos bajo los códigos culturales y profesionales y de nuestro tiempo. Es decir: la ciencia. Y si es así, comprobable, por mero compromiso deontológico esto debería ser implementado en la práctica clínica.

¡Casi nada! Una pirueta para tratar de objetivar o encontrar evidencias de lo mas subjetivo y complejo que hay: **una persona, con toda su existencia y con toda su Biología.**

Con el paso de los años, y en base al trabajo de los cada vez mas numerosos compañeros, se puede decir que se ha avanzado mucho.

Poco después descubrí -a través de una compañera- el centro de Humanización de la salud de los Camilos, en Madrid, y su propuesta y terminología de humanización de la salud, que -para mi regocijo- era lo que mas se parecía a lo que yo había conceptualizado en mi cabeza.

Si no recuerdo mal fue en el año 2008, y escribí una pequeña comunicación que aun anda por alguno de mis cuadernos, titulada: **Humanización de la salud, algo mas que una opción.**

Y a esa inmensa y siempre gratificante, pero a veces agotadora tarea, es a lo que me he dedicado desde entonces.

NUESTRO PROYECTO. MEB.

De toda esa invisible masa de hielo gigante, poco a poco fue emergiendo a la superficie la punta del iceberg, que es MEB, el proyecto que les presentamos.

No estamos seguros de si concurrimos a la categoría idónea, pero si lo hacemos con ilusión y convencidos de que nuestro proyecto, a través de sus integrantes y los procesos y acciones que se llevan a cabo en el, tienen cabida en este certamen, por su vocación humanizadora en el ámbito de la salud, y su determinación por poner en marcha un proyecto propio e innovador que tiene como eje central la atención centrada en la persona especializada en el ámbito de la dependencia.

MEB nace hace 6 años, y para seguir contextualizando es necesario recurrir de nuevo a la narrativa. MEB surge por la iniciativa de 2 compañeros, Eva y David, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta, quienes tras compartir equipo en un proyecto previo,

confluyen en visión y valores, y sin ninguna experiencia previa en el ámbito empresarial, y sin recibir ayuda externa o financiación de ningún tipo, deciden emprender en su proyecto soñado, donde interpretar la profesión a su manera.

MEB surge como proyecto para cubrir las necesidades detectadas y no cubiertas en la atención al paciente neurológico, basándonos en nuestra larga experiencia, y con la plena convicción de que el lugar idóneo para nuestra manera de intervenir es la comunidad, en el domicilio, en el entorno real donde suceden la vida de nuestros pacientes y su familia, algo que es especialmente relevante para nosotros.

Esto lo hacemos a través de una intervención que definimos como: **“Soluciones integrales de atención sociosanitaria integradas bajo un modelo de salud actualizado”**

Acceder al entorno físico y humano (familia y cuidadores) de las personas es algo que contemplamos no solo como un proveedor de oportunidades, sino también el ambiente idóneo para desplegar un modelo de atención centrado en la persona, o como preferimos decir: **con la persona.**

Somos un equipo multidisciplinar orientados al ámbito de la neurorrehabilitación y a las situaciones de pérdida de autonomía. El equipo está formado por 20 profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, logopedas, trabajadora social, médico de familia y otros colaboradores) que realizan su actividad basados en la comunidad.

También tenemos un centro ubicado en Pozuelo de Alarcón, que es una casa con jardín convertida en clínica de rehabilitación y espacio de formación, encuentro profesional y espacio de convivencia. Actualmente atendemos a 108 familias, y lo largo de estos años hemos atendido a más de 300.

Puede parecer que es un recurso más, pero creemos que posee ciertos valores diferenciales, alineados con la idea de humanizar las intervenciones en salud y partiendo de la idea de que, tanto pacientes como profesionales, **en el encuentro somos ante todo personas** y ese compartir un estrato común nos hace obtener magníficos resultados en términos de **vida digna, participación, bienestar percibido y sentido**, que son los objetivos a los que van dirigidas nuestras intervenciones.

