



# LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

## Los profesionales de la salud: Ama lo que haces

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

**n.324**

MAYO/JUNIO/  
JULIO/AGOSTO

**2 /2019**

## Hermanos de San Juan de Dios Provincia de Aragón - San Rafael

Año 68. Tercera Época  
Mayo/Junio/Julio/Agosto  
Número 324. Volumen LI

### Consejo de Redacción

Dirección - José Luis Redrado, O.H.

### Coordinadores

Ética de la Salud - Margarita Bofarull, rscj  
Pastoral - Rudesindo Delgado  
Humanización - Amèlia Guilera  
Administración - Dolores Sáenz  
Coordinación - Lluís Guilera Roche  
Redacción - Maite Hereu  
Colaboración Provincia  
Bética - Calixto Plumed, OH

### Consejo Asesor

Humanización - Anna Ramió,  
Laura Martínez, Jesús Pineda, OH  
Pastoral - Marije Goikoetxea,  
José Luis Méndez, Mercè Puig Pey  
Ética de la salud - Manuel de los Reyes López,  
Juan Ramón Lacadena, M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero

### Dirección y Redacción

#### Curia Provincial

#### Hermanos de San Juan de Dios

Doctor Antoni Pujadas, 40  
Teléfono. 93 630 30 90  
08830 Sant Boi del Llobregat - Barcelona  
laborhospitalaria@ohsjd.es

### Fotografías

Centros y Fundaciones OHSJD Aragón

### Abstracts

Silvia Komet

Información y suscripciones  
laborhospitalaria@ohsjd.es

[www.ohsjd.es](http://www.ohsjd.es)

[www.laborhospitalaria.org](http://www.laborhospitalaria.org)

Publicación autorizada por el Ministerio  
de Sanidad como soporte válido.

Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B.2998-61  
COLOR DIGITAL - BON



### Editorial. p6

#### 01/ Humanización de la asistencia (I). p11

Hno. Calixto Plumed

#### 02/ Humanización de la asistencia (II). p19

Hno. Calixto Plumed

#### 03/ Los directivos y la gestión carismática en las casas sanitarias de la Orden

#### Hospitalaria San Juan de Dios. p31

Dr. Marcelo Zambrano

#### 04/ Feminización de las profesiones del cuidado: nuevos escenarios, nuevos retos. p41

Laura Martínez y Oscar Bautista Villacaja

#### 05/ El concepto de asistencia integral. p53

Dr. Antonio de Toro

#### 06/ Educación permanente a lo largo de la vida.

#### Long life learning. p61

Dra. Amèlia Guilera, Dra. Anna Ramió  
y Claudia Molina

#### 07/Experiencias. p69

7.1/ Experiencia en formación.

Dra. Mercedes Giménez

7.2/ Asociación seniors Hospital

Sant Joan de Déu Barcelona.

Dr. Vicente Varea

7.3/ Experiencias laborales

en diferentes etapas.

Foto Portada.

Autora: Elisenda Campreciós

Foto incluida en la exposición '365 dies cuidant', de la  
Junta de Enfermería de la Fundació Althaia, galardonada  
con el Premio Enfermería y Sociedad 2018 a la difusión  
y comunicación de la profesión enfermera.

# Normas de Publicación

## Normas generales para la presentación de artículos.

**1.** El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa **Word** como procesador de texto y en **Excel** o **PowerPoint** cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será espacio y medio, a un cuerpo de letra de **Arial 12**, en **DIN A4**, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de **2,5 cm.**

**2.** Si se envían imágenes digitales, éstas deben tener una resolución de **300 dpi**, a un tamaño de **10 x 15 cm**, y en formato **jpg**.

**3.** Para los artículos, el texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un **máximo de 3.000 palabras.**

Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de **seis** en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda.

Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que **no superará las 150 palabras**, y entre tres y cinco palabras clave, en castellano y en inglés.

Para las experiencias, el texto del manuscrito deberá ajustarse a un **máximo de 1.000 palabras**. No es necesaria la presentación de: bibliografía, resumen y palabras clave.

**4.** La página del título deberá contener el título del trabajo (que será breve pero informativo), nombre y dos apellidos de cada autor/a, títulos académicos y filiación institucional, así como el nombre, la dirección postal y electrónica (E-mail) y el teléfono

de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

**5.** La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito, deberá ser citada en el texto según la **normativa APA** y así mismo estar referenciada en el apartado correspondiente de Bibliografía.

**6.** El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación donde el autor/res/ras **autorice su publicación, la cesión de derechos, así como la certificación de que se trata de un trabajo inédito** y que tiene todos los permisos necesarios para reproducir las ilustraciones, fotografías u otros materiales contenidos en el texto que presenta. **No se aceptarán trabajos ya publicados.**

**7.** El manuscrito debe enviarse por e.mail a la siguiente dirección: **laborhospitalaria@ohsjd.es**

## Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

La microsite [www.laborhospitalaria.org](http://www.laborhospitalaria.org) permitió en su momento tener acceso al fondo bibliográfico de la revista desde 1972 para todos los interesados en temas de humanización, ética y pastoral de la salud, dejando para los suscriptores el acceso a los contenidos de los dos últimos años. Sin embargo, este 2019 los Hermanos de San Juan de Dios han decidido abrir la publicación online a todos los internautas, eliminando el pago de la suscripción online por los contenidos de los dos últimos años.

