

# UNA APORTACIÓN PARA LA HUMANIZACIÓN

Calixto Plumed Moreno o.h.\*

Fecha de presentación: 13.07.2013

Fecha de aceptación:

## Resumen

*La presente aproximación se hace partiendo de constataciones, y teniendo en cuenta bastantes preocupaciones, y sabiendo, además, que nunca se agotará el tema o se darán respuestas satisfactorias para todos. Se brinda esta oferta, limitada, pero con el deseo de aportar los frutos de una larga reflexión sobre el tema de la humanización en relación con la asistencia a personas que tienen afectado el equilibrio salud-enfermedad.*

*En estas páginas, se hace una reflexión en torno a unos aspectos que incluyen y pueden iluminar el proceso de humanización. Aspectos que sobrevuelan durante todo el discurso, que son considerados de manera individual en algunos casos, o saltando de uno a otro según la orientación del guión de razonamiento, es decir: se pretende desentrañar el hardware de la humanización (estructura, orientación, acogida); pensar el software de la misma (formación, cultura, comunicación, relación) y concretar el debugging (áreas críticas del profesional, fragilidad del enfermo y, en definitiva, limitaciones de toda persona).*

*Además, el autor desde estas páginas dedicadas a hacer historia, trata de devolver a Pierluigi Marchesi o.h. lo que le pertenece, antes de que otros intenten arrebatárselo: ser pionero en el tema de la Humanización en las esferas sociales y religiosas.*

**Palabras clave:** Humanización; Kénôsis-diakonia; Abajamiento; Dolor-Sufrimiento; Calidad; Ética.

## Abstract

*The present approach is done departing from observations, and bearing in mind enough worries, and knowing, also, that the topic will never become exhausted or satisfactory answers for all. This offer is offered, limited, but with the desire to contribute the fruits of a long reflection on the topic of the humanization as regards the assistance to persons that have the balance health - illness affected.*

*On these pages, a reflection is done concerning a few aspects that they include and cannot exhaust the humanization process. Aspects that they fly over during the whole speech, which are considered in an indivi-*

\*Doctor en Psicología. Coordinador de Docencia e Investigación (Bética). Profesor Agregado en la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. [Calixto.Plumed@sjd.es](mailto:Calixto.Plumed@sjd.es); [cplumed@upcomillas.es](mailto:cplumed@upcomillas.es)

*dual way in some cases, or jumping from one to other according to the orientation of the framework of reasoning, that is to say: one tries to unravel the hardware of the humanization (structure, orientation, welcoming); to think the software of the same one (formation, culture, communication, relation) and to specify the debugging (critical areas of the professional, fragility of the patient and, finally, limitations of every person).*

*Also, the author from these pages dedicated to make history, tries to return to Pierluigi Marchesi o.h. what belongs to him, before others try to snatch it: to be a pioneer in the topic of the Humanization in the social and religious spheres.*

**Keywords:** Humanization; Kénôsis-diakonìa; Humiliation; Pain-suffering; Quality; Ethics.

## Introducción

Alguien ha podido atreverse a decir que la deshumanización es la contaminación del hombre. Sencillamente porque estamos en una situación en la que, el avance tecnológico es tal, que olvidamos lo que pasa al hombre; o lo que significa también decir que se puede conocer todo sobre el hígado, pero no lo que sucede al hombre.

Es opinión generalizada que no se abordan los aspectos positivos de las cosas y acontecimientos, mientras no surgen los negativos sobre los mismos sucesos o estructuras. Es posible que, por razón de la inercia que nos invade a los humanos, en cuanto nos descuidamos lo más mínimo. Y es bien sabido y demostrado que, cuando algo se deja a la fuerza de la inercia, tiende al deterioro. La generación espontánea, o da paso a otra especie, o puede que degenera la de origen. La mejora de una generación, puede que haya de ser demostrada.

Los valores sociales, difícilmente pueden subsistir sin los paralelos contra valores; la forma no se sostiene sin su fondo; el péndulo deja de serlo, cuando está en reposo, cuando no oscila entre los extremos; la salud sólo empieza a valorarse cuando empieza a faltar y surgen las enfermedades... Y así en la mayor parte de los fenómenos humanos.

No podría ser de otro modo y, buscamos la *humanización*, porque nos damos cuenta de la *deshumanización*. Si algo no funciona bien, es entonces cuando nos preocupamos en buscar soluciones; difícilmente prevemos lo que va a suceder y ponemos en marcha elementos preventivos: nos dejamos sorprender, y a veces ya no existen soluciones. Somos más *reactivos* que *proactivos*.

Pero, ¿de qué hablamos cuando lo hacemos de la *deshumanización*, y de qué cuando deseamos la *humanización*? No resulta nada fácil responder

de manera satisfactoria, ni a lo uno ni a lo otro, por eso se habla tanto, por eso se diserta tanto, por eso se escribe tanto, y tantas personas lo hacen en muchas ocasiones sin suficiente razón de ser, sin suficiente conocimiento de causa.

La presente aproximación, se desea hacer partiendo de constataciones, teniendo en cuenta preocupaciones, y sabiendo que nunca se agotará el tema o se darán respuestas satisfactorias para todos. Pero, conscientes de ello, no se renuncia a brindar esta oferta, limitada, pero con el deseo de aportar los frutos de una larga reflexión sobre el tema de la *humanización* en relación con la asistencia a personas que tienen afectado el equilibrio salud-enfermedad.

No se pretende ser ambicioso, no se quiere soñar sino traer realismo y cosas concretas con sus soluciones posibles, enraizadas en fundamentos sólidos, en doctrinas duraderas aunque no eternas. Se pretende dar luz a estrategias y comportamientos que han perdido su belleza, y precisan ser restauradas para situarse en el lugar que no debieran haber dejado.

Por descontado que no se caminará en soledad, sino de la mano de quienes saben y tienen mucha experiencia tanto de sus limitaciones como de sus posibilidades: primer componente insustituible para ser humano. Se solicitará ayuda, se recurrirá a quienes han tenido o han pasado por estas reflexiones y ya se han adelantado para aportar algunas soluciones, que han resultado válidas en su momento y que siguen en vigor todavía o resulta útil revisar para ponerlas al día.

En fin, esta reflexión inacabada, desea ser un grano de arena, que aporte algo a la tarea común, que quiere mejorar nuestro propio mundo, y caminando al lado del apreciado Ortega y Gasset en su sentencia, fragmentada en la mayoría de las veces que se cita, y como consecuencia no aprovechada totalmente, aunque para él significó uno de los núcleos de su planteamiento filosófico: *yo soy yo y mi circunstancia y, si no la salvo a ella, no me salvo yo*. Y además porque el futuro no se puede improvisar, hay que crearlo con mimo y cuidado, de lo contrario será un fracaso.

El ser humano, cuando desea ser considerado como tal, procura estar al servicio de la vida, propia y ajena; situarse en otras coordenadas es actuar por egocentrismo, hedonismo o cualquier otro *ismo* que deshumaniza, quedando al margen del humanismo. Estar con el otro es estar en el ambiente natural y propiamente humano. Cuando el sistema es generador de muerte y de injusticia, la cultura que lo legitima se convierte en cultura de muerte. Situarse en la cultura periférica distante de la imperante, es situarse en una contracultura. Es estar en la frontera de la vida para defender la vida. Y la vida tiene, esencialmente, dos destacadas fronteras, inicio y final: ambas han de *humanizarse* (Cf. Anexo I).

Nos movemos en cierta cultura de la frivolidad. Algunos medios de comunicación lo aprovechan, los compromisos políticos viven de ella, la imagen es lo único que cuenta, pero en el fondo nos falta la base que sustente la posible fachada con la que nos presentamos. Aún con el riesgo de ser tachados de derrotistas, somos navegantes del vacío, vacío existencial y falta de sentido de la vida, que definiría Viktor Frankl. O también estamos en la volubilidad de los valores culturales, tan manipulables y cambiantes que, nos rebelamos y avergonzamos cuando tomamos consciencia o los miramos con alguna perspectiva histórica, en la línea que señaló en su momento Hannah Arendt al referirse a la cultura alemana, extensible a cualquier cultura humana: *los mejores de todos serán aquellos que sólo tengan por cierta una cosa que, pase lo que pase, mientras vivamos habremos de vivir con nosotros mismos.*

Las actuaciones que cualquier profesional realicemos, nos delatan y revelan de qué lado estamos, por la defensa de la vida o por la fácil postura de buscar lo que menos nos complica. A veces perdemos de vista que, con cada una de nuestras actuaciones y manifestaciones profesionales, vamos creando opinión, sea de la cultura de la defensa de la vida, de aquella que a veces incomoda a nuestra sociedad del bienestar y del mínimo esfuerzo, o por el contrario de la frecuentemente más fácil y cómoda cultura de la muerte. Los profesionales de la salud habremos de situarnos en la frontera de la salud y desde la frontera de la salud, en definitiva, en la frontera de la vida y vida con calidad, que implica *humanización*.

Varios apartados desean abordarse con la mejor sistemática al alcance, sin perder de vista que se hace con una perspectiva humano cristiana, sin descartar una aproximación pluricultural, o desde una ponerología<sup>1</sup> como requiere la sociedad de la globalización que nos ha invadido, muy a pesar de algunos detractores, que tal vez en su idealismo se nieguen a la evidencia.

En pocas palabras y con la limitación del espacio que nos imponen estas páginas, se va a hacer una aproximación en torno a tres grandes y amplios aspectos que incluyen y puedan iluminar algo el proceso de *humanización*. Aspectos que van a estar sobrevolando durante todo este discurso, considerados de manera individual en algunos casos, o saltando de uno a otro según la orientación del guión de razonamiento, es decir: *desentrañar* el hardware de la *humanización* (estructura, orientación, acogida); *pensar* el software de la misma (formación, cultura, comunicación, relación) y *concretar* el debugging<sup>2</sup> (áreas críticas

<sup>1</sup> Torre Queiruga, A. Repensar el mal. De la ponerología a la teodicea. Madrid: Trotta; 2011.

<sup>2</sup> From Wikipedia, the free encyclopedia: *Debugging* is a methodical process of finding and reducing the number of bugs, or defects, in a computer program or a piece of electronic hardware, thus making it behave as expected. Debugging tends to be harder when various subsystems are tightly coupled, as changes in one may cause bugs to emerge in another. Many books have been written about debugging, as it involves numerous aspects, including interactive debugging, control flow, integration testing, log files, monitoring (application, system), memory dumps, profiling, Statistical Process Control, and special design tactics to improve detection while simplifying changes. Disponible el 11/07/2013 en <http://en.wikipedia.org/wiki/Debugging>.

del profesional, fragilidad del enfermo y, en definitiva, limitaciones de toda persona).

### **Pierluigi Marchesi o.h., un profeta polémico en el epicentro**

No hace muchos años (en el 2002) falleció tal como vivió, deprisa y maduro, este buen religioso. Pero siempre hay seres humanos que tienen facilidad para crear filias y fobias. Marchesi es uno de ellos: se ha creado tantos simpatizantes como también paralelos detractores. Es indicio de que no ha pasado desapercibido, se ha hecho notar, ha abierto caminos, ha convulsionado la institución de Juan de Dios y señalado un punto de inflexión en su historia. El mérito es suyo y del Espíritu, una vez más, que sigue escribiendo recto con renglones ondulados.

Muchos fueron los aspectos que se analizaron a raíz de su muerte jalondos por su vida, entregada con total sinceridad a la Orden Hospitalaria<sup>3</sup>, mas con la intención de atribuir a cada cual lo suyo, se pretende, desde estas páginas dedicadas a hacer historia, devolver a Pierluigi Marchesi o.h. lo que le pertenece, antes de que otros intenten arrebatárselo, como se ha pretendido desde otras esferas de la propia vida religiosa.

Se trata de su gran idea de desempolvar la *humanización* y extender su acción en el campo de la asistencia sanitaria, desde la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en primer lugar, hasta las instituciones públicas y privadas, religiosas o laicas que están siguiendo su huella. Por lo tanto, esta doctrina original le corresponde con toda justicia y nadie se la podrá quitar. Tal vez se siga su rastro intentando concretar algo más, pero el mérito, la valentía y la profecía le corresponden a él. La siguiente reflexión pretende ser un homenaje, entresacando y matizando algunas de sus condensadas y espontáneas ideas. Gracias a Pierluigi Marchesi o.h. por situarse en el epicentro de la *humanización* que supo plasmar y encarnar en la realidad del mundo del dolor y del sufrimiento humanos.

Por lo tanto, la palabra *humanización* aplicada a la asistencia sanitaria, nacida en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, se ha difundido con acierto, ha calado en muchas esferas de acción, pero se ha caído en rutina y se ha devaluado. En estos momentos todo vale para la misma, cuando no es así en la realidad y en la vivencia de las personas. La *humanización* se ha deshumanizado, se ha despojado de significado. Hoy el mundo de la asistencia puede moverse ajeno al servicio a los enfermos: al rechazar lo que va más allá de la pura función y actividad sanitaria. Se ha podido perder el valor del servicio a los enfermos y familias. Se rastrean referencias de Pierluigi Marchesi o.h. en su lugar correspondiente, porque el gran reto del sistema sanitario del siglo XXI será lograr que el paciente vuelva a ser protagonista de las actuaciones de todos los

<sup>3</sup> Para poder seguir la trayectoria de sus actuaciones Cf. Cervellera, G., Comolli, GM. Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi. Milano: Ancora; 2012.

profesionales. Humanizar el trato al enfermo y su familia es tarea indispensable, pero no incompatible, con el aprovechamiento de los avances tecnológicos y científicos, en palabras de Paloma Gómez Díaz hace unos años, como presidenta del I Congreso Nacional del Mundo Sanitario.

*Pierluigi Marchesi o.h. en los breves momentos de su intervención en el VI sínodo de los obispos, en octubre de 1983, ya tenía las ideas bastante articuladas y se atrevió a denunciar con energía:*

[...] Oggi abbiamo per varie ragioni una medicina disumanizzata e una lenta emorragia di anima ha portato a svoutare la professione medica ed infermieristica anche degli ideali filantropici che erano il vanto della medicina ippocratica. Medicina più efficiente, ma più lontana dai bisogni del'uomo [...] Necessita una organizzata, programmata, vivicizzata Pastorale Sanitaria, una catechesi nuova per il personale sanitario a tutti i livelli: una catechesi sulla vita, sulla malattia, sul soffrire e sul morire al popolo di Dio: una revisione delle dimensioni apostoliche delle anime consacrate al servizio dei malati ed infine una rinnovata formazione per i ministri dei sacramenti operanti negli ospedali.

Otros colectivos de la medicina, también lo dijeron años más tarde, confirmando aquellas ideas de recuperación y reorganización o de recoquita de su identidad:

Es por todo esto necesario “volver a las fuentes” para reencontrar a la medicina en lo que siempre ha sido y será; índole y naturaleza precisas únicamente vinculable al único testimonio que la certifica: su contenido humano. Éste la originó, la integra y la identifica radicalmente como suceso humano en un tiempo sin fecha y al modo de un presente constante. Y ese contenido humano que la hizo posible desde tiempos remotos, constituye el “humanismo médico”, el humanismo de la medicina que radicalmente la identifica como uno de los más hermosos acontecimientos humanos.

La medicina es humanismo total en el más amplio y profundo sentido de la expresión; más: si la medicina es humanismo esencial, y ambos consustanciados, aquélla es el suceso humano que, por sí mismo, revela mejor que ningún otro testimonio el proceso de humanización del homínido. La medicina es el hecho radical de auxilio y asistencia, y cada uno de estos actos, intemporalmente, identifica lo humano en cada ser-hombre. Esta es la humanización de la medicina. Si el humanismo desaparece de la medicina, es la medicina la que desaparece y no el humanismo. Tal el concepto radical: no es posible la “deshumanización de la medicina”, sino “en la medicina”<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Estas referencias están tomadas del documento presentado ante la Reunión que la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina en Madrid, en noviembre de 1997.

El documento de Marchesi sobre la humanización vino a aportar a los agentes sanitarios su tarea y misión fundamental: “transformare l’impersonale in personale, affinché il sofferente potesse vivere la sua avventura umana e spirituale in un clima di amore e di rispetto [...] nella disumanizzazione una delle principali carenze del processo terapeutico”. Se necesitaba una activación de una práctica que redujera la distancia entre las prestaciones ofrecidas y la expectativa de quien sufría la enfermedad, es decir la humanización. Se necesitaba “guardare alla malattia in quanto portata dall’uomo, da un essere che spesso fa gravare su un organo il suo danno psichico, a volte, anche la patologia dello spirito”. Umanizzazione, significava “prenderse cura” in modo esemplare del malato nella sua globalità, in un contesto di siempre maggiore frazionamiento e specializzazione<sup>5</sup>.

### Rastreando el concepto de Humanización

El sentimiento común de las personas hace que se puedan abarcar infinitos matices que definirían la *humanización*. Como muestra de ello sirva esta aproximación o listado, que no pretende ser exhaustivo, tomado de manera directa y sin mayores pretensiones en el desarrollo de diversos encuentros formativos y seminarios. En estas concepciones se concentra la esencia del tema que nos preocupa y que se tratará de concretar y sistematizar de la mejor manera que sabemos. El hablar de humanización implica:

- Atención personalizada, individualizada.
- No trabajar mecánicamente, es decir, sin olvidar que el enfermo es una persona con dignidad.
- No ser demasiado paternalista.
- Tratar al enfermo como nos gustaría ser tratados: con dignidad.
- Comprender y ayudar.
- Tener empatía, sentir con el otro. Humanización es la atención y cuidados basados en el respeto, cercanía. La utilización de la empatía para poder comprender la situación de nuestro prójimo y así ayudarlo en la medida de lo posible.
- Hacernos más humanos. Dejar patente lo que nos diferencia de otros seres vivos y nos hace humanos: la razón.
- Proporcionar cuidados en las necesidades.
- Evitar las desigualdades.
- Es un término que resume: el trato humano, justo, equitativo y deseable que todo ser debería recibir en cualquier momento y no a expensas de un mal físico, social, biológico o psicológico.
- Hacer sentirse a una persona como tal, como una persona humana en todos sus ámbitos, a través de la autoestima, confianza, cariño, amistad, seguridad...

<sup>5</sup> Cf. Cervellera, G., Comolli, GM. Ospitare l’uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi. Milano: Ancora; 2012. p.81

- Conjunto de acciones que se pueden realizar para conseguir un cierto bienestar, tales como: ayuda, apoyo...
- Humanización es individualizar el plan de cuidados en cada enfermo y tener presente el compendio holístico que ello representa.
- Forma de relación interpersonal que quisiéramos que utilizarasen con nosotros en el caso de ser enfermos. Es decir, ser conscientes que antes que enfermo se es persona viva, que posee los mismos sentimientos que una persona sana (incluso más).
- Tratar al enfermo con los valores que nos gustaría que nos trataran a nosotros, es decir, con cariño, educación, sensibilidad...
- Una atención humanizada es aquella que unifica la técnica con el apoyo empático a nivel psíquico y a nivel de sentimientos con el enfermo.
- La humanización es conocer y respetar la dignidad de uno mismo para poder entender las necesidades y limitaciones de los demás, conocer sus ideas y sus fines para poder proporcionarle los medios necesarios para conseguirlos.
- Amar al prójimo como a uno mismo. Tener corazón.
- Tratar a la persona como una persona: por su nombre, no por su patología. Administrar técnicas teniendo en cuenta a la persona. Respetar su intimidad, su historia personal, sus decisiones, su entorno familiar.
- Humanización consiste en proporcionar cuidados a la persona de manera: solidaria, digna, con respeto, empatía, teniendo en cuenta sus decisiones y sus valores.
- Un rasgo deshumanizador de la asistencia sanitaria actual es la cosificación. Cosificación es para Javier Gafo, la conversión del paciente en un objeto, perdiendo sus rasgos personales e individuales para ser identificado sólo como una patología.
- Humanizar es comprender al hombre en su totalidad. Y esto sólo es posible si caminamos hacia el encuentro del ser humano desde lo hondo: escuchando, conociendo, reconociendo sus problemas, sus esperanzas, sus dificultades, su historia. Pero el encuentro sólo es posible en reciprocidad.
- Humanizarnos para humanizar. Y esto sólo es posible si asumimos la valentía de reconocer nuestra propia historia también llena de soledades, fracasos, dificultades, esperanzas.
- Atención a la persona no sólo desde la evidencia, sino basada en valores.
- La hospitalidad es el paradigma de la humanización.
- La humanización resulta ser un factor constitutivo de la calidad.
- No puede haber ética sin calidad, ni calidad sin humanización.

*Humanizar* podría ser comprender al hombre de forma puramente holística. Sólo desde ahí, renovándonos en profundidad, podemos descubrir a los demás, reconociendo que toda persona es portadora de unos valores que la constituyen como tal y dignifican, si hemos progresado en la hospitalidad.



Toda persona participa de la *humanización* en un encuentro sólo posible en reciprocidad, cuando: no nos utilicemos con intereses comerciales, no nos “cosifiquemos”, nos respetemos y dignifiquemos, compartamos tareas y proyectos; cuando estemos libres de prejuicios, seamos flexibles, aunque no veletas y, sin esgrimir ni valores, ni modelos, ni mentalidades dominantes (Cf. Anexo II).

Aparecieron allá por enero de 1999<sup>6</sup> unas notas de Javier Escudero que intentaba hacer una enumeración de lo que han hecho destacadas personalidades, y habría de hacerse por la humanización de la medicina y para renovar la vocación de muchas personas relacionadas con tal tarea. Bueno es recordar de vez en cuando que es preciso humanizar la propia profesión y retomarla con nuevo entusiasmo, apostando por ella. Para humanizar hay que estar humanizado uno mismo mediante la aceptación de la condición humana: limitada y potencial. Es preciso asimilar las propias limitaciones para poder comprender las de los demás.

Humanizar un hospital, un centro de salud, -se ha dicho desde el principio por Marchesi<sup>7</sup>- es impedir que se pase de largo junto al hombre, impedir la inhumana división entre persona y enfermedad.

La humanización exige tener un proyecto ético de asistencia, con los recursos necesarios, que defienda los derechos del enfermo, que respete el secreto profesional, que informe a su debido tiempo de lo que el paciente necesita y debe saber, que acompañe la angustia que, -sobre todo cuando el proceso de enfermedad es grave-, aparece y que es difícil elaborar<sup>8</sup>.

La humanización implica contemplar con seriedad planteamientos bioéticos que dan respuestas a la evidencia real de cada día. La humanización aplica la doctrina social recta a la gestión de los centros sanitarios y a las actuaciones de cada uno de los profesionales de la salud, según unos valores conocidos y establecidos, según una cultura.

Se ha contrapuesto con la técnica, cuando no es esta una buena aproximación: una humanización sin técnica, no es tal humanización. La humanización, como acción de humanizar, no la podemos mirar sólo por planos horizontales; ha de orientarse también de manera vertical porque es un movimiento ascendente-descendente-ascendente, o de otra manera, “es la ascensión de los constitutivos más débiles del hombre que son los que aproximan a la realidad del mismo, para descubrir de manera intermitente los elementos constitutivos de otros niveles humanos”<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Cf. Diario Médico del lunes 11 de enero de 1999

<sup>7</sup> Marchesi, P.L. La Humanización. Madrid: Secretariado Interprovincial de España; 1981. Los textos que mencionamos en italiano, están tomados del original Umanizzazione. Roma: Curia Generalizia dei Fatebenefratelli; 1981.

<sup>8</sup> Cf. Piles, P. El hospital: templo de la humanidad. Dolentium Hominum. 1996;31:104-106.

<sup>9</sup> Cf. Plumed, C. Diario Médico. 1999.

El primer paso para humanizar, es humanizarse, es decir, conseguir la unidad personal que posibilita realizarse en la vida, sin perder el equilibrio interno. Humanizarse es estar centrado en la propia autorrealización. La humanización es una brújula que orienta la vida personal y la actuación en la misma según unos patrones concretos que tienen en cuenta: una escala de valores; el hombre como centro; el sentido de la vida a nivel personal y profesional.

Chi passa oltre l'uomo malato, cioè oltre la persona nella sua totalità, non è ancora diventato persona, non ha raggiunto la sua unità, la sua umanità. Difatti, se avesse l'umanità – che è un valore religioso, poiché «Cristo è il volto umano di Dio» – se fosse capace di amare se stesso e di rispettarsi, saprebbe anche amare l'altro, oltre che occuparsi della malattia dell'altro <sup>10</sup>.

Una institución, un lugar, se dice están humanizados, cuando en ellos actúan personas humanizadas y en consecuencia, se palpan las siguientes pautas:

- Hay transparencia y apertura, hay clara distinción de jerarquía y niveles de autoridad con unas vías definidas de comunicación fluidas: cada cual sabe lo que tiene que hacer.
- Se cree y practica el trabajo en equipo: hay confianza mutua.
- Hay inquietud por llevar a cabo una digna formación continuada a todos los niveles para mantener la disponibilidad para el encuentro con el enfermo, con los familiares, con los compañeros de trabajo.
- Se mira hacia el futuro sin estancarse en el presente que agoniza con el pasado.

En el ambiente hospitalario, se puede llegar a prestar atención sólo al avance tecnológico, científico, al trabajo como tal, a la política. Se puede hacer la actividad o el servicio técnico que hay que hacer porque está mandado y en el tiempo establecido. Pero:

- Moverse en la línea de la humanización significa haber adquirido una cultura que afine la sensibilidad para ver al enfermo con simpatía; haber depurado el juicio para tratar de comprenderlo en sus virtudes y miserias: haber elevado la razón de vida para estar presto a servirlo y ayudarlo.
- El desarrollo de la cultura de la humanización es una necesidad para el equipo multidisciplinar de salud, sin la cual será difícil brindar la comprensión, seguridad y apoyo que espera el hombre enfermo.
- Quienes trabajan en el mundo de la salud han de ser personas que aprendan todos los días a ser sensibles al dolor humano.
- La relación que se establece con la persona enferma y con su

<sup>10</sup> Marchesi, PL. Umanizzazione. Parte Prima, Capitolo Quarto. La nostra missione: impedire che si passi oltre l'uomo. Roma: Curia Generalizia dei Fatebenefratelli; 1981.

familia, es eminentemente humana, no se limita a lo profesional exclusivamente.

- Una cultura de la humanización sabe y aprecia lo relativo a la ciencia, y sabe que más allá de los descubrimientos, de los avances en el campo de la medicina, de la física, de la química, están las reacciones psíquicas del enfermo, su angustia y sufrimiento. Una cultura de la humanización se mueve en la civilización del amor, porque:
  - Las máquinas pueden realizar grandes cosas, pero nunca comprender el sufrimiento del enfermo, sus tensiones, o sus emociones.
  - Se ha de considerar el impacto que tiene en los usuarios, los grandes avances científicos y tecnológicos actuales. ¿Es para aumentar la eficacia de la asistencia, o para agregar un sufrimiento más a los enfermos?
  - Se corre el riesgo de servirse de los aparatos para velar mejor al enfermo, o de atender más a la máquina que al paciente mismo...

La humanización que se precisa hoy en la asistencia se ha de centrar a tres niveles: personal, de equipo e institucional. En definitiva, la humanización emana de la voluntad política del Sistema de Salud que ha de procurar lo mejor para la salud de los ciudadanos sin generar marginación. Se redundará más adelante en estos y similares rasgos, que nos hacen vislumbrar el concepto de humanización tanto en su *hardware*, en su *software* como en el *debugging*.

En definitiva, “Il travaglio di umanizzazione del proprio esistere prelude necessariamente a delle scoperte interiori, a delle vere e proprie crisi di coscienza. [...] Se ci siamo accostati al concetto vero di umanizzazione, abbiamo fatto le nostre scoperte interiori, abbiamo vissuto vere e proprie crisi di coscienza?”<sup>11</sup>.

### ***¿Alguna aportación del humanismo a Juan de Dios y a la humanización?***

El siglo que transcurre entre 1450 y 1550 es una de las etapas más interesantes de la Historia. Es la época de los descubrimientos geográficos, del humanismo, de la imprenta, del tiempo de la circulación de las ideas en Europa, y también el de las rupturas de la fe con el protestantismo, calvinismo y cisma de Inglaterra. Tiempo, en fin, en que esas rupturas conviven con deseos de auténtica reforma de la Iglesia, universalizados por el concilio de Trento y también impulsados por humanistas como Moro, Luis Vives y Erasmo según algunas expresiones de Rafael Navarro-Vals. Coincidencias de la vida, en este siglo vive y muere san Juan de Dios, quedando pergeñada la actuación y estilo de la Orden Hospitalaria.

