



05/El concepto de asistencia integral

Antonio de Toro Salas,
director asistencial corporativo de la Orden
Hospitalaria de San Juan de Dios - Provincia Bética.
Sevilla¹

El abordaje de la vulnerabilidad desde la perspectiva social o sanitaria debe realizarse desde el reconocimiento de que es una realidad compleja. Y las respuestas a realidades complejas deben ser multifactoriales y multidisciplinares. Pero lo primordial es reconocer que existe esa realidad. Y este reconocimiento es una actitud de los actores (profesionales, instituciones y entidades) de los sistemas de atención que necesitan integrarse y coordinarse para dar respuesta a todas las esferas de necesidad del ser humano.

Palabras clave:
Asistencia integral, Complejidad, Enfermedad, Necesidades, Vulnerabilidad.

The vulnerability approach from the social or health perspective must be realized from the recognition that it is a complex reality. And the answers to complex realities must be multifactorial and multidisciplinary. But the main thing is to recognize that this reality exists. And this recognition is an attitude of the actors (professionals, institutions and entities) of the care systems that need to be integrated and coordinated to respond to all the spheres of need of the human being.

Key words:
Integral assistance, Complexity, Illness, needs, Vulnerability

1. Agradecimiento:
Cinta Delgado Soler. Coordinadora del programa de publicaciones del Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico (IAPH). Consejería de Cultura y Patrimonio Histórico. Junta de Andalucía

1/

Individualidad y diversidad.

La agencia española de publicidad **Sra. Rushmore** lideró en 2009 la puesta en marcha de una campaña de anuncios de refrescos que no evidenciaba claramente la marca comercializada, sino que presentaba rostros y acciones humanas en diferentes situaciones reales bajo el lema “**El ser humano es maravilloso**” (PIÑA, 2008). Con ello, se pretendía mostrar a la persona en estado puro, sin condicionantes. La idea motora que sustentaba esta campaña publicitaria consistía en presentar el esfuerzo individual y colectivo como elemento esencial “**para alcanzar nuestros sueños, hasta el último día (...)** La vida es extraña y maravillosa y cada uno sueña lo que le da la gana”, se decía en blogartesvuales a propósito de la citada promoción comercial (ISABEL, 2009).

Más allá de esta cuestión particular, invito a que nos quedemos con dos conceptos que surgen de ella; el concepto de individualidad y la noción de diversidad. La diversidad alude a la variedad, a la diferencia, a la coexistencia de seres humanos distintos; en definitiva, a la pluralidad, la heterogeneidad y la complejidad. La diversidad entre las personas constituye una realidad y, como tal, cada uno de nosotros debe asumirla y

respetarla. Además, la diversidad no se encuentra solo enfrente, es decir, en las personas a las que prestamos asistencia o que cuidamos. Se halla, también, en nosotros; en el conjunto de personas, profesionales o no, que participamos en los procesos de atención, asistencia y cuidados del ser humano vulnerable. Todos somos diferentes y afrontamos la misma realidad de manera desigual.

La diversidad enriquece la sociedad. Los caracteres biológicos y culturales son patrimonio de la humanidad y, como tales, merecen el respeto de la convivencia y de la transversalidad en su abordaje. Este concepto de diversidad se ha asociado más recientemente al ámbito de la “**diversidad funcional**”, que alude a la necesidad de cambiar el concepto de discapacidad por el de persona con dignidad discriminada o, más brevemente, diversidad funcional (PALACIOS, 2007). Pero de manera más genérica, la diversidad se sitúa en el extremo opuesto a las nociones de intolerancia y discriminación, situaciones con las que convivimos, muchas veces de manera inconsciente.

El desarrollo de los derechos humanos nos lleva inexorablemente a aceptarnos como diferentes. Por lo tanto, el reto consiste en garantizar la autonomía y la autodeterminación del individuo, como principio ético relevante, y el propio desarrollo personal y social, en un contexto de tolerancia. Para lograrlo, debemos ser conscientes de que todos tenemos ciertos prejuicios y discapacidades de los que debemos deshacernos para asumir al otro en toda su complejidad. La modernidad también nos ha traído la individualidad. La historia nos dice que la concepción del ser humano individual y con derechos no se empieza a desarrollar hasta bien entrado el siglo XIV, cuando el criterio moral supera al hecho natural y físico (*ordo factus*) para convertirse en algo en construcción y heterónimo, perteneciente al ser humano (*ordo faciendus*) (GRACIA, 2007). Los criterios morales dejan de ser naturales y la sociedad no se concibe como un conjunto de individuos con objetivos comunes, creencias homogéneas y tra-

diciones culturales compartidas. Actualmente, esta sociedad se compone de individuos diferentes, que piensan de manera heterogénea, sienten de modo diverso y tienen necesidades y proyectos dispares; individuos que viven en un espacio compartido en el que tienen que consensuar criterios mínimos de convivencia y donde se deben permitir desarrollos individuales desiguales.