Se mantiene la suscripción en papel con la que recibir la publicación por correo postal al precio de **36€** para España y **50€** o **50\$** para el resto de países. Para suscribir sólo hay que mandar un correo electrónico a [laborhospitalaria@ohsjd.es](mailto:laborhospitalaria@ohsjd.es) con los datos personales, dirección donde recibir la revista y número de cuenta para domiciliar el pago.

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico: [laborhospitalaria@ohsjd.es](mailto:laborhospitalaria@ohsjd.es) o llamar al 936 303 090 (ext. 12482)

### Precio de las suscripciones

<b>LH</b> Año 2019	Papel / Digital	36 € - España
		50 € - Europa
		50 \$ - USA

Les informamos que sus datos serán responsabilidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y se tratarán para el envío de publicaciones, y bajo la legitimación de su consentimiento. No se cederán datos a terceros, excepto que sea obligación legal. Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos reconocidos, o para más información, pueden contactar con [eduardpuig@ohsjd.es](mailto:eduardpuig@ohsjd.es)



# editorial

## Profesionales de la salud: ama lo que haces

Dice una escritora americana:

“Si quieres ser feliz un año, gana la lotería. Si quieres ser siempre feliz, ama lo que haces” (Mary Higgins Clark).

“Ama lo que haces” debería ser el leitmotiv de todo ser humano, de todo trabajador, de todo profesional y, si me apuráis, en particular de los profesionales de la salud pues toda su actividad está en función de personas y éstas frágiles, enfermas. Por eso, la dirección de la revista Labor Hospitalaria ofrece en el presente número una temática de gran actualidad, siempre presente y urgente pues toca la persona enferma.

Cuando hablamos de salud, de humanización, de gestión carismática, de profesiones de cuidados, de atención holística de la salud y de la misma formación profesional, ¿en función de quién hablamos?, ¿a quiénes nos dirigimos? Al enfermo, centro de nuestro trabajo y misión:

de ahí parte del título que lleva está número: “ama lo que haces”. Algo de esto expresaba el médico Paracelso en el siglo XVI:

“El fundamento más importante de la medicina es el amor. Si nuestro amor es grande, será grande el fruto que la medicina obtendrá de él; si es pequeño, también nuestros frutos serán pequeños”

Profesionales de la salud: ama lo que haces. Y no olvides que el material que hoy te ofrecemos te ayudará a conseguirlo.

El profesional de la salud no debe refugiarse en la función, en el rol que desempeña; debe descubrir que el enfermo está preocupado por su enfermedad, que es para él una agresión, una amenaza que le vuelve inseguro y le obliga a pedir ayuda.

Con razón decía nuestro **Hermano Pierluigi Marchesi** que el lugar de la salud no era un bar, ni un cine, sino un lugar de cura, donde incluso puedo morirme.

Hoy se habla mucho de concepción holística de la salud, de atención humana e integral y de trabajo en equipo. Todo ello supone un conocimiento de los roles profesionales y de las necesidades reales del enfermo.

Del enfermo en particular necesitamos conocer su biografía y sus reacciones -porque cada cual sufre su enfermedad-, y que tengamos un gran respeto por su persona e individualicemos la asistencia.

Si obramos así, tendremos que reconocer que en la práctica y de verdad estamos ejerciendo una asistencia integral, y que nuestro ambiente sanitario es humano.

En particular, refiriéndose al hospital, el P. Marchesi decía:

“El hospital humano es abierto, tiene un cuadro de mando muy preciso y transparente, cree en el trabajo en equipo, imparte una formación permanente y es una casa-familia”<sup>1</sup>.

Todo esto es -o debe ser- así porque tratamos con personas y no con cosas, y porque la curación de estas personas enfermas requiere encuentros intensos y frecuentes diálogos; no se obtiene la curación solamente suministrando medicinas, ni tampoco a través de encuentros superficiales.

De aquí que nuestros enfermos nos pidan una asistencia cada vez más humana y personal, comprensiva, cercana; no tratamos enfermedades, sino a hombres enfermos.

Lo que distingue la profesión del personal sanitario de la mayoría de otras profesiones es que se ejerce sobre seres vivos que, además de tener unos derechos, sufren. Y lo que importa no es tanto lo que les hacemos, sino cómo se lo hacemos.

No se trata tampoco de una simple acción profesional, de una ocupación, sino que debe ir más allá: nuestro servicio al hombre que sufre exige una vocación que es sinónimo de dedicación, armonía, colaboración, respeto y amor.

**Profesionales sanitarios: amad vuestra profesión, sed ministros de la vida.** Tenéis ante vosotros una gran tarea: técnica, ciertamente; pero vuestra profesión al servicio del hombre os plantea un reto: ¿sois capaces de atenderlo con humanidad e integralmente?

Con vuestra acogida construiréis para el enfermo la “nueva casa” que él necesita; construiréis un lugar adecuado, orientado hacia el enfermo; él es -debe ser- el centro. Entrad en profundidad, buscad el bien del enfermo y veréis cómo cambian las relaciones, las comunicaciones, el poder.

Buscad el bien del enfermo y encontraréis la manera de poner en vuestra profesión más ciencia, más disponibilidad, más diálogo y mayor presencia.

