

02/Humanización de la asistencia (2)

Calixto Plumed Moreno, O. H.,

Doctor en Psicología.
Psicólogo Clínico. E.U.E y Fisioterapia San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

En este artículo se concreta la manera cómo humanizar la asistencia sanitaria a través de la relación de ayuda. Esta relación consiste en ayudar a buscar en el enfermo todos sus recursos personales para lograr superar la situación así como considerarle positivamente, aceptarlo incondicionalmente. Esta pequeña guía sobre cómo, a quién y qué humanizar se basa en unos valores fundamentales como la vocación, la formación, la motivación, la calidad y la toma de consciencia.

Los profesionales de la salud sólo renovándose en profundidad, podrán redescubrir sus propios valores y los de los demás, reconociendo que toda persona es portadora de unos valores que la constituyen en sagrada. Como decía el Hno. Pierluigi Marchesi, los profesionales deben interiorizar las tres A (Acoger, Acompañar y Amar) desde que el enfermo se presenta en el hospital hasta que sale curado.

Palabras clave: Humanización, Asistencia, Profesional de la salud, Enfermo.

This article specifies how to humanize healthcare through a relationship of help. This relationship is about helping the patients to find all their personal resources in order to overcome the situation they are facing; how to see the patients positively and unconditionally accept them. This brief guide about how, whom and what to humanize is based on essential values, as vocation, training, motivation, quality and awareness raising.

Only by renewing themselves in depth, the health professionals will be able to rediscover their own values and those of others, recognizing that each person is the bearer of values that make him or her sacred. As the Brother Pierluigi Marchesi said: The professionals must internalize the three golden rules (to welcome, to accompany and to love) from the moment the sick person arrives at the hospital until he or she is cured.

Key words: Humanization, Assistance, Health professional, Sick people.

1. Cf. Blázquez, J. "Bioética, genética y sociedad" en La Razón, Madrid 27.12.2001.

1/

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 la 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 François 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 aplican¹.

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 humanizarnos y humanizar, en el arte de la relación de ayuda.

22

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 en el arte de la escucha. 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.

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.

2/

A quién y qué humanizar.

2/1

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.

23

- 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.

Consideramos que no es posible prestar una asistencia humanizada, si dentro de los equipos de trabajo, no se cuidan los modos de relación.

Creemos que en los equipos interdisciplinares la humanización tiene un lugar fundamental ya que la relación entre los miembros que componen la asistencia debe nutrirse de los valores encaminados al respeto, la cercanía, la profesionalidad y la cooperación.

Trabajamos bajo el principio de que el centro de interés es la persona asistida, pero consideramos que la humanización debe integrar a todos aquellos miembros implicados en el proceso terapéutico. Creemos que los profesionales son agentes activos de humanización y desde esta posición es desde donde parte la reflexión sobre

24

25

LH n.324

qué tipo de relaciones debemos promover entre los compañeros de trabajo.

El trabajo en equipo implica un esfuerzo por parte de todos en cuanto a la manera en que nos acercamos al trabajo del otro, en el interés mostrado en conocer en qué consisten las tareas del de al lado, en la actitud con la que escuchamos sus opiniones y en la capacidad para respetar y reconocer el lugar desde el que cada uno trabaja.

Las habilidades de comunicación suponen el punto de partida que posibilita el debate sobre el marco que queremos de cara al desarrollo diario de nuestro trabajo, y ver si diversos modelos pueden ser encajados para su compatibilidad, pues es fácil que de lo contrario compitan, anulen o no sean escuchados según por quiénes sean defendidos. Dichas habilidades implican la capacidad para plantear los problemas de forma abierta, para implicarse de forma activa en su resolución, para poder expresar la diferencia o el desacuerdo, para hacer renuncias personales y para compartir y sostener decisiones grupales que van más allá de nuestros planteamientos individuales. Humanizar requiere una actitud mental, afectiva y moral que obliga al profesional a repensar continuamente sus propios esquemas mentales y a remodelar costumbres de intervención para que se orienten al bien del paciente.

2/1/1

¿Cómo humanizar al personal sanitario?