<sup>11</sup> Cf. Cervellera, G., Comolli, GM. *Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi*. Milano: Ancora; 2012. pp.14-15

¿Y san Juan de Dios pudo conocer las ideas del humanismo? Hay un sentimiento y deseo común a favor del sí. Juan tuvo una librería, aunque no supiera escribir y leer mucho, al ser hombre de acción; sin embargo, algo pudo haber captado de las doctrinas del momento. Juan (hacia 1495-1550) y Erasmo (hacia 1467-1536) son contemporáneos e incluso coetáneos, por lo que alguna referencia del mismo pudo tener, a través de Juan de Ávila... No lo podemos afirmar con certeza aunque sí podemos sospechar algunos indicios por su propio comportamiento y acciones, como ya queda mencionado. Se sugieren, a continuación y en paralelo, algunos interrogantes que muy bien podrían resultar hipótesis para próximos trabajos.

Al humanismo, en última instancia, le seguimos debiendo haber descubierto que nuestra dimensión es la historia, que el hombre vive en la historia, o sea en la variación, en la diversidad de entornos y experiencias, en el relativismo. Pero, por ahí, también en la esperanza. Porque esa visión de la realidad y la temporalidad implica de suyo un programa de acción: implica que es posible cambiar la vida, que la restitución de la cultura antigua abre perspectivas nuevas, que el mundo puede corregirse como se corrige un texto o un estilo<sup>12</sup>.

Porque el humanismo era, una cultura completa, un sistema de referencias, con un estilo de vida, y era en verdad un “humanismo” como alternativa total al mundo que despreciaba el potencial de tal alternativa. Sistema de referencias que proporcionaba unas coordenadas para situar las más diversas experiencias y que imponía escasas constricciones que no fueran formales, de “estilo”, en un orden de cosas en que no pudieran moverse ágilmente, a poco que les apeteciera<sup>13</sup>.

En el humanismo, el nombre mayor, en sus días como en los nuestros, es sin duda Erasmo de Rotterdam<sup>14</sup> que pretendía ofrecer el reverso de la teología oficial y reemplazarla por otra totalmente opuesta.

La figura de Erasmo no puede comprenderse sin tener en cuenta que acabó convirtiéndose en símbolo de actitudes modernas y de mentalidad nueva. La presencia intelectual, religiosa, espiritual y cultural del escritor es una presencia que marcó profundamente la cultura española y que promovió una renovación de las letras, profanas y teológicas que sigue siendo un hito en nuestra historia.

En los primeros años del siglo XVI, llegan a España las primeras traducciones y se conocen sus escritos y el punto final nos lo da la década de los años cincuenta, cuando la muerte del emperador Carlos y el agravamiento de la situación religiosa termina con lo que restaba de humanismo erasmista que, en adelante, quedará reducido a círculos minoritarios y elitistas, en términos intelectuales. *El elogio de la locura* se introduce

<sup>12</sup> Rico, F. El sueño del humanismo. Barcelona: Destino; 2002. pp.43-44.

<sup>13</sup> Cf. Ibidem, pp.48-50.

<sup>14</sup> Nacido hacia 1467, murió en 1536.

en España por Hernándo Colón, en 1516, en la obra se vierte todo un programa de reformismo social, crítico y mordaz. Erasmo reivindica la locura como sabiduría de la vida, locura necesaria y saludable, lejos del concepto de enfermedad del espíritu que había forjado la Edad Media.

Juan de Dios es llegado a ser tenido por loco e ingresado para su tratamiento..., durante el cual aprende a querer cambiar cuanto ve y la forma en cómo son tratados los enfermos y él mismo: de forma inhumana. De ahí que salga con el deseo de tener un hospital propio, donde pueda realizar su sueño de atención personalizada, como diríamos actualmente<sup>15</sup>. Juan de Dios es considerado el creador del hospital moderno al buscar y ubicar la atención individualizada.

El núcleo de la teología erasmiana reside en el lenguaje, y con perfecta coherencia, porque Dios se ha hecho lenguaje y a través del lenguaje hay que buscarlo, con un mínimo de preceptos y la intensa frecuentación de unos libros cardinales; y como ellos, obviamente, la propagación de esa teología, al igual que su adquisición, sigue el programa de la retórica antigua: en resumidas cuentas, con el horizonte de una grandiosa reforma moral y social, lo que importa es persuadir, y para inducir a la acción recurre como instrumento privilegiado al *páthos*, a esos “afectos del ánimo” que los oradores logran despertar porque los experimentan en sí mismos y porque prestan particular atención al carácter y a las circunstancias del auditorio al que se dirigen<sup>16</sup>.

¿Pudo sucederle algo parecido a Juan de Dios, en la ermita de los Mártires en Granada, después de las palabras de Juan de Ávila que le llevaron a ser tomado por loco? Pero muy pronto el Maestro Ávila se dio cuenta que estaba ante otra especie de locura, revolucionaria, renovadora, reivindicativa de los derechos de los más pobres..., y aprovechó la situación para su impulso, teniendo como instrumento a Juan de Dios, modelándolo adecuadamente.

[...] el laicismo estratégico, instrumental, de los humanistas se volvía autónomo en los ilustrados, la Razón desplazaba a Cristo [...] Los humanistas nunca llegaron a resolver por completo la tensión entre autoridades y experiencias, entre fidelidad al pasado e implicación en el presente [...] Oíamos a Valla afirmar que “el pueblo habla mejor que el filósofo” y cifrar la norma del lenguaje en la costumbre y el significado en el uso<sup>17</sup>.

¿No podría ser similar a la forma de hablar Juan de Dios con su ejemplo, que arrastró a la sociedad granadina? Juan solamente tiene una palabra ritual: *¿Quién hace bien para sí mismo! ¿Hacéis bien por amor de Dios,*

<sup>15</sup> En las referencia a Juan de Dios, se sigue cuanto relata en su primera biografía el Maestro Francisco de Castro en Gómez-Moreno, M. Primicias históricas de San Juan d Dios. Madrid: Provincias españolas de la Orden Hospitalaria; 1950.

<sup>16</sup> Cf. Rico, F. o.c. p.120.

<sup>17</sup> Ibidem, p.153.

*hermanos míos en Iesu-Cristo? ¿Quién hace bien para sí mismos, hermanos? o haced bien para vosotros mismos hermanos*<sup>18</sup>. Y después actúa con el ejemplo hasta desvencijarse y morir por los demás. Un lenguaje comprensible por los más sencillos...

La grandeza del humanismo reside precisamente en haber abierto tantos caminos, que a partir de un cierto momento ya no pudo seguir recorriéndolos por sí mismo, con los planteamientos que le eran propios, y tuvo que ceder el paso a otros<sup>19</sup>.

¿Podríamos insertar en este momento la actuación y estilo de Juan de Dios que convulsiona la sociedad granadina e invade parte del territorio de la España real? Juan abre su propio camino, sin miramientos sino con entrega total, porque no pide para él sino para el hermano que sufre y más lo necesita...

Giovanni Pico della Mirandola, para encontrar nuevas explicaciones de la grandeza del hombre, debe partir de un conjunto de proposiciones convencionales: el hombre es vínculo de cielo y tierra, *cópula* e intérprete del mundo... Mas uno y otro conjugan tradición e innovación; y justamente la suma de ambas fija en el Renacimiento el canon *de dignitate hominis* que ahora nos puede ser útil<sup>20</sup>.

“Por los cuerpos a las almas” -dirá continuamente Juan de Dios. Y este será el motivo de la actuación tanto de sus seguidores como de la institución hospitalaria a lo largo de toda su historia.

El hombre es superior a los animales por obra de la razón, cuyo instrumento esencial es la palabra. Con la palabra se adquieren las letras y las *bonae artes*, que no constituyen un factor adjetivo, sino la sustancia misma de la humanitas. La *humanitas*, por tanto, mejor que cualidad recibida pasivamente, es una doctrina que ha de conquistarse. No sólo eso: la auténtica libertad humana se ejerce a través del lenguaje, a través de las disciplinas, ya en la vida civil, ya en la contemplación<sup>21</sup>.

Cuando Juan cuida de los animales en casa del Mayoral, en Oropesa de Toledo, se admira lo gordos que están, en contraposición con la miseria de muchos pobres que conoce y no tienen qué comer. Y no se puede quedar pasivo e instalado. Sale fuera del acomodo y busca a quien lo necesita.

L'idea tipica dell'umanesimo cristiano, secondo cui la salute è il risultato di un equilibrio fisico e morale, incomincia a farsi strada in lui e lo porta alla costruzione di quel modello assistenziale che noi abbiamo riscoperto sotto il termine di umanizzazione [...] san Giovanni di Dio fu una delle

<sup>18</sup> Cf. p. e. Castro, capítulo XII; Testigo 40 del Proceso de beatificación o Constituciones de 1587.

<sup>19</sup> Cf. Rico, F. o.c. p.158.

<sup>20</sup> Ibidem, pp.171.

<sup>21</sup> Cf. Ibidem, pp. 172-173.

più grandi figure del vero umanesimo, di quello “che non si esauriva in sterili distici latini, o non si limitava all’arte, alla scienza e alla filosofia”, ma volgeva lo sguardo a tutte le miserie umane per porvi rimedio; per questo, “Giovanni Ciudad, come uomo, è il perfectò umanista, se umanesimo vuol dire valorizzazione dell’individualità umana [...] “Non nova sed noviter”: questo era il suo motto. “Non cose nuove ma in forma nuova” come, ad esempio, una nuova attenzione alla dignità e alla sacralità dell’uomo<sup>22</sup>.

Juan de Dios llegó a ser un humanista, a su manera, sin moldes copiados sino que los inventa. Y cada humanista recorre un tramo mayor o menor en ese camino de las artes del lenguaje a un mundo nuevo. Cada época orienta el programa máximo hacia unos objetivos preferidos a otros, más urgentes que otros, y lo aplica con la pericia clásica que los tiempos hacen posible<sup>23</sup>. Juan lo encarna haciéndose manos y pies de la caridad en una sociedad injusta, desequilibrada y que margina. Juan se hace uno más desde el dolor y desde la enfermedad y miseria porque continuamente “se le quiebra el corazón al no poder socorrerlos”.

### *Un precursor esencial en la humanización*

Juan Ciudad se aproxima al sentido y significado de la humanización en su esencia y núcleo. Juan hace un recorrido, un itinerario para poder llegar a la meta y para poder ser ejemplo para otros que siguen su obra de aproximación al mundo del dolor y de la enfermedad, y en muchos casos del sufrimiento.

San Giovanni di Dio aveva raccolto e coltivato – da qui la sua grande «cultura» – l’idea che occorre dedicare tutta la vita all’amore di Dio ed al servizio degli ammalati. La sua carità era rivolta a proteggere la vita umana, a rendere onore al bisognoso, a diminuire la miseria. *Questa era* la cultura del nostro Fondatore, che proteggeva la vita umana assistendo l’uomo per i bisogni corporali, per quelli morali e per quelli spirituali<sup>24</sup>.

Pero Jesús de Nazaret, ya había esbozado el itinerario de encarnación para experimentar y potenciar la condición humana. José Sánchez o.h. ha delineado, como ninguno otro anteriormente, el proceso definitorio de la radicalidad de la humanización en Cristo y en Juan de Dios. Tomamos algunas notas que nos parecen conclusivas de su reflexión<sup>25</sup>:

<sup>22</sup> Cervellera, G., Comolli, GM. Ospitare l’uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi. Milano: Ancora; 2012. pp.16-20.

<sup>23</sup> Cf. Rico, F. o.c. pp. 213-214.

<sup>24</sup> Marchesi, PL. Umanizzazione. Parte prima: l’umanizzazione missione improrogabile. Capitolo primo: l’uomo come centro. Roma: Curia Generalizia dei Fatebenefratelli; 1981.

<sup>25</sup> Cf. Sánchez Martínez, J. o.h. “Kénôsis-Diakonia” en el itinerario espiritual de San Juan de Dios. Madrid: Fundación Juan Ciudad; 1995.

1.- Abajamiento de Cristo: La *kénôsis-diakonia* de Cristo en el Himno de Flp 2, 6-11: Tened los mismos sentimientos de Cristo: [...] se despojó de su rango tomando la condición de esclavo, se rebajó sometándose [...] hasta la muerte, y una muerte de cruz. Por eso Dios lo levantó sobre todo<sup>26</sup>.

2.- Abajamiento de Juan de Dios, locura de Juan de Dios: En la primera [etapa], de la infancia a la conversión, nuestro santo desciende paso a paso hasta las profundidades de un sí total a Dios hasta 'la locura': es la hondura de su *kénôsis* de conversión, cuyo despojo ya nunca abandona, haciéndose radicalmente cercano a los pobres en el abrazo de su misma pobreza real. Durante la segunda etapa, esta misma *kénôsis* caracteriza y condiciona, en Juan de Dios, su forma particular de entrega a la misión caritativa y su carisma personal de servicio en la *diakonia* del Espíritu. [...] en el episodio de 'la locura' se resuelve todo su pasado, y todo su futuro se orienta y encamina. Quizá sea ésa la única idea en que toda la historiografía de Juan de Dios se acuerda y unifica [...].

a) dicha 'locura' puede ser considerada como una forma de realización personal en la vivencia radical de la *kénôsis* de Cristo, ya aceptada en la conciencia y en la 'praxis' cristiana tradicional;

b) que, al haber sido aprobada en dirección espiritual, no plantearía ningún problema el que sea considerada como un componente decisivo en el camino de Juan de Dios hacia la santidad. [...] en su recorrido interior, la experiencia de *kénôsis* en la vida de Juan de Dios tiene sentido de humilde sometimiento radical de la persona a Dios, y de descenso, de encarnación en la pobreza, como actitud fundamental de su entrega el servicio en la *diakonia* del Espíritu. Más aún, la investidura del carisma para esta misión de servicio, la recibe Juan de Dios en el paso de la *kénôsis*, en el total anonadamiento y despojo, que marca ya para siempre su forma de entrega a los pobres.

En san Juan de Dios, su vivencia de la *kénôsis* de Cristo está profundamente vinculada a la *diakonia* del Espíritu; tanto, que no será posible vivir su carisma de servicio en la *diakonia*, sin el contexto de despojo más radical aceptado en su *kénôsis*<sup>27</sup>.

Hay autores de diversas disciplinas y artes que han pensado y actuado en sus aportaciones en el mismo sentido: "Para Juan (*evangelista*) la crucifixión es la exaltación gloriosa. Incluso en el máximo rebajamiento, en la más radical *kénôsis*, como dice el texto al que pone música Johann Sebastian Bach al comienzo de su *Pasión según san Juan*, incluso entonces sigue manifestando el Señor su dominio, su señorío, su carácter de *Dominus*: esa *Maiestas Domini* cuyo efecto es la gloria"<sup>28</sup>.

La esencia pues de la humanización viene a resultar que es, la aproximación, el abajamiento a la realidad radical del hombre y del hombre

<sup>26</sup> Ibidem, p.249.

<sup>27</sup> Ibidem, pp.279-281.

<sup>28</sup> Trías, E. La imaginación sonora. Argumentos musicales. Barcelona: Círculo de Lectores; 2010. p.149.



en necesidad, para desde ahí descubrir y tratarlo con la dignidad que le corresponde por el mero hecho de ser persona.

L'umanità diviene divina nel momento in cui il divino diviene umano. Da questo momento il compito dell'uomo è prendere i suoi talenti e farli fruttare, cioè diventare egli stesso portatore di un messaggio di libertà, verità e amore. [...] Semmai lo Stato ha valore in quanto aiuta l'uomo a divenire persona. Divenire persona vuol dire realizzare al massimo le proprie possibilità, le proprie potenzialità; questo è valido anche per il cristiano, nonostante certe nostre scuole abbiano svalutato la persona umana, contrapponendola arbitrariamente al soprannaturale: è una delle tante dicotomie del pensiero filosofico e di una certa spiritualità o meglio spiritualismo pseudo-cristiano. E oggi stiamo ancora scontando una secolare e pervicace prevenzione nei confronti dell'umano<sup>29</sup>.

En concreto, la humanización de Juan de Dios para Pierluigi Marchesi o.h., consiste en que “[...] Giovanni prese a distruggere la propria immagine spogliandosi e rotolandosi nel fango e a distruggere il proprio passato strappando le immagini dei libri che prima vendeva [...] la follia che lo condurrà all’Ospedale Reale di Granada rappresenta il momento supremo di questo processo di avvicinamento all’uomo sofferente di cui egli diventa simbolo prima di essere servitore [...] Qui la discesa verso l’uomo, il processo di umiliazione e di caduta verso l’abisso delle sofferenze morali e materiali conseguenti al suo ”costituirsi malato di mente”, è completa”<sup>30</sup>.

### Fundamentos éticos para una asistencia de calidad

Es fuerte el impulso “de servir a enfermos y necesitados con calidad y calidez, lo cual exige una formación permanente y contar con los medios que la técnica nos ofrece, para *servir al hombre de hoy con un proyecto de asistencia técnico, moderno, pero fundamentado en la ética evangélica;*” (Pascual Piles o.h. 08.03.1996).

Significa lo mismo decir sobre la *humanización como proyecto* que, se exigen ser cumplidos una serie de requisitos<sup>31</sup>: 1. Tener un proyecto ético de asistencia, porque los recursos que se tienen para la asistencia suelen ser limitados. 2. Defensa de los derechos del enfermo en función de estos recursos limitados. 3. Secreto profesional. 4. Información. 5. Acompañamiento en los momentos de angustia. 6. Elaboración de la pérdida o del duelo. En síntesis se precisa articular la asistencia sobre el trípode ética-calidad-humanización, de manera inseparable y mutuamente necesarios: la ética no existe sin la calidad y ésta tampoco, sin la humanización.

<sup>29</sup> Marchesi, PL. Umanizzazione. Parte prima: l'umanizzazione missione improrogabile. Capitolo primo: l'uomo come centro. Roma: Curia Generalizia dei Fatebenefratelli; 1981.

<sup>30</sup> Cf. Cervellera, G., Comolli, GM. Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi. Milano: Ancora; 2012. p.15

<sup>31</sup> Cf. Piles, P. El hospital: templo de la humanidad. Dolentium Hominum. 1996;31:104-106.

La humanización es una brújula que orienta la vida profesional y personal según los patrones concretos. Estos patrones concretos que marcan la posible humanización tienen en cuenta estos *ámbitos*: tener una escala de valores, elaborar una concepción del hombre y sentido de la vida tanto a nivel personal como a nivel profesional. Es decir que para humanizar lo primero que hay que hacer es *humanizarse* a uno mismo, es decir, conseguir un equilibrio personal que permita a los profesionales como tales y sobre todo como personas, realizarse en la vida sin perder el equilibrio interno. Humanizarse es estar centrado en la autorrealización.

Y esta ética aplicada a una organización exige moverse en torno a unos amplios aspectos de la calidad que se especifican en diversos aparatos seguidamente:

- inventar instrumentos analíticos y estrategias coherentes para medir los efectos de cada acción emprendida;
- responsabilizar y motivar a todos los componentes a asumir el mismo modelo funcional;
- calcular equitativamente las inversiones en relación a los fines de la Sociedad - Estado y a los recursos disponibles;
- evaluar los resultados para adecuar periódicamente los medios a los fines.

## **1) La Hospitalidad**

La Hospitalidad según la Carta de identidad, vendría a ser la traducción de la Misericordia como expresión fundamental y central del estilo y el patrimonio cultural y espiritual de la Orden Hospitalaria. La razón de ser de la vocación del hermano de san Juan de Dios es mantener “viva la presencia misericordiosa de Jesús de Nazaret”, encarnando “sus sentimientos hacia el hombre enfermo y necesitado”, para manifestar que “permanece vivo entre los hombres” (Cf. Espiritualidad, 63).

El estilo que desde los orígenes nos caracteriza se muestra en las siguientes virtudes: “servicio humilde, paciente y responsable; respeto y fidelidad a la persona; comprensión, benevolencia y abnegación; compartir las angustias y esperanzas.” (Constituciones, 3b).

La misericordia es, ante todo, capacidad de comprensión, de compasión, de perdón, de ser agentes de reconciliación, que se manifiesta en la reacción ante la culpa, ante el pecado (Espiritualidad, 37).

La Hospitalidad es el referente esencial de la misión de la Orden a nivel asistencial, de la gestión de los recursos humanos y económicos, de la formación e investigación y de todo lo que tenga que ver con la puesta en marcha del proyecto de la Orden en cualquier lugar del mundo.

Es el valor esencial y transversal: aquello que, porque es bueno, resalta el bien al que se tiende y se quiere conseguir. Es una virtud principal: la práctica habitual que nos acerca al valor esencial. Es un imperativo ético central: la referencia básica del deber ser con uno mismo y con los demás. Ser acogedor y tratar a los demás con educación y respeto.

La Hospitalidad informa todos los demás valores que ejercemos, con la colaboración de numerosas personas, para conseguir un mundo más humano. La hospitalidad nos habla de las relaciones que se establecen entre un huésped y aquella persona que lo acoge (el anfitrión). En esas relaciones hay obligaciones y responsabilidades. El huésped y el anfitrión están en mutua relación: no existe el uno sin el otro (Espiritualidad, 50).

Las dimensiones y motivaciones para practicar la hospitalidad son: *Antropológica*: llamados a acoger al otro y a construir una casa común, un mundo habitable, fraterno; *Religiosa*: Dios acoge con amor y misericordia al ser humano y nos pide hacer lo mismo entre los hombres; *Psicológica*: sólo en el “nosotros” podemos ser tú y yo en plenitud, desde la acogida mutua; *Social*: la solidaridad nos llama a mejorar el mundo y la sociedad, dando, compartiendo y haciendo algo por los demás, en especial los más desfavorecidos.

En síntesis y, con palabras de Pierluigi Marchesi o.h.:

Credo che il malato di oggi, oltre che di mezzi tecnici avanzatissimi, ha bisogno di ospitalità nel vero senso della parola. Se l'ospedale non ospita l'uomo, la totalità dell'uomo, noi diamo un grande scandalo, oltre a togliere credibilità alla nostra testimonianza: i malati possono capire qualcosa di Dio soltanto se noi lo manifestiamo attraverso la nostra umanità [...] Al malato interessa avere un punto di riferimento sicuro, un porto cui affidare la propria barca, quella della esistenza messa in pericolo dalla malattia. E chi rappresenta il porto se non il religioso che, a tempo pieno e per vocazione, per scelta lucida e responsabile, brucia la propria vita per il benessere del prossimo?<sup>32</sup>.

Y no puede haber una hospitalidad que no sea humana, no hay hospitalidad sin humanización ya que:

L'uomo deve entrare come soggetto – partecipe, informato e responsabile – della propria guarigione o della propria salute. [...] *Umanizzare l'ospedale non vuole dire aggiungere un lusso maggiore ad opere già ritenute buone, ma vuol dire donare quella cosa di cui l'uomo ha un grande bisogno, o meglio, ha un assoluto bisogno, e cioè l'umanità.*

<sup>32</sup> Marchesi, PL. Umanizzazione. Parte Prima, Capitolo Quarto. La nostra missione: impedire che si passi oltre l'uomo. Roma: Curia Generalizia dei Fatebenefratelli; 1981.

L'umanizzazione della vita risponde ad una necessità diffusa in tutto il mondo (si chiami rispetto dei diritti umani, rispetto dell'uomo, realizzazione o promozione il discorso è sempre lo stesso): *la nostra società ha bisogno di un «supplemento» di cuore*, oltre che di un supplemento di anima (Bergson)<sup>33</sup>.

Muchos autores han hablado sobre la hospitalidad desde diversos enfoques o aproximaciones. Llama la atención al respecto la aportación y reflexión que hace Daniel Innerarity<sup>34</sup> desde el ámbito del saber filosófico. Nos sirven algunas referencias de este autor, y de otros muchos, para acompañarnos en nuestro proceso de aproximación a la hospitalidad como humanización y, en definitiva como esencia de calidad. Partiendo de la base que *la hospitalidad siempre es una respuesta a una iniciativa ajena*.

La categoría de la hospitalidad puede servir para articular una teoría moral en virtud de su universalidad cultural y la riqueza de sus significaciones. Como categoría, permite interpretar la situación general del hombre en el mundo. La categoría de la hospitalidad recoge el empeño de hacerse interpretativamente con la rica extrañeza de la vida, de los otros, de la cultura en que vivimos, a veces demasiado opaca hasta rozar lo incomprendible u hostil, pero que está en el origen de ese aprendizaje de lo nuevo, el contacto con lo distinto y la armonización de lo dispar en que nuestra vida consiste<sup>35</sup>.

La ética de la hospitalidad puede entenderse como una ética de los acontecimientos; es más una teoría de la pasión que de la acción pues se apoya en la experiencia de que, la vida es menos un conjunto de iniciativas soberanas, que respuestas a invitaciones que el mundo nos hace, frecuentemente sin nuestro consentimiento. La hospitalidad no la iniciamos nosotros, la motivan tanto los sucesos externos como las personas que nos rodean. Nuestra tarea es saber responder. Tal vez habría cierto paralelismo con la responsabilidad en el ámbito del pensamiento de Viktor Frankl: cómo respondo a la vida, a lo que se me presenta.

La ética de la hospitalidad es el aprendizaje del trato productivo con la alteridad, la capacidad de estar al alcance de la realidad, de manera que ésta pueda, como un huésped autónomo, contradecir el propio saber o exceder el propio querer. La competencia ética fundamental consiste en la apertura hacia lo otro y los otros, en estar accesible a los requerimientos del mundo, atento a lo distinto de uno mismo. *La experiencia moral no queda bien descrita con las categorías de lo subjetivo y lo objetivo; se expresa mejor en la constelación que*

---

<sup>33</sup> Cf. Ibidem.

<sup>34</sup> Cf. Innerarity, D. Ética de la hospitalidad. Barcelona: Ed. Península; 2001.

<sup>35</sup> Cf. Ibidem. p.13.

*forma el encuentro, en las categorías que rigen el ámbito de la recepción*<sup>36</sup>.

*El esquema típico de una ética de la hospitalidad se expresa en la capacidad de hacerse cargo de las situaciones, de un modo parecido a como uno se arregla en la vida con cuanto se le presenta inopinadamente, sean personas o acontecimientos. [...] Existe un tipo de saber que se aprende al sufrir, ya que este último es precisamente la percepción adecuada de cómo es la vida humana en semejantes casos*<sup>37</sup>.

*Las cosas más importantes no se enseñan ni se aprenden antes de hacerse. [...] La inseguridad favorece la flexibilidad; es un momento de apertura de posibilidades, sin el cual serían impensables tanto las innovaciones como la evolución cultural. [...] El hombre libre no es aquel que no necesita ningún asidero, como pretendía Adorno. [...] La peculiar belleza de la excelencia humana reside justamente en su vulnerabilidad*<sup>38</sup>. Y la vulnerabilidad nos hace humanos. *La dimensión de apertura e incertidumbre es lo que da sabor al presente y nos permite afrontar el futuro con interés.*

La identidad de uno no está dada con anterioridad. Ser persona significa ocupar un lugar que no existiría sin un espacio en el que otras personas tienen su lugar. [...] La percepción de nuestros derechos y deberes tiene lugar en un espacio definido por el reconocimiento, que aquí se da el nombre de hospitalidad. [...] No tenemos una idea de quiénes somos que no incluya una idea de qué debemos ser<sup>39</sup>.

En el mundo moderno las orientaciones genealógicas son relativizadas o superadas por perspectivas sincrónicas. [...] La propia identidad de los individuos pasa a gravitar más sobre la responsabilidad que sobre la herencia, la inventiva resulta más importante que la imitación. [...] La individualidad no está pues pensada como singularidad de un caso general, como una propiedad de adscripción, sino como conquista personal<sup>40</sup>.

La inseguridad biográfica es una consecuencia lógica de la individualización. La independencia se convierte en vulnerabilidad, la relación igualitaria da lugar a un temor por el futuro incierto. [...] Aquí se pone de manifiesto que el sujeto no está completamente a su propia disposición y que *la libertad consiste en aprender a manejarse con esa extrañeza interior de nuestra propia condición.* [...] *Ulises entendió su*

---

<sup>36</sup> Cf. *Ibidem.* p.14.

<sup>37</sup> Cf. *Ibidem.* p.24-25.

<sup>38</sup> Cf. *Ibidem.* pp.27-28.

<sup>39</sup> Cf. *Ibidem.* p.43.

<sup>40</sup> Cf. *Ibidem.* p.45.

*libertad como la facilitación para hacer en cualquier momento lo que previamente se había propuesto*<sup>41</sup>.

*El buen huésped y el buen anfitrión se acreditan en su capacidad de configurar un ámbito de hospitalidad.* La madurez de la libertad, la capacidad de dar y recibir, de reconocer y ser reconocido, supone estar dispuesto a determinadas renunciaciones, desear el juicio de otros como una garantía de la propia cordura, saber que nadie se pertenece absolutamente a sí mismo, que todos estamos siempre en alguna deuda con los demás<sup>42</sup>.