Decía el **Cardenal Enrique Tarancón**, hablando de la profesión sanitaria, que

“la medicina, la educación, el sacerdocio, exigen algo más que una ayuda técnica, si bien ésta es necesaria. Necesitan del calor humano de quienes les asisten. Por esto tienen una peculiar grandeza y una plenitud humana”<sup>2</sup>.

Grandeza tal, ésta de los profesionales sanitarios, que el Pontificio Consejo de la Pastoral de la salud no dudó en llamarles “**Ministros de la Vida**”<sup>3</sup>.

Sí, el médico, la enfermera, los profesionales sanitarios, por su preparación, profesión y misión, están al servicio de la vida, y por eso deben ser los mejores consejeros en orientarnos sobre cómo vivirla en salud.

Los profesionales sanitarios están al servicio de la vida; son ministros de la vida, que deben defender, educar y servir.

En la “**Carta de los Agentes Sanitarios**”, publicada por el Pontificio Consejo de la Pastoral de la salud, los primeros diez números tratan de este tema.

Cito solamente el comienzo de la Carta, donde dice:

“La actividad de los agentes de la salud tiene el alto valor del servicio a la vida. Es la expresión de un empeño profundamente humano y cristiano, asumido y desarrollado como actividad

1. MARCHESI, Pierluigi Umanizziamo l'ospedale, en AA.VV. Per un ospedale più umano. Ed. Paoline. 1985

2. TARANCÓN, Enrique La profesión sanitaria, en la Revista Humanizar. Febrero 1994

3. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, Carta de los Agentes Sanitarios (nº 1-10).

no sólo técnica sino de un entregarse total e incondicionalmente y de amor al prójimo. Tal actividad es «una forma de testimonio cristiano». «Su profesión les exige ser custodios y servidores de la vida humana» (nº 1)».

El episcopado español, en uno de sus documentos sobre los “Los católicos y la profesión”<sup>4</sup>, dice:

“La Profesión adquiere (...) una dimensión verdaderamente vocacional y hasta espiritual. Pero esto sólo será verdad si el ejercicio de la profesión está interiormente animado por el Espíritu y regido en su desarrollo por los criterios morales del Evangelio y de la imitación de Jesucristo. Estas exigencias no han de limitarse únicamente al orden económico, como por ejemplo la justicia en sueldos y honorarios. La vida y la moral cristianas tienen exigencias más amplias. El respeto a la vida, la fidelidad a la verdad, la responsabilidad y la buena preparación, la laboriosidad y la honestidad, el rechazo de todo fraude, el sentido social e incluso la generosidad deben inspirar siempre al cristiano en el ejercicio de sus actividades laborales y profesionales”.

En esto consiste “promover una cultura de la salud que tenga en cuenta la vida como un valor”, y la acogida, la humanización, la hospitalidad y el amor como signo de un gran respeto por el hombre y por aquellos medios que contribuyen a una curación integral, total, de la persona enferma.

+ José Luis Redrado, O.H.  
Director

4. COMISIÓN PERMANENTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, Inst. Past., Los católicos en la vida pública, 22-IV-1986, nº 113-114.





# 01/Humanización de la asistencia (1)

**Calixto Plumed Moreno, O. H.,**

Doctor en Psicología.

Psicólogo Clínico. E.U.E y Fisioterapia San Juan de Dios.

Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Este artículo pretende aportar algunas pistas por dónde enfocar el complejo tema de la humanización en relación con la asistencia a las personas respecto a la salud y a la enfermedad. Hacer una aproximación en torno a amplios aspectos que incluyen y puedan iluminar algo el proceso de humanización basada en las aportaciones del P. Pierluigi Marchesi, figura clave en la Orden Hospitalaria que dio nombre a esta manera de "hacerse cargo" de modo ejemplar del enfermo en su globalidad y que ya puso en práctica San Juan de Dios.

Una de las dimensiones más importantes para seguir avanzando es la propia relación del profesional de la salud consigo mismo, hasta el punto que no es posible la humanización si cada uno de ellos no se empieza a humanizar a sí mismo, aceptando sus propias vulnerabilidades personales y profesionales. 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.

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

The purpose of this article is to provide some insights on how to approach the complex issue of humanization regarding health care and illness of people; to face broad aspects, including and shedding some light on the process of humanization based on the contributions of Brother Pierluigi Marchesi, a key figure in the Hospitaller Order which gave its name to this way of "taking care" of the sick as a whole in an exemplary way, and which Saint John of God had already practiced.

One of the most important dimensions to keep moving forward is the relationship of the health professionals with themselves. This relationship is key to the point that humanization is impossible if the professionals does not begin by humanizing themselves, and by accepting their own personal and professional vulnerabilities. We humanize ourselves in order to humanize. And this is only possible if we courageously recognize our own history, which is also full, among other things, of loneliness, failures, difficulties and hopes. Only from there, renewing ourselves in depth, we can rediscover our own values and the values of others, recognizing that every person is the bearer of values that make him or her sacred.

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

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, sin suficiente conocimiento de causa.

Esta aproximación se hace 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.

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, 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.

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.

Alguien ha podido atreverse a decir que la deshumanización es la polución y 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 le sucede al hombre.

Es opinión generalizada que no se abordan los aspectos positivos de las cosas y los 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, cuando algo se deja a la fuerza de la inercia, tiende al deterioro.