La individualidad como consecuencia, entre otras razones, de la secularización y laicidad moral de las sociedades actuales ha cambiado el marco de valores en juego. **Alfonso de Julios (1995)** alude al liberalismo asociado a la tendencia individualista (no en sentido peyorativo) que lleva a la persona a tomar las riendas de su vida para garantizar sus necesidades. La uniformidad moral histórica en el mundo occidental, de predominante contenido religioso, se va sustituyendo, poco a poco (o no), por una amalgama de valores de raíz conceptual cristiana, pero de explicitación no religiosa, que son más individuales que colectivos, y que debemos compartir para garantizar la convivencia. Por tanto, la diversidad y la individualidad toman protagonismo en todas las acciones y relaciones humanas, siendo valores predominantes para tener en cuenta. Y en este contexto, nos corresponde introducir el concepto de asistencia integral que, sin más opciones, debe ser individualizada.

2/

Asistencia integral.

La complejidad social e individual que acabamos de describir someramente se reproduce en el ámbito de la asistencia, por lo que el abordaje de los cuidados y la atención debe también someterse a las anteriores ideas fuerza. Cada ser humano es único y diferente. Tiene deseos, historia, expectativas, sentimientos y capacidades

que no podemos encuadrar en ninguna teoría cerrada. La misma palabra, la misma mirada o el mismo gesto provocan reacciones inesperadas y contrarias en cada uno de nosotros y, mucho más, en las personas que, por su condición de salud, social o espiritual, están en situación de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad es el estado en el cual la persona no es capaz de afrontar una situación determinada que le compromete física, familiar, socio-laboral, económica o espiritualmente. Y, muchas veces, no depende solo de una situación de enfermedad, sino de la percepción y del sentimiento que la propia persona tiene sobre su estado. Por lo tanto, considero que el abordaje de la vulnerabilidad, como estado de indefensión propia y de pérdida de autonomía, resulta más complejo que el de la enfermedad. Y esa es nuestra tarea. Si le concedemos a la vulnerabilidad, como concepto más genérico, el espacio que actualmente ocupa el concepto de enfermedad, la asistencia integral podría definirse como la acción capaz de dar respuesta a esta vulnerabilidad en los contextos de diversidad e individualidad que antes he descrito. De esta manera, entenderemos mucho mejor la complejidad y la necesidad del concepto de asistencia integral.

Considero fundamental entender este concepto para asistir al ser humano. Ser capaces de incorporar la escucha activa; el entendimiento de cómo percibe cada persona su realidad concreta; las expectativas que tiene sobre su proceso de “**enfermedad**” física, social o espiritual; cómo la afronta y la vive; qué consecuencias inmediatas o futuras le acarrea, e incorporar toda esta información en el cóctel de la toma de decisiones, quizá no nos garantice el éxito, pero nos acercará a él. Tener en cuenta todos los aspectos anteriores de una persona nos obliga a realizar un ejercicio de entendimiento que debe estar precedido de un abandono absoluto de prejuicios. Abordar la enfermedad y todas las circunstancias que la rodean es un ejercicio de alteridad. Y este ejercicio supone el entendimiento espiritual de la persona vulnerable. El concepto psicológico de **insight** es muy oportuno para

entender la extensión del concepto de asistencia integral. Aunque de origen filosófico diferente al entendimiento espiritual, se refiere a la capacidad de captar y ser conscientes, más allá de las necesidades explicitadas, de la existencia de los condicionantes internos y externos que hacen que la persona viva esas necesidades de una manera determinada. Ambos hacen referencia a la toma de conciencia de la realidad que tenemos enfrente y que debemos atender. Y esta realidad, como hemos visto antes, se nos muestra compleja. Al igual que desde el punto de vista teológico el entendimiento es un don, el insight de las personas que tienen la responsabilidad de atender a la vulnerabilidad debe ser una capacidad distintiva. Esta capacidad lleva a entender al otro, a ponerse en el lugar del otro y a abordarlo en su complejidad, no sólo física sino, también, emocional, social, espiritual, laboral o contextual. La clave está en que la percepción de la vulnerabilidad es individual, aunque los hechos que la generan sean comunes o compartidos. Y es cierto. La asistencia integral abarca más allá de la persona individual.