## **2) La cultura institucional como “circunstancia” para establecer criterios de la calidad**

Los hermanos hospitalarios, desde Antón Martín, primer compañero de Juan de Dios hasta el último de los hermanos profesos, se sienten depositarios del carisma de la hospitalidad vivido en su momento por el fundador. El carisma trasciende a la persona, al lugar y la época en que se da.

Dentro del ámbito de este carisma ha de incluirse la capacidad de contagio, la posibilidad de ser consciencia crítica: “Essere “conciencia crítica” significa: [...] serve accogliere la negatività, meditarla, maturarla e trasferirla agli operatori perchè se ne facciamo carico modificando alcuni standard poco umani [...] che i programmi universitari andrebbero rivisti in quest’ottica. Di più! Compito di un Ordine Ospedaliero dovrebbe essere quello di illuminare con i suoi modelli i progetti degli altri, oltre a proporre revisioni formative a livello di umanizzazione, di etica, di deontológica e di bioética”<sup>43</sup>.

Las Constituciones (C) de la Orden definen el carisma así: “En virtud de este don somos consagrados por la acción del Espíritu Santo, que nos hace partícipes de forma singular, del amor misericordioso del Padre. Esta experiencia nos comunica actitudes de benevolencia y entrega, y nos hace capaces de cumplir la misión de anunciar y hacer presente el Reino de Dios entre los pobres y enfermos; ella transforma nuestra existencia y hace que en nuestra vida se manifieste el amor especial del Padre para con los débiles, a quienes tratamos de salvar al estilo de Jesús” (C. 2b).

Desde los orígenes de la Orden, los hermanos se consagran, además de los tres votos comunes que expresan la consagración, por un cuarto voto que marca la impronta de los otros, el voto de hospitalidad: “Por el voto

---

<sup>41</sup> Cf. *Ibidem*. pp.49-55.

<sup>42</sup> Cf. *Ibidem*. p.58.

<sup>43</sup> Cf. Cervellera, G., Comolli, GM. *Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi*. Milano: Ancora; 2012. p.154

de hospitalidad nos dedicamos, a la asistencia de los enfermos y necesitados comprometiéndonos a prestarles todos los servicios necesarios, por humildes que sean, incluso con peligro de la propia vida, a imitación de Jesucristo, que nos amó hasta morir por nuestra salvación” (C. 22).

El objeto de la espiritualidad de nuestra Orden es todavía más amplio que el del voto de hospitalidad y que el de su fin específico. No sólo se extiende a la asistencia corporal y espiritual de los enfermos que se encuentran en nuestros hospitales, sino que abarca también todas las miserias materiales y morales del mundo; en cualquier lugar adonde haya una necesidad que remediar, allí está el puesto de la Orden Hospitalaria [...] Es una espiritualidad sencilla, sin complicaciones, y sobre todo eminentemente evangélica, puesto que esa fue la vida de Cristo: curaba los cuerpos para salvar las almas<sup>44</sup>.

La institución de Juan de Dios está llamada a moverse en una cultura deshumanizada, hasta que ponga al hombre como centro y aporte humanización:

La cultura sanitaria è largamente disumanizzante perché «mistifica o tecnicizza i problemi vitali dell'uomo». Essa inoltre tradisce l'uomo nel suo approccio disumanizzante con il paziente, visto solo in quanto «paziente», sotto l'aspetto «tecnico». [...] Che cosa si intende qui per cultura? Due definizioni in proposito: una cristiana ed una laica.

La prima (dalla «Gaudium et Spes»): «La cultura è il complesso di quei mezzi con i quali l'uomo affina ed esplicita le sue molteplici doti di anima e di corpo; procura di ridurre il cosmo stesso in suo potere; *rende più umana la vita sociale...* esprime e comunica le grandi esperienze spirituali e le aspirazioni».

La seconda (Marcuse): «Dovremmo definire la cultura come *un processo di umanizzazione*, caratterizzato dallo sforzo collettivo di *proteggere la vita umana*, di facilitare la lotta per l'esistenza e di sviluppare le facoltà intellettuali dell'uomo, di ridurre e sublimare l'aggressione, la violenza, la miseria». Queste citazioni ci aiutano a ricordare il significato e il riferimento antropologico della cultura: ciò che serve all'uomo per vivere da uomo.

Soffermiamoci ora sulle due definizioni: «rendere più umana la vita sociale» e «proteggere la vita umana», esse ci ricordano che la vita umana è in pericolo in tutti i continenti. Tutte le volte che noi non trattiamo con rispetto e fiducia un uomo, noi mettiamo in pericolo il suo progetto. [...] Abbiamo bisogno di conoscere i fattori culturali, positivi e negativi, che possono aiutarci a servire l'uomo di oggi nelle sue aspirazioni e nei suoi bisogni<sup>45</sup>.

<sup>44</sup> Cf. Miguel García Blanco o.h. (1963 y 1964). La espiritualidad de la Orden Hospitalaria en sus Constituciones. Paz y Caridad, mayo-junio, 227-237; julio-agosto, 343-359; enero-febrero, 63-75.

<sup>45</sup> Marchesi, PL. Umanizzazione. Parte prima: l'umanizzazione missione improrogabile. Capítulo primo: l'uomo come centro. Roma: Curia Generalizia dei Fatebenefratelli; 1981.

La hospitalidad es la marca, el distintivo de la “casa” de los seguidores de Juan de Dios que han dejado grabada a lo largo de cuatro siglos y medio en las gestas realizadas por los hermanos en distintos tiempos y en multitud de lugares, muchas veces con el coste de la propia vida.

La *misión* encarnada en los pobres y enfermos, con preferencia a los más pobres, trata de hacer presente al Cristo compasivo y misericordioso del Evangelio que permanece vivo entre los hombres. Parte de la misión es evangelizar, razón de ser última de la Iglesia y de la Orden, por el testimonio de servicio y por el anuncio implícito y explícito de la Buena Noticia.

Del don de la hospitalidad, no solo participan los hermanos, sino también los Colaboradores de la Orden y cuantos en la Iglesia se adhieran al espíritu de Juan de Dios, patrimonio de la humanidad. La misión se ha desarrollado en cada momento respondiendo a las necesidades más urgentes: campos de batalla, epidemias y pestes, hospitales, centros para personas con discapacidad, hospitales psiquiátricos, misiones, transeúntes, etc.

De la experiencia de siglos y de la reflexión del momento han surgido los *principios fundamentales* por los que hoy opta la Orden en todos los lugares donde tiene raíces. Con ellos se pretende desarrollar un estilo e identidad, que constituyen la “Cultura de la Orden” y que serán la guía de sus actuaciones asistenciales de la mejor calidad. Los Estatutos Generales (EG) hacen un elenco de principios en el número 50:

- afirmamos que el centro de interés es la persona asistida;
- promovemos y defendemos los derechos del enfermo y necesitado, teniendo en cuenta su dignidad personal;
- nos comprometemos a la defensa y promoción de la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural;
- reconocemos el derecho de las personas asistidas a ser convenientemente informadas de su situación;
- promovemos una asistencia integral, basada en el trabajo en equipo y en el adecuado equilibrio entre la técnica y la humanización de las relaciones terapéuticas;
- observamos y promovemos los principios éticos de la Iglesia católica;
- consideramos un elemento esencial en la asistencia la dimensión espiritual y religiosa como oferta de curación y salvación, respetando otros credos y planteamientos de vida;
- defendemos el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos de quienes están en trance de muerte;
- ponemos la máxima atención en la selección, formación y acompañamiento del personal de todas nuestras Obras Apostólicas, teniendo en cuenta no sólo su preparación y competencia profesional, sino también su sensibilidad ante los valores humanos y los derechos de la persona;



- observamos las exigencias del secreto profesional y tratamos de que sean respetadas por cuantos se acercan a los enfermos y necesitados;
- valoramos y promovemos las cualidades y la profesionalidad de los Colaboradores, les estimulamos a participar activamente en la misión de la Orden y les hacemos partícipes del proceso decisional en nuestras obras apostólicas, en función de sus capacidades y de sus áreas de responsabilidad;
- respetamos la libertad de conciencia de las personas a quienes asistimos y de los Colaboradores, pero exigimos que se respete la identidad de nuestras Obras Apostólicas;
- nos oponemos al afán de lucro; por tanto, observamos y exigimos que se respeten las normas económicas y retributivas justas.

Al que pensase en la hospitalidad no como una profesión sino como una virtud general, es preciso responderle que antes de tratarse de ejercicio de un arte, de un oficio más o menos noble, el término profesional indica “testimonio” y dedicación.

El que ha escogido trabajar en sanidad, laico o religioso, hace por supuesto profesión, testimonio de hospitalidad. En cuanto es relación con los otros y su intervención pública en las estructuras sanitarias, la hospitalidad tiene su deontología. En este sentido, *representa una ayuda para discernir lo que se ajusta al espíritu que anima la hospitalidad* de lo que, por el contrario, la contradice de modo inconciliable.

Hoy, con la conquista tecnológica y farmacológica, hay que tener valor, tanto los religiosos como todos los que trabajen en cualquier área de un Centro, para pasar del espíritu de servicio iluminado por la consagración religiosa y por el sueldo mensual al espíritu de amistad.

Es un paso revolucionario que puede cambiar nuestro carnet de identidad, el clima de nuestros Centros, la dinámica operativa de las distintas profesiones sanitarias y administrativas y dar al verbo “cuidar” una nueva interpretación que incidirá no sólo en la patología del paciente, sino también en el vivir personal, familiar y social.

Non sta a me identificare gli aspetti carenti della cultura dei nostri Confratelli. Mi basta affermare con certezza che noi siamo carenti non di studi, non di corsi o di scienza, di tecnica e di attività – perché la cultura non si definisce, e va al di là del sapere e del fare – ma la nostra carenza consiste soprattutto nel non *essere in funzione del fine: l'uomo*. E senza un'esatta visione del fine – aiutare i sofferenti ed i poveri perché possano vivere da uomini – non v'è cultura, e perciò non v'è umanesimo, né cristianesimo.

Quando parlo di cultura umanizzante, parlo di persona e di azione orientate verso l'uomo, verso il fine ultimo di noi religiosi attivi,

come ricorda in continuazione Giovanni Paolo II. [...] Dobbiamo vivere la nostra cultura, in tutti i sensi, non per diventare eruditi, saccenti, o per coleccionare diplomi e lauree. Abbiamo bisogno di fratelli che studino, que riflettano, que preghino *per rendere più onore al malato*, a colui que può perdere, magari sotto i nostri occhi, la propia umanità<sup>46</sup>.

Con estos principios es fácil persuadirse de que la relación *personal de salud/enfermo* es un vínculo interpersonal, social y político. Son ellos quienes definen los derechos y los deberes éticos de cada una de las partes, *personal de salud / pacientes / sociedad*. Pero la virtud principal de la vida social política es la amistad. Por tanto, la relación *personal de salud / paciente* será perfecta sólo cuando llegue a ser relación de amistad. Afirmación que no suele ser aceptada por la mayor parte de los profesionales de la salud, al diferenciar claramente la relación profesional de la personal de amistad. En la mayor parte de los foros, el debate está servido: no se admite la amistad en la relación asistencial con el paciente/familia.

No obstante la relación humana *profesional de salud / enfermo* no puede ser una relación basada sólo en el “servicio”. La antigua figura social y jurídica del servicio no puede seguir siendo el ideal de las relaciones humanas. La moderna concepción de los servicios al usuario o al cliente, tendrá que estar iluminada por una serie de valores que diferencie del resto de las empresas de servicios.

Las propias Constituciones de la Orden nos señalan el horizonte en sentido bilateral de las relaciones personales, para ir creando una cultura concreta e identificable:

[...] en la comunión con quienes sufren, conscientes de que nuestro amor misericordioso hacia ellos no es nunca un acto unilateral: *también nosotros, cuando servimos a los enfermos, somos siempre favorecidos*. La fecundidad de nuestro apostolado se refuerza en la medida en que procuramos establecer una relación de amor recíproco con las personas a las que asistimos (C.42c).

En el documento *La nueva Evangelización y la Hospitalidad en los umbrales del tercer milenio*. (Roma, 1993/94, 3.6.5.) se expresa del tenor siguiente: Los hermanos y quienes colaboran con ellos, están llamados a una vocación de servicio a la persona enferma, pobre o necesitada. Este servicio por principio lo queremos realizar al estilo de Juan de Dios. Somos conscientes de la diferencia de cualidad que existe entre su vida y la nuestra. No obstante las pautas doctrinales que queremos que se encarnen en el ejercicio de la hospitalidad, son las que están expresadas como ideal en nuestras Constituciones y que se enumeran a continuación:

---

<sup>46</sup> Ibidem

- asistimos a los pobres y enfermos en sus dolencias *integralmente*:

Como Hermanos Hospitalarios, hemos sido llamados para realizar en la Iglesia la misión de anunciar el Evangelio a los enfermos y a los pobres, sanando sus dolencias y asistiéndolos integralmente. Vemos en cada hombre a un hermano nuestro: acogemos y servimos, sin ninguna discriminación, al que se encuentra necesitado (C.45).

La nueva hospitalidad exige realizar una asistencia integral, en la que el enfermo y su entorno sea lo más importante. Conlleva tener definido un proyecto claro de asistencia, fundamentado en *la ética evangélica, que tiene como primer objetivo el servir al enfermo como persona*, para cuyo fin se ponen todos los medios de que se disponen. Se insiste más adelante sobre el tema.

- realizamos nuestra misión con actitudes y modos humanizantes:

En el ambiente tecnificado y consumista de la sociedad moderna, en la cual se descubren cada día nuevas formas de marginación y de sufrimiento, nuestro apostolado hospitalario tiene un puesto de plena actualidad. Ante esta situación, nos sentimos llamados: - a realizar nuestra misión con actitudes y modos humanizantes; - a proclamar, como Jesús, que los débiles y los marginados son nuestros predilectos; - a vivir nuestro servicio como expresión del valor escatológico de la vida humana (C.44).

La hospitalidad más que una tarea *es la actitud por excelencia que nos ha de definir, que abre el corazón al otro, que le da pie a la confianza, que le hace sentirse acogido y al que permitimos también la posibilidad de acogernos*. Es humanizarse para humanizar.

- ofrecemos a los enfermos y a las personas necesitadas el servicio eficiente que merecen:

[...] la preparación humana, teológica y profesional, como requisito imprescindible para poder ofrecer a los enfermos y a las personas necesitadas el servicio eficiente que merecen y justamente, esperan de nosotros (C.43d).

- les asistimos como predilectos del Reino, defendemos sus derechos y ofrecemos nuestra vida por ellos:

Como Hospitalarios, aspiramos a encarnar cada vez con más profundidad los sentimientos de Cristo hacia el hombre enfermo y necesitado y a manifestarlos con gestos de misericordia: nos hacemos débiles con el débil y lo asistimos como al predilecto del Reino; le anunciamos el amor del Padre y el misterio de su salvación total; defendemos sus derechos y ofrecemos la vida por él.

Nos dedicamos con gozo a la asistencia de quien sufre, con las actitudes y los gestos peculiares del Hermano Hospitalario: servicio humilde, paciente y responsable; respeto y fidelidad a la persona; comprensión, benevolencia y abnegación; participación en sus angustias y esperanzas. Nuestra vida es para él signo y anuncio de la llegada del Reino de Dios (C.3).

Se nos exige a todos, no creyentes, creyentes, cristianos y religiosos, adentrarnos en el camino del sufrimiento humano, que nos interpela tanto a los enfermos y necesitados como a quienes les acompañamos. Se nos exige ser sensibles a las nuevas necesidades de hoy, porque han aparecido nuevas enfermedades y porque las de siempre se viven de otra manera. La Orden pretende estar atenta ante estas necesidades y responder desde un carisma que está vivo y que no tiene miedo de las implicaciones de la misión.

- nuestra presencia entre los enfermos y necesitados se distingue por el celo con que ponemos en evidencia los valores de la ética cristiana y profesional:

En la pastoral hospitalaria estamos llamados a colaborar todos los creyentes que trabajamos en la asistencia a los enfermos y necesitados. Por lo tanto: - nuestra presencia entre ellos se distingue por el compromiso pastoral y por el celo con que ponemos en evidencia los valores de la ética cristiana y profesional; - actuamos con el máximo respeto a las convicciones y creencias de las personas; pero teniendo presente, que los hombres agobiados por el sufrimiento y la enfermedad sienten más intensamente sus propios límites y experimentan la necesidad de un apoyo más alto, les ayudamos a descubrir la bondad del Señor y el verdadero sentido de la vida humana, sobre todo con el testimonio de nuestra caridad; - orientamos también nuestra pastoral hacia los familiares de los enfermos, animándolos a que valoren el misterio cristiano del dolor y a que colaboren positivamente durante la enfermedad de sus allegados; - sensibilizamos a nuestros colaboradores para que, ejercitando sus aptitudes humanas y profesionales, actúen siempre con el máximo respeto a los derechos de los enfermos: a los que se sienten motivados por la fe, los invitamos a participar directamente en la pastoral; - facilitamos la propia asistencia religiosa a quienes profesan otras creencias; - de acuerdo con nuestro carisma, colaboramos activamente en la promoción de la pastoral hospitalaria dentro de la Iglesia local (C.51).

Sin atención espiritual y religiosa no hay verdadera humanización. Esa es la colaboración más importante del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER) ya que su misión contribuye grandemente a la humanización del centro.

*“Humanizar la asistencia hospitalaria significa considerar al enfermo una persona que sufre en su cuerpo y en su espíritu y ha de ser atendida en su*

*totalidad, es decir, en todas sus dimensiones. El que está enfermo necesita ser amado y reconocido, escuchado y comprendido, acompañado y no abandonado... significa considerar al enfermo responsable y protagonista de su salud, de su curación y de su vida y sujeto de derechos y obligaciones”* (Comisión Episcopal de Pastoral de España. La asistencia religiosa en el hospital: orientaciones pastorales. Madrid, 1987, 137).

El agente de pastoral ha de estar atento a realizar así su labor, siendo sensible y estando cerca de los que más sufren, defendiendo y promoviendo sus derechos. Además debe estar abierto a participar en las estructuras y comisiones que se le pidan desde el centro, para favorecer y contribuir a mejorar la humanización del mismo. En este sentido debe ser un promotor de la cultura de la hospitalidad, de su filosofía, sus valores, sus principios y en definitiva su patrimonio cultural y espiritual <sup>47</sup>.

Se nos exige estar abiertos a la aportación de las ciencias que iluminan y enriquecen el ejercicio de la hospitalidad. *La nueva hospitalidad lleva consigo mirar al futuro como lo hizo Juan de Dios*. Si él se hubiera adaptado a la hospitalidad existente y resignado a los horizontes que vio en el Hospital real de Granada, no hubiera intentado un proyecto de nueva hospitalidad y ser considerado san Juan de Dios el padre, el fundador del hospital moderno ya que <sup>48</sup>:

- Comenzó su obra por las calles de Granada;
- Llevaba los enfermos a dormir al patio de la Casa de los Venegas;
- Atendió a los acogidos en la Casa de los Loarte;
- Creó su propia Casa cerca de la Pescadería en la calle Lucena;
- Proyectó un futuro hospital: Hospital moderno de entonces; pero *en ambiente cálido, calidad y calidez*. En su hospital cabían todos, pero muy lejos de ser tratados de cualquier manera. *El respeto a la dignidad de cada uno, la asistencia personalizada, el contacto humano y afable, la preocupación porque tuvieran todo lo necesario, eso era lo que le distinguía*.

Las Constituciones de la Orden marcan la pauta y el estilo de actuación de cuantos pertenecen a la misma y de quienes están en conexión y sintonía de ideales. Estos son los rasgos y características que distinguen las relaciones interpersonales en la acción sanadora de los profesionales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios:

Nuestra vida hospitalaria en la Iglesia se basa en la persona y en la obra de Jesús que, durante su vida terrena, muestra una predilección especial por los enfermos, los pobres y los humildes. En sus gestos de bondad y en sus palabras de consuelo y esperanza, descubrimos los sentimientos

<sup>47</sup> Cf. La Pastoral según el estilo de san Juan De Dios. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Comisión General de Pastoral. Roma 2012, 5.4.8. Colaboración con la humanización de la asistencia en el Centro.

<sup>48</sup> Según escrito de Pascual Piles. o.h. 08.03.1996.

que necesitamos asumir para transparentar el amor de Dios en nuestro apostolado hospitalario; su identificación con el débil y el indigente, nos anima a emplear nuestra vida en la evangelización de los pobres y enfermos (C.41b).

- Vivir coherentemente nuestra identidad supone:

[...] poder vivir en armonía el amor a Dios y al prójimo, ofreciendo a los enfermos y necesitados el testimonio de la presencia amable de Cristo que, mediante nuestro servicio, les comunica la esperanza y la salvación (C.43b).

Nuestra presencia entre los enfermos y los que sufren responde a las exigencias de nuestro carisma, cuando: - estamos con ellos como hermanos y amigos, gozando con quien goza y sufriendo con quien sufre, tratando de facilitarles cuanto contribuya a su curación y a su completo bienestar (C.46).

Pascual Piles o.h. en la clausura del LXIII Capítulo General, Santafé de Bogotá-Colombia, 1994, se expresaba de la siguiente forma:

Pienso que la grandeza de una misión viene porque quien la realiza está identificado con ella. Pero además por el contenido de la misma. Nuestra misión nos hace estar orientados a las personas, en una situación de precariedad, cuando están enfermas, cuando sufren, cuando están en soledad, cuando se encuentran marginadas. Con un proyecto humanizador de sanación, con un proyecto que ha de ser evangelizador.

Por otro lado, bajo el título “Presencia de los hermanos de San Juan de Dios en el mundo de la salud y de la enfermedad” se realizó una Comunicación de la Comisión Interprovincial al *Congreso Nacional “Iglesia y Salud”*, Madrid, septiembre 1994, en donde se vierten los fundamentos de la actuación institucional de la Orden Hospitalaria: Tres son los *pilares antropológicos* a la hora de sintetizar la aportación de su cultura institucional: Dios creador del mundo y Señor de la Historia; el hombre como creatura de Dios, a su imagen y semejanza, la vida como don de Dios. Y tienen sus consecuencias inmediatas:

#### *a) Implicaciones para la asistencia*

Este fundamento conlleva el reconocimiento de unas connotaciones tanto para las obras y los profesionales que en ellas trabajan, como para los enfermos:

- *Universalidad*: Atendemos esta dimensión en cuanto que toda persona se hace merecedora de la misma atención y trato, al margen de su situación, posibilidades, historia personal, nivel de conciencia...
- *Individualidad*: El ser humano es único e irreplicable, por tanto

debe ser atendido según sus peculiaridades y con un respeto total hacia su intimidad, como manifestación de esa individualidad.

- *Sociabilidad*: Es relativamente fácil comprender esta dimensión del hombre; pero no resulta tan fácil armonizarla con la labor asistencial, pues si bien es cierto que en la dimensión de necesitado recibe el servicio de la sociedad, con ligereza olvidamos la aportación que a la sociedad está llamado a hacer la persona en esa situación que vive.
- *Dinamicidad*: En el marco cristiano, entendemos al hombre como un ser en continuo proyecto de realización. También en la situación de enfermedad o de limitación se debe potenciar el desarrollo de este proyecto, aun cuando las expectativas que se exteriorizan sean muy limitadas.
- *Consciencia y libertad*: Solamente con una actitud vigilante, se podrá garantizar que la situación del enfermo y el protagonismo de los profesionales en la dinámica asistencial no anulan ambos aspectos.
- *Trascendencia*: El hombre es un ser abierto a Dios, su Creador. Cuidar y promover el dato de la fe en los enfermos es una responsabilidad ineludible en nuestra asistencia, capaz de proporcionar salud, curación y sentido a la realidad que se vive.

#### b) Valores de la cultura institucional

En el caso de la Orden Hospitalaria, todo lo expuesto consideramos que ha cuajado en una serie de valores de la cultura de la Institución y que se formulan, después de una larga trayectoria de reflexión y de ensayos como: *Hospitalidad, Calidad, Profesionalidad, Humanización, Solidaridad, Responsabilidad, Respeto, Acogida, Justicia Social, Excelencia, Acompañamiento espiritual (Trascendencia, Espiritualidad)* (Cf. Anexo III).

#### c) Concepto de salud / enfermedad

La OMS tiene una concepción platónica de salud que no es buena para nada: no ayuda a hacer realidad el estado de bienestar y a que se vean suficientemente protegidos los derechos sociales, desvirtúa el papel del profesional sanitario y no hace más felices a las personas. El resultado es que, como dice Daniel Callahan citado por Camps<sup>49</sup>, “el mundo entero está enfermo y nadie responde ya de nada”. Identificar la salud con el bienestar completo es un abuso de concepto. ¿Una idea regulativa? ¿Un concepto ideal? Sea como sea, esa idea de salud no es sólo la consecuencia de un ejercicio abstracto, sino una manera de dar forma al mundo metafísicamente estructurado políticamente”.

Se puede llegar a definir la salud como: “El mejor estado de adaptación

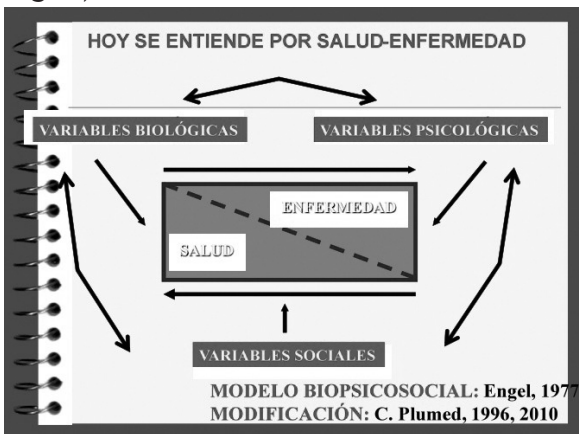
<sup>49</sup> Camps, V. Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares (Editorial Crítica); 2001. p. 102.

individual al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en el mismo. Implica un grado determinado de tensión entre lo que se ha logrado y lo que aún no se ha conseguido”.

Se puede llegar a definir la enfermedad como: “El desequilibrio individual por las alteraciones físicas y psicológicas del medio interno con influencia del medio externo que ocasiona un grado de tensión negativa en el funcionamiento satisfactorio de una capacidad vital con agravamiento de las necesidades”.

La cultura de la población ha cambiado y hoy se entiende por *salud / enfermedad* un proceso único resultante de la interacción entre los procesos vitales del individuo y los factores externos que le rodean. Como consecuencia, el concepto de atención se fundamenta en estos postulados básicos que pueden ser vistos a través del prisma de la *humanización*, por lo que hoy entendemos por salud-enfermedad: Un proceso único, resultante de la interacción de los *procesos vitales del individuo* y los *factores externos que le rodean*, es decir que:

- la salud-enfermedad se sitúa en la interacción entre el individuo y su medio (concepto ecológico),
- la salud-enfermedad resulta una vivencia inseparable, que se aprecia y valora de forma oscilante por la influencia de variables biológicas, psicológicas y sociales mutuamente conectadas, y
- la atención es concebida como un proceso que integra los aspectos de fomento, prevención, recuperación, de forma inseparable (concepto integral).



Es preciso hablar de *fluctuación progresiva o regresiva en el estado de salud y enfermedad en el cual se intensifica una vivencia y disminuye otra de manera simultánea*.

Así, pues “con el término y concepto de salud se entiende todo lo que atiene a la: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para



el mejor equilibrio y bienestar físico, psíquico y espiritual de la persona”. Y “por Sanidad se entiende todo lo que atañe a la política, legislación, programación y estructura sanitaria”<sup>50</sup>.

Algunas instituciones privadas<sup>51</sup>, desde hace muchos años, han trabajado en esta línea movidos por el deseo de delimitar el problema fundamental (que comporta la deshumanización), llegando a centrarlo en el desequilibrio entre una *lógica asistencialista* y una *lógica evangelizadora*:

En una *lógica asistencialista*:

- La enfermedad y el dolor en general, son considerados desde un punto de vista puramente terreno.
- La asistencia responde a unos sistemas de tipo utilitarista, que se centra, casi exclusivamente, en el aspecto físico del dolor o de la enfermedad.
- La persona que sufre, en consecuencia, viene reducida a *objeto* a curar en el menor tiempo posible, sin una visión que tenga en cuenta la rehabilitación de la misma.
- Por otra parte, en nuestra sociedad de tipo *consumista* va quedando progresivamente menos espacio para la aceptación del dolor y de las secuelas de la enfermedad, al tiempo que aumentan y se detectan modos nuevos de marginación y sufrimiento, propios de un ambiente tecnificado e industrializado.