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... 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

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: **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. Como profesionales de la salud habremos de situarnos en y desde la frontera de la salud, en definitiva, en la frontera de la vida y vida con calidad, que implica la **humanización**.

En pocas palabras, se desea hacer una aproximación en torno a amplios aspectos que incluyen y puedan iluminar algo el proceso de humanización. No hace muchos años (en el 2002) falleció tal como vivió, deprisa y maduro, **Pierluigi Marchesi O.H.**, un profeta polémico. Marchesi tuvo la facilidad de crear tantos simpatizantes como también paralelos detractores, abrió caminos, convulsionó la institución de Juan de Dios y señaló un punto de inflexión en la historia de la humanización.

Muchos fueron los aspectos que se analizaron a raíz de su muerte jalonados por su vida, entregada con total sinceridad a la Orden Hospitalaria<sup>1</sup>, más con la intención de atribuir a cada cual lo suyo, desde estas páginas, devolvemos a Pierluigi Marchesi O.H. lo que le pertenece, antes de que otros intenten arrebatárselo, como se ha pretendido desde otros ámbitos, incluidos los religiosos.

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. 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. Contamos con una atención más eficiente, pero más alejada de las necesidades del hombre. Las profesiones sanitarias necesitan un nuevo reciclaje a todos los niveles: **sobre la vida, sobre la enfermedad, sobre el sufrir, y sobre el morir**; una renovada formación para todos los que trabajan en los hospitales y centros de salud.

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

**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>2</sup>.**

La humanización trata de aportar a los agentes sanitarios su misión fundamental:

**1.** Para poder seguir la trayectoria de sus actuaciones Cf. Cervellera, G., Comolli, G.M. (2012). *Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi*. Milano: Ancora.

**2.** 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.

LH n.324

“Transformar lo impersonal en personal, para que quien sufre pueda vivir su aventura humana y espiritual en un clima de amor y respeto”.

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

“Mirar la enfermedad en tanto que soportada por el hombre, por un ser que con frecuencia sufre sobre un órgano su daño psíquico y, a veces también la llamada patología del espíritu”.

Humanización significa “hacerse cargo” de modo ejemplar del enfermo en su globalidad, en un contexto en el que predomina un mayor fraccionamiento y especialización<sup>3</sup>.

Varios apartados desean abordarse, sin perder de vista que se hace con una perspectiva desde la hospitalidad, sin descartar una aproximación pluricultural, o desde un estudio del mal<sup>4</sup> como requiere la sociedad de la globalización que nos invade muy a pesar de algunos detractores, que tal vez en su idealismo se nieguen a la evidencia.

Agradezco las aportaciones del equipo interdisciplinar de la Clínica Nuestra Señora de La Paz de Madrid que, durante más de dos años, hemos reflexionado y pensado en voz alta, sobre cada uno de los Principios fundamentales de la Orden Hospitalaria, y se ha procurado aplicar a la actuación diaria de nuestros trabajos en la atención al enfermo mental, procurando destacar qué se apreciaba de deshumanización, para poder llegar a realizar el adecuado proceso de humanización.

A lo largo de esta reflexión estarán rezumando los Principios de la bioética que van evolucionando tal como lo están haciendo en su reflexión los expertos: desde la **justicia** pasando a ser con otros, es decir, contemplando la dimensión social; la **autonomía** hará hincapié en la dignidad e identidad de cada una de las personas y profesionales; la **beneficencia** hará una llamada al cuidado y a la responsabilidad en el mismo; y la **no maleficencia** considerará continuamente toda la dimensión de vulnerabilidad de la persona y de la persona enferma.

En consecuencia nuestros principios bioéticos serán: **autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad** de cada una de las personas.

Una de las dimensiones más importantes para seguir avanzando es la propia relación del profesional de la salud y terapeuta consigo mismo, hasta el punto que no es posible la humanización si cada uno de ellos no se empieza a humanizar a sí mismo, aceptando sus propias vulnerabilidades personales y profesionales.

Y de ahí podrá emanar el abordaje de la humanización como equipo, integrando en el mismo, muy a pesar de las posibles resistencias, a los propios enfermos y familias que habremos de implicar en la acción terapéutica.

El proceso es muy elemental, aunque laborioso: **la propia humanización personal y profesional; la humanización de los componentes de los equipos asistenciales y la implicación de cuantos participan en el proceso rehabilitador.**

Para todo ello se abordará la mejor manera de establecer la comunicación entre los más próximos hasta dar a conocer a la sociedad que nos rodea, cuanto hacemos y se puede hacer, en pro de la mejor atención a las personas.

También estaremos atentos a saber detectar las necesidades no cubiertas y las necesidades de cambios en los ámbitos personales y sociales, pues nuestra hospitalidad es un servicio a la sociedad.

3. Cf. Cervellera, G., Comolli, G.M. (2012). O.c. p.81

4. Torre Queiruga, A. (2011). Repensar el mal. De la ponerología a la teodicea. Madrid: Trotta.

Las profesiones sanitarias necesitan un nuevo reciclaje a todos los niveles: sobre la vida, sobre la enfermedad, sobre el sufrir y sobre el morir

## 1/

### 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 pues hablar de humanización implica:

**Atención personalizada, individualizada.**  
Comprender y ayudar.

**No trabajar mecánicamente,** es decir, sin olvidar que el enfermo es una persona con dignidad.

**Tener empatía, sentir con el otro.** Humanización es la atención y cuidados basados en el respeto, cercanía. La utilización ás 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...