El equipo del personal sanitario lo forman distintos personajes desde distintas situaciones en su trabajo que se conocen y definen normalmente en las normativas y convenios. El médico, el enfermero/a, auxiliar sanitario, otros (voluntarios, gestión y administración). De forma global exponen las actividades 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.

Es cierto que un hospital que no sabe evolucionar con la ciencia y la técnica puede quedarse al margen de estas y por tanto sin capacidad de interlocución; pero 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.

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 asisLa 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

tencial 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 atendida².

2/2

Humanización de los factores estructurales y recursos materiales de la planta.

La humanización estructural del hospital no es una cosa más 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.

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, para pasar tras ella a una valoración física.

Los espacios por los que el paciente puede pasear, suelen ser asimismo 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 y el usuario, ya sea el mismo paciente o un familiar, es la burocracia, es decir, la intensa lucha con la administración. 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 papeleos y organigramas cuando alguien está enfermo y sufriendo.

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 la idea de que humanizar la estructura del hospital no es solamente extender una capa de barniz sobre las paredes de una casa. Las acciones que se deberían llevar a cabo para conseguir estos resultados serían:

- 1. Mejorar la información.
- **2.** Establecimiento de programas de formación 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 2. Cf. Orden
Hospitalaria de San
Juan de Dios. (2013).
Carta de Identidad.
Madrid: Fundación
Juan Ciudad,
n. 5.1.1.

3. Marchesi, P.L. Umanizzazione. (1981). Parte Terza: Verso l'alleanza con il malato. Capitolo Primo: L'ospedale umanizzato. Roma: Curia Generalizia dei Fatebenefratelli.

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 consciencia de que el hospital será aquello que nosotros queramos que sea.
- 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 la Comisión 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 de cuanto queda dicho³. Y se atreve a pergeñar algunos rasgos o perfiles. Para estar realmente humanizado, la estructura del hospital debe presentar las siguientes características:

26

- 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; sobre todo para recibir sugerencias, para crear en su interior un flujo de humanidad ante los sufrimientos del mundo sin filtros ni falsas prevenciones.
- 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 y convergente, en una atmósfera de lucidez, de responsabilidad y de valoración de las funciones de todos.
- El hospital humanizado tiene quecreer 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 crear el gusto de comunicar, de caminar juntos, de sostenerse mutuamente, con la convicción de que todos los agentes juntos humanizan.
- El hospital debe atender a la formación permanente: 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.

- 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 profesional, afectiva, intelectual de los trabajadores, de los enfermos, de los familiares.

En definitiva, ¿la humanización del hospital es un acto de justicia o de caridad?, se pregunta Marchesi⁴. Y se hace el siguiente razonamiento impregnado de corazón e inteligencia:

El samaritano hace todo gratuitamente, según un cierto espíritu, no impulsado por la ley. [...] Sobre si la Humanización sea un acto de justicia o de caridad, respondo de inmediato: actualmente es lo uno y lo otro [...] Así la caridad se transforma en un instrumento de justicia más eficaz que cualquier reforma o revolución social.

2/3

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.

27

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...

- Formación de un equipo multidisciplinar⁵: 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. 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.

I. Ibidem.

5. Cf. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2013). Carta de Identidad. Madrid: Fundación Juan Ciudad, 5.3.2.6.

Humanización

28 de la asistencia (2)

LH n.324

6. Ibidem. 5.2.8.1.

7. Cf. Cervellera, G., Comolli, GM, (2012.). O.c. p.133.

8. Cf. Ibidem. p.123.

- Formación de un equipo de humanización (Comisión 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 Humanización⁶.

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, aplicando los mejores medios técnicos al servicio de la persona atendida.

Promover la información y la formación: Sin formación se puede trabajar muchísimo, pero sin formación no se puede ejercer una profesión. Y en el hospital hay que trabajar con profesionalidad. Sin formación no se hace asistencia, y se corre el riesgo de pasar a los otros.

Con la formación, se da más sentido, no solo a la propia vida profesional sino también a la humana⁷.

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.