Es algo que nos hace sentir bien como profesionales y nos genera un horizonte de sentido hacia nuestra tarea. Por eso una de los compromisos que se adquiere desde la dirección del proyecto es hacia su propio medio de trabajo y equipo, para que sea un espacio donde **desarrollarse y crecer como personas y profesionales de manera digna.**

Estamos convencidos que el camino de **la humanización de los cuidados se declina como una vía de doble sentido**, hacia la persona atendida tanto como hacia el profesional y ha de extenderse a toda la cultura organizacional.

## PERO ¿POR QUÉ HUMANIZAR?

Son muchos los motivos que pueden llevarnos a poner la atención humanizada en el centro de un modelo de cuidados.

- 
- Antes de nada para enfrentar la complejidad de complejidades. La complejidad inherente al ser humano, mas aun cuando existe una lesión en algo tan significativo para el correcto funcionamiento como el cerebro, en interacción con el ambiente también complejo y otras personas y sus complejidades. Creemos que no es posible atajar la complejidad sino es desde un enfoque que valide esa complejidad, subjetividad y diversidad que nos constituye como personas, y eso solo se logra en adherencia a la mirada humana, sin caer en reduccionismos que puedan desvirtuar la singularidad humana. Consideramos que dentro de la diversidad todos tenemos un único derecho y básico: el derecho a una vida digna sea cual sea nuestra condición.
- Para evitar caer en el reduccionismo de pensar que los problemas de la vida que tiene la gente se pueden hacer frente con recursos sanitarios o sociales, sin mas.
- Porque se necesita crear un constructo que explique lo que es una persona, asentándonos en un modelo biológico actualizado. Un paradigma biológico que albergue los conceptos de unidad mente-cuerpo-cultura, que incluya al papel de la cultura en nuestra construcción biológica, que se entienda a esa unidad en relación a la interacción con el ambiente, y por tanto que nuestras vivencias importan, no somos simples maquinas sin sentimientos, necesidades afectivas y de relación. Que el modelo biológico se adapte a lo que es una persona, y no al revés: reduciendo a la persona a un modelo biológico simple y no actualizado. Todos estos rasgos son de especial relevancia cuando se tratan determinadas condiciones de salud que implican discapacidad o cronicidad.
- Humanizar la tecnología que viene y que no sea al revés: que la tecnología nos someta a su patrón de humanidad. Humanismo tecnológico y no simplemente tecnología o tecnología humanista.
- No menos importante es señalar que también lo hacemos por dignidad humana, por estar abiertos a la condición humana, a nuestra subjetividad, a nuestros valores, a nuestra dimensión espiritual y al derecho a ser siendo en el mundo.
- En conclusión, si queremos un sistema humanizado que ofrezca una atención digna y de calidad a las personas, hemos de reflexionar en profundidad sobre qué es persona, qué es salud y enfermedad, y sobre una visión del mundo, que nos ofrezca pistas sobre como abordar lo relevante para el ser humano.

## ESTADO ACTUAL. RETOS Y OPORTUNIDADES.

Analizando las dificultades a las que como sociedad actualmente nos enfrentamos en el ámbito de la salud no es necesario repetir los datos que están al alcance de la mano. Una población envejecida de presente y de futuro, una demanda cada vez mas creciente de los servicios sociosanitarios, por un motivo u otro, y unos recursos humanos y materiales que no parecen dar abasto para el aumento de demanda. Se prevé falta de recursos humanos de futuro, ajustes de presupuestos y una sociedad cambiante a gran velocidad, al ritmo de la tecnología.

Esto puede hacernos percibir un panorama que por momentos se presenta como desolador, pero -lejos de eso- desde MEB queremos ser positivos, convencidos de que el sistema de atención y cuidados, puede ser y ha de ser mejorado, y eso pasa por un cambio de enfoque en niveles muy profundos, que redefinan todos un sistema. Acción a acción.