Sin embargo en una *lógica evangelizadora*:

- Se trata de descubrir en el dolor una realidad deshumanizante que repercute en toda la persona.
- De ver y valorar a la persona como un todo, que espera ser aceptada y servida a la luz de su dignidad personal.
- Vivir y expresar el servicio caritativo como *signo* mesiánico que asegura al hombre, sobre todo a los pobres, los enfermos, los marginados, que el Reino está ya presente y Dios ama y se preocupa de la humanidad.

En definitiva, la enfermedad es considerada como contingencia del hombre. Y la salud-enfermedad como lugar de encuentro al estilo del buen samaritano.

[...] se san Giovanni di Dio fosse tornato oggi, avrebbe proposto un nuovo slogan: “Amate l’uomo che porta la malattia e curate il sano che vive dentro di lui”; la parte sana che ha una parte anatomica di sofferenza [...] È questa una cura che possiede in sé un alto valore terapeutico per-

<sup>50</sup> Cf. Pontificio Consejo para la Pastoral. Carta de los agentes sanitarios. Ciudad del Vaticano; 1995, n. 9.

<sup>51</sup> Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Declaraciones del LX Capítulo General Extraordinario (Roma, 12 nov.-15 dic. 1979).

ché supporta il processo di guarigione della parte ammalata, non permettendo che la patologia uccida le energie vitali ancora positive. Ma, soprattutto, questa metodologia ha una forte connotazione evangelizzante. Curando la parte sana dell'uomo lo si rende migliore, e allora, se è vero che l'ospedale è il "tempio della verità", con questa metodologia terapeutica è più semplice condurre l'uomo a Dio [...] Quale metodologia seguire? Portando nelle istituzioni sanitarie l'innovazione dell'amore, facendolo sentire e toccare al malato"<sup>52</sup>.

### **3) *Ética de la calidad de los servicios asistenciales. Coordinadas del servicio asistencial***

1. *El poder del usuario*: Una de las características que mejor definen a los servicios es que se producen a la vez que se consumen, no se pueden almacenar. El protagonismo que desempeña el usuario es muy elevado: los conocimientos, actitudes y expectativas de ellos determinan en gran medida la producción del servicio.

La cultura de los servicios ha llegado a los servicios sanitarios que se ven sometidos a presiones por los consumidores: actitud de desconfianza con el personal sanitario, ejercicio de libertad de elección, demandas judiciales... Los usuarios de servicios sanitarios cada vez tienen más conocimientos sobre su cuerpo y reciben desde muy distintas perspectivas informaciones varias, de tal manera que tienen un criterio formado sobre el tipo y características del servicio sanitario que desean y tienen una idea de calidad de la asistencia sanitaria.

El usuario de servicios sanitarios valora la rapidez de la atención personalizada, la competencia técnica profesional, el número de profesionales adecuado, la información sobre la enfermedad y sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos... En este contexto las empresas de servicios sanitarios deben desarrollar estrategias para conocer las necesidades y expectativas de sus usuarios y ofrecer servicios capaces de satisfacerlas e, incluso, superarlas. Lo contrario llevará, sin lugar a dudas, a un incremento de la distancia entre oferta de servicios y la demanda de la población.

*Los estudios de mercado y las encuestas post-utilización son absolutamente necesarias* para que pueda producirse un servicio de forma satisfactoria, tanto para el cliente, como para la empresa. Es preciso introducir las opiniones de los usuarios en todas las etapas del proceso de planificación y toma de decisiones de los procesos sanitarios si se quiere construir una oferta de calidad.

Los servicios sanitarios tienen muchos tipos de usuarios en distintos momentos y simultáneamente: *los enfermos, los familiares, la comunidad, los propios trabajadores, las compañías aseguradoras...* Podemos hablar

<sup>52</sup> Cervellera, G., Comolli, GM. Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi. Milano: Ancora; 2012. p.157

de usuarios internos y externos al servicio. Son *usuarios internos* aquellos individuos o departamentos que pertenecen a la propia organización y reciben o utilizan productos o servicios producidos por otros agentes de la misma organización. Los *usuarios externos* son los individuos o instituciones que están fuera de la organización y reciben sus servicios y/o pagan por ellos.

La identificación de los usuarios y los proveedores de cada servicio o de cada momento de la asistencia sanitaria no siempre es fácil, debido a la complejidad de las relaciones que se establecen.

No obstante, los *usuarios internos* tienen bastantes oportunidades de participar en la selección de prioridades y tienen medios de presión a su alcance para hacerse oír. A veces los procesos de producción de la asistencia sanitaria dan la impresión que se desarrollan más para satisfacer las necesidades de los usuarios internos. Sin embargo, los *usuarios externos* solo tienen la oportunidad de expresar su queja y cambiar de proveedor. Cuando no se satisfacen las necesidades y expectativas de los usuarios, pronto dejarán de serlo.

La gestión de las reclamaciones está encomendada a personas próximas a la dirección del hospital con el fin de utilizar las quejas y reclamaciones para introducir las correcciones oportunas en sus servicios. Sin embargo estas medidas correctoras se aplican normalmente cuando el servicio producido ya ha sido defectuoso y el usuario defraudado. Se impone prever una anticipación a las quejas y a las expectativas de los usuarios, si no se quiere dejen de ser tales usuarios.

2. *Entender a los usuarios*: Como el usuario tiene poder creciente, sus actitudes, expectativas, opiniones, creencias... no pueden olvidarse en ningún momento del proceso de planificación y de toma de decisiones y en todos los niveles de la organización. La realización de planes de marketing es un instrumento indispensable para la armonización entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos. Una herramienta importante es utilizar sistemas de información de usuarios como sistema de recogida, archivo, recuperación y transmisión de datos sobre usuarios, en cada una de las decisiones de la organización.

Hay mucho por caminar en este terreno, pero la tendencia sobre las expectativas y necesidades de los usuarios de los servicios sanitarios y sociosanitarios serán definidas oportunamente por ellos mismos de tal forma que, las mejoras de la calidad que no sean percibidas por los usuarios, dejarán de ser importantes o al menos dejarán de ser consideradas como mejoras.

### 3. Características de los servicios<sup>53</sup>:

- En el mundo de los servicios se compra algo que aún no se ha producido, se va utilizando el servicio mientras se va realizando, conforme se produce, se consume. Si en el mundo de los bienes primero es la producción, luego la venta y luego el consumo, en los servicios, primero es la venta y luego y simultáneamente la producción y el consumo.
- El usuario-cliente individual o colectivo, público o privado, no conoce por qué tipo de servicio va a pagar y puede sentir inseguridad; va buscando la garantía de que el servicio que va a pagar ha merecido la pena. Además, en los servicios de salud no está claro que se devuelva el dinero si no se siente satisfecho el usuario de los mismos.
- En el mundo de los servicios, el cliente está delante del proceso de producción. El producto se fabrica para él y con él presente. Todo el personal en contacto con el usuario de un servicio es personal de ventas y, si hace mal su función, repercutirá negativamente en el propio servicio. En este caso, es clave la actitud de todo el personal para la repercusión en la calidad del servicio deparado.
- Quien realiza un servicio de salud, lo hace de manera individual, original y única y, además lo hace a un usuario singular y también único. De tal manera que cualquier servicio es irreplicable, es acabado, es final en sí mismo.
- Como el cliente participa en el proceso productivo, lo hace de manera activa y contando con su opinión resultando que todo el servicio se realiza a la medida de los agentes participantes.
- Un mismo tipo de servicio realizado por la misma persona es cambiante según el entorno que le rodea, el tiempo, su situación personal alterada por todo cuanto le rodea. Otro tanto sucede con el receptor del servicio ya que le influyen todas y cada una de las variables de su peristasia única e irreplicable.
- Los servicios son perecederos y no pueden ser almacenados ni inventariados. Acaban según se van produciendo y en cada instante son diferentes así como en cada lugar son diversos.
- El servicio que se compra no da derecho a propiedad sobre los elementos que lo configuran y soportan, tanto materiales como personales. Se tiene derecho a utilizarlo, a acceder. El servicio es una experiencia que no se puede llegar a poseer.
- No se pueden estandarizar los servicios, aunque sí se pueden hacer aproximaciones, ya que cada unidad de servicio es diferente de cualquier otra unidad del mismo servicio. El servicio variará en la interacción de el/los productores, con el/los clientes. ¿Cómo es posible estandarizar?, ¿Cómo podremos homologar?, ¿Cómo podremos evaluar?... De aquí que resulte tan difícil diseñar sistemas de garantía de calidad en el mundo de los servicios de salud, a pesar de los intentos que continuamente se están ensayando y que ayudan a avanzar en ciertos aspectos.

<sup>53</sup> Cf. Lamata, F. y otros. Marketing sanitario. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

- Una característica de los servicios es su intangibilidad: el consumidor no conoce un servicio hasta después de consumirlo, aunque tiene una idea o unas expectativas. Estas influyen en la satisfacción que obtendrá de utilizarlo. Y será tanto mayor cuanto el servicio recibido coincida con sus necesidades y exceda a sus expectativas.

Es importante que las empresas de servicios realicen actividades de promoción destinadas a dirigir los rumores circulantes sobre el servicio e influir en las opiniones y expectativas de los consumidores. Es una irresponsabilidad y un grave riesgo para el futuro de la empresa que la imagen y la opinión que los consumidores se crean acerca de los servicios que oferta sea espontánea y esté fuera de su control o fuera de su influencia. Y no se está hablando de manipulación, sino de detección y orientación lo más adecuadas posibles. Se habla de gestión de la influencia.

Cómo dar a conocer un servicio sanitario, tiene varias vías que no se pueden olvidar: relación o conocimiento entre el centro sanitario y los usuarios y familiares; contactos personales previos mediante visitas, relaciones laborales; noticias a través de la propia comunidad (medios de comunicación, líderes de opinión, chismes...

Generalmente, los centros sanitarios y sociosanitarios tienen dificultades o no muestran actitudes activas para hacer uso del marketing y poder influir en la percepción y creación de expectativas por parte de los usuarios. También es normal que los usuarios no escojan el centro sanitario y constaten diferencias notables entre la expectativa y realidad de los servicios.

Debido a su relación con la satisfacción y con la evaluación subjetiva que realiza el usuario, los servicios sanitarios deben ayudar a los consumidores a conocer mejor su oferta y desarrollar unas expectativas adaptadas a esa oferta.

4. *Opción por la calidad:* La calidad en los servicios sanitarios se ha considerado una mejora de la práctica médica y de otros productos sanitarios o una revisión externa en términos de auditoría. Al aumentar el poder del usuario, su satisfacción por el servicio recibido se considera el más importante indicador de calidad. El usuario, aunque no tiene capacidad técnica para opinar sobre algunos aspectos de la atención, sí que tiene opinión sobre la calidad global de la asistencia que recibe y desea elegir el centro sanitario según algunos criterios.

Desde el usuario, la calidad significa la capacidad de un servicio de atender sus necesidades y responder a sus expectativas. De poco sirve que un producto esté técnicamente bien realizado, si el usuario o consumidor no lo percibe o se le oculta detrás de otros componentes de la asistencia.

La calidad involucra a todos los agentes que intervienen en la producción del servicio, especialmente aquellos que están en contacto con el usuario. El planteamiento consiste en implicar a todos los estamentos de la organización en la mejora continua de los servicios que se dispensan.

No se puede dejar fuera de la producción de servicios al usuario de los mismos. Por lo tanto los directivos de estos servicios sanitarios han de poner en marcha métodos que les permitan incorporar las opiniones de los mismos, en la definición de prioridades, y en las expectativas sobre los mismos.

Al conocer los criterios del usuario y al ser incorporados a la definición de prioridades, se posibilita que la oferta de los servicios del centro sanitario coincida con las expectativas de los mismos, y que la evaluación posterior sobre la satisfacción sea más favorable al haber coincidencia entre la organización y los consumidores del servicio.

Fra Marchesi evidenciaba che il tema della qualità non poteva ridursi alla stesura di normative e protocolli, ma doveva riguardare più in profondità il rinnovamento e l'adeguamento delle strutture, del personale e delle dinamiche operative e relazionali per rispondere ai bisogni dei pazienti [...] ma dovevano farsi carico integralmente dell'uomo malato e rispondere alle diverse esigenze nello spirito del fondatore san Giovanni di Dio<sup>54</sup>.

##### 5. *Concepto y elementos de calidad de la asistencia* 55:

- Calidad científico-técnica: competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente.
- Accesibilidad: facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales...
- Satisfacción o aceptabilidad: grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario.
- Efectividad: grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales.
- Eficiencia: grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados. Relaciona los resultados con los costes generados.

<sup>54</sup> Cervellera, G., Comolli, GM. Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi. Milano: Ancora; 2012. p.143.

<sup>55</sup> Cf. Palmer. A fondo. Papeles del Colegio de Psicología, 1983.

Resumiendo, la calidad es el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente. Implica una denominada *calidad intrínseca* o también llamada científico-técnica que es valorada fundamentalmente por los propios profesionales que prestan la asistencia. Y también, y esencialmente, implica una *calidad percibida*, valorada por los usuarios. En definitiva es la calidad como la perciben los propios usuarios; toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que las acciones en pro de la salud se desarrollan. Es decir abarca todos los aspectos del proceso de atención, desde la mera percepción del trato recibido a la provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc<sup>56</sup>... Así, pues hablamos de calidad integral = calidad intrínseca + calidad percibida.

6. *Algunas teorías sobre la calidad:* Al igual que otros aspectos de la empresa (finanzas, marketing, recursos humanos,...), la calidad debe ser objeto de gestión. Las aportaciones de diversos autores han insistido en que la calidad puede y debe ser planificada siguiendo pautas, principios o programas. Algunas de las aportaciones efectuadas por teóricos de la calidad hablarán de *trilogía* de la calidad (Joseph M. Juran); ciclo *peca* o ciclo Deming (W. Edwards Deming); *cero defectos* (Philip Crosby); *círculos* de calidad (Karou Ishikawa); cinco “s” de Kaizen (Instituto Kaizen). Y muchas más, que no es al caso traer en este momento ya que están en continua evolución y mejora.

#### 4) *La ética del género humano*

Una vez más se recurre a la experiencia y formulaciones de expertos que nos guían e iluminan en esta reflexión. Así, pues:

[...] una ética propiamente humana, es decir una antropo-ética, debe considerarse como una ética del bucle de los tres términos individuo-sociedad-especie, de donde surgen nuestra conciencia y nuestro espíritu propiamente humanos. Ésa es la base para enseñar la ética del futuro<sup>57</sup>.

Supone la decisión consciente y lúcida de asumir la humana condición individuo-sociedad-especie en la complejidad de nuestra era; realizar la humanidad dentro de nosotros mismos en nuestra conciencia personal y asumir el destino humano en sus antinomias y su plenitud.

Nos pide también aceptar la misión antropológica del milenio: trabajar para la humanización de la humanidad; efectuar el doble pilotaje del planeta: obedecer a la vida, guiar la vida; lograr la unidad planetaria

56 Cf. OPS. Rev. Panam. Salud Púb., 8 (1/2): julio-agosto. 2000.

57 Morin, E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona: Paidós; 2001. p.130.

en la diversidad; respetar en el otro, a la vez, tanto la diferencia como la identidad consigo mismo; desarrollar la ética de la solidaridad; desarrollar la ética de la comprensión y enseñar la ética del género humano<sup>58</sup>.

Comprende la antro-po-ética, una aspiración y una voluntad pero también una apuesta en lo incierto. Es consciencia individual más allá de la individualidad. [...] el bucle *individuo-sociedad* es enseñar la democracia y la complejidad: así, la democracia constituye la unión de la unión y de la desunión; tolera y se alimenta endémicamente, a veces explosivamente, de conflictos que le otorgan vitalidad<sup>59</sup>. La regeneración democrática supone la regeneración del civismo, la regeneración del civismo supone la regeneración de la solidaridad y de la responsabilidad, es decir el desarrollo de antro-po-ética<sup>60</sup>.

Añade Morin que el bucle *individuo-especie*: es enseñar la ciudadanía terrestre: así Terencio, en el siglo II antes de la era cristiana, ponía en boca de uno de los personajes de *El verdugo de sí mismo*: “Homo sum nihil a me alienum puto” (“Soy humano, nada de lo que es humano me es ajeno”). [...] Y también después decía Kant que la finitud geográfica de nuestra Tierra impone a sus habitantes un principio de hospitalidad universal, reconociendo al otro el derecho de no ser tratado como enemigo. La comunidad de destino terrestre nos impone de manera vital la solidaridad. [...] La humanidad como destino planetario: La Humanidad dejó de ser una noción abstracta: es una realidad vital, ya que desde entonces por primera vez está amenazada de muerte. La Humanidad, de ahora en adelante, es una noción ética: es lo que debe realizarse en todos y cada uno.

Y llega a concluir Edgar Morin que:

Como tales y conjuntamente, una política del hombre<sup>61</sup>, una política civilizatoria<sup>62</sup>, una reforma de pensamiento, la antro-po-ética, el verdadero huma-

---

<sup>58</sup> Ibidem, p.130.

<sup>59</sup> Cf. Ibidem, pp.131-138.

<sup>60</sup> Podríamos preguntarnos, finalmente, si la escuela no podría ser práctica y concretamente un laboratorio de vida democrática. Obviamente, se trataría de una democracia limitada en el sentido de que un profesor no sería elegido por sus estudiantes, de que una necesaria autodisciplina colectiva no podría eliminar una disciplina impuesta y también en el sentido de que la desigualdad de principio entre los que saben y los que aprenden no se podría abolir.

Sin embargo, (y de todas formas la autonomía adquirida por la edad adolescente así lo requiere), la autoridad no podría ser incondicional, y podrían instaurarse reglas de cuestionamiento de las decisiones que se consideren arbitrarias, especialmente con la institución de un consejo de grupo elegido por los estudiantes o, incluso, por instancias de arbitrio externas. La reforma francesa de los liceos (institutos) realizada en 1999 instaura este tipo de mecanismo.

Pero sobre todo, la clase debe ser el lugar de aprendizaje del debate argumentado, de las reglas necesarias para la discusión, la toma de conciencia de las necesidades y los procesos de comprensión del pensamiento de los demás, de la escucha y el respeto de las voces minoritarias y marginadas. Así, el aprendizaje de la comprensión debe desempeñar un papel fundamental en el aprendizaje democrático (Nota de Morin).

<sup>61</sup> Cf. Morin, E. Introduction à une politique de l'homme, nueva edición, París: Le Seuil Points; 1999.

<sup>62</sup> Cf. Morin, E. y Sami Nair, Politique de civilisation, Arlea; 1997.



nismo, la conciencia de Tierra-Patria, reducirían la ignominia en el mundo. [...] la expansión y la libre expresión individual constituyen nuestro objetivo ético y político para el planeta, lo cual supone a la vez el desarrollo de la relación *individuo-sociedad* en el sentido democrático, y el desarrollo de la relación *individuo-especie*, en el sentido de la realización de la Humanidad [...] podemos tratar de hacer realidad nuestros objetivos: la continuación de la hominización en humanización, a través del ascenso a la ciudadanía terrestre<sup>63</sup>.

### 5) La globalización<sup>64</sup>: un fenómeno inevitable

La globalización es el proceso por el cual se eliminan de manera progresiva las barreras nacionales al tránsito de información, capitales, mercancías y mano de obra. Ha habido dos factores que en los últimos años han impulsado decisivamente la globalización, si bien ésta ha ido progresando a lo largo de todo el siglo XX. El primer factor ha sido la caída del Muro de Berlín, como símbolo de la desaparición, en la práctica, del *modelo de economía planificada*, lo que ha implicado la sustitución de la estructura bipolar del Mundo (capitalismo frente a socialismo) por la estructura unipolar (solamente capitalismo). La segunda circunstancia impulsora de este proceso ha sido el *avance tecnológico en informática y telecomunicaciones*, que ha permitido la explosión de *internet*, como ejemplo más acabado de lo que podríamos llamar la «Globalización de la información».

El objetivo final de este proceso debe ser forzosamente la extensión al conjunto de los habitantes del planeta (*unos seis mil millones de personas*) del nivel de desarrollo económico y bienestar social que hoy día ha alcanzado únicamente ese 20 por ciento de ciudadanos que viven en los países ricos (*unos mil doscientos millones de habitantes en Norteamérica, Europa, Japón, Australia, etcétera*).

¿La riqueza de algunos países no está basada en la miseria de los restantes? Esto es lo que piensan los partidarios de la teoría económica llamada «de suma cero». En esta concepción, la cantidad de riqueza es constante, de manera que si alguien consigue tener más (sea una persona, una clase social o una nación) es a costa de restar una cantidad idéntica a otro (sea persona o colectivo). Como es evidente, en esta filosofía lo importante es cómo se reparte la riqueza, y no su creación. Además, el conflicto deviene inevitable porque se deriva de la disputa por una «tarta» que se mantiene inamovible. Por el contrario, el capitalismo postula una economía «de producto variable». Ello significa que la riqueza total puede crecer o menguar, según sea más o menos eficaz el sistema de producción, y que el único límite al crecimiento es la disponibilidad total de recursos que ofrece la Tierra para la vida de los seres humanos. Ello impone, en consecuencia, la necesidad de que

<sup>63</sup> Cf. Morin, E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona: Paidós; 2001. pp.139-141.

<sup>64</sup> Cf. Cuevas, J.M<sup>a</sup>. Diez preguntas sobre la globalización. La Razón, 11 de marzo de 2002, p.5ss.

la población mundial se estabilice. Pero hasta que no se llegue a ese límite de población máxima en función de los recursos no renovables (y a juicio de todos los expertos aún no se ha llegado), no hay impedimento teórico para conseguir que el conjunto de los pobladores del mundo disfruten de un nivel de vida similar al que hoy disfrutan los ciudadanos de los países desarrollados. *Como puede verse la economía «de suma cero» se basa en la escasez y en el reparto, mientras que la «de producto variable» se basa en la abundancia y en la creación.* Para la primera teoría, una Globalización capitalista no sería más que la depredación de los países pobres por parte de los países ricos. Para la segunda teoría, la Globalización puede representar una oportunidad de extender la prosperidad a naciones hoy miserables.

Es totalmente cierto que en los últimos años la brecha entre ricos y pobres se ha ensanchado, y cualquier estadística lo demuestra claramente. Pero el ensanchamiento de la brecha ricos-pobres no se debe a la globalización, sino a la revolución científico-técnica y al distinto aprovechamiento que de esa revolución han podido hacer unos y otros (intensivo, en el caso de los países desarrollados, y muy limitado o inexistente, en el caso de los países pobres). La globalización no solamente no viene a ensanchar la brecha, sino que contribuiría poderosamente a cerrarla, porque incorporaría a las naciones más atrasadas al esquema de producción eficaz que está en la base de la prosperidad de las naciones hoy desarrolladas.

Lo social, es decir, la atención de las necesidades de los ciudadanos y su cobertura frente a posibles riesgos (enfermedad, desempleo, vejez, etcétera) se deriva de lo económico. En realidad para conseguir un sistema de protección social como el que hoy disfrutan los países ricos primero tiene que haber desarrollo económico y empresarial. Otra cosa es que pueda existir una globalización que no se atenga a los principios de libre mercado, pero el fracaso de los sistemas de economía planificada nos dice claramente que esto es muy improbable.

## **6) Globalización y empobrecimiento: los detractores<sup>65</sup>:**

Hablar de globalización en general, no es hablar de nada, porque la única globalización real es la globalización económica, la de los mercados de bienes y servicios: esto es, neoliberalismo económico que implica un nuevo dogma: *fuera del mercado no hay salvación.* Se trata de fundamentalismo económico; un proceso imparabile, inevitable e irreversible ya que no se puede intervenir; ni la política ni la ética deben interferir para nada; el neoliberalismo actual defiende que el mercado no tiene color ideológico, es neutral; y los nuevos mandamientos de la hegemonía del mercado son:

<sup>65</sup> Cf. Rivas, A. Globalización y empobrecimiento. Artículo inédito. 2002.

- La mundialización: toda la superficie del planeta es mercancía.
- La innovación tecnológica ha impuesto la sociedad de la información que es la única vía para asegurar el crecimiento económico.
- La liberalización total de los mercados. No hay interés social ni soberanía política frente al mercado y por encima del mercado.
- La desregulación y desreglamentación del mercado y de la economía. La acción de los Estados han de limitarse a crear el ambiente propicio para que el mercado pueda guiar y orientar el funcionamiento de la economía.
- La privatización de todo lo privatizable. La propiedad y gestión privadas garantizan una mayor eficacia de los recursos.
- La competitividad para poder sobrevivir en el mercado: es preciso se el mejor.

“El globalismo neoliberal es una acción altamente política que, en cambio, se presenta de manera totalmente apolítica. La globalización económica no es ningún mecanismo ni automatismo, sino que es, cada vez más, un proyecto político cuyos agentes transnacionales, instituciones y convergencias en el discurso (BM, OMC, OCDE...) fomentan la política económica neoliberal”<sup>66</sup>.

### **7) La sociedad enredada, un mundo sin alrededores y la exploración imaginativa del futuro**<sup>67</sup>

Uno de los indicadores de desarrollo parece ser la formación de redes luminosas, mientras que las zonas menos dinámicas conservan aún la tendencia a concentrarse en núcleos destacados.

[...] El principio organizativo que está en el origen de esa configuración reticular es el de la relación múltiple y variable de una infinidad potencial de centros de decisión; su transposición espacial no es ya centralización, sino una red que se densifica. [...] Las redes llevan a cabo dos posibilidades que no existían con anterioridad: la simultaneidad temporal en la presencia o accesibilidad de información, sin importar la distancia, y la creación de conexiones directas, sin rodeos, entre cualquiera de los participantes en la red. ¿Qué tipo de civilización es la que produce una disposición de este tipo y qué se sigue de la sociedad reticular? ¿Qué nos cabe esperar y qué debemos temer de una sociedad literalmente “enredada”?<sup>68</sup>

La densidad de la comunicación y la movilidad espacial hacen que el acceso a la información y a los bienes sea potencialmente universal y sin centro.

<sup>66</sup> Beck, U. ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona: Paidós; 1998.

<sup>67</sup> Cf. Innerarity, D. La Sociedad Invisible. Madrid: Espasa Calpe; 2004.

<sup>68</sup> Ibidem, pp.114-115.

En un sistema así aumenta también la homogeneidad de la distribución, hace que las cosas estén simultáneamente presentes en muchos sitios y que el centro pierda sus antiguos privilegios.

Como si el análisis social tuviera que echar mano finalmente de la poética, se nos propone entender la sociedad contemporánea con imágenes como la red (Castells), los flujos (Bauman), las corrientes (Lash) o los paisajes (Appadurai) para explicar algo tan sencillo y enigmático a la vez como la idea de que estamos en medio de un proceso que hace del mundo un lugar único (Robertson). [...] Todas las explicaciones que se ofrecen para aclarar lo que significa la globalización se contienen en la metáfora de que el mundo se ha quedado sin alrededores, sin márgenes, sin afueras, sin extrarradios. [...] En el fondo, esta imagen de un *mundo sin alrededores* expresa la idea de que el nuestro es un “mundo sin fronteras”<sup>69</sup>.

Cuando uno comienza a preocuparse por la basura, es porque ha introducido en su campo visual lo que antes no veía o no quería ver. La conciencia de lo que significa la basura, tomada en sentido literal y metafórico, supone una extensión de nuestro mundo, del mundo que consideramos nuestro.

Esta articulación de lo propio y lo de otros plantea un escenario de responsabilidad que resumía muy bien un chiste de El Roto: “En un mundo globalizado es imposible intentar no ver lo que pasa mirando para otro lado, porque no lo hay”. [...] Los márgenes están en el interior, en nuestros “alrededores interiores”. [...] A esto se le puede llamar “otra globalización”<sup>70</sup>.

La investigación del futuro no es propiamente una nueva disciplina científica. Vivimos en una sociedad tan dinámica que, sin el esfuerzo de la imaginación, el futuro podría escapársenos en el ajetreo de las ocupaciones cotidianas.

El futuro ya no puede ser imaginado como una continuación del presente, ni siquiera como una ruptura de la continuidad histórica cuyo germen fuera visible en el momento presente. [...] Por las mismas razones por las que el futuro ya no es mera continuación del presente, tampoco puede ser entendido como lo que surgiría de la negación total del presente [...] Para saber lo que hay es cada vez más necesario hacerse una idea de lo que habrá. No es posible trabajar sin informes acerca de la situación del futuro. La vida de toda institución depende ahora más que nunca de su capacidad de anticipar. Hay que imaginarse el futuro precisamente porque el futuro ya no es lo que era<sup>71</sup>.

---

<sup>69</sup> Ibidem, pp.118-121.

<sup>70</sup> Ibidem, pp.118-121.

<sup>71</sup> Ibidem, pp. 122-193.