3/

Autonomía y trabajo en equipo.

No podemos obviar, por último, dos cuestiones importantes que debemos garantizar si entendemos la asistencia integral como una realidad en la práctica. La primera de ellas es la autonomía personal, como principio ético; y la segunda es el trabajo en equipo. Para considerar una asistencia como integral, además de todos los aspectos anteriores, debemos considerar un aspecto trascendental de la práctica ética actual. Las garantías de autonomía deben posicionar a la persona vulnerable como la protagonista de su decisión. Y nosotros, los que asistimos la

vulnerabilidad, debemos ser los “**técnicos informadores y acompañantes**” de esa decisión. El concepto de autonomía hace referencia a la capacidad que tienen las personas para autogobernarse libres de influencias externas o de limitaciones personales. La noción encierra dos premisas fundamentales:

- La libertad externa;
- La capacidad de obrar intencionalmente o libertad interna (en casos de estados de incapacidad o de vulnerabilidad, los márgenes de ésta son menores, pero existen).

Una persona autónoma es capaz de realizar una acción independiente. Esto no quiere decir que siempre lo haga. Y tampoco significa que haya personas con autonomía limitada que no realicen acciones libres. Para que una acción se considere autónoma ha de ser intencional, con comprensión y sin influencias externas que la determinen. La intencionalidad no admite gradación (la acción es o no intencional), pero las otras dos condiciones si la admiten. Por lo tanto, las acciones pueden considerarse más o menos independientes en función de la comprensión y de la influencia de los agentes externos.

Esta posición de protagonismo de la persona vulnerable ha sido extraña para el mundo de la medicina hasta mediados del siglo XX. Anteriormente, debido al enorme peso de la tradición moral, se entendía al enfermo como persona “**amoral**” y falta de juicio, incluso para tomar sus propias decisiones. Parece claro que esta concepción de la atención no es compatible con la de “**atención integral**” por muy en cuenta que se tengan otros aspectos. No es de extrañar el recorrido paternalista de la profesión médica hasta nuestros días y el gran esfuerzo disciplinar que todavía queda por hacer, desde las facultades de las Ciencias de la Salud, para reorientar a los profesionales de la asistencia en los aspectos del papel y de la responsabilidad de la persona vulnerable en la toma de decisiones.

La atención integral debe incorporar la ayuda y el acompañamiento en la toma de decisiones

La persona es una realidad compleja cuyo abordaje, desde la asistencia, requiere cada vez más dosis de “humanización”

de la persona en situación de vulnerabilidad por parte del equipo de trabajo. Y este debe conocer y transmitir un único mensaje con objeto de no generar dudas en el receptor. La transversalidad y la multidisciplinariedad llevan a veces a conclusiones polimorfos, no coordinadas, que no favorecen la toma de decisiones. El trabajo multidisciplinar debe ser integrado y no un cúmulo de opiniones no fundamentadas ni ordenadas.

Este es el otro aspecto indispensable de la asistencia integral. Actualmente, el abordaje de un problema necesita de profesionales de diversos ámbitos del conocimiento. La dificultad estriba en la capacidad de integración de cada uno de ellos en la percepción del problema, en la aproximación a este y en la puesta en valor de las posibles soluciones. Desde la responsabilidad, los servicios de atención deben garantizar los espacios y los tiempos adecuados para que los problemas de los usuarios, que son múltiples, sean abordados en toda su complejidad.

4/

Otras aproximaciones al concepto de asistencia integral.