**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 utilizaran 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).

**Una atención humanizada** es aquella que unifica la técnica con el apoyo empático a nivel psíquico y a nivel de sentimientos con el enfermo.

**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.

**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.

Humanizar un hospital, un centro de salud, -se ha dicho desde el principio por Marchesi<sup>5</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>6</sup>.

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

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

LH n.324

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 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”.

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.

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 interdisciplinar 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.**

- Tendremos que hacer lo que no lleguen a hacer las máquinas, esto es, el abordaje de los aspectos emotivos y afectivos.

7. Cf. Plumed, C. Diario Médico. Febrero 1999.

La humanización que se precisa hoy en la asistencia se ha de centrar a tres niveles: **personal, de equipo e institucional.** En definitiva,

“Si nos acercamos al verdadero concepto de humanización habremos realizado nuestro descubrimiento interior, habremos vivido la auténtica y propia crisis de consciencia”.

## 2/

### Un precursor esencial en la humanización.

Juan de Dios se aproxima al sentido y significado de la humanización en su esencia y núcleo. 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 Juan de Dios había recogido y cultivado -de ahí su gran ‘cultura’- la idea que surge de dedicar toda la vida al amor de Dios y al servicio de los enfermos. Su caridad estaba orientada a proteger la vida humana, a prestar honor al necesitado, a disminuir la miseria.**

**Esta era la cultura de nuestro Fundador, que protegía la vida humana asistiendo al hombre en las necesidades corporales, en las morales y en las espirituales”.**

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>10</sup>:

**1. Abajamiento de Cristo:** La **kénôsis-diakonía** 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.

**2. Abajamiento de Juan de Dios, locura de Juan de Dios:** 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.

Posteriormente, 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 **diakonía** del Espíritu. [...] en el episodio de ‘la locura’ se resuelve todo su pasado, y todo su futuro se orienta y encamina.

Dicha ‘locura’ puede ser considerada como una forma de realización personal en la vivencia radical de la **kénôsis** de Cristo.

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

Hay autores de diversas disciplinas y artes que han pensado y actuado en sus aportaciones en el mismo sentido:

8. Cf. Cervellera, G., Comolli, G.M. (2012). O.c. pp.14-15.

9. Marchesi, PL. (1981). Umanizzazione. Parte prima: l’umanizzazione missione improrogabile. Capitolo primo: l’uomo come centro. Roma: Curia Generalizia dei Fatebenefratelli. (La traducción es nuestra).

10. Cf. Sánchez Martínez, J. o.h. (2014). **Kénôsis-Diakonía** en el itinerario espiritual de San Juan de Dios. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios “Casa de los Pisa”.

LH n.324

“Para Juan (evangelista) la crucifixión es la exaltación gloriosa. Incluso en el máximo rebajamiento, en la más radical kénosis, 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>11</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 en necesidad, para desde ahí descubrir y tratarlo con la dignidad que le corresponde por el mero hecho de ser persona: “La humanidad se convierte en divina en el momento en que lo divino se hace humano<sup>12</sup>”:

En concreto, la humanización de Juan de Dios para Pierluigi Marchesi O.H., consiste en que

“[...] Juan empieza a destruir su propia imagen, despojándose y revolcándose en el barro y destruye su pasado distribuyendo las imágenes y los libros que antes vendía, [...] la locura que le conducirá al Hospital Real de Granada representa el momento supremo de este proceso de aproximación al hombre sufriente que se convierte en símbolo antes de ser servidor [...]

Aquí el descenso hacia el hombre, el proceso de humillación y de caída hacia el abismo de los sufrimientos morales y materiales consiguientes a su ‘hacerse enfermo de mente’, es completa<sup>13</sup>”.

### 3/

## Humanización y calidad de la asistencia.

Nos servimos de las ideas de **Fernández Hontoria**<sup>14</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.

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.

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.

11. Trias, E. (2010). La imaginación sonora. Argumentos musicales. Barcelona: Circulo de Lectores, p.149.

12. Marchesi, PL. (1981). Ibidem.

13. Cf. Cervellera, G., Comolli, GM. (2012). O.c. p.15

14. Fernández Hontoria, P. Gerente del Area de Recursos Humanos de la consultora Cofor. 24 de julio de 2001.

## Juan de Dios se aproxima al sentido y significado de la humanización en su esencia y núcleo

- 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 enfo-

que 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.



## 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 aplican<sup>1</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 humanizarnos 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 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.
- 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 máspreciado 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

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 renunciaciones 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 asis-

## 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

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 atendida<sup>2</sup>.

## 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.
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 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 dicho<sup>3</sup>. Y se atreve a pergeñar 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; 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 que crear 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 Marchesi<sup>4</sup>. 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 competirse en el logro de un objetivo común ya sea laboral, o meramente curativo en una relación sociosanitaria.

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 multidisciplinar<sup>5</sup>:** 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.

4. Ibidem.

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

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 Humanización<sup>6</sup>.

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 humana<sup>7</sup>.

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 social<sup>8</sup>.