Sería interminable continuar en esta línea de la reflexión. Por concluir en estos últimos aspectos<sup>72</sup>, el camino de la humanización de la especie humana, cuya naturaleza no está dada completamente de antemano, sino que, gracias a su razón y capacidad de lenguaje, se realiza y perfecciona progresivamente, ha estado en nuestro tiempo, como nunca en la historia, ligado a un fenómeno -creado por el mismo hombre pero externo a él- que llamamos proceso de globalización o mundialización. Y la exigencia ética, una de las condiciones más ausentes en la expresión económica del fenómeno y rasgo eminente de los estadios de humanización, está, contemporáneamente, ligada al fenómeno de la globalización de la cultura y de las comunicaciones.

Así como se enriquecen, por voluntad del hombre, la biodiversidad y la biosfera, el derecho internacional se enriquece con los derechos de las generaciones futuras, con la ética de las ciencias y de las técnicas, así como con nuevos conceptos tales como la bioética o la infoética. Y todo ese esfuerzo converge hacia la elaboración de declaraciones internacionales específicas que revelan una aspiración a la humanización, al mismo tiempo que se producen inversas muestras de degradación como la guerra, la violencia o depravadas experiencias biológicas con la vida humana<sup>73</sup>.

En un libro relativamente reciente de Norberto Bobbio<sup>74</sup>, Teoría general de la política, en capítulo final del mismo, “Cambio político y filosofía de la historia”, hay un texto de Jean Guittou que, en el fondo, plantea el dilema y la solución implícitos en el tema de la humanización y la cultura.

“Nos encontramos en la época en la cual el hombre [...] se plantea la pregunta más insoluble, más excitante para un ser sometido al tiempo: ¿Estoy en el fin o al principio del mundo? Una era concluye. La aceleración de la historia se acentúa. Todo se precipita hacia el último instante, fatal, cada vez más cercano ¿La historia está por concluir y recomenzar? ¿Soy el último o el primer hombre? Preguntas que se hace también el cristiano. He escuchado a Mauriac decir con profunda voz: Después de todo podremos ser nosotros los primeros cristianos”.

La atadura entre la cultura, la ética y la humanización es, cada vez más, evidente. La política de inspiración humanista y cristiana no puede eludir, ni mucho menos prescindir de este hecho. El liderazgo humanista de los hombres de buena voluntad, debe replantearse o reinventar la acción política en el contexto de esos parámetros: cultura, ética y humanización.

La humanización, estrechamente vinculada con el progreso moral y el reconocimiento ético en el seno de las sociedades, se apuntala y favore-

<sup>72</sup> Cf. Roberto Papini; Guillermo Yepes Boscán Humanización y Cultura. Roma, Octubre de 2000.

<sup>73</sup> Maravillosa aportación en este sentido es el trabajo pilotado por Pinker, S. Los ángeles que llevamos dentro. El declive de la violencia y sus implicaciones. Barcelona: Paidós; 2012.

<sup>74</sup> Norberto Bobbio. Teoría general de la política. Madrid: Trotta; 2003.

ce, no con la ciencia, la técnica o, simplemente, la política sin valores, sino con la cultura que nutre e inspira, a través de su sentido axiológico a una política de la libertad y de, para y con el hombre. En este sentido podríamos retomar el rumbo de nuestros liderazgos para alcanzar un mínimo universal de valores, de principios y de normas éticas en el gobierno del planeta, que hoy, la globalización en nombre de la humanidad y la cultura, nos reclama y nos obliga.

## **8) Ética y criterios para la evaluación de la calidad asistencial**

### a) La ética de una organización

¿Qué es conducta ética en una organización? ¿Es algo más que ausencia de ilegalidad?<sup>75</sup> La ética como la bondad y la belleza, es un concepto definido por estándares bastante arbitrarios que es difícil de ponerse de acuerdo. A este acuerdo se llega mediante costumbres, normas culturales y leyes. Esto es en definitiva leyes formales y normas informales. Y así hablamos de ética legal y ética normativa. El tema se escapa de los márgenes de este trabajo, pero se menciona, al menos.

### b) Norma de gestión de calidad

La norma de gestión de la calidad ha de servir para: orientar la actividad de una organización a la satisfacción de sus clientes ofreciéndole productos y servicios de calidad; desarrollar el aprendizaje organizativo; ser eficiente en los procesos propios; aumentar la seguridad, la salud laboral y el respeto al medio ambiente; conseguir más legitimación social desde la transparencia de la gestión; mejorar permanentemente. La norma se construye y rige por unos valores y principios que constituyen una cultura de la organización. Quienes no comparten estos valores fundamentales no están cumpliendo los requisitos básicos de la norma de calidad.

Los valores y principios que guían las normas de calidad de una organización giran sobre dos ejes:

**1. *Unos orientados hacia las personas:*** La dignidad humana. La defensa de los derechos, presentes y futuros. La solidaridad. La profesionalidad.

**2. *Otros centrados en la organización:*** La orientación al cliente/usuario: equidad, fiabilidad, efectividad buen trato, respeto, información, continuidad, confortabilidad. Y es imprescindible la participación y descentralización en la gestión y la dirección.

En este sentido se manifiesta la Orden Hospitalaria cuando se refiere a los dos ámbitos<sup>76</sup>:

<sup>75</sup> Cf. Rubin, H. Dimensiones de Ética institucional: un marco para interpretar el contexto ético del Tercer Sector en VV.AA. Transparencia de la Solidaridad. Madrid: Fundación Lealtad; 2001. pp. 91-97.

<sup>76</sup> Cf. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Carta de Identidad. Madrid: Fundación Juan Ciudad; 1999, 5.3.

## 1) Gestión:

### 1.1. Organización y aplicación de recursos.

Éste podría ser un lema: ser capaces de hacer una correcta asignación de los recursos de que disponemos, sabiendo primar aquellos aspectos más específicos de la Institución. A nivel del centro, para garantizar la viabilidad del mismo. A nivel de los servicios y secciones, con el objetivo de dar una asistencia integral al enfermo y necesitado.

La retribución y la formación de los profesionales, la obtención de los productos necesarios para el correcto funcionamiento, la adecuación tecnológica y la debida promoción de la humanización deberán caminar en equilibrio; si alguna de las partes se descompensa, estaremos entrando en el camino de la fracción, de la ruptura, de la crisis.

La búsqueda de la equidad, desde una dimensión local, regional y sin perder de vista nuestra vocación universal, ha de estar presente en la toma de decisiones, pese a que en momentos y circunstancias pueda resultar difícil.

Tarea primordial de los gestores es la obtención de estos recursos y, por ende, una parte importante de su tiempo y su trabajo debe estar dedicada a esta función. Ellos verán dónde y cómo se han de hacer presentes para defender la labor que el centro hace, al mismo tiempo que tratan de promover la obra y sus proyectos.

### 1.2. Profesionalidad.

Porque aspiramos a una asistencia integral y nos sentimos llamados a una respuesta vocacional en nuestras obras, es imprescindible que nuestra profesionalidad esté fuera de dudas.

Desde una respuesta profesional, coherente con los principios éticos de la profesión y animada por la filosofía de la Institución, podremos hacer posible la identidad que aspiramos tengan nuestras obras. La capacitación técnica y humana son las bases imprescindibles para hacer posible esta respuesta profesional.

### 1.3. Competencia técnica.

De igual modo, el centro deberá velar para que su dotación técnica y tecnológica sea la adecuada a su nivel asistencial. Sólo una competencia técnica adecuada nos permitirá hacer la aportación específica que pretendemos.

Los continuos cambios tecnológicos exigen esfuerzos adicionales para no quedar desfasados. Los profesionales tendrán el compromiso de adquirir una formación técnica suficiente y trabajarán por actualizarla a las nuevas aportaciones de la ciencia.

## 2) Organización:

### *2.1. Correcta expresión de la misión de la obra en los instrumentos organizativos.*

En la medida que nuestra organización vaya impregnada de la filosofía de nuestra misión, estaremos facilitando que todo el centro, que todos los profesionales comulguen con la misma.

El directivo del Centro está convocado a formar un equipo, junto con los demás miembros del órgano de Dirección.

Es función primordial de este equipo de dirección trabajar de forma interdisciplinar y motivar a esta forma de trabajo en los demás equipos que haya en el centro.

### *2.2. Defensa de la pluralidad.*

La diversidad de opiniones y de culturas son un camino adecuado para reconocer la humanidad plural que somos.

Hemos de establecer espacios y elementos de organización que permitan la expresión de esa pluralidad y promover actitudes personales que hagan posible la común unión en esa pluralidad.

Nuestros valores, la cultura de cada una de las Obras, será el espacio donde se podrá articular esta dimensión de pluralidad.

*2.3. Delegación. Participación. Asunción de funciones.* Cada estamento puede asumir todas las funciones para las que está capacitado, desde el más inferior al de mayor responsabilidad.

Dejemos espacios para que sea posible esa asunción y pongamos elementos organizativos que lo faciliten.

Velemos para que esta delegación se consolide en una asunción de funciones por parte de todos los que hacemos posible el centro.

*2.4. Descentralización / Centralización.* Caminemos para que la persona con mando tutele las iniciativas y las inquietudes de los colaboradores.



Pongamos en funcionamiento programas de trabajo que permitan que los colaboradores puedan ir creciendo en la asunción de funciones, que con frecuencia reservamos sólo a estamentos superiores.

Que el profesional pueda crecer en sus funciones, que el equipo de trabajo vea aumentado su espacio de actuación, que el mando intermedio tenga más capacidad de iniciativa, que el directivo pueda ir creciendo en responsabilidad.

Que la subsidiaridad, valor muy vinculado a la tradición cristiana, sea un elemento fundamental en la asunción de funciones en nuestra Obras.

### c) La transparencia

La transparencia<sup>77</sup> es hoy un elemento crucial y piedra angular para generar confianza, credibilidad, para dar legitimidad<sup>78</sup>. Y ello supone la coherencia de varios aspectos: personales, liderazgo, ideas, productor, servicios, resultados, estilo, apoyos, comunicación... Han de establecerse mecanismos de transparencia para generar fidelidad... Los factores que otorgan esta legitimidad pueden ser, entre otros:

- La misión y los valores de la organización: Que se dé respuesta a una necesidad real y concreta así como percibida.
- Las actuaciones, qué y cómo: Ello implica tener mecanismos internos y externos que ayuden a acertar en las actuaciones.
- Las personas y la organización: Las personas son el rostro de la organización. Su honradez es de esperar y se crea la expectativa de una buena actuación.
- La base social de donantes, socios, colaboradores: Una entidad sin capacidad para aunar voluntades no puede tener legitimidad. La percepción social de la organización es esencial para crear esta legitimidad y autoridad en el tema o en la actuación o misión que desempeña.
- Reconocimientos, colaboración y apoyos institucionales: La aprobación de las instituciones públicas y privadas garantizan, en buena medida la legitimidad y transparencia de una organización.
- La eficiencia: Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios.

<sup>77</sup> Resulta muy ilustrativo consultar el trabajo monográfico dedicado por la Revista de Occidente, nn.386-387 correspondientes a julio-agosto de 2013, ya que aborda el tema de la Transparencia desde ángulos y prismas interdisciplinarios: filosofía, arquitectura, arte, literatura, mitología.... Cf. También las páginas siguientes y similares [http://www.efpia-e4ethics.eu/Farma\\_EFPIA/index.htm](http://www.efpia-e4ethics.eu/Farma_EFPIA/index.htm); <http://www.efpia.eu/documents/39/91/e4ethics>

<sup>78</sup> Cf. Gassó, J. Legitimidad y transparencia en las ONG en VV.AA. Transparencia de la Solidaridad. Madrid: Fundación Lealtad; 2001. pp. 23-31.

- La gestión de la globalidad de la misión de la organización. Esta gestión precisa de unos elementos básicos:
- Los requerimientos del sistema: con relación a las necesidades del sistema de clientes y de los requisitos legales.
- La responsabilidad de la dirección en la promoción y mantenimiento del sistema de calidad.
- La planificación, tanto de los objetivos como de los procesos, los cambios, la prevención de riesgos y las contingencias.
- Los procesos de organización y desarrollo de las actividades y servicios.
- Los sistemas de medición, evaluación y documentación.
- Los sistemas de mejora continua.
- La comunicación interna y externa.

#### d) Ética y evaluación de tecnologías sanitarias

Trabajar sin criterios de calidad es hacerlo al margen de la ética<sup>79</sup>. Estas son las ventajas que los profesionales y los usuarios pueden encontrar implicándose en las líneas de calidad:

1. Revalorización: Mayor capacitación del profesional y revalorización de su papel.
2. Conocimiento: Pacientes mejor protegidos de la caducidad de quien le atiende.
3. Confianza: Aumento de la confianza de los usuarios con los facultativos.
4. Evaluación: Posibilidad de revisar qué se hace y en qué condiciones.
5. Decisiones: Ofrece más información para la toma de decisiones por parte de los profesionales.
6. Investigación: Estimula el estudio de las líneas de mejora.
7. Motivación: Favorece el trabajo bien hecho y, por tanto, motiva a los trabajadores.
8. Oportunidades: Mejora el *curriculum* de los profesionales y hace que tenga más posibilidades en el mercado laboral.

#### *Los modelos*

La calidad total es uno de los grandes argumentos que utilizan las entidades de hoy para competir en el mercado. Su implantación busca reducir al máximo los errores y optimizar al máximo los resultados técnicos, sociales y económicos.

El método más extendido, con sus variantes homologadas, para crear un control de calidad es la certificación a través de normas ISO, pero la vía que garantiza un proceso continuo de mejora es el Modelo Europeo de Calidad, que ha desarrollado la Fundación Europea para la gestión de

<sup>79</sup> Cf. Vázquez de Prada, I. *Diario Médico* 8.10.1998

Calidad, conocido también por las siglas EFQM inglesas (European Foundation for Quality Management).

Este modelo, que persigue la calidad total a través de la mejora continua, se ha extendido desde la cúpula del sector empresarial, es decir desde las grandes empresas, pasando después por las pequeñas y medianas empresas modificando las definiciones y descripciones y reduciendo las divisiones de los criterios, para incorporarse ahora al sector asociativo y dentro de éste a las entidades deportivas.

Se trata de un *modelo de referencia* de cómo debe ser una entidad excelente. Consiste en una guía de preguntas que deben ser contestadas preferiblemente por el responsable de la entidad. Es un sistema de autoevaluación continua de cada departamento o sección que constituyen la entidad, y que conforme a los puntos obtenidos, nos indica si la gestión se aproxima o está muy alejada del modelo ideal o de referencia. Se trata entonces de poner remedio y replantear los procesos que menos funcionan.

Los conceptos fundamentales en el que se basa este modelo son: 1. Orientación al cliente; 2. Relaciones públicas; 3. Desarrollo e implicación de las personas; 4. Procesos y hechos; 5. Mejora continua e innovación; 6. Liderazgo y coherencia en los objetivos; 7. Responsabilidad social; 8. Orientación hacia los resultados.

*¿Control, gestión, aseguramiento?*

Existen diversos tratamientos de la calidad por parte de las empresas. En función de cuáles sean las bases conceptuales aplicadas, se puede hablar de *control, de aseguramiento o de gestión de la calidad*. Uno u otro tratamiento obedece a momentos y contextos socio-económicos distintos. El aseguramiento de la calidad y la gestión de la calidad son posteriores al control, y se diferencian de él en que el énfasis se pone en la normalización de procesos para evitar errores, en lugar de en la corrección de errores.

La diferencia entre el aseguramiento y la gestión está en que el primero se limita a los procesos operativos mientras que la segunda contempla todos los procesos (sean operativos o no) y se orienta a las necesidades del cliente interno y externo.

Sin embargo, lo cierto es que los tres modelos descritos siguen vigentes en las empresas actuales. Según su grado de evolución, la cultura de la empresa, la participación del personal, la política de dirección,... se encuentran empresas que aplican modelos basados en el control, en la mera gestión o en el aseguramiento de la calidad.

*Normalización*

La creación del Mercado Único exige que los organismos reconocidos en los Estados miembros promuevan la *normalización* y la *certificación de*

*conformidad* de sus productos y servicios nacionales. Sin embargo, la falta de información sigue siendo fuente de problemas para las empresas españolas, sobre todo de cara a las exportaciones intracomunitarias. En España, AENOR<sup>80</sup> es una entidad reconocida para llevar a cabo la función de normalización. La normalización es una actividad colectiva encaminada a establecer soluciones a situaciones repetitivas. La normalización ofrece importantes beneficios, como consecuencia de adaptar los productos, procesos y servicios a los fines a los que se destinan, proteger la salud y el medio ambiente, prevenir los obstáculos al comercio y facilitar la cooperación tecnológica.

### *Acreditación*

La acreditación surge en Europa y, también en el entorno mundial, para generar la confianza necesaria en los agentes evaluadores de la conformidad: laboratorios de ensayo y calibración, entidades de certificación e inspección, verificadores medioambientales. De esta forma se garantiza a los compradores, a los usuarios y a los consumidores, que la calidad y la seguridad de los productos y servicios comercializados es evaluada por organismos competentes y perfectamente cualificados.

### *Las normas ISO*<sup>81</sup>

El Comité Europeo de Normalización (CEN) acogió la serie ISO 9000 en marzo de 1987 y la adaptó para su utilización en Europa. La importancia de las normas ISO, que hon ha dejado de evolucionar, arranca de su capacidad para regular el aseguramiento de la calidad en la empresa. Es decir, contempla el control y prevención de errores.

#### *Nomenclatura*

La finalidad de la norma es la de establecer los requisitos de un sistema de calidad aplicables para demostrar la capacidad de un *suministrador* para diseñar y suministrar un producto conforme. Las series de normas forman parte de un conjunto de tres normas internacionales que responden a tres modelos distintos de aseguramiento de la calidad. Las tres normas fijan los requisitos que deben concurrir en un sistema de calidad para que éste cumpla su objetivo. La elección de uno u otro modelo dependerá del tipo de organización y de la actividad que desarrolla.

“Las normas ISO no son un fin, sino un carril que hay que seguir. [...] Tenemos una trayectoria y una inquietud por seguir adelante. Queremos avanzar hacia un modelo de autoevaluación permanente. [...] La certificación ayuda a organizar la propia estructura. Se trata de seguir una línea ascendente de mejora continua. [...] esto obliga a seguirlos y monitorizarlos, de modo que, al cabo de un año, se pueden replantear los aspectos

<sup>80</sup> Se puede visitar la web disponible 21.09.2013 <http://www.aenor.es/aenor/inicio/home/home.asp#Uj6n4cZShV8>

<sup>81</sup> Cf. Entre otras muchas páginas, <http://www.qualitydigest.com/html/iso9000.html>; <http://www.qualitydigest.com/iso9000database.shtml>.

que puedan ser mejorados. Hasta el momento se ha entendido la calidad como científico-técnica y es difícil conseguir introducir el concepto de calidad percibida”<sup>82</sup>.

### *Compromisos de calidad*

*Calidad* en un producto o servicio ha significado tradicionalmente una aptitud para el uso deseado. De esta aproximación se desprende una cierta responsabilidad que ostentan las empresas suministradoras de que todos sus productos o servicios cumplan unos niveles de calidad.

Custodiar y desarrollar la universalidad, la accesibilidad y la equidad como soporte de la prestación del servicio; asumir con eficiencia las necesidades y expectativas de los usuarios; mejorar continuamente la capacidad científico-técnica de los profesionales; incorporar como oportunidades de mejora todas aquellas sugerencias expresadas por los profesionales del servicio y sus empresas proveedoras; mantener un equipo humano con la adecuada motivación y trabajar en el desarrollo de un modelo de dirección participativa por objetivos; mantener plenamente actualizados todos los procesos de prestación del servicio en búsqueda de la eficiencia y consolidar la gestión del cambio como inherente a la dinámica de la organización<sup>83</sup>. ¿No estamos hablando de ética, calidad y humanización en la prestación de los servicios?

### *Humanización y calidad de la asistencia*

Nos servimos de las ideas de Fernández Hontoria<sup>84</sup> para introducir el aspecto de la humanización en contacto con la calidad asistencial ya que potenciar el capital humano es clave para la excelencia de las empresas hospitalarias. El pleno desarrollo de la organización depende en gran medida del desarrollo del potencial de los trabajadores. Son muchos y variados los cambios producidos en las últimas décadas en los contextos empresariales: globalización, liberalización, diversificación de los mercados, altos niveles de productividad, aumento de la competitividad, exigentes estándares de calidad, seguridad laboral y desarrollo de nuevas tecnologías, además de una constante preocupación por el medio ambiente y la ética empresarial.

Esta nueva dimensión, junto con el establecimiento de características organizativas innovadoras -rapidez de respuesta a las necesidades del cliente, innovación y creatividad, aprendizaje continuo, flexibilidad, dinamismo, ciclos cortos de vida de productos y alianzas estratégica- provocan que el cambio organizativo sea un elemento inevitable, prioritario y exigente en la gestión. Este nuevo escenario de cambio permanente

<sup>82</sup> Según Almudena Pérez, gerente del 061 de la Comunidad de Madrid. Diario Médico, 10.01.2002.

<sup>83</sup> Según Almudena Pérez, gerente del 061 de la Comunidad de Madrid. Diario Médico, 10.01.2002.

<sup>84</sup> Fernández Hontoria, P. Gerente del Area de Recursos Humanos de la consultora Cofor. 24 de julio de 2001.

demanda nuevos diseños organizativos innovadores y flexibles, capaces de resolver los conflictos y retos planteados.

En el sector sanitario, como ha ocurrido en la mayoría de los servicios, las acciones hacia la mejora de la calidad han sido las que más se han sucedido, inherentes a la propia organización, de forma individual o grupal, y han pasado de abordar aspectos parciales de la distribución del servicio, a extenderse a una perspectiva más global e integrada. El objetivo principal en la mayoría de los casos ha sido la ventaja organizativa y competitiva a través del desarrollo de una estrategia dirigida hacia la búsqueda continua de la satisfacción de los clientes internos y externos de la organización, y la eficiencia de la gestión de los recursos y procesos sanitarios.

Las organizaciones sanitarias evolucionan de una dimensión de calidad clínica o científico-técnica a una dimensión de calidad organizativa, introduciendo conceptos innovadores: eficiencia en los recursos, satisfacción de los usuarios, rediseño de procesos y gestión del conocimiento, acomodándose a los intereses y necesidades de los diferentes agentes que intervienen en el sistema de salud.

La gestión de la calidad total en una organización sanitaria, comporta variaciones en la cultura y estructura organizativa, rediseño de flujos de trabajo, redefinición de papeles en los mandos, el aprendizaje de nuevas habilidades y conocimientos y la reorientación de los centros sanitarios hacia las metas estratégicas establecidas.

Aunque uno de los principios fundamentales de la calidad total es la participación y compromiso de todas las personas en el proceso de mejora de la calidad de la organización, pocas son las iniciativas que se han acompañado de sondeos de clima laboral que permitan establecer estrategias de calidad adaptadas a cada organización en particular.

En las organizaciones sanitarias el profesional no solo es su principal valor añadido, además es el recurso inteligente, cuya actividad principal es la toma de decisiones en función de la gestión de un conocimiento adquirido progresivamente de forma tácita y expresa. La excelencia de los procesos asistenciales y la satisfacción de los pacientes de una organización sanitaria son por lo tanto consecuencia directa de esta gestión del conocimiento científico-técnico y de las habilidades y formas de actuar de los profesionales que la integran.

La actualización de los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales sanitarios es un requisito fundamental para garantizar la excelencia de la práctica asistencial y la eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios. Los hospitales y centros sanitarios pueden desarrollar el pleno potencial de los profesionales, elaborando estrategias de gestión de recursos humanos centrados en los siguientes principios:

- Estableciendo políticas, estrategias y planes de recursos humanos.
- Estableciendo claras expectativas y objetivos.
- Identificando, desarrollando y manteniendo el conocimiento y la capacidad de las personas.
- Desarrollo de equipos de trabajo.
- Manteniendo las habilidades y aportando recursos.
- Aportando feedback como una herramienta de aprendizaje.
- Concediendo autoridad para actuar.
- Desarrollar estrategias de comunicación.
- Aportando estimulación, apoyo y reconocimiento.

En consecuencia, un proyecto de gestión integral de la calidad en una organización sanitaria se tiene necesariamente que acompañar de proyectos de cambios de comportamiento humano en las siguientes dimensiones:

- Motivación de los profesionales.
- Establecer el contexto ideal del cambio.
- Asegurar la comunicación efectiva de objetivos.
- Coordinar y alinear los proyectos.
- Proveer de competencias y oportunidades.
- Preparar la masa crítica para el cambio.
- Formación en procesos de gestión y mejora de la calidad.
- Establecer políticas de reconocimiento.

En conclusión, cada centro asistencial que se embarque en un proceso de cambio hacia la excelencia de sus procesos asistenciales debe analizar minuciosamente la estrategia a desarrollar, teniendo presente en todo momento del proceso las peculiaridades y la madurez cultural de sus recursos humanos para realizar un enfoque estratégico de los profesionales sanitarios que le permita aprovechar las oportunidades y eludir las amenazas que se puedan presentar. En una palabra se precisa del principio de la humanización personal y asistencial.

### *¿Por qué hablar de humanización y deshumanización?*

¿Por qué se habla tanto de la humanización en la actualidad?, ¿por qué se habla tanto de la necesidad de humanizar el mundo de la salud y de la enfermedad? Si constatamos la necesidad urgente de humanizar nuestra sanidad, nuestras relaciones interpersonales, es sin duda alguna porque vivimos la carencia o ausencia de un trato amable y benigno. Para constatar esta carencia nos basta con escuchar y observar las quejas tanto de los enfermos como de los agentes de la salud:

- “Soy un simple número de habitación”,
- “Soy solo una enfermedad”,
- “Lo único que les interesa es mi enfermedad, no yo”,
- “No tenemos tiempo”,
- “Con todo lo que tenemos que hacer no podemos atender de otra forma”.

El avance sumamente científico y tecnológico del que estamos siendo testigos actualmente, y que está formando lo que llamamos medicina de vanguardia está descuidando y olvidando el aspecto psicosocial y emotivo-afectivo, deshumanizando, en consecuencia, la asistencia.

*En qué se manifiesta la deshumanización: análisis de la realidad estructural:*

Estamos viviendo una cultura postmoderna que implica una separación del pasado, un cambio caracterizado por el colapso de los valores morales y las reglas sociales, es decir el olvido del “capital social” que es el principal presupuesto para cualquier empresa cooperativa<sup>85</sup>.

El mundo postmoderno está imbuido del imperativo tecnológico: *si puede ser construido, constrúyelo; si está construido, cómpralo*<sup>86</sup>. En consecuencia, la deshumanización aparece como la degradación de la persona humana. Es la falta de respeto por el otro en su diversidad. Esta deshumanización, según algunas opiniones, puede proceder de<sup>87</sup>: la tecnificación, la secularización, la economización, (racionalizar, economizar, tecnificar, economía de mercado capitalista).

Por lo que escuchamos con relativa frecuencia que la asistencia proporcionada se ha convertido en un producto y el paciente en un cliente, que la calidad del producto que se proporciona debe ser calibrada y producida con el menor costo y ser lo más eficiente posible, según un protocolo preestablecido, de manera que esté comprendido el un presupuesto aprobado. Escuchamos con frecuencia que las consecuencias son: la burocracia creciente, las múltiples direcciones sanitarias y la asistencia cronometrada...

La deshumanización que hoy en día existe en la asistencia sociosanitaria se debe a la pérdida de valores de nuestra sociedad. Esta situación es una realidad que palpamos y que se debe a factores como la falta de tiempo de los médicos para atender a los pacientes. Uno de los efectos de la deshumanización de la práctica sanitaria es la medicina defensiva, salida a la que acude el profesional ante el temor de ser denunciado por no ejercer una buena medicina<sup>88</sup>.

El humanismo humanizó al hombre y la medicina radicó y testimonió esa humanización. Entonces: ¿cuándo hay deshumanización en nuestra disciplina?, ¿cómo y en virtud de qué ocurre?

Cuando la medicina es inculminada, discriminada y hasta descalificada,

<sup>85</sup> Cf. Fukuyama, F. La Gran Ruptura. Barcelona: Ediciones BSA; 2000.

<sup>86</sup> Cf. Michael D. P. Los hospitales del siglo XX: caridad antigua y tecnología moderna. Dolentium Hominum, 2000; 46, 79-84.

<sup>87</sup> Lelkens, J.P.M. Deshumanización de la asistencia sanitaria dentro y fuera de las estructuras hospitalarias, sus causas de fondo y las expectativas para el futuro. Dolentium Hominum, 2001; 46, 21-24.