Como hemos venido señalando a lo largo de esta presentación, los motivos para considerar e implementar un enfoque humanizado es para nosotros algo mas que una opción, y en ese sentido desde MEB lo asumimos como algo transversal que dirige todo nuestro día, tanto en la atención pura a los pacientes, como en la organización y procesos, gestión del equipo y en nuestra cultura organizacional.

Mas allá de definir lo que hacemos simplemente como un centro de rehabilitación a domicilio o centro especializado en daño neurológico, siempre hemos puesto especial cuidado en el lenguaje que utilizamos, conscientes de la retroalimentación que existe entre la realidad existente y el lenguaje. El lenguaje cambia la realidad y la realidad es cambiada por le lenguaje. El lenguaje delimita nuevas fronteras para la realidad, puede ampliar los horizontes o por el contrario reducirlos.

## CULTURA, PROGRAMAS Y ACCIONES DE HUMANIZACIÓN EN MEB.

En MEB tenemos aspectos culturales que sabemos que son los que dan lugar a significados y creencias, que queremos que sean de posibilidad en relación al devenir de nuestros pacientes y también a lo que nosotros podemos hacer como profesionales juntos a ellos.

Pero también toda esta cultura de organización de ve reflejada en programas, procesos y acciones del día a día que q continuación vamos a detallar y pueden ver con mas detalle en nuestra página web: <http://www.mebers.es/>

### 1. CULTURA:

- “Haz lo que puedas con lo que seas” Sin mirar atrás, con los recursos que tengas y especialmente de lo que cada persona sea.
- “Recuperar a la persona” A pesar de su condición. La condición ha de convivir con la persona y no la persona con la condición.
- “Personas con personas” Personas profesionales junto a personas pacientes. Juntos para resolver un problema común.
- Intentamos poner en marcha que tengan valor universal y replicable, en cualquier parte y con cualesquiera medios.
- El concepto de salud es comunitario. “Tu salud es la de todos, la salud de todos es tu salud”
- Concebimos a la persona como una entidad biopsicosocial y espiritual. La mayor parte de los grandes cambios en la persona se consiguen apelando a su dimensión espiritual, donde reside la esencia de cada uno.
- Habilitación mirada en positivo, sobre las posibilidades. Sobre la potencialidad y no sobre los déficits.
- Reto de eficiencia. (aumentar responsabilidad, aumentar eficiencia en intervenciones, bien escogidas de entre todas las posibilidades, bien ejecutadas, bien revisadas, siempre en evolución. El contexto siempre cambia, tenemos que cambiar con él. ///
- También es nuestro deber promover cambios y mejorar el sistema, es decir también se cambian las actitudes a través del conocimiento actual y científico. Es lo que intentamos desde MEB aunar esa actitud y ese conocimiento.

## 2. PROGRAMAS:

- Planificación anticipada de los cuidados. Advance care planning. Para situaciones de cronicidad, degenerativas y terminales. Basada en el diálogo entre las partes con la mediación de nuestro equipo técnico.
- Transición guiada al domicilio tras un alta hospitalaria tras un ICTUS. “Early support discharge” Para garantizar el retorno seguro a casa cuando una persona vuelve a casa en situación de dependencia tras haber sufrido un ictus. Para no ser derivado a una institución intermedia o definitiva. Requiere de la coordinación de todos los cuidados precisos al alta y posteriores incluyendo la adaptación de los entornos, la introducción de apoyos humanos y el aprovechamiento de los recursos comunitarios.
- Cuidados paliativos y de final de vida. En coordinación con el sistema público de salud, para ocupar un espacio vacío que existe entre la atención médica y de enfermería y el apoyo domiciliario.
- Programa “En tu casa, con tus cosas” Programa de desinstitucionalización de las personas mayores en situaciones de pérdida de autonomía para que puedan seguir residiendo en su domicilio con un apoyo técnico nuestro y un servicio de apoyo domiciliario.
- Atención a los estados de mínima conciencia. Porque a pesar de que son los casos más vulnerables y los que mayor atención especializada requieren son los más abandonados. Enseñamos a tener a esa persona en casa y a cuidarla y convivir con ella.