### 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 perdido 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

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 Marcos**<sup>9</sup> 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 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 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 persona<sup>10</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:

**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 morir<sup>11</sup>.**

9. Cf. Rojas Marcos, L. Humanización 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.

**Bibliografía**

**Revistas monográficas**

- ▶ **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,**  
*1988 n° 7 w*
- ▶ **Dolentium Hominum,** *1994 n° 27*
- ▶ **Dolentium Hominum,** *1997 n° 34*
- ▶ **Dolentium Hominum,** *1997 n° 36*
- ▶ **Otras publicaciones y comunicaciones con referencias a la humanización:**
- ▶ **Alia, M.T.**  
*Dimensiones de la humanización. Misión el Hombre.*  
Bogotá. 1991 Año 3; 7: 2-5.

- ▶ **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 y utilización de la investigación.*  
*Index de Enfermería*, 8(27):12-18.
- ▶ **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: Ancora.
- ▶ **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).
- Guía de recomendaciones éticas*. Hospital Sant Joan de Déu (Palma de Mallorca) 2013.
- Innerarity, D. (2001). *Ética de la hospitalidad*. Barcelona: Ed. Península.
- 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.
- 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. *Humanización 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.

▶ **Sánchez Martínez, J. o.h. (2014).**  
*Kénosis-Diakonia 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.





## 03/Los directivos y la gestión carismática en las casas sanitarias de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

**Dr. Marcelo Zambrano,**  
Gerente Médico.  
Hospital San Juan de Dios. Quito (Ecuador).

Los directivos laicos no solamente tenemos responsabilidad en la sostenibilidad de las estructuras sino también en la vigencia de los valores. En este sentido podemos afirmar que cada día tomamos decisiones que impactan en las áreas asistenciales- financieras, estas decisiones van creando estilos de gestión que terminan configurando escenarios determinantes para el horizonte futuro de las Obras. La pregunta para los asistenciales y financieros sería "Cual es nuestro rol como directivos laicos en el contexto de las dimensiones de la pastoral de salud, social y vocacional; cómo lograr que nuestras decisiones operativas y estratégicas favorezcan no solo la sostenibilidad sino también escenarios saludables para el desarrollo de la gestión y el Carisma sin ocasionar paradoja..." Por último, este artículo menciona la relación de los valores guía de la Hospitalidad con conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad en el marco de la gestión moderna, un tema que debería permanecer abierto a la sana discusión.

*Palabras clave: Gestión, Carisma, Orden Hospitalaria, Valores.*

Lay managers are not only responsible for the sustainability of structures but also for the validity of values. In this sense we can state that every day we take decisions that have an impact on the healthcare and financial areas which create management styles that end up shaping scenarios that establish the future horizon of the Works. The questions for healthcare and financial people would be: "What is our role as lay directors in the context of the dimensions of Health Pastoral, social and vocational care? How can we ensure that our operational and strategic decisions favor not only sustainability but also healthy scenarios for the development of management and charism without creating a paradox?" Finally, this article mentions the relationship of the guiding values of Hospitality with concepts of efficacy, efficiency and effectiveness in the framework of modern management, a topic that should remain open to healthy discussion.

*Key words: Management, Charism, Hospitaller Order, Values*

El concepto gestión en valores o gestión carismática, como se definió en 2012, se refiere al modo de desarrollo y adecuación a las circunstancias y situaciones contemporáneas. Nuestra institución se expresa en valor de la Hospitalidad y se organiza en la misión compartida entre Hermanos y colaboradores llevando a cabo una gestión carismática, es decir, haciendo las cosas bien, con sentido, y siguiendo los principios que justifican la razón de ser de la Orden.

(Revista IN N° 253, 2017).

En la bibliografía de la Orden Hospitalaria podemos encontrar algunas reflexiones sobre la importancia estratégica de los directivos laicos conduciendo los procesos asistenciales, administrativos y financieros de las casas apostólicas y fomentando el desarrollo de la Misión, Valores y Principios que son el motivo de existencia de las estructuras sanitarias, socio-sanitarias y sociales.

Estos apuntes que han salido la interacción de la literatura encontrada con las experiencias en gestión en salud del autor pretenden abrir espacios de reflexión y sana discusión que permita unificar de manera más efectiva el lenguaje de la gestión carismática en el terreno de las decisiones técnicas.

Podemos afirmar que existe una búsqueda permanente de maneras para articular la gestión y el carisma; estas letras pretenden hacer un pequeño recorrido por algunos documentos y artículos publicados por la Orden, sumado a reflexiones personales producto de la experiencia en gestión y la vivencia del carisma.