<sup>88</sup> Romero, C. Diario Médico 28.10.1999.



cuando al arquetipo verbal que la denomina e identifica se le añaden “condicionantes” o se adjetiva su naturaleza. Cuando es “puesta en cuestión” y cuando se le suman atributos que no le conciernen. Cuando, de hecho, se hace “entrar” a la medicina en los conflictos de pensamiento actuales generados en multitud de ideas y referencias de infinitos sentidos, aunque cada uno de ellos, pretendidamente conceptuales, tenga, en este fin de siglo, denominado, “postmodernidad”, otra identidad propia que la de ser un vulgarismo mental más.

Pero nosotros nos sentimos seguros de que en sus trabajos y postulados han contribuido a la deshumanización en la medicina, (según los criterios aquí expuestos), al encerrarla en un entorno de ideas y conceptos que no le conciernen o le pertenecen - que le han sido añadidos- que le son atribuidos como partes del “hecho médico” vario y múltiple, que es como la medicina se manifiesta y se manifestó siempre.

Y es la suma de todos ellos lo que ha conducido a la “deshumanización en la medicina” hiriéndola casi mortalmente. Son todos ellos “condicionantes”, “juicios de valor”, “errores” voluntarios o no, pero generalizados. Han llegado a la medicina desde fuera de ella. La mayoría son de orden acusativo o de “puesta en cuestión” inculpativos, agresivos, al punto de convertir al agente médico en permanente mira de sospecha al extremo de que el vulgo ignaro, así seducido, hace integrar al médico en el suceso de morir.

Puede también ser que no tengamos la suficiente cultura o la cultura adecuada para coincidir con tantas medicinas diseccionadas por estos pensamientos que no creemos sean originales por aquello que, de hecho, son pertenencia de la medicina sin necesidad de que la caracterice según tal o cual circunstancia <sup>89</sup>.

Hoy día ya se admite, en una gran variedad de ambientes que la Medicina se va deshumanizando en forma progresiva. Según algunos, la humanización aplicada a la esfera de la salud significa hacer referencia al hombre en todo cuanto se cumple para fomentar y proteger la salud, cuidar las enfermedades, asegurar un ambiente que favorezca la vida sana y armónica a nivel físico, emocional, social y espiritual.

Así entendida la humanización, aplicada al mundo de la salud y en especial al médico, cada vez que la distancia entre la realidad y lo ideal supera los límites soportables, entonces se habla sin duda alguna, de deshumanización. Detrás en último término de esta deshumanización creciente existiría una profunda crisis antropológica y en la antropología existente, habrían dos tendencias predominantes: una tendencia sería que el hombre está orientado al mundo, y la otra tendencia sostendría que el hombre es un ser en comunión con otras personas.

Se podría sintetizar, después de contemplar diversas situaciones y opiniones, que los factores que deshumanizan el hospital desde el punto de vista estructural son:

---

<sup>89</sup> Estas referencias están tomadas del documento presentado ante la Reunión que la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina en Madrid en noviembre de 1997.

- a) La burocracia excesiva.
- b) Deficiencias de la estructura hospitalaria.
- c) Masificación de la asistencia.
- d) Incremento excesivo de las cargas de trabajo.
- e) Falta de recursos materiales.
- f) Poca coordinación entre los departamentos.
- g) Inexistencia de evaluaciones que muestren la realidad y exijan responsabilidades en conductas deshumanizadas.

### ¿Qué hacer para humanizar?

Podría decirse que, de la antigua medicina tan sólo perdura, en cierto sentido, el humanismo terapéutico. No cabe duda que las continuas aportaciones científicas y biotecnológicas no sólo aportan artefactos o instrumentos, sino que además generan cambios culturales de gran alcance. Por consiguiente la propuesta bioética ha de ser clara e inequívoca: es preciso avanzar en el ámbito de investigación biomédica, y paralelamente de forma integrada con otros planos. Entre ellos el ámbito *ético, jurídico y social*. Como precisa el Premio Nobel de Medicina F. Jacob, una determinada época o cultura alcanza reconocimiento especialmente, no tanto por la cantidad de conocimientos adquiridos, cuanto por las preguntas que se formulan y replantean. Por los principios y criterios que se elaboran y aplican<sup>90</sup>.

Por lo tanto, si la humanización de la asistencia sanitaria lo dan las personas concretas, quedaría por matizar qué es necesario poseer para llevarlo a cabo. Ya que para esta misión no nos basta con un título o disponer de tiempo libre y buena voluntad: *para acercarnos al ser humano que sufre necesitamos prepararnos y ejercitarnos en el arte de humanizarlos y humanizar, en el arte de la relación de ayuda*.

La *relación de ayuda* tiene como objetivo acompañar, ayudar a la persona a afrontar positivamente la realidad que está padeciendo. En el mundo de la salud la relación de ayuda buscará despertar en el enfermo todos los recursos personales que este posea para así lograr superar la situación.

Los enfermos necesitan ser *escuchados* más allá de su patología, necesitan que alguien comparta con ellos el impacto que la enfermedad tiene en su propia vida personal, familiar y social. Los agentes sanitarios deberíamos ser expertos escuchadores.

Otra actitud que es importante mencionar es la consideración positiva o *acogida incondicional*. Considerar positivamente al otro significa creer en el otro, supone estar a favor de él, por encima de toda apariencia, comportamiento o forma de expresarse. Aceptar incondicionalmente significa tener la vista puesta en él, que es más que una enfermedad o un problema.

<sup>90</sup> Cf. Blázquez, J. "Bioética, genética y sociedad" en La Razón, Madrid 27.12.2001.

Para ejercer la tarea sanitaria que ejercen los profesionales de la salud, y aún más, para ejercerla con y desde la humanización hacen falta también unos valores fundamentales sobre los que construir el resto y sin los cuales difícilmente se podrá llegar a la humanización de la profesión. Estos son:

- La vocación o atracción por una profesión, actividad o forma de vida. Esta parte se relaciona con lo más íntimo del ser humano. Con ella se pretende mejorar nuestro ámbito de la salud y sobre todo aliviar a las personas que padecen enfermedades.
- La formación. Con este sentimiento, uno no se preocupa de alimentar el fuego de ayudar a los demás sino de ofrecer los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos al enfermo.
- En tercer lugar se necesita motivación. Se puede traducir en ilusión, esperanza. Esta motivación debe fomentarse en los sanitarios con una sólida formación humana, a prueba de burocracias, papeleos, estrés...
- Ser buen sanitario es el que ofrece calidad científica y calidad humana. La primera con una formación adecuada y confirmada mediante cursos, investigaciones, congresos, textos y publicaciones. La segunda por una formación humanística, ya que tratamos personas con patologías no enfermedades.
- Se debe tomar consciencia de los defectos y virtudes del personal, de la institución y de nuestra propia persona, y una vez hecho, preguntarnos a nosotros mismos si de verdad queremos una sanidad más humana, con las implicaciones de personal y el desgaste que conlleva, o dejarla como está.

## A quién y qué humanizar

### 1. El equipo del personal sanitario

Dentro del hospital se crea una *línea de acción*, compuesta de diversos miembros, cada uno de ellos con unas funciones diferentes, a veces convergentes y otras veces divergentes entre sí. Estos miembros forman un equipo de trabajo, que es necesario se establezcan una serie de principios para que sea humano:

- El equipo tiene que ser interprofesional en sí mismo, es decir, no debe ser marcado por otra filosofía que no fuese la de la actuación profesional interrelacionada de los demás amplios sectores del hospital.
- No debe verse condicionado por ninguna idea o grupo fuese de lo que fuese, cada miembro en su vida personal puede estar adscrito a los sectores que sean pero aquí el punto central es el ser humano enfermo, su familia y/o la comunidad en su más amplia aceptación, no estando condicionado a ningunas otras ideas ajenas.

- Nace voluntariamente y fuera de los cauces oficiales de la institución, si bien se puede trabajar, participar, impulsar en y con otros sistemas oficiales de los que el centro dispone en la actualidad o en el futuro.
- No tiene que ser un grupo cerrado ni finalista, es decir, se concibe como un sistema abierto en el que pueden integrarse de manera estable o circunstancial, cuantas personas y/o profesionales lo deseen y estén motivados por acciones y trabajos del mismo.
- No es un grupo que se crea como presión o interés frente a ningún sector profesional, asistencial, de la administración ni de ninguna de las demás instancias u organismos profesionales, es decir, valoran como el bien más preciado la independencia y, como fin último, la calidad humana de la asistencia sanitaria.

El equipo del personal sanitario lo forman distintos personajes que se conocen y definen normalmente en las normativas y convenios

### *¿Cómo humanizar al personal sanitario?*

El equipo del personal sanitario lo forman distintos personajes desde distintas situaciones en su trabajo. El médico, el enfermero/a, auxiliar sanitario, otros (voluntarios, gestión y administración).

De forma global se ponen las actividades o los datos más importantes que se deben llevar a cabo para la humanización del personal:

- Humanizar no quiere decir ser más buenos, sino dar respuestas más adecuadas a las necesidades del enfermo.
- La medicina científica por sí sola no puede realizar este encuentro pleno, humano, entre el enfermo y el personal sanitario y médico.
- La formación universitaria o profesional del personal sanitario, por lo menos en nuestro país, no desarrolla las capacidades humanas que han de presumirse en todo profesional sanitario.
- La formación en la comprensión de los aspectos humanos del paciente encuentra una notable dificultad en el personal sanitario.
- El entrenamiento en las relaciones humanas es el resultado de la suma de experiencia intelectual y de experiencia emotiva, de información y de formación.

Las acciones que se deben llevar a cabo para conseguir estos resultados son:

1. Mejorar la información.

2. Establecimiento de programas de formación en el campo de la humanización de la asistencia sanitaria, para todos los estamentos del centro.

Si es cierto que un hospital que no sabe evolucionar con la ciencia y la técnica puede quedarse al margen de la misma y por tanto sin capacidad

de interlocución; no es menos cierto que la ciencia y la técnica comportan sus riesgos.

La constante evolución, la continua aparición de nuevos equipos y técnicas de trabajo, tienen un peligro inherente de ir dejando de lado a la persona humana, tanto al profesional como al paciente; pues en muchos procesos de trabajo, de tener un papel fundamental, pasan a tener un papel secundario y en según qué técnicas irrelevante. Pensemos por ejemplo en todos los servicios de diagnóstico, de procesos de información, etc., donde antes el profesional era imprescindible para una acertada actuación y en estos momentos hay lugares donde su papel es secundario o inexistente. Toda esta evolución no es neutra; no queda al margen de la sensibilidad de la persona y corre el riesgo de dejarla al margen. Cuando se trata del enfermo, sujeto pasivo de toda esta actuación profesional, con mayor razón puede darse esta evolución de aislamiento, de segregación, de despotismo tecnológico -todo por el enfermo y para el enfermo, pero sin el enfermo.

Por eso es imprescindible la incorporación de programas de humanización en los centros y en las obras. Estamos haciendo referencia a la incorporación de programas, no de servicios de humanización. Hay que lograr que todos los profesionales que hacen posible el servicio asistencial se sientan llamados a atender al enfermo, a la persona y a su familia. En esto consistirá la humanización de las obras: en lograr que todos los profesionales trabajen por el enfermo, para el enfermo y con el enfermo, aplicando los mejores medios técnicos al servicio de la persona atendida 91.

## ***2. Humanización de los factores estructurales y recursos materiales de la planta***

La humanización estructural del hospital no es una cosa más que haya que hacer por añadidura. Es una acción que afecta a las relaciones, a las comunicaciones, al poder, a la vida afectiva en el hospital, en cuanto que esas relaciones, poder, comunicación y sentimientos se dirigen al enfermo y buscan su bienestar; el enfermo está en el centro del hospital humanizado. Un hospital que no sepa dar estas respuestas, en el respeto a la libertad, la comunicación y la convivencia, no tiene ningún derecho a definirse como tal.

El hospital deshumanizado y deshumanizante no escapa de llegar a ser una cárcel o una empresa, aunque sea moderna. La definición de cárcel en el diccionario es la siguiente: “lugar en el que se encierran las personas privadas de libertad personal por orden de la autoridad competente”. Y en los hospitales la autoridad competente es el médico que sugiere el internamiento del enfermo. Este, cuando ingresa puede ser realmente un recluso, confinado y privado de su libertad personal.

<sup>91</sup> Cf. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Carta de Identidad, n. 5.1.3.1.

Cuando el paciente ingresa en una unidad o planta hospitalaria debe hacerse a un medio que le es extraño, un medio que no es el suyo, al que no está acostumbrado. Se procede a hacerle la valoración inicial que, en muchos casos es todo un interrogatorio policial con falta de tacto, para pasar tras esto a una valoración física, en muchos casos “todo un cacheo intimidatorio”.

Los espacios por los que el paciente puede pasear, suelen ser así mismo lugares exentos de todo atractivo, pasillos, salas de espera ocupadas por sillas incómodas, recibidores que parecen almacenes y que no motivan para nada el encuentro.

Otro de los aspectos que suelen ocasionar tremendos enfrentamientos entre el ente hospital el usuario, ya sea el mismo paciente o un familiar, es la burocracia y el papeleo es decir, la intensa lucha con la administración. Normalmente se dan consejos para manejarse que suenan a chino y que parecen más que indicaciones los mapas de los antiguos piratas, y donde para conseguir cualquier nimiedad se requiere la fuerza de un Ulises con ganas de odisea. Los estamentos hospitalarios suelen estar mal definidos, al igual que sus funciones, o por lo menos son mal conocidas y dadas a conocer, con lo que se produce un estado general de aturdimiento laberíntico general en algo que debía ser fácil y rápido por la realidad de los hechos que no invita a perder el tiempo con papelajos y organigramas cuando alguien está enfermo y sufriendo.

El lugar del enfermo o del familiar no son los despachos ni las ventanillas de papeleo, su lugar es la habitación confortable, la planta abierta y acogedora, el servicio orientado a servirle, como su propio nombre indica, en conclusión, un segundo hogar provisional orientado para él, para el hombre.

Además del trato poco humano que el paciente sufre por las condiciones estructurales, el sector del personal sanitario también lo sufre. El lugar de trabajo debe ser un lugar agradable que propicie la labor. Debe ser un lugar práctico y fácil de utilizar, ordenado y amplio, en el que cada cosa tenga su función y su espacio.

Pero no caigamos en la idea de que humanizar la estructura del hospital es extender una capa de barniz sobre las paredes de una casa. Es una acción que afecta a las relaciones, a las comunicaciones, al poder, a la vida afectiva en el hospital, en cuanto que esas relaciones, poder, comunicación y sentimientos se dirigen al enfermo y buscan su bienestar; el enfermo está en el centro del hospital humanizado. Un hospital que no sepa dar estas respuestas, en el respeto a la libertad, la comunicación y la convivencia, no tiene ningún derecho a definirse como tal.

Las acciones que se deberían llevar a cabo para conseguir estos resultados serían:

1. Mejorar la información.
2. Establecimiento de programas de formación en el campo de la humanización de la asistencia sanitaria, para todos los estamentos del centro.
3. Potenciar los recursos materiales y estructurales.
4. Mejorar los servicios de hostelería.
5. Establecer y mejorar el diseño hospitalario con:
  - Habilitación de lugares adecuados a enfermos terminales.
  - Habilitación de salas de espera, cómodas y limpias.
  - Habilitación de lugares en planta para la convivencia y el tiempo libre del enfermo.
  - Habilitación de lugares de expansión para niños ingresados.
  - Establecimiento de recursos que permitan respetar la intimidad del enfermo, sobre todo en los estados terminales.

Entre los medios o recursos materiales que se consideran necesarios para poner en marcha un plan de humanización en el hospital podemos encontrar:

1. Aprovechar y gestionar adecuadamente los recursos y medios existentes.
2. Liberar recursos materiales para humanización.
3. Cuidar el mantenimiento y limpieza del hospital. Tomar conciencia de que el hospital será aquello que nosotros queramos que sea.
4. Estudiar las causas de la masificación asistencial y buscar las soluciones más adecuadas.
5. Promover la creación de más centros hospitalarios en función de la demanda asistencial.
6. Crear campañas de información sanitaria.

Los resultados de la humanización estructural que se deberían conseguir como prioritarios podrían ser:

1. Mejorar y adecuar el diseño hospitalario pensando en el enfermo y su familia.
2. Potenciar el Servicio de Atención al Usuario.
3. Potenciar las Unidades de Trabajo Social.
4. Potenciar la creación y funcionamiento de comités, especialmente el Comité de Humanización.
5. Dar respuesta a los problemas de personal, gestionándolos adecuadamente a las necesidades reales.
6. Reconocimiento personal y profesional al personal por su labor bien hecha.
7. Introducir los temas de humanización en la formación continuada de los profesionales.

Pierluigi Marchesi o.h. es muy consciente en sus escritos que “umanizzare l’ospedale non è come stendere una mano di vernice sulle pareti di una casa; significa intervenire in modo radicale sulla struttura della stessa casa. Fuor di metafora: l’umanizzazione dell’ospedale non è un qualcosa da fare in più, in aggiunta! E’ un’azione che ribalta i rapporti, le comunicazioni, il potere, la vita affettiva nell’ospedale, in quanto rapporti, potere, comunicazioni e sentimenti sono rivolti al malato, al suo benessere: il malato è al centro dell’ospedale umanizzato, e finalmente può ricevere risposte non solo scientifiche o tecniche, ma anche umane”<sup>92</sup>. Y se atreve a diseñar algunos rasgos o perfiles. Para estar realmente humanizado, la estructura del hospital debe presentar las siguientes características:

- *Debe estar abierto de par en par, ser transparente:*

Podrán no solamente visitarlo todos, dentro del respeto a su eficiencia, sino también verlo y criticarlo por medio de sugerencias que hagan cada vez más esmerado el servicio. El hospital abierto convoca, en torno al enfermo, a los parientes, a los amigos, a los enfermeros, a los médicos, al ambiente, al territorio; no sólo para obtener su aceptación y su ayuda económica, sino sobre todo para recibir sugerencias, para crear en su interior un flujo de humanidad ante los sufrimientos del mundo sin filtros ni falsas prevenciones.

Ciò che non è possibile se l’ospedale resta chiuso: luogo di dolore, di rassegnazione, di puro e semplice inferno terreno. Il vedere l’umanità pulsare nelle sue molteplici manifestazioni, permette al religioso di restare aderente a questa umanità.

Non è facile spalancare l’ospedale quando i cuori sono chiusi, quando si vive il parente come un nemico, come un seccatore; non è facile spalancarsi, perché si corre il rischio di scoprire i laici molto più ricchi di noi in fatto di umanità, di amore, di dedizione: tanti padri, madri, parenti, amici hanno molto da insegnarci sul come trattare i malati. L’Ospedale spalancato esige religiosi coraggiosi, in grado di collegarsi alla realtà esterna dell’ospedale e a quella interna del malato. L’ospedale umanizzato-spalancato esige nel religioso ampi spazi mentali ed emotivi, una capacità di vivere con il parente, oltre che con il malato, una capacità di apprendere e di educarsi in continuazione<sup>93</sup>.

- *El hospital debe presentar un esquema de poder concreto, transparente en todos los niveles:*

Es este un proceso de especial importancia para garantizar la eficacia, la eficiencia, la satisfacción de las necesidades del enfermo. De esta manera, el esquema de poder, modelado claramente según las necesidades efectivas, representa un medio eficaz para trabajar de modo organizado

<sup>92</sup> Marchesi, PL. Umanizzazione. Parte Terza: Verso l’alleanza con il malato. Capitolo Primo: L’ospedale umanizzato.

<sup>93</sup> Ibidem.



y convergente, en una atmósfera de lucidez, de responsabilidad y de valoración de las funciones de todos. Cada uno de los que está trabajando sabe lo que tiene que hacer.

In questo Ospedale il potere è ritenuto un processo particolarmente importante per garantire efficacia, efficienza, soddisfazione dei bisogni del malato. [...] Il potere, usato in modo occulto, o in modi non corrispondenti alle esigenze di ruolo, diventa minaccioso e improduttivo. [...] Il potere di un religioso in un Ospedale umanizzato è quello di fare bene il proprio lavoro, e di sostenere l'autonomia, l'assunzione del potere delegato da parte di tutti gli operatori. [...] La chiarezza dei moli favorisce soluzioni tempestive nei casi di sovrapposizioni di comportamento, di by-pass, di invasione di campo. In questo modo, la mappa del potere, chiaramente modellata secondo le effettive necessità, rappresenta un efficace mezzo per lavorare in modo organizzato e convergente, in una atmosfera di lucidità, di responsabilità e di valorizzazione del ruolo di tutti 94.

- *El hospital humanizado tiene que creer en el trabajo en grupo:*

En él no se temen las reuniones ni el trabajo en equipo; más aún, se hace todo lo posible para fomentarlos y mejorarlos. Para ello dispondrá de salas de reunión, de ambientes amueblados expresamente para el personal, de lugares de ocio, de lectura, de encuentro, para crear el gusto de comunicar, de caminar juntos, de sostenerse mutuamente, con la convicción de que todos los agentes juntos son humanizantes.

Nel gruppo non ci si ritrova per diluire responsabilità o per perdere tempo, ma per effettuare uno scambio di esperienze, per arricchirsi, per prendere decisioni più sagge. [...] Pertanto un Ospedale umanizzato disporrà di molte sale di riunione, di ambienti attrezzati appositamente per il personale, di luoghi di svago, di lettura, di incontro, per creare il gusto di comunicare, di camminare assieme, di sostenersi a vicenda, nel convincimento che tutti gli operatori, assieme, sono umanizzanti. Perché il religioso non ha il monopolio della umanizzazione, ma al massimo favorisce delle iniziative che aumentano il potenziale terapeutico dell'ospedale 95.

- *El hospital debe atender a la formación permanente:*

Hay inquietud por parte de todos por llevar una formación continuada para mantener disponibilidad para el enfermo, los familiares y compañeros de trabajo.

No se crea un hospital humanizado si la formación permanente no garantiza a todos un punto de referencia constante para mantenerse no sólo al día, sino también siempre prontos para el trato con los enfermos y con los colegas. Se mira al futuro.

---

<sup>94</sup> Ibidem.

<sup>95</sup> Ibidem.

[...] Non si entra nei tempi nuovi senza Formazione Permanente. Non si crea un Ospedale umanizzato se la Formazione Permanente non garantisce a tutti, operatori e religiosi, un costante punto di riferimento per mantenersi non solo aggiornati, ma anche pronti, sempre pronti all'appuntamento col malato, con i colleghi, con i fratelli. L'usura indotta da una struttura come l'ospedale è altissima: secondo alcuni esperti, senza Formazione Permanente l'obsolescenza tecnica ed umana colpisce il 90 per cento degli operatori nel giro di 5 anni. [...] Ogni Ospedale dovrà fare riferimento al proprio, mantenendosi però in collegamento con quelle Opere dell'Ordine dove la Formazione Permanente è stata già, e positivamente, introdotta. [...] Per noi religiosi, chiamati a stare al fianco di persone malate, è determinante non entrare in «routine», rimanere freschi anche a 90 anni. Se noi non ci preoccupiamo di rimanere attenti e premurosi, veniamo meno al nostro compito. Ebbene, oggi scienza e tecnica ci possono aiutare anche a imparare, a impedire la sclerosi culturale e relazionale. La Formazione Permanente all'inizio ci metterà non poco in difficoltà, ma nel tempo ci renderà più umani, più pronti, più cristiani<sup>96</sup>.

• *El hospital tiene que ser una casa familiar:*

Es una comunidad que encara con seriedad el dolor, que no teme la derrota, que produce e induce en las personas la esperanza. Es el gozne en torno al cual gira la vida profesinal, afectiva, intelectual de los trabajadores, de los enfermos, de los familiares.

[...] L'Ospedale Umanizzato è la domus nella quale l'uomo si trova come a casa sua, accettato così come è, compreso ed aiutato nei suoi fondamentali bisogni.

Nell'antica prefazione alla vita di S. Giovanni di Dio è detto che nel nostro Ordine gli ammalati non devono trovare solo una casa (domum), ma un hospitium pietatis, una casa di amore misericordioso. Se nel nostro Ospedale i malati trovano solo una casa, qualcosa da mangiare e delle terapie, ma non trovano l'amore misericordioso, rimangono estranei, stranieri, forestieri all'amore umano, alla fratellanza e al messaggio cristiano. [...] « Il giorno in cui avrete garantito ai malati non solo la casa ma anche un hospitium pietatis, allora lasciate pure l'Ospedale. Andate altrove, ad evangelizzare. Ma son sicuro che non basterà la nostra vita per trasformare le nostre Opere in hospitium pietatis. Non basterà la nostra vita né quella dei nostri confratelli delle prossime generazioni. «Hospes eram, et collegistis me», «Ero forestiero e mi avete ospitato». Ma se noi ci limitiamo a fornire solo tecnica, solo albergo, ma non l'amore misericordioso, noi non avremo ospitato né l'uomo, né Cristo<sup>97</sup>.

En definitiva, ¿la humanización del hospital es un acto de justicia o de

<sup>96</sup> Ibidem.

<sup>97</sup> Ibidem.

caridad?, se pregunta Marchesi<sup>98</sup>. Y se hace el siguiente razonamiento impregnado de corazón e inteligencia:

1. Il samaritano è portato da Gesù come esempio di amore e di carità per il prossimo. L'atto del samaritano è un atto di *Humanitas* e corrisponde ad un impegno filantropico, ma non è solo quello. Il samaritano fa tutto gratuitamente, secondo un certo spirito, non mosso da leggi. Tutti i grandi santi, impegnati in opere sociali, reggendosi su grandi principi spirituali, morali e cristiani – quelli di cui l'umanità ha ed avrà sempre bisogno per non ripercorrere all'indietro il cammino verso la giungla – *non hanno aspettato* che il diritto sancisse di riconoscere e di rispettare l'uomo, ma l'hanno anticipato con la carità, col cuore. [...] La carità precede sempre la giustizia e la orienta. [...] Essa sfugge alla regolamentazione, richiede un atteggiamento interiore, non solo un comportamento esteriore, è gratuita, agisce non con l'odio verso i privilegiati ma con l'amore per i diseredati. [...]

2. [...] Parlando di Umanizzazione non ci si può limitare a dire semplicemente che accanto alla nostra Ospitalità dobbiamo inserire l'amore, *l'Humanitas*: dobbiamo ricordare che *la nostra ospitalità* è volta ad accogliere chi è afflitto da tribolazioni, oltre che da mancanza di cibo e di farmaci; che l'Umanizzazione ha la sua collocazione più autentica nel carisma della ospitalità, e quindi rientra in quel di più, o meglio di quel *qualcosa d'altro* per cui il nostro Ospedale deve essere non solo una clinica, un albergo, un ufficio, ma un luogo caldo di «affetto» e dove il malato vede soddisfatte le sue esigenze morali, spirituali, soprannaturali, oltre che psicologiche e sociali.

3. [...] Il nostro compito è garantire giustizia al malato con un trattamento ricco di competenze. Ma è anche nostro compito, al di fuori delle leggi umane, rispettare il sacro diritto che ha l'uomo che soffre di ottenere rispetto, dedizione, amore, comprensione, trasparenza, solidarietà. *E' per l'uomo che dobbiamo infiammarci* e non per mantenere potere o conquistare diplomi: a volte ci scaldiamo per le cose e ci raffreddiamo per l'uomo. Non dobbiamo dare solo il pane, ma anche la nostra persona.

4. Al quesito se l'Umanizzazione sia un atto di giustizia o di carità, risponderei subito: oggi è l'uno e l'altro. E' di giustizia, perché rispettiamo così il diritto dell'uomo sancito dalle leggi umane; è di carità, perché rispettiamo un bisogno, quello di attenzione, che nessuna legge può regolare ed imporre. La carità, l'amore caritatevole, deve sopperire ancor più laddove il diritto umano non è ancora arrivato a proteggere l'uomo nei suoi bisogni e segnare la strada, indicare e favorire l'avvento della giustizia. Così la carità diventa strumento di giustizia molto più efficace di qualsiasi riforma o rivoluzione sociale.

<sup>98</sup> Ibidem.