La Eficiencia está acorde como mejora y optimización de las prestaciones científicas y técnicas y, al tiempo, como plena profesionalidad de los trabajadores. La Pietas está acorde como característica de una orden religiosa en donde el enfermo debe ser curado y asistido a partir de su integralidad como persona y, en consecuencia, teniendo en cuenta todas sus dimensiones: material, psicológica, espiritual y social8.

3/

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.

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.

Un elemento clave de la misión de la Orden Hospitalaria es la humanización, presente desde los inicios en el servicio y las acciones de Juan de Dios

29

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

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.

Y podremos hacer extensivas a todos los profesionales de la salud algunas de las palabras y reflexiones de Luis Rojas Marcos9 en este sentido: En medicina, la humanización es un componente necesario en 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.

Un elemento clave de la misión de la Orden Hospitalaria es la humanización. Presente va 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 de Pierluigi Marchesi O.H.

Por humanización en la Orden se entiende un estilo de asistencia, cuidado, rehabilitación y también de gestión, centrado en la persona¹⁰.

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:

Humanizar la medicina significa exactamente poner en el centro de nuestras actividades hospitalarias las expectativas más íntimas del ser humano [...] La auténtica humanización implica [...] compartir con el hombre el drama de su sufrimiento [...] Un hospital como el nuestro debería fijar en la entrada las tres "A" (Acoger, Acompañar, Amar), y debería confiar en sus trabajadores que interiorizan las tres "A", desde que el enfermo se presenta en la portería hasta que sale curado [...] y ninguno debe constituirse en cómplice del hurto más perverso que un trabajador sanitario pueda realizar: aquello de no dar "el buenos días de la esperanza" a quien tal vez tenga miedo a morir¹¹.

9. Cf. Rojas Marcos, L. Humanizacion de la medicina y calidad de vida. Diario Médico, 3.10.2001.

10. Cf. EG 48-52 y Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2012). La Pastoral según el estilo de San Juan de Dios. Roma: Comisión General de Pastoral.

11. Cf. Cervellera, G., Comolli, GM. (2012). O.c. pp. 118-122.

Bi	bliografía
Re	evistas monográficas
	abor Hospitalaria, bril-mayo-junio 1977 nº164
	abor Hospitalaria, nero-febrero-marzo 1982 nº183
	abor Hospitalaria, ctubre-noviembre-diciembre 1982 nº 186
	abor Hospitalaria, nero-febrero-marzo 1984 nº 191
	abor Hospitalaria, bril-mayo-junio 1984 nº 192
	abor Hospitalaria, lio-agosto-septiembre 1984 nº 193
	abor Hospitalaria, pril-mayo-junio 1987 nº 204
	abor Hospitalaria, ctubre-noviembre-diciembre 1987 nº 206
	abor Hospitalaria, lio-agosto-septiembre 1990 nº 217

Labor Hospitalaria, Enero-febrero-marzo 1996 nº 239	
Labor Hospitalaria, Enero-febrero-marzo 1998 nº 247	
Labor Hospitalaria, Octubre-noviembre-diciembre 1998	nº 250
Dolentium Hominum, 1988 nº 7 w	
Oolentium Hominum, 1994 nº 27	,
Oolentium Hominum, 1997 nº 34	<u></u>
Oolentium Hominum, 1997 nº 36	
Otras publicaciones y comunicac con referencias a la humanizació	

Bogotá. 1991 Año 3; 7: 2-5.

30

Alvarez, T. (2015) La verdad como punto de partida. III Congreso Nacional de Humanización. Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud. Arendt, Hannah. (2007). Responsabilidad y juicio. Barcelona: Ed. Paidós. Bermejo, J. C. (1997). Humanizar la salud. Madrid: Ed. San Pablo. Blázquez, J. Bioética, genética y sociedad en La Razón, Madrid 27.12.2001. Brusco, A. (1991). La humanización en el mundo de la salud. Bogotá: SELARE. Brusco, A. (1999) Humanización de la asistencia al enfermo. Colección: Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud, n. 4. Cabrero, J. (1999).

Enfermería basada en la evidencia

Index de Enfermería, 8(27):12-18.

y utilización de la investigación.