Más allá de la definición de salud de la OMS como “**estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad o dolencia**” (1946), que llevaría aparejada una ineludible prestación de asistencia integral, vamos a analizar este concepto desde otros puntos de vista diferentes. Como hemos visto, tradicionalmente el concepto de integralidad en relación a la salud es, a la vez, una objetividad externa y una subjetividad interna. La ciencia es capaz de medir parámetros biológicos que nos sitúen dentro de una rigurosa normalidad y

que, por lo tanto, nos califiquen como “**sanos**”. Y la atención a estos aspectos biológicos es la más simple en la tarea del cuidado de la salud. Simple desde el punto de vista conceptual, no técnico. Pero en línea con lo descrito anteriormente, los aspectos subjetivos y contextuales importan. Una persona es algo más que su objetividad física. La salud, y por lo tanto, su abordaje, se desarrollan en la subjetividad. Todos somos conscientes de la existencia de personas objetivamente sanas y con una sensación vital de enfermedad. Esta sensación real de enfermedad no es baladí y también necesita ser atendida y cuidada. La propia imagen corporal y de realidad determina el concepto de salud individual, sin que sea alguien externo el que nos diga si estamos sanos o no, sino que es nuestra propia aceptación o no de nuestra realidad la que nos condiciona esta afirmación.

El ser humano se compone de hechos relacionales, realidades económicas, lazos familiares, estados espirituales, que afectan directamente al concepto individual de salud. El abordaje de todos estos conceptos es, como hemos descrito, complicado en la realidad actual de la asistencia sanitaria y social. Este abordaje necesita de equipos formados y coordinados para conseguir el objetivo del entendimiento real. Unos pacientes necesitarán, principalmente, un abordaje físico; otros, un abordaje psicosocial; aquellos, espiritual; y otros, de tipo económico. Pero todos necesitan sentirse integrados en el entorno desde todos y cada uno de los aspectos anteriores. La enfermedad, tomada como una combinación de factores internos y externos, produce exclusión y aislamiento. Y viceversa.

El aislamiento y la exclusión producen enfermedad. Son conocidas las relaciones entre enfermedad y entornos socioeconómicos desfavorecidos. Pero no quisiera extenderme mucho más en este concepto de salud dado que está plenamente aceptado y es sobradamente conocido. Creo que todos estamos de acuerdo en que la persona es una realidad compleja cuyo abordaje, desde la asistencia, requiere cada vez más dosis de “**humanización**” (BERMEJO, 2000).

Voy a permitirme enumerar y describir brevemente otros aspectos de la asistencia que considero que deben ser incluidos en el concepto de asistencia integral. Desde el punto de vista más técnico, la **American Cancer Society (2015)** define la asistencia integral como un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no sólo las necesidades médicas y físicas, lo cual involucra la colaboración de muchos profesionales. Algunos de los aspectos clave de una atención integral bien diseñada son:

- **Uso de los más avanzados recursos en el diagnóstico y tratamiento;**
- **Equipo de profesionales expertos;**
- **Atención a usuarios, pacientes y familiares a través de programas educativos, asesoría emocional, grupos de apoyo y programas sociales;**
- **Coordinación de esfuerzos;**
- **Acceso al análisis y evaluación de los resultados.**

Este abordaje de la asistencia integral introduce dos aspectos que me parecen importantes. El primero es el de la coordinación, al que vamos a referirnos como organización funcional; y el segundo es el análisis y la evaluación de los resultados. En mi opinión, el ordenamiento funcional de los circuitos de atención es un elemento esencial de la asistencia integral. La organización funcional establece la ruta a seguir para pacientes y familiares durante su proceso de enfermedad garantizando de manera clara la continuidad de estos procesos. El fin último de esta organización funcional es engrasar los hiatos que habitualmente se producen entre diferentes momentos de la atención en un centro o entre diferentes centros, para dar respuestas a las necesidades asistenciales, procedimentales, económicas o contractuales que se nos presentan para ser atendidas. Es muy importante tener clara la ruta que se ha de seguir en el abordaje de la vulnerabilidad. Y no me estoy refiriendo, exclusivamente, a la de los procesos asistenciales. Hay una infinidad de cuestiones alrededor de un proceso asistencial que se deben garantizar para que ni los pacientes ni su entorno se preocupen