### 3. Humanizar las relaciones laborales

- *La comunicación como pilar en la humanización de las relaciones laborales: Las vías de comunicación son fluidas, ágiles. La mayor parte de la conducta social tiene lugar entre individuos que mantienen algún tipo de relación personal, parejas, amigos, parientes, compañeros de trabajo, vecinos o relación profesional, como la que existe entre médico y paciente. La mayoría de la gente que busca ayuda o entrenamiento para mejorar su conducta social y quiere ayuda para mejorar sus relaciones.*

*Como factor importante e imprescindible en todo camino hacia una correcta y factible humanización se presenta, necesariamente, una comunicación plena y satisfactoria entre dos personas que necesariamente han de compenetrarse en el logro de un objetivo común, ya sea laboral, o meramente curativo en una relación sociosanitaria. Por lo tanto consideramos imprescindible el exponer de forma breve este hecho, así como el nivel relacionar del individuo.*

*Los diversos aspectos de las relaciones pueden medirse empleando métodos objetivos o subjetivos. Los datos conductuales poseen la ventaja de una mayor objetividad, pero suelen limitarse a muestras de comportamiento pequeñas y atípicas.*

*Un amplio conocimiento del fenómeno de la comunicación nos servirá para estudiar la formación y el debilitamiento de las relaciones, para analizar los factores causales complicados, para investigar el papel de las variables de personalidad, la semejanza, averiguar los efectos de las relaciones sobre la salud y otros aspectos del bienestar, y comparar las características de diferentes clases de relación, las que se dan en el trabajo, en el matrimonio entre los amigos, entre enfermeras y paciente...*

*Todo esto nos llevará a poder realizar una gran asistencia que nos conduzca a lograr diversos objetivos entorno a la humanización, que de otra forma no hubieran sido alcanzados de forma eficaz y temprana. Han de tenerse en cuenta:*

1.- Las fases de las relaciones entre profesional de salud-enfermo: - Fase de orientación, - Fase de identificación, - Fase de exploración, - Fase de resolución.

2.- Y resulta imprescindible potenciar las habilidades de la comunicación entre profesionales. El entrenamiento para las relaciones podría muy bien incluir otros componentes: Aprender mejores habilidades de interacción, incluyendo la comunicación verbal y la no verbal, y manejar secuencias de interacción como la negociación de desacuerdos; Aprender los hechos cotidianos sobre las relaciones y corregir ideas erróneas; Aprender las reglas informales de las relaciones.

- *Formación de un equipo multidisciplinar:*

2.5. *Trabajo en equipo*<sup>99</sup>. Si queremos atender a la persona y sus necesidades, solamente lo podremos lograr si lo hacemos de forma conjunta.

- En la dirección. Cuando los máximos responsables del centro sean capaces de configurar un equipo de trabajo, estarán en condiciones de poder inspirar y animar a las demás partes del centro para que ellos también lo hagan. La tentación de la eficacia personalista es muy grande y los efectos en cadena de esta tentación, también.
- En los mandos intermedios. Pues ellos también deben marcarse una línea de trabajo en equipo que les permita poder asumir las inquietudes de los inferiores para hacerlas llegar a los superiores; del mismo modo que han de hacer llegar a los inferiores los planes de trabajo de la dirección.
- En los servicios asistenciales y no asistenciales. Cuando seamos capaces de trabajar de forma conjunta todas las personas que estamos atendiendo a un mismo enfermo o necesitado, en ese momento, le estaremos dando una respuesta integral.

En los centros más complejos no podremos formar parte todos del mismo equipo, pero sí podremos formar parte de un equipo que se siente llamado a dar una respuesta integral a las necesidades del enfermo, e integradora para todos los que la estamos haciendo posible.

- *Formación de un equipo de humanización:*  
Crear un *Comité de Humanización*, dotándolo de agilidad y dinámica con:
  - Representación de todos los estamentos.
  - Conexión directa y comprometida con la Dirección General y demás direcciones del centro.
  - Relaciones directas con la Unidad de Trabajo Social.
  - Atención preferente a los aspectos humanos de la asistencia.

Programas de Humanización. Si es cierto que un hospital que no sabe evolucionar con la ciencia y la técnica puede quedarse al margen de la misma y por tanto sin capacidad de interlocución; no es menos cierto que la ciencia y la técnica comportan sus riesgos.

La constante evolución, la continua aparición de nuevos equipos y técnicas de trabajo, tienen un peligro inherente de ir dejando de lado a la persona humana, tanto al profesional como al paciente; pues en muchos procesos de trabajo, de tener un papel fundamental, pasan a tener un papel secundario y en según qué técnicas irrelevante. Pensemos por ejemplo en todos los servicios de diagnóstico, de procesos de información, etc., donde antes el profesional era imprescindible para una acertada actuación y en estos momentos hay lugares donde su papel es secundario o inexistente.

<sup>99</sup> Cf. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Carta de Identidad de la. Madrid: Fundación Juan Ciudad; 1999, 5.3.

Toda esta evolución no es neutra; no queda al margen de la sensibilidad de la persona y corre el riesgo de dejarla al margen. Cuando se trata del enfermo, sujeto pasivo de toda esta actuación profesional, con mayor razón puede darse esta evolución de aislamiento, de segregación, de despotismo tecnológico -todo por el enfermo y para el enfermo, pero sin el enfermo.

Por eso es imprescindible la incorporación de programas de humanización en los centros y en las obras. Estamos haciendo referencia a la incorporación de programas, no de servicios de humanización.

Hay que lograr que todos los profesionales que hacen posible el servicio asistencial se sientan llamados a atender al enfermo, a la persona y a su familia. En esto consistirá la humanización de las obras de San Juan de Dios: en lograr que todos los profesionales trabajen por el enfermo, para el enfermo y con el enfermo, aplicando los mejores medios técnicos al servicio de la persona atendida 100.

- *Promover la información y la formación:*

- 

Senza formazione si può lavorare moltissimo, ma senza formazione non si può esercitare una professione. E in ospedale si deve lavorare con professionalità. Senza formazione non si fa assistenza, si rischia di passare oltre. Con la formazione, si dà più senso, non solo al proprio vivere professionale, ma anche umano 101.

Pero es preciso matizar algunas diferencias existentes entre la información y la formación.

DIMENSIONES	FORMACIÓN	INFORMACIÓN
Punto de llegada	Cambio del modo de ser	Enriquecimiento de conocimientos
Técnicas pedagógicas	Métodos activos	Métodos tradicionales
Postura del alumno	Libertad. La formación no puede imponerse	El alumno puede ser obligado
Punto focal	La situación de vida profesional	Puede durar más o menos
Duración	Toda la vida profesional	Puede durar más o menos
Características del aprendizaje	El alumno trabaja activamente en pequeños grupos	El alumno puede aprender solo
Relación docente-alumno	Muy intensa(dinámica)	No necesaria (mecanicista)

<sup>100</sup> Ibidem. 5.1.3.1

<sup>101</sup> Cf. Cervellera, G., Comolli, GM. Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi. Milano: Ancora; 2012. p.133.

Niveles que se tocan	El nivel emotivo de docente y alumno	Casi exclusivamente el nivel cognoscitivo
Finalidad del alumno	Responder mejor a las diversas situaciones	Tener más información (diplomas)

En definitiva actuando en estas dimensiones se pueden lograr los fines de la institución, eficiencia y evangelización. Se producirá un mejor encuentro entre los protagonistas de los agentes sanitarios: sociedad, familia, enfermo y profesionales.

Efficienza intesa come miglioramento e ottimizzazione delle prestazioni scientifiche e tecniche e, nel contempo, come piena professionalità degli operatori. Pietas intesa come caratteristica di un ordine religioso dove il sofferente deve essere curato e assistito a partire dalla sua intelligenza di persona e, quindi, tenendo conto di tutte le sue dimensioni: materiale, psicologica, spirituale e sociale 102.

## Conclusión

Humanizar es comprender al hombre en su totalidad, de forma puramente holística. Y esto solo es posible si caminamos hacia el encuentro del ser humano desde lo hondo: escuchando, conociendo, reconociendo sus problemas, sus esperanzas, sus dificultades, su historia. Pero el encuentro solo es posible en reciprocidad. Humanizamos para humanizar. Y esto solo es posible si asumimos la valentía de reconocer nuestra propia historia también llena de soledad, fracasos, dificultades, esperanzas...

Solo desde ahí, renovándonos en profundidad, podemos redescubrir nuestros propios valores y los de los demás, reconociendo que toda persona es portadora de unos valores que la constituyen en sagrada.

Pero la humanidad no es sólo todo esto. Humanas también son cualidades negativas tales como el egoísmo, la crueldad, la intransigencia, el desprecio a la debilidad, el desagrdecimiento, la ramplonería, la pereza... Esto también es intrínsecamente humano.

Hoy podemos movernos ajenos al servicio a los enfermos: rechazar lo que va más allá de la pura función y actividad sanitaria. Hemos podido perder el valor del servicio a los enfermos y familias.

Humanización se ha contrapuesto, a veces, con la técnica, cuando no es esta una buena aproximación: una humanización sin técnica, no es tal humanización.

<sup>102</sup> Cf. Ibidem. p.123.

Sin embargo, en nuestro mundo hospitalario, podemos prestar atención sólo al avance tecnológico, científico, al trabajo como tal, a la política. Podemos hacer la actividad o el servicio técnico que hay que hacer porque está mandado y en el tiempo establecido. Pero, recopilando algunos conceptos vistos con anterioridad:

- Moverse en la línea de la Humanización significa haber adquirido una cultura que nos afine la sensibilidad para ver al enfermo con simpatía; haber depurado el juicio para tratar de comprenderlo en sus virtudes y miserias: haber elevado la razón de vida para estar presto a servirlo y ayudarlo.
- La humanización implica contemplar con seriedad planteamientos bioéticos que dan respuestas a la evidencia real de cada día. La humanización aplica la doctrina social recta a la gestión de los centros sanitarios y a las actuaciones de cada uno de los profesionales de la salud, según unos valores conocidos y establecidos, según una cultura.
- El desarrollo de la cultura de la Humanización es una necesidad para el equipo multidisciplinar de salud, sin la cual será difícil brindar la comprensión, seguridad y apoyo que espera el hombre enfermo.
- Quienes trabajan en el mundo de la salud han de ser personas que aprendan todos los días a ser sensibles al dolor humano.
- La relación que se establece con la persona enferma y con su familia, es eminentemente humana, no se limita a lo profesional exclusivamente.
- Una cultura de la Humanización sabe y aprecia lo relativo a la ciencia, y sabe que más allá de los descubrimientos, de los avances en el campo de la medicina, de la física, de la química, están las reacciones psíquicas del enfermo, su angustia y sufrimiento. Una cultura de la Humanización se mueve en la civilización del amor, porque:
- Las máquinas pueden realizar grandes cosas, pero nunca comprender el sufrimiento del enfermo, sus tensiones, o sus emociones.
- Se ha de considerar el impacto que tiene en los usuarios, los grandes avances científicos y tecnológicos actuales. ¿Es para aumentar la eficacia de la asistencia, o para agregar un sufrimiento más a los enfermos?
- Corremos el riesgo de servirnos de los aparatos para velar mejor al enfermo, o de atender más a la máquina que al paciente mismo...

La Humanización que precisamos hoy en la asistencia se ha de centrar a tres niveles: nivel personal, nivel de equipo y nivel institucional. En definitiva, la Humanización emana de la voluntad política del Sistema de Salud que ha de procurar lo mejor para la Salud de los ciudadanos.

Pierluigi Marchesi o.h. acaba su reflexión con energía, capacidad de síntesis y decisión al respecto:



[...] Permettetemi di ripetere due cose: 1) che sono necessarie profonde modificazioni al nostro interno, nella Comunità; 2) che l'Umanizzazione nell'ospedale è un atto di carità, di giustizia, un atto dovuto al malato di oggi, ricco o povero che sia. Se noi impariamo ogni giorno a restare dalla parte del malato, dalla parte dell'uomo in carne ed ossa (al di là delle numerose figure professionali che possono orbitargli intorno), l'ospedale diventa una grande Comunità ospitante nel vero senso della parola. Umanizzare l'Ospedale comporta la modificazione delle strutture, certo. Soprattutto comporta la modificazione del nostro rapporto con gli operatori, con i parenti, ed infine col malato. Noi dobbiamo imparare ad assumere la nostra umanità per offrirla al malato e ad identificare la nostra disumanità per contenerla, per diminuirla, con l'aiuto di una vita di preghiera, di studio, di formazione permanente che, ripeto, contempra non solo il nostro sapere ma anche il nostro essere. Il nostro punto focale è quello di tentare con determinazione di rapportarci in modo nuovo al malato, in modo da metterlo al centro dell'Ospedale e della attenzione di tutti gli operatori.

[...] L'Umanizzazione dell'Ospedale non è possibile al di fuori della nostra Umanizzazione. Non esiste ancora in commercio il farmaco che possa umanizzare l'Ospedale! Se è vero che l'Ospedale umanizzato è un Ospedale diverso, radicalmente diverso in quanto a comunicazioni, potere, stile di decisione, vita affettiva, ecc... è altrettanto vero che per divenire diverso, ha bisogno di uomini a loro volta cambiati. Ha bisogno in particolare di religiosi maturi, o che si impegnino a diventarlo, e di una comunità ricca, sempre pronta alla crescita umana, spirituale 103.

Y podremos hacer extensivas a todos los profesionales de la salud algunas de las palabras y reflexiones de Luis Rojas Marcos<sup>104</sup> en este sentido: En medicina, el humanismo es un componente necesario de la relación entre el médico y el enfermo, un arte de palabras, sentimientos y actitudes. El médico lo expresa con compasión, tacto, comprensión, lo que a su vez evoca en el paciente, optimismo, confianza, seguridad y esperanza. La decisión compartida constituye un paso irreversible, consistente con la continua subida del nivel cultural de la sociedad y la creciente importancia que le damos a la libertad de elección y al consentimiento informado de los pacientes. Existen otras barreras que dificultan las actitudes humanistas en la práctica de la medicina. Por ejemplo, son bastantes los profesionales que opinan que escuchar, confortar y animar al paciente es en gran parte irrelevante para la eficacia de la intervención médica. Sostienen que, aún sin estos ingredientes sociales *ritualistas* y *simbólicos* la mayoría de los enfermos consigue mejorar en la mayor parte de los casos, gracias a los adelantos de la ciencia.

Los seres humanos siempre hemos tenido hambre de humanismo. Y el ingrediente del humanismo que más buscamos cuando estamos afectados

<sup>103</sup> Cf. Marchesi, PL. Umanizzazione. Conclusione. La nuova alleanza con il malato.

<sup>104</sup> Cf. Rojas Marcos, L. Humanización de la medicina y calidad de vida. *Diario Médico*, 3.10.2001.

por algún mal es la esperanza. Todos necesitamos sentir ilusión y todos, en algún momento, requerimos promesas de alivio y confianza de curación. Muchos hombres y mujeres, que soportan enormes privaciones y sufrimientos, se mantienen animados gracias a la esperanza de que las enfermedades que les afligen, no tengan la última palabra.

En el fondo, los seres humanos somos herederos de un talante benevolente que se ha solidificado a lo largo de milenios<sup>105</sup>. Es comprensible que sean pocos los inclinados a distraerse con el lento camino de la evolución y la selección natural a la hora de admirar la bondad humana. Después de todo, lo mismo ocurre cuando nos deslumbramos con una piedra preciosa. Casi nunca nos paramos a pensar que debe su belleza a millones de años de compresión en la roca. En este sentido, la gratificación que nos promete una disposición humanista es el trofeo que recibimos por obedecer a nuestros impulsos naturales.

Un elemento clave de la misión de la Orden Hospitalaria es la humanización. Presente ya desde los inicios en el servicio y las acciones de Juan de Dios, este elemento ha conocido un nuevo y rico significado a través del documento sobre la Humanización del que fue Superior General, Pierluigi Marchesi o.h. Por humanización en la Orden se entiende un estilo de asistencia, cuidado, rehabilitación y también de gestión, centrado en la persona<sup>106</sup>.

Y finalizando con unas palabras de Pierluigi Marchesi que, una vez más marca el camino y los senderos detallados de la finalidad de la asistencia integral de la Orden Hospitalaria:

Indicò l'etica e la psicologia, la pedagogia e la sociologia, la pastorale sanitaria e la teologia, affinché l'operatore si trasformasse da tecnico in esperto in umanità [...] Umanizzare la medicina vuol dire proprio riportare al centro delle nostre attività ospedaliere le attese più intime dell'animo umano [...] La vera umanizzazione [...] condividere con l'uomo il dramma della sua sofferenza. [...] Un ospedale come il nostro dovrebbe inchiodare all'ingresso tre "A" (Accogliere, Accompagnare, Amare), e dovrebbe contare su operatori che interiorizzano le tre "A", da quando il malato si presenta in portineria fino a quando ne esce guarito [...] e nessuno deve rendersi complice del furto più perfido che un'operatore sanitario possa compiere: quello di non dare "il buongiorno della speranza" a chi forse ha paura di morire<sup>107</sup>.

De esta forma la influencia de la Orden en cuantos simpatizan con su misión evangelizadora les servirá para:

---

<sup>105</sup> Cf. Anexo IV.

<sup>106</sup> Cf. EG 48-52 y La Pastoral Según El Estilo De San Juan De Dios. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Comisión General de Pastoral: Roma; 2012.

<sup>107</sup> Cf. Cervellera, G., Comolli, GM. Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi. Milano: Ancora; 2012. pp. 118-122.

- *Ayudar a plantearse una opción profesional y vocacional de dedicación a las personas y más en concreto a los “últimos”.*
- *Originar una sensibilidad para estar atentos a las posibles necesidades de los demás. Cada persona es una oportunidad.*
- *A considerar que todas las personas son iguales: ricos y pobres son posibles candidatos de la relación interpersonal.*
- *A mostrarse inconformista con la realidad y a salir a la búsqueda de nuevos recursos y alternativas para una mejora de la calidad de vida de las personas.*
- *A empeñarse y comprometerse en la mejora de la circunstancia concreta. A ser luchador.*
- *En mostrarse acogedor con cada persona. En ser transmisor de Hospitalidad.*
- *En adquirir de Juan de Dios la sabiduría de la experiencia, sabiduría de la vida vivida con intensidad y para los demás.*
- *En marcar un estilo que está por encima y a veces fuera de las Instituciones y de las “liturgias” que encorsetan.*
- *Ser portador de un mensaje inconfundible y eterno: Tened siempre caridad, que donde no hay caridad, no hay Dios.*
- *En tener ansias de conocer su doctrina y su forma de actuar a nivel personal y a nivel profesional.*
- *Empeñarse en una asistencia y atención y acogida humanizada.*

## BIBLIOGRAFÍA

### 1.Revistas monográficas

#### *Labor Hospitalaria*

- Labor Hospitalaria, Abril-mayo-junio 1977 n°164
- Labor Hospitalaria, Enero-febrero-marzo 1982 n°183
- Labor Hospitalaria, Octubre-noviembre-diciembre 1982 n° 186
- Labor Hospitalaria, Enero-febrero-marzo 1984 n° 191
- Labor Hospitalaria, Abril-mayo-junio 1984 n° 192
- Labor Hospitalaria, Julio-agosto-septiembre 1984 n° 193
- Labor Hospitalaria, Abril-mayo-junio 1987 n° 204
- Labor Hospitalaria, Octubre-noviembre-diciembre 1987 n° 206
- Labor Hospitalaria, Julio-agosto-septiembre 1990 n° 217
- Labor Hospitalaria, Enero-febrero-marzo 1994 n° 231
- Labor Hospitalaria, Enero-febrero-marzo 1996 n° 239
- Labor Hospitalaria, Enero-febrero-marzo 1998 n° 247
- Labor Hospitalaria, Octubre-noviembre-diciembre 1998 n° 250

#### *Dolentium Hominum*

- Dolentium Hominum, 1988 n° 7
- Dolentium Hominum, 1994 n° 27
- Dolentium Hominum, 1997 n° 34
- Dolentium Hominum, 1997 n° 36

### 2.Otras publicaciones y comunicaciones

- Psychological preparation of children for hospitalization and surgery. Journal Pediatrics in Review. 1992;13(4).
- Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá. Por una Ciudad al Alcance de los Niños. Bogotá. Septiembre de 1997.
- Alía, M.T. Dimensiones de la humanización. Misión el Hombre. Bogotá. 1991 Año 3; 7: 2-5.
- Alvarez, T. La verdad como punto de partida. III Congreso Nacional de Humanización. Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud.
- Angelo Brusco Humanización de la asistencia al enfermo. Colección: Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud, n. 4.
- Arendt, Hannah. Responsabilidad y juicio. Barcelona: Ed. Paidós; 2007.
- Arroyo Gordo, M<sup>a</sup> del Pilar. Calidad y humanización de los cuidados, Universidad Autónoma de Madrid.
- Bermejo, J. Carlos. Humanizar la salud. Madrid: Ed. San Pablo; 1997.
- Blázquez, J. Bioética, genética y sociedad en La Razón, Madrid 27.12.2001.
- Bleger, J. Psicohigiene y Psicología Institucional. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 1994.

- Brusco, A. La humanización en el mundo de la salud. Bogotá: SELARE; 1991.
- Cabrero, J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *Index de Enfermería*, 1999 8(27):12-18.
- Cabrero, J., Richart, M., El estado de la producción científica internacional en enfermería. *Revista de Enfermería 'ROL'*. 1999;172.
- Camps, V. Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares (Editorial Crítica); 2001.
- Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado. 1986.
- Castañeda, H. La percepción y la actitud de los acompañantes y del personal de salud hacia el modelo de hospitalización pediátrica madre acompañante. *Temas de Enfermería*. 1992;19.
- Castañeda, H. y col. Reacciones emocionales del niño hospitalizado dentro del programa de la madre acompañante. *Temas de Enfermería*; 1990.
- Castillo, A. Los derechos de las personas enfermas. Caracas: Disinlimed; 1987.
- Cibanal Juan, L. Calidad asistencial y humanización, IV Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud y Relación de Ayuda en Enfermería, Alicante, abril 1999.
- Cibanal Juan, L. El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud. III Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, Alicante, octubre 1999.
- Cibanal Juan, L. La relación de ayuda humanista: un pilar esencial en los cuidados de enfermería neurológica. VI Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, Barcelona, diciembre 1999.
- Cibanal Juan, L. Relajación y visualización en el medio sanitario. Importancia y necesidad. X Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, Alicante, junio 1999.
- Convención sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas. Ginebra. Noviembre de 1989.
- Cuevas, J.M<sup>a</sup>. Diez preguntas sobre la globalización. *La Razón*, 11 de marzo de 2002.
- Cultura Ciudadana. Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá. Por una Ciudad al Alcance de los Niños. 1997.
- Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño. Naciones Unidas. Nueva York. Septiembre de 1990.
- Escallón, C. y Cols. Trastornos de adaptación en niños hospitalizados. *Pediatría*. 1997; 32: 31-34..
- Eserverri, C. Un hospital, un mundo. Bogotá: SELARE; 1988.
- Fernández Hontoria, P. Gerente del Area de Recursos Humanos de la consultora Cofor. 24 de julio de 2001.
- Fisher, A. Nuevas perspectivas. *Dolentium Hominum*, 2000;46:85-95.
- Freedman, Kaplan. Reacciones de los niños a la enfermedad, la hospitalización y las intervenciones quirúrgicas. En: *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores; 1975.
- Fuentelsanz, C., Gomara, E., Orts M.I., Grupo Investén-ISCIH, Pro-

- moción de la investigación en Enfermería desde el Instituto de Salud Carlos III. *Enferm Clínica*. 1999; 9,1:29-33.
- Fukuyama, F. *La Gran Ruptura*. Barcelona: Ediciones BSA; 2000.
  - Fumagalli, L. Comprensión de la enfermedad por las madres de los pacientes internados en salas de clínica de un hospital público. *Arch. Arg. Pediatr*. 1990; 88:67-71.
  - G. Paterson, Josephine. *Enfermería humanística*. Mexico: Ed. Limusa; 1979.
  - Gafo, Javier. *10 palabras claves en bioética*. Navarra: Ed. Verbo Divino; 1994.
  - Galán, J.M. La humanización de las instituciones de salud. *Misión el hombre*. 1993; 5(15).
  - García, C. Enfermedades crónicas: aspectos generales de la problemática pediátrico-social. En: García, C. *Pediatría Social*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1995.
  - Gassó, J. Legitimidad y transparencia en las ONG. En VV.AA. *Transparencia de la Solidaridad*. Madrid: Fundación Lealtad; 2001.
  - Glassman, Alexander, et al: Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155:4-11.
  - Gomes da Costa, A. C. Una nueva ética. Futuro de las políticas públicas para la infancia en América Latina. *Realidad y Utopía de Niños y Adolescentes*. 1996; 1:55-64.
  - Grupo sobre infancia y adolescencia. Garantizar los derechos de la niñez responsabilidad de todos. *Cuadernos de Reflexión*. 1997; 1.
  - Guáqueta, L. Manejo psicológico del niño hospitalizado. *Temas de Pediatría*. 1993; 110.
  - Gutiérrez Martí, R y Cols. *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: INSALUD; 1984.
  - Hall, P. y Cols. Parents in the recovery room: survey of parental and staff attitudes. *British Medical Journal*. 1995; 310:163-164.
  - HMSO. *Welfare of children and young people in hospital*. Londres: HMSO; 1991.
  - Innerarity, D. *Ética de la hospitalidad*. Barcelona: Ed. Península; 2001.
  - Innerarity, D. *La Sociedad Invisible*. Madrid: Espasa Calpe; 2004.
  - Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del Insalud. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.
  - Kübler-Ross, Elisabeth: *On death and dying*. Nueva York: Macmillan; 1969.
  - Lamata, F. y otros. *Marketing sanitario*. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
  - Laverde, E. y cols. Embarazo en adolescentes: repercusiones psíquicas. *Actualizaciones Pediátricas - Fundación Santa Fe de Bogotá*. 1993; 3(3):116-125.
  - Lelkens, J.P.M. Deshumanización de la asistencia sanitaria dentro y fuera de las estructuras hospitalarias, sus causas de fondo y las expectativas para el futuro. *Dolentium Hominum*. 2001; 46:21-24.
  - Lelong, M. y cols. *Técnica hospitalaria*. Symposium sobre hospitales de niños. 1959; I, 5(1, 2 y 3).

- Lewis, M. Reacciones psicológicas ante la enfermedad y la hospitalización. En Lewis, M. Desarrollo psicológico del niño. México: Interamericana; 1984.
- Marchesi, P.L. La Humanización. Madrid: Secretariado Interprovincial de España; 1981.
- Marchesi, Spisanti, S. y Spinelli A. Por un hospital más humano. Madrid: Ediciones Paulinas; 1986.
- McConochie et al. Ensuring high-quality alternative while ending pediatric inpatient care as we know it. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1997; 151:341-349..
- Michael D. P. Los hospitales del siglo XX: caridad antigua y tecnología moderna. Dolentium Hominum, 2000; 46:79-84.
- Ministry of Health. The welfare of children in hospital. Londres: HMSO; 1991.
- Moreno Casbas, T., Comet Cortés, P., Díaz Benavente, M., Orts Cortés, M.I., Ramalle Gomara, E., *et al.* Building a European Nursing Research strategy. Madrid: Ed. Instituto de Salud Carlos III; 1999.
- Morin, Edgar (). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona: Paidós; 2001.
- Morin, Edgar y Sami Nair. Politique de civilisation. Arlea; 1997.
- Morin, Edgar. Introduction à une politique de l'homme, nueva edición, París: Le Seuil Points; 1999.
- Nuland, Sherwin B.: How we die. New York: Alfred Knopf; 1996.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Carta de Identidad. Madrid: Fundación Juan Ciudad; 1999.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Camino de hospitalidad al estilo de San Juan de Dios. Espiritualidad de la Orden. Roma: Curia General Orden Hospitalaria; 2004.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Constituciones. Madrid: Secretariado Permanente Interprovincial; 1984.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Estatutos Generales. Fundación Juan Ciudad; Madrid 2009.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. La Pastoral según el estilo de San Juan de Dios. Roma: Comisión General de Pastoral; 2012.
- Peterson, Christopher, et al: Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness. Journal of Personality and Social Psychology. 1988; 55:23-27.
- Piles, P. El hospital: templo de la humanidad, en Rev. Dolentium Hominum. 1996; 31.
- Pincus, Gregory: The control of fertility. Nueva York: Academic Press; 1965.
- Plata Rueda, E. Humanización de la hospitalización en niños. III Congreso Nacional de Humanización y Pastoral de la Salud.
- Plumed Moreno, C. Diario Médico, Febrero 1999.
- Real Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
- Redrado, J.R. y cols. La humanización en salud. Bogotá: SELARE; 1991.