Algunos temas se plantean en forma de pregunta dejando entrever que mis opiniones son más bien inquietudes vivenciales y existenciales como médico y Directivo Laico actualmente sirviendo en el Hospital San Juan de Dios de Quito; estos apuntes buscan fomentar la reflexión y sumar criterios constructivos acorde a los nuevos escenarios que imperan en el siglo XXI, escenarios a los que debemos adaptarnos siempre con la delicadeza de no afectar sino fortalecer el carácter misional que nos impulsa. Es de relevancia mencionar un texto pertinente a la gestión, que dice:

“Los Directivos, en cuanto máximos responsables, han de velar para que la misión de la Orden se lleve adelante y se visibilice en cada una de las Obras Apostólicas, a través de un gestión y organización coherente con el estilo de la Orden, procurando los medios humanos y materiales necesarios. Todos los demás, Hermanos y Colaboradores, han de conocer y tener plena conciencia de que con su trabajo bien hecho, están contribuyendo al desarrollo de la misión en cada una de la Obras Apostólicas, es decir a la evangelización y a la Pastoral en sentido amplio [...]” (La Pastoral según el estilo de San Juan de Dios)

## 1/

### ¿Existe paradoja entre gestión y carisma?

En su libro, el Hno. José M. Bermejo menciona que llevar adelante la armonización del carisma con la gestión es un reto reconociendo que no es fácil encontrar gestores externos (colaboradores)

que reúnan el perfil de gestor carismático, con el riesgo de que el carisma y la identidad puedan resentirse al aplicar criterios técnicos de gestión moderna y se termine afectando las condiciones para otorgar una adecuada asistencia a los enfermos. Pero más adelante en su libro menciona

“No es incompatible ser gestores y Hermanos de San Juan de Dios. El mismo Fundador ejerció ese papel del principio hasta el final de su vida [...]”

En un editorial, el Hno. William Pintado, Superior de la Provincia Sudamericana Septentrional menciona:

“La Gestión carismática tiene en cuenta aspectos como: la Misión en si misma; los Principios que sustentan, definen y guían la organización; y los Valores sobre los que basa su desarrollo.

Estos tres aspectos son el cuerpo base de lo que llamamos Carisma. Partiendo de esto es que nuestra gestión es Carismática [...] pero como el Carisma por sí mismo siempre busca lo mejor en todo, por supuesto también lo busca en la gestión [...]”

Puedo observar de mi experiencia en gestión que el sistema de valor central y los valores guía junto a los principios establecen un sistema de gestión de carácter estratégico fundado en valores y aplicado durante siglos generando espacios de acción que permiten articular un sistema simple y claro que predomina en el nivel estratégico.

Sin embargo las necesidades actuales exigen buscar herramientas de gestión en el área operacional con medición de indicadores que permitan monitorear permanentemente la capacidad de autogestión y continuidad.

Sobre estos temas se mencionan al final de este apunte herramientas y conceptos conocidos en la gestión que podrían articularse a los valores guía a manera de check list en los proyectos y proceso de toma de decisiones para directivos laicos en su quehacer diario de nivel estratégico y operacional.

## 2/

### ¿Existe diferencia entre respeto y adherencia voluntaria a los valores de la Orden?

El respeto al carisma en un Directivo laico es una virtud relacionada a la prudencia, pero no implica el involucramiento vivencial necesario para la misión de las casas que tienen el carácter apostólico, según se menciona en un artículo referente a gestión carismática escrito por el Hno. Joaquim Erra, (Revista IN N° 252 año 2016) en donde dice

“Por tanto, seguramente sólo podremos gestionar carismáticamente, si de una manera más o menos consciente, realizamos un acto voluntario de “adhesión” a unos valores y por tanto a un estilo determinado.

Todos sabemos que los temas relacionados con los valores tienen un importante componente vivencial. Por tanto, se hace necesario introyectarlos y hacer experiencia de ellos, para que haya una apropiación e identificación lo máximo posible. Ello es lo que permite avanzar en la pretendida confluencia de valores

LH n.324

personales e institucionales. Se trata de un proceso en continuo desarrollo [...].”

Es deseable que los directivos de las casas tengan un perfil que incluya una adherencia voluntaria que permita ejercitar la vivencia diaria, pues si solo hay respeto sin adherencia voluntaria podría existir una carencia de sensibilidad y afectarse el quinto principio que menciona el equilibrio entre técnica y Humanización los escenarios futuros de las casas dependerían de la interacción diaria de estos dos aspectos.

### 3/

## ¿Qué escenarios dinámicos podemos producir los directivos laicos?

Existe el escenario estructural que se complementa con los valores misionales, sin embargo, los directivos tomamos decisiones que al corto o largo plazo producen pequeños escenarios dinámicos referentes a clima laboral, el ejercicio del Carisma, sostenibilidad, hermanamiento con otras casas, exteriorización de servicios a la comunidad, apertura o no hacia los necesitados, construcción inadecuada de oferta de servicios, búsqueda de mercados que afecten los valores guía, gestión exclusiva de costos sin pensar en las personas, etc.; todo esto podría en determinado momento cambiar la dirección del “barco” hasta provocar una pérdida progresiva del horizonte misional con una merma de la condición Apostólica del lugar y deviniéndose en hospitales comunes de buena calidad y de buena fe o albergues de carácter social olvidando el sentido del “humanismo cristiano”.

La razón de continuidad estructural debe ineludiblemente ligarse a mantener el valor fundacional y misional. Estos cambios podrían sucederse por acumulación de diarias decisiones de los directivos cuyos proyectos no pasen por el tamiz de los valores los cuales desglosando a profundidad conforman elementos orientadores de un sistema de gestión de carácter estratégico (respeto, responsabilidad, calidad, espiritualidad), lo cual se menciona en la parte final junto a la medición de indicadores de gestión sumado a los basados en los 13 principios de la OH.