más allá de solventar o acompañar su problema. Un efecto secundario de esta correcta organización de los procesos es la disminución de la incertidumbre. El miedo y la incertidumbre generan gran malestar entre usuarios y familiares. Ambos son claramente comprensibles cuando nos enfrentamos a lo desconocido y, más aún, cuando el entorno se nos presenta como deshumanizado y agresivo. La información clara y los procesos ordenados generan confianza. El concepto británico que hace referencia a este tipo de atención y a su organización es el de *comprehensive assistance* o *full assistance*. Este concepto es paralelo al de continuidad de cuidados, pero añade la necesidad de tomar conciencia empática de las necesidades de la persona en situación de vulnerabilidad. ¿Hablábamos antes de un segundo aspecto en la definición de la asistencia integral. Es el de la evaluación de resultados y de los impactos clínicos y no clínicos en el propio atendido y en la sociedad en la que se encuadra. Me gustaría señalar en este punto la necesidad de transparencia en la publicación de resultados en salud y calidad de vida en nuestros sistemas de atención. Esto es también atención integral. Tenemos que ofrecer a los usuarios la posibilidad de elegir en base al conocimiento de los *outcomes* de nuestros servicios. La comparación y el *benchmarking* nos hacen mejores. Pero no sólo en resultados en salud.

Dentro de la asistencia integral debemos incluir en concepto de sostenibilidad y, para ello, la toma de decisiones debe contemplar criterios de eficiencia. No es posible plantear el concepto de asistencia integral sin tener en cuenta el impacto económico de nuestras acciones y decisiones. Las necesidades y las expectativas tanto de profesionales como de los usuarios de los sistemas de salud son siempre infinitas y, en cambio, los recursos limitados. Esta dualidad debe estar integrada en el mecanismo de toma de decisiones en la atención a la vulnerabilidad. El uso adecuado de los recursos es responsabilidad de todos los ciudadanos pero, especialmente de aquellos que con sus decisiones, podemos generar impactos que son difícilmente reversibles. Por lo tanto, este es un elemento más a incluir en el concepto “*asistencia integral*”.

Por último, me gustaría hacer referencia a la atención integral como actitud profesional. Para diagnosticar una enfermedad es necesario saber que existe. Parece obvio. Igualmente ocurre con la asistencia integral. La formación y la actitud del profesional que se enfrenta a la vulnerabilidad no deben ser parciales. Debe ser abierta de manera que salga de lo concreto para irse a buscar la esencia del problema. No debe ser cobarde en pedir ayuda si conscientemente no es capaz de dar respuesta a la necesidad que se le presenta. Y buscar ayuda colaborativa, no para desvincularse del problema. Y todo esto es una actitud. Una actitud de escucha, de mente abierta y comprensiva, de integración y de reconocimiento de la vulnerabilidad como algo complejo. Como decíamos al inicio, el ser humano en situación de vulnerabilidad es complejo. Y en esa complejidad, todos tenemos derecho a recorrer la vida tomando nuestras propias decisiones. Además, nadie es capaz de conocer al otro tan profundamente como para saber exactamente cuáles son sus necesidades. Por ello, considero que el elemento fundamental para conseguir la asistencia integral es la actitud consciente y activa, libre de apriorismos, de todos y cada uno de los actores del mundo de la asistencia.

Bibliografía

- ▶ **American Cancer Society (2015)**
¿En qué consiste la atención médica integral?
Sitio web: <https://www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-su-hijo-tiene-cancer/com-prension-del-sistema-de-atencion-medica/atencion-completa/>
- ▶ **Bermejo, J. C. (2008)**
Hacia una salud holística.
Sitio web: <https://www.josecarlosbermejo.es/hacia-una-salud-holistica/>

▶ **Constitución de la Organización Mundial de la Salud.**
Nueva York, 22 de julio de 1946. **Gracia, D. (2007).**

Fundamentos de Bioética.
Madrid: Triacastela.

▶ **Isabel. (2009).**

El ser humano es imprevisible, es extraordinario...
Era Aquarius. 04/03/2019, de blogartes-visuales Sitio web: <https://www.blogartesvisuales.net/disenio-grafico/publicidad/el-ser-humano-es-imprevisible-es-extraordinario-era-aquarius/>

▶ **Julios Campuzano, A. de (1995).**

Individualismo y modernidad. Una lectura alternativa.
En Anuario de filosofía del derecho (239-26).
Sevilla: Universidad de Sevilla. Departamento de Filosofía del Derecho.

▶ **Palacios, A., Románach, J. (2006)**

El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional.
Ediciones Diversitas AIES. Sitio web: <http://www.asoc-ies.org/docs/modelo%20diversidad.pdf>.

▶ **Piña, R. (2008).**

El ser humano de Aquarius es 'extraordinario'.
04/03/2019, de El Mundo
Sitio web: <https://www.elmundo.es/elmundo/2008/02/20/comunicacion/1203532807.html>