31

Camps, V. (2001). Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares (Editorial Crítica). Castañeda, H. (1992) La percepción y la actitud de los acompañantes y del personal de salud hacia el modelo de hospitalización pediátrica madre acompañante. Temas de Enfermería. Castañeda, H. y col. (1990) Reacciones emocionales del niño hospitalizado dentro del programa de la madre acompañante. Temas de Enfermería. Cervellera, G., Comolli, G.M. (2012). Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi. Milano: Áncora. Cibanal Juan, L. Calidad asistencial y humanización, IV Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud y Relación de Ayuda en Enfermería, Alicante, abril 1999. Convención sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas. Ginebra. Noviembre de 1989. 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..

Eseverri, C. (1988).

Un hospital, un mundo. Bogotá: SELARE.

Fanon, F. (1963).

Los condenados de la tierra. México DF: FCE.

Fernández Hontoria, P.

Gerente del Área de Recursos Humanos de la consultora Cofor. 24 de julio de 2001.

Fukuyama, F. (2000).

La Gran Ruptura.

Barcelona: Ediciones BSA.

Gafo, Javier. (1994).

10 palabras claves en bioética. Navarra: Ed. Verbo Divino.

Galán, J.M.

La humanización de las instituciones de salud. Misión el hombre. 1993; 5(15).

Guia de recomendaciones éticas. Hospital Sant Joan de Déu (Palma de Mallorca) 2013. Innerarity, D. (2001).

Ética de la hospitalidad. Barcelona: Ed. Península.

32

Innerarity, D. (2004).

*La Sociedad Invisible.*Madrid: Espasa Calpe.

Kübler-Ross, E. (1969).

On death and dying. Nueva York: Macmillan.

Lamata, F. y otros. (1994).

Marketing sanitario.

Madrid: Díaz de Santos.

Marchesi, P.L. (1981).

La Humanización.

Madrid: Secretariado Interprovincial de España.

Marchesi, PL. (1981).

Umanizzazione.

Roma: Curia Generalizia dei Fatebenefratelli.

Marchesi, Spisanti, S. y Spinelli A. (1986).

Por un hospital más humano.

Madrid: Ediciones Paulinas.

Morin, Edgar (2001).

Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona: Paidós.

Nuland, Sherwin B. (1996).

How we die. New York: Alfred Knopf.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (1984).

Constituciones. Madrid: Secretariado Permanente Interprovincial;.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2004).

Camino de hospitalidad al estilo de San Juan de Dios. Espiritualidad de la Orden. Roma: Curia General Orden Hospitalaria.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2009).

Estatutos Generales.

Madrid: Fundación Juan Ciudad.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2012).

La Pastoral según el estilo de San Juan de Dios. Roma: Comisión General de Pastoral.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2013).

Carta de Identidad. Madrid: Fundación Juan Ciudad.

Piles, P.

El hospital: templo de la humanidad. Dolentium Hominum. 1996;31:104-106. Plan de humanización de la asistencia sanitaria. Comunidad de Madrid.2016

Plumed Moreno, C.

Diario Médico, Febrero 1999.

33

Protocolo de acogida.

Dirección general de atención especializada.

Comunidad de Madrid. 2013

Redrado, J.R. y cols. (1991).

La humanización en salud. Bogotá: SELARE.

Rojas Marcos, L. (2000).

Nuestra felicidad.

Madrid: Espasa Calpe.

Rojas Marcos, L.

Humanizacion de la medicina y calidad de vida.

Diario Médico, 3.10.2001.

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.

Humanización

de la asistencia (2)

LH n.324

Sánchez Martínez, J. o.h. (2014).

Kénôsis-Diakonìa en el itinerario espiritual de San Juan de Dios. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios "Casa de los Pisa".

Toledo Ortiz, F. (1995).

Humanización de los servicios de atención pediátrica. En García Caballero, C. Pediatría social. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Torralba, F. (2003). Sobre la hospitalidad. Extraños y vulnerables como tú. Madrid: PPC.

Torre Queiruga, A. (2011).

Repensar el mal.

De la ponerología a la teodicea.

Madrid: Trotta.

Trías, E. (2010).

La imaginación sonora. Argumentos musicales.
Barcelona: Círculo de Lectores.