- Richart Martínez, M., Cabrero García, J., Vizcaya Moreno, M.F. El uso de los modelos de enfermería en la investigación enfermera española: 1992-1996. *Cultura de los Cuidados*. 1999; año III;5:75-82.
- Richart, M., Reig, A., Cabrero, J. La calidad de vida en la vejez. Sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales. Alicante: Ed. Club Universitario; 1999.
- Rivas, A. Globalización y empobrecimiento. Artículo inédito, 2002.
- Rojas Marcos, Luis: La ciudad y sus desafíos, Madrid: Espasa Calpe; 1992.
- Rojas Marcos, Luis: Nuestra felicidad. Madrid: Espasa Calpe; 2000.
- Roldán, I. El derecho a la salud y los derechos del niño enfermo. Mimeografiado. 1992.
- Romero, C. *Diario Médico* 28.10.1999.
- Romero, C. y cols. Trastornos psicológicos del paciente grave. Hospital Pediátrico Leonor Pérez. *Revista Cubana de Pediatría*. 1986; 58:711-714.
- Rubin, H. Dimensiones de Ética institucional: un marco para interpretar el contexto ético del Tercer Sector. En VV.AA. *Transparencia de la Solidaridad*. Madrid: Fundación Lealtad. 2001.
- Sánchez Martínez, J. oh. "Kénôsis-Diakonìa" en el itinerario espiritual de San Juan de Dios. Madrid: Fundación Juan Ciudad; 1995.
- Siles, J. Celebrar el pasado de la enfermería. Día Internacional de la enfermería, Alicante, 1999.
- Siles, J. Historia de la enfermería comunitaria en España. *Index*. 1999; VIII/ 24-25:31-39.
- Siles, J. Historia de la enfermería. Alicante: Ed. Aguaclara; 1999.
- Siles, J. Morfología de un asilado amnésico. *Cultura de los Cuidados*. 1999; III;5:6-11.
- Siles, J. Praxis de la historia. La historia de la enfermería como instrumento de toma de conciencia socioprofesional. IV Congreso de Historia de la Enfermería. Seminario Permanente de Historia de Enfermería, Gijón; 1999.
- Siles, J., et al. La enfermería antropológica y transcultural en el marco de la educación para el desarrollo. Una perspectiva histórica y antropológica. *Cultura de los Cuidados*. 1999; III;6:4-40.
- Siles, J., García, E., Cibanal, L., Galao, R. Enfermería y fenomenología: niveles de especificidad en el conjunto de la producción científica biomédica. *Enfermería Clínica*. 1999; 9/1:13-20.
- Toledo Ortiz, F. Humanización de los servicios de atención pediátrica. En García Caballero, C. *Pediatría social*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1995.
- Tolstoy, Leo. *The death of Ivar, Ilych*. Nueva York: Oxford University; 1886.
- Torralba, F. *Sobre la hospitalidad. Extraños y vulnerables como tú*. Madrid: PPC; 2003.
- Torre Queiruga, A. *Repensar el mal. De la ponerología a la teodicea*. Madrid: Trotta; 2011.



- Trías, E. La imaginación sonora. Argumentos musicales. Barcelona: Círculo de Lectores; 2010.
- Vázquez de Prada, I. Diario Médico 8.10.1998
- <http://en.wikipedia.org/wiki/Debugging>.
- [www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)
- <http://www.qualitydigest.com/html/iso9000.html>; <http://www.qualitydigest.com/iso9000database.shtml>.

## ANEXO I

### Humanizar la frontera de la vida

Cuando el ser político resulta perdedor de prestigio por sus desmanes y desaciertos, alguien desde la sensatez y desde una experiencia profesional saludable, debe ayudarlo a recobrar la serenidad y el equilibrio. Los posicionamientos, en determinados momentos de dificultad, suelen resultar clarificadores ante los debates sociales serenos y con conocimiento de causa.

Cuando el sistema es generador de muerte y de injusticia, la cultura que lo legitima se convierte en cultura de muerte. Situarse en la cultura periférica distante de la imperante, es situarse en una contracultura. Es estar en la frontera de la vida para defender la vida. Y la vida tiene, esencialmente, dos destacadas fronteras: inicio y final.

#### *Ámbito cultural*

Estamos inmersos en unos aspectos culturales fuertemente orientados hacia los compromisos sociales por los excluidos (la boca y los artículos se nos llenan de *solidaridad*), no tanto por los pobres, y menos hacia las víctimas, nuestras propias víctimas, no sea que por salir a su encuentro y en su defensa, nos sumemos a ellos y también seamos víctimas. Pensamos en las personas adictas y su explotación, personas víctimas de la trata y comercio sexual, niños y ancianos maltratados y, tantas y tantas circunstancias de marginación de género.

Precisamos de una buena dosis y revisión de nuestras motivaciones por la causa de los pobres, de los excluidos, de las víctimas. Además, como todo lo relativizamos, diferimos hasta en los conceptos más elementales y carecemos de un mínimo de consenso sobre las definiciones, para empezar a hablar y seguidamente a actuar de forma convergente.

#### *Óptica profesional*

Los profesionales de la salud habremos de situarnos en la frontera de la salud y desde la frontera de la salud, en definitiva, en la frontera de la vida y vida con calidad. Ya tenemos y escuchamos a los teóricos y a los técnicos que han avanzado bastante, aunque no lo suficiente, sobre los límites o las fronteras en los que se podría situar la vida. Aquí estaremos de acuerdo con todos los avances en la línea evolutiva del conocimiento, pero no podremos abandonar la realidad que viven aquellas personas que están moviéndose en las dos maravillosas fronteras de nuestra vida: *origen y fin*, en ocasiones vividas con dramatismo. Estaremos junto a aquellas personas, aquellos seres, que van a empezar su vida si los de-

jamós, y los que acaban su trayectoria vital, si no la violentamos y les acompañamos con humanidad.

Somos conscientes de las posturas encontradas: los defensores de la *cultura de la vida*, o también conservadores y los defensores de la *cultura de la muerte*, con apariencia de progresismo. Somos críticos con la cerrazón de ambas opciones defendidas con fanatismo, sean de influencia ideológico-política o ideológico-religiosa. Estaremos con los defensores de una cultura de la vida en dignidad para la persona concreta, porque nos preocupa la persona individual y con su ambiente definido por sus propias circunstancias. Nunca estaremos con quienes predicán una civilización y una cultura edificada sobre la muerte, ni con aquellos que “*nos animan a matar*” de forma enmascarada.

Y de la mano de otros autores o instituciones, estos pueden ser unos posicionamientos profesionales concretos en las dos fronteras:

1. “La vida humana es un valor universalmente reconocido aunque sea percibido con diferentes sensibilidades históricas y culturales. El respeto y la tutela de la vida humana es el fundamento de todas las profesiones y organizaciones sanitarias. La tutela de la vida se lleva a cabo desde el principio hasta la extinción natural independientemente de las modalidades y circunstancias de la fecundación, de su estado de salud antes y después del nacimiento, de sus expresiones relacionales, de su aceptación social” 108.
2. “Aplicando el mismo principio del doble efecto ya aplicado para el aborto voluntario, no constituye un acto de eutanasia la intervención que se proponga actuar para mejorar una condición patológica del individuo (como por ejemplo para eliminar el dolor) pero que pueda también conllevar, de forma inevitable y no deseada una posible anticipación de su muerte. El deber de garantizar a todos una muerte digna del hombre conlleva, en cualquier caso, el cuidado hasta el último instante de vida. La gran diferencia que existe entre la cura (*cure*) y el cuidado (*care*) hace que no haya enfermos in-cuidables aunque haya algunos in-curables” 109.

El riesgo de estar inmersos en una cultura adormecida, una cultura del todo es lo mismo o todo da igual, permisividad pura, puede hacernos caer en la indiferencia total, siempre y cuando no nos afecte directamente. Las actitudes cambiantes en la escala de los valores, nos puede hacer muy fácil la condena de quienes no piensan como nosotros. La comprensión y la tolerancia, nos hace ponernos también del lado de quienes se han podido sentir o ser inducidos al engaño y al error de apreciación y de valoración y actuar en consecuencia. La condena del error, no debe

<sup>108</sup> Cf. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Carta de Identidad. Madrid: Fundación Juan Ciudad; 1999, 5.2.1.2.

<sup>109</sup> Cf. *Ibidem*. 5.2.3.1.

transformarse en condena de quien lo comete, sino que debe transformar a la persona que se equivoca en una persona consciente de su error.

Cuando escuchamos cuestiones tan peregrinas, como las manifestadas por algunos dirigentes políticos, que se dejan aconsejar por personas que aconsejan lo que se desea nos aconsejen, no podemos sino indignarnos, por lo huera que resultan sus opiniones y que, además, demuestran la intención inductora de las consiguientes actuaciones: *sea sobre el aborto, sea sobre la eutanasia.*

Las actuaciones que cualquier profesional realicemos, nos delata y revela de qué lado estamos, por la defensa de la vida o por la fácil postura de buscar lo que menos nos complica. Perdemos de vista que, con cada una de nuestras actuaciones y manifestaciones profesionales, vamos creando opinión, sea de la cultura de la defensa de la vida, de aquella que a veces incomoda a nuestra sociedad del bienestar y del mínimo esfuerzo, o por el contrario de la frecuentemente más fácil y cómoda *cultura de la muerte.*

Por hacer una llamada a la sensatez, no estaría de más, considerar todas las posibles variables humanas, antes de promover una legislación que sólo mira el lado cómodo de la vida, en una sociedad del llamado bienestar en la que lo feo es menos digno, la enfermedad no tiene cabida y se rechaza, el sufrimiento no tenga lugar por el mero deseo de así pronunciarlo desde instancias de poder y de intencionada manipulación.

## ANEXO II

### Humanización de la homosexualidad

Quien más quien menos, todos hemos estado en contacto con la homosexualidad: un amigo, una compañera, una consulta personal... Se ha visto como tabú, sigue siendo cuestionada y lo seguirá siendo, porque la condición humana pone en crisis todo cuanto toca, sea comportamiento humano, sea fenómeno natural.

La homosexualidad es un hecho indiscutible, aunque por muchos sectores sea inaceptable; es una realidad social claramente palpable con múltiples variantes que casi puede llegar a la singularidad del individuo, como también sucede cuando hablamos en general de la especie humana. Dentro de la homosexualidad se puede hablar de «osos», «leather», «musculocas», «cachitas», «heterogays», «mariquitas armarizadas», «femmes», «butches», «proleta», «sarasa»,... Queramos o no, es la realidad de nuestra sociedad, realidad que nos pertenece, realidad que se manifiesta en menor proporción de la que existe, por permanecer solapada, y en muchas circunstancias discreta. No aceptarla es contribuir, una vez

más, a crear o establecer reductos marginales, como en otras ocasiones hemos hecho con otros colectivos o razas.

Ignorar a la persona, sea como fuere, pasar de largo frente a ella, marginarla, es deshumanización social. Nuestra sociedad está cada vez más deshumanizada, esto también es un hecho constatado: hemos sido capaces en la evolución humana de realizar la *hominización*, pero todavía no hemos llegado a la *humanización*.

Pero en la humanidad no todos son aspectos positivos. Humanas también son las cualidades negativas tales como el egoísmo, la crueldad, la intransigencia, el desprecio a la debilidad, el desagrado, la ramplonería, la pereza... Esto también es intrínsecamente humano, y tenemos que asumirlo con todas sus consecuencias.

Sigue estando de moda la expresión *inclusión social*, aplicable a cualquier persona considerada como tal. Sigue en vigor el criterio diagnóstico que se puede aplicar a las leyes de los países, autonomías, naciones... y que nos llevan a catalogarlas en función de si hacen hincapié en lo *positivo* de la persona para la construcción social con su colaboración y trabajo, o si en cambio se “escoran” hacia la *negatividad*, por considerar a algunas personas como una carga y como consumidores de recursos del sistema social...

No sabemos si sería apropiado que cada cual llevase su etiqueta indicando su tendencia sexual de manera pública y notoria, como algunos pretenden hacer, hoy que procuramos respetar la confidencialidad personal y la intimidad humana. Sí se podría afirmar que cada uno es como es, con sus componentes ambientales, psicológicos e innatos y que con ellos ha de intentar realizarse como persona en crecimiento y maduración: además es una responsabilidad individual. De esta manera, tal vez seríamos capaces de generar menos sufrimiento propio y ajeno. Todos sabemos mucho sobre la condición agresiva de la humanidad, de la persona. Ya son menos los que saben orientar, canalizar, encauzar las energías para que resulten productivas, no sólo en el ámbito personal, sino también en el ámbito de la construcción social.

Hablar de humanizar la homosexualidad, no es un tema de decencia, porque la decencia no está en dar a unos lo que es de otros (*matrimonio*), en provocar fracturas, en generar tensiones. Lo decente es escuchar todas las voces, pero de eso, hay mucha gente que “no entiende”; *escuchar es un arte que sólo con la práctica se aprende*. La homosexualidad no se humaniza, pues, con orgullo, con desprecios, con ironías, con chistes, con tergiversación y usurpación de roles,... con legislaciones forzadas...

Humanizar la homosexualidad se hace sin insultar, se hace sin humillar, se hace sin imponer, se hace sin ridiculizar a nadie, se hace sin ponerse uno mismo en ridículo frente al otro. Cuando cada cual desde su propia

condición colabora limando las aristas, sin presionar, sin despreciar, sino más bien con aceptación y con mucho respeto que es algo más democrático que la tolerancia, está colaborando a que el proceso de humanización siga avanzando.

Quizá deberíamos plantearnos por qué, a estas alturas de la historia, todavía tenemos que considerar la humanización de la homosexualidad, si ésta ya pertenece a la condición humana... ¿Será la vuelta a la percepción de amenaza de lo “diferente”? Lo que puede diferenciarnos de alguien homosexual es lo mismo que puede distinguarnos de alguien que no lo es, al igual que lo que puede acercarnos: numerosos aspectos que constituyen la riqueza del ser humano considerado en su totalidad. Ha de incluirse, pues, la *pulsión* sexual, que puedo no compartir pero que en ningún momento puedo no respetar.

No habremos progresado en esta empresa, si no hemos sido capaces de aproximarnos unos a otros, si hemos aumentado la separación de unos seres humanos y otros, si no somos capaces de integrar en lugar de fomentar las diferencias, si no hemos conseguido aceptar al diverso, al que no siente o no piensa como yo, si no hemos progresado en la hospitalidad, si no hemos avanzado en la consideración de que el otro, el diverso, el huésped, siempre es algo molesto, y no aceptamos que con él hemos de compartir la vivienda y los espacios; en definitiva que con el “extraño” he de ir creando, en singular, la propia sociedad y la propia circunstancia social: y además aceptando sin orgullo, que cada cual es “extraño” para el otro.

En definitiva, tanto la persona homosexual como la que no lo es, participaremos de la humanización en un encuentro sólo posible en reciprocidad, cuando: no nos utilicemos con intereses comerciales, no nos “cosifiquemos”, nos respetemos y dignifiquemos, compartamos tareas y proyectos, estemos libres de prejuicios, seamos flexibles, aunque no veletas, y sin esgrimir ni valores, ni modelos, ni mentalidades dominantes.

## ANEXO III

Definición aproximada de los valores para la Orden Hospitalaria  
(Elaboración propia 2011 publicado en Archivo Hospitalario número 9 de 2011)

### **Hospitalidad-Misericordia. (Cf. Carta de identidad, 3.1.)**

Hospitalidad es la traducción de la misericordia como expresión fundamental y central del estilo y el patrimonio cultural y espiritual de la Orden.

La razón de ser de la vocación del hermano de san Juan de Dios es mantener “viva la presencia misericordiosa de Jesús de Nazaret”, encarnando “sus sentimientos hacia el hombre enfermo y necesitado”, para manifestar que “permanece vivo entre los hombres” (*Espiritualidad*, 63).

El *estilo* que desde los orígenes nos caracteriza se muestra en las siguientes virtudes: “servicio humilde, paciente y responsable; respeto y fidelidad a la persona; comprensión, benevolencia y abnegación; compartir las angustias y esperanzas.” (*Const.*, 3b).

La misericordia es, ante todo, capacidad de comprensión, de compasión, de perdón, de ser agentes de reconciliación, que se manifiesta en la reacción ante la culpa, ante el pecado (*Espiritualidad*, 37).

Es el referente esencial de la misión de la Orden a nivel asistencial, de la gestión de los recursos humanos y económicos, de la formación e investigación y de todo lo que tenga que ver con la puesta en marcha del proyecto de la Orden en cualquier lugar del mundo.

Es el *valor* esencial y transversal: aquello que, porque es bueno, resalta el bien al que se tiende y se quiere conseguir. Es una *virtud* principal: la práctica habitual que nos acerca al valor esencial. Es un *imperativo ético* central: la referencia básica del deber ser con uno mismo y con los demás. Ser acogedor y tratar a los demás con educación y respeto.

La hospitalidad informa todos los demás valores que ejercemos, con la colaboración de numerosas personas, para conseguir un mundo más humano. La hospitalidad nos habla de las relaciones que se establecen entre un huésped y aquella persona que lo acoge (el anfitrión). En esas relaciones hay obligaciones y responsabilidades. El huésped y el anfitrión están en mutua relación: no existe el uno sin el otro (*Espiritualidad*, 50).

Las dimensiones y motivaciones para practicar la hospitalidad son:

*Antropológica*: llamados a acoger al otro y a construir una casa común, un mundo habitable, fraterno; *Religiosa*: Dios acoge con amor y misericordia al ser humano y nos pide hacer lo mismo entre los hombres; *Psicológica*: sólo en el “nosotros” podemos ser tú y yo en plenitud, desde la acogida mutua; *Social*: la solidaridad nos llama a mejorar el mundo y la sociedad, dando, compartiendo y haciendo algo por los demás, en especial los más desfavorecidos.

**Calidad.** Compromiso de formación, investigación y mejora continua para posibilitar la asistencia integral a los enfermos y asistidos. La calidad forma parte del carisma. Hay una estrecha relación calidad-ética-humanización (no puede darse una sin las otras). Implica hacer una adecuada gestión de los recursos que permita una autosuficiencia económica de los centros, basada en un equilibrio financiero y en la transparencia. Significa apreciar la autoevaluación objetiva y estar abierto a lo que los demás reflejan sobre uno mismo o el equipo, y los resultados de su trabajo, como algo necesario para el autoconocimiento, el crecimiento personal, y la mejora del servicio a los demás.

**Profesionalidad.** Exigencia y promoción de la competencia técnica de cuantos realizamos la misión en la Orden: preparación técnica, humana y asimilación de los valores. Importancia de que nuestra respuesta asistencial mantenga una inquietud por estar permanentemente actualizada en su vertiente técnica y profesional. A partir de ahí, debemos dar una asistencia que considere todas las dimensiones (holística) de la persona humana -biológica, psíquica, social y espiritual. Solamente una atención que trate todas estas dimensiones, al menos como criterio de trabajo y como objetivo a lograr, podrá considerarse como asistencia integral (Cf. *Carta de Identidad* 5.1.). *Individualmente* implica experimentar y expresar la totalidad del propio ser en su dimensión espiritual, física y mental. *Corporativamente:* Significa fomentar el desarrollo personal y profesional ofreciendo recursos a los individuos y equipos, para que exploren en un entorno de aprendizaje sus capacidades de liderazgo, ejercitando sus dimensiones mentales, físicas y emocionales.

## Nivel 1



**Humanización.** Humanizar es impedir que se pase de largo junto al hombre, impedir la inhumana división entre persona y enfermedad. (Marchesi, P.L. *Humanización*, c. IV, 1981). Es la asunción de los constitutivos más débiles del hombre, que son los que aproximan a la realidad del mismo, para descubrir, de manera intermitente, los elementos constitutivos de otros niveles humanos (Plumed, C. 1999). Humanizar es impedir la cosificación de la persona (Gafo, J. 1990). Implica ser tratado como persona, no como objeto.

**Solidaridad.** Involucra generosidad, desprendimiento, intercambio, comprensión, sentimiento de unidad, espíritu de cooperación y participación. Promueve un trato igualitario y favorece a las personas con mayor necesidad.

**Responsabilidad.** Incluye autocontrol, autodisciplina, reflexión para dar respuesta a la propia misión en la vida: la toma de las riendas de la propia vida y sus consecuencias. Lleva consigo un aspecto relacional y obligaciones para con los demás y en la realización de la propia vocación y trabajo. Poder dar cuenta y estar a cargo de una determinada área o proyecto. Mantener un equilibrio recíproco de tareas con los demás. Actuar de acuerdo con los propios principios morales incluso cuando uno se siente presionado a hacer otra cosa. Explicar y justificar el propio comportamiento de acuerdo con los códigos de conducta establecidos. Ser personalmente responsable de la propia vida y de la familia. Mantener un equilibrio recíproco en tareas y cometidos con los demás, de tal forma que cada uno pueda responder de su propia área de responsabilidad. *Corporativamente:* Es actuar de acuerdo con los propios principios morales incluso cuando uno se siente presionado a hacer otra cosa. Supone entender el nivel de madurez ética de los demás y ayudar a que se comporten de acuerdo con su propio sistema de valores. Hacer que cada persona explique o justifique abiertamente su comportamiento en relación con los códigos de conducta establecidos en la institución. Ser personalmente responsable y estar al cargo de un área específica en la propia organización o equipo.

**Respeto.** Reconocimiento de la dignidad de la persona y sus derechos: a la vida, a la intimidad, confidencialidad, autonomía, libertad, creencias y pluralidad así como el reconocimiento y asunción de la Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Cf. *Carta de identidad*, 5.1.1.2.).

## Nivel 2

**Acogida.** Recibir al que llega con un aliento de afecto y esperanza, que le permita confiar en la persona y en la institución que se hacen cargo de él. (*Carta de identidad*, 5.1.2.). Aceptación cálida de los usuarios, enfermos y sus familiares y trato humanizado entre los colaboradores. Utilizar los dones y habilidades únicas de uno, para servir a los demás, sin esperar nada a cambio. En las primitivas *Constituciones* (1585) es el momento principal de la relación con las personas necesitadas, en el período del ingreso.

**Justicia Social.** Promover el exhaustivo cumplimiento de la legalidad en la prestación de nuestra actividad y para con los usuarios y colaboradores. Concesión a cada cual de sus derechos en todos los órdenes. Sentido de comunidad y de organización. Se inspira en el amor y el respeto por y hacia los demás. Es desinteresada y altruista. Es creadora de paz, seguridad, amparo y concordia. Actuar para confrontar y corregir las condiciones de la opresión humana. Empezar actuaciones concretas para abordar, confrontar y corregir condiciones de desigualdad y opresión humana, con el fin de hacer presente y real el hecho de que todo ser humano tiene el mismo valor. *Corporativamente:* Empezar actuaciones concretas para abordar, confrontar y corregir condiciones de desigualdad y opresión humana en la organización en la que trabajo, con el fin de hacer presente y real el hecho de que todo ser humano tiene el mismo valor.

**Excelencia.** La respuesta asistencial mantiene una inquietud por estar permanentemente actualizada en su vertiente técnica y profesional. Conjunto de prácticas sobresalientes en la gestión de una organización y el logro de resultados basados en conceptos fundamentales que incluyen: la orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y perseverancia, procesos y hechos, implicación de las personas, mejora continua e innovación, alianzas mutuamente beneficiosas y responsabilidad social. Diseñar objetivos y actuaciones que sean las más eficaces y las menos costosas, con el propósito de mejorar la calidad, la rentabilidad y el servicio en la organización.

**Acompañamiento espiritual. Trascendencia. Espiritualidad.** La espiritualidad en una dimensión fundamental del ser humano, única y definitiva del mismo. Es la interpretación de la forma de vivir; guía en la búsqueda de significado, desde la trascendencia y desde la religión. Se encuentra relacionada con el sentido de la vida (en el sentido de Viktor Frankl). La experiencia espiritual sólo puede apoyarse en su propia profundidad; no puede ir en busca de criterios ajenos a ella misma. Se procura ejercitar la disciplina y el desprendimiento espirituales para poder experimentar una perspectiva global sobre la vida y sobre la propia misión. Puede ser acompañada, guiada u orientada la persona en el recorrido de su camino personal.

### Nivel 3

Conviene dejar claro, una vez más, que los tres niveles (1, 2 y 3) tienen sus características propias, pero pueden ser integrados y es entonces cuando muestran su plenitud de sentido.

## ANEXO IV

El mito de Prometeo (Platón, Protágoras, 320d-321d) <sup>110</sup>

“[...] Era un tiempo en el que existían los dioses, pero no las especies mortales. Cuando a éstas les llegó, marcado por el destino, el tiempo de la génesis, los dioses las modelaron en las entrañas de la tierra, mezclando tierra, fuego y cuantas materias se combinan con fuego y tierra. Cuando se disponían a sacarlas a la luz, mandaron a Prometeo y Epimeteo que las revistiesen de facultades distribuyéndolas convenientemente entre ellas. Epimeteo pidió a Prometeo que le permitiese a él hacer la distribución: *“Una vez que yo haya hecho la distribución, dijo, tú la supervisas”*. Con este permiso comienza a distribuir. Al distribuir, a unos les proporcionaba fuerza, pero no rapidez, en tanto que revestía de rapidez a otros más débiles. Dotaba de armas a unas, en tanto que para aquellas, a las que daba una naturaleza inerme, ideaba otra facultad para su salvación. A las que daba un cuerpo pequeño, les dotaba de alas para huir o de escondrijos para guarnecerse, en tanto que a las que daba un cuerpo grande, precisamente mediante él, las salvaba.

De este modo equitativo iba distribuyendo las restantes facultades. Y las ideaba tomando la precaución de que ninguna especie fuese aniquilada. Cuando les suministró los medios para evitar las destrucciones mutuas, ideó defensas contra el rigor de las estaciones enviadas por Zeus: las cubrió con pelo espeso y piel gruesa, aptos para protegerse del frío invernal y del calor ardiente, y, además, para que cuando fueran a acostarse, les sirviera de abrigo natural y adecuado a cada cual. A algunas les puso en los pies cascos y a otras pieles gruesas sin sangre. Después de esto, suministró alimentos distintos a cada una: a unas hierbas de la tierra; a otras, frutos de los árboles; y a otras raíces. Y hubo especies a las que permitió alimentarse con la carne de otros animales. Concedió a aquéllas descendencia, y a éstos, devorados por aquéllas, gran fecundidad; procurando, así, salvar la especie.

Pero como Epimeteo no era del todo sabio, gastó, sin darse cuenta, todas las facultades en los brutos. Pero quedaba aún sin equipar la especie humana y no sabía qué hacer. Hallándose en ese trance, llega Prometeo para supervisar la distribución. Ve a todos los animales armoniosamente equipados y al hombre, en cambio, desnudo, sin calzado, sin abrigo e inerme. Y ya era inminente el día señalado por el destino en el que el hombre debía salir de la tierra a la luz. Ante la imposibilidad de encontrar un medio de salvación para el hombre, Prometeo roba a Hefesto y a Atenea la sabiduría de las artes junto con el fuego (ya que sin el fuego era imposible que aquélla fuese adquirida por nadie o resultase útil) y se la ofrece, así, como regalo al hombre. Con ella recibió el hombre la sabiduría para conservar la

<sup>110</sup> Disponible el 12.09.2013 en: <http://roble.pntic.mec.es/~jgomez10/prometeo.html>

vida, pero no recibió la sabiduría política, porque estaba en poder de Zeus y a Prometeo no le estaba permitido acceder a la mansión de Zeus, en la acrópolis, a cuya entrada había dos guardianes terribles. Pero entró furtivamente al taller común de Atenea y Hefesto en el que practicaban juntos sus artes y, robando el arte del fuego de Hefesto y las demás de Atenea, se las dio al hombre. Y, debido a esto, el hombre adquiere los recursos necesarios para la vida, pero sobre Prometeo, por culpa de Epimeteo, recayó luego, según se cuenta, el castigo del robo.

El hombre, una vez que participó de una porción divina, fue el único de los animales que, a causa de este parentesco divino, primeramente reconoció a los dioses y comenzó a erigir altares e imágenes a los dioses. Luego, adquirió rápidamente el arte de articular sonidos vocales y nombres, e inventó viviendas, vestidos, calzado, abrigos, alimentos de la tierra. Equipados de este modo, los hombres vivían al principio dispersos y no en ciudades, siendo así, aniquilados por las fieras, al ser en todo más débiles que ellas. El arte que profesaban constituía un medio, adecuado para alimentarse, pero insuficiente para la guerra contra las fieras, porque no poseían el arte de la política, del que el de la guerra es una parte. Buscaban la forma de reunirse y salvarse construyendo ciudades, pero, una vez reunidos, se ultrajaban entre sí por no poseer el arte de la política, de modo que al dispersarse de nuevo, perecían. Entonces Zeus, temiendo que nuestra especie quedase exterminada por completo, envió a Hermes para que llevase a los hombres el pudor y la justicia, a fin de que rigiesen en las ciudades la armonía y los lazos comunes de amistad. Preguntó, entonces, Hermes a Zeus la forma de repartir la justicia y el pudor entre los hombres: “¿Las distribuyo como fueron distribuidas las demás artes?”.

Pues éstas fueron distribuidas así: Con un solo hombre que posea el arte de la medicina, basta para tratar a muchos, legos en la materia; y lo mismo ocurre con los demás profesionales. *¿Reparto así la justicia y el poder entre los hombres, o bien las distribuyo entre todos?* “Entre todos, respondió Zeus; y que todos participen de ellas; porque si participan de ellas solo unos pocos, como ocurre con las demás artes, jamás habrá ciudades. Además, establecerás en mi nombre esta ley: Que todo aquel que sea incapaz de participar del pudor y de la justicia sea eliminado, como una peste, de la ciudad”.