### 4/

## La conexión diaria entre pastoral de salud, social y vocacional.

En la OHSJD tenemos el privilegio de trabajar bajo el concepto de “humanismo cristiano” lo cual se ve reflejado en las dimensiones de la pastoral de salud y social.

En la Orden, la asistencia sanitaria tiene una significación que va más allá del ejercicio académico de la medicina y se convierte en una vivencia fomentada y cultivada por quienes toman las decisiones de tipo estratégico y táctico; para poder cumplir con este fin, los directivos deben estar capacitados y sensiblemente alineados como adherentes voluntarios, esto implica no solamente guardar un cauto respeto por los principios sino una vivencia diaria con el Carisma, su expresión en la Hospitalidad y sus valores guía acompañando a la toma de decisiones. En referencia al aspecto vocacional, existe una alta cantidad de personas fijas o en tránsito por las casas sanitarias y/o sociales (colaboradores, pacientes, familiares, etc.), en ocasiones existen cientos de personas

En la Orden, la asistencia sanitaria tiene una significación que va más allá del ejercicio académico de la medicina y se convierte en una vivencia fomentada y cultivada por quienes toman las decisiones de tipo estratégico y táctico

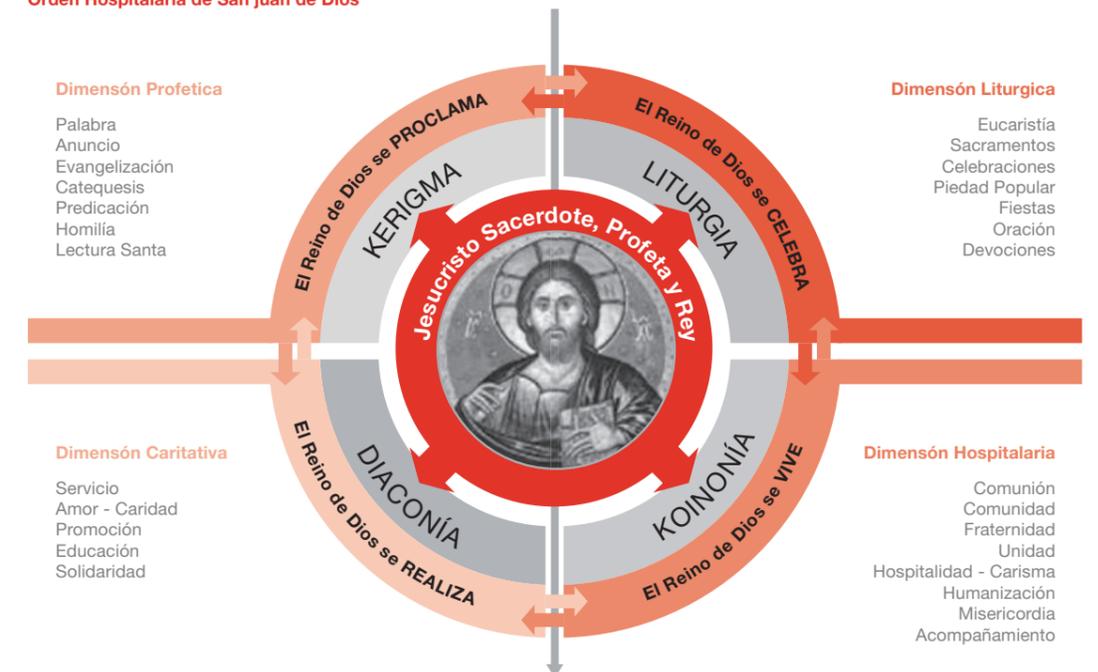
que ingresan y salen por nuestras estructuras, las cuales en su mayoría participan de experiencias vivenciales en la dinámica del fenómeno salud-enfermedad, siendo función de los Directivos abrir espacios para favorecer las oportunidades de programas permanentes de siembra a través de la difusión de las obras y capacitación en la identidad de la OH en la asistencia diaria. Las experiencias vivenciales crean terrenos propicios para sensibilizar el alma de las personas a las verdades de Dios y encontrar el propósito de vida.

Cuando se analizan los conceptos y contenidos de las 4 dimensiones resumidas en el gráfico siguiente nos daría la impresión a primera vista de que es exclusivo para determinado perfil de personas en un proceso de formación eclesial, sin embargo y en un atrevimiento de quien escribe, debo mencionar que se puede encontrar espacio en las 4 dimensiones para los diseñadores laicos de la gestión y de los escenarios que producen las decisiones de cada día en una Casa Apostólica, es más, considero necesario fomentar el desarrollo del potencial que existe en cada directivo laico para vivenciar, realizar, fomentar y favorecer los componentes hospitalario, caritativo, proclamativo y celebrativo en una sinergia saludable con las acciones permanentes de los Hermanos, convirtiéndonos en facilitadores de escenarios propicios para capacitación continuada y motivación a nuestros Jefes de área, Coordinadores y Supervisores operativos; cuidando del respeto a las variadas creencias y confesiones, considero que siempre habrá lugar para sembrar la identidad y una gestión efectiva. Se podría analizar posibilidades en el siguiente análisis, tomando como referencia el gráfico mencionado.

### 5/

## ¿Qué lugar ocupa un directivo en las 4 dimensiones de la Pastoral de Salud y Social?

Dimensiones de la Pastoral de la Salud y Social Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



## 5/1

### El directivo laico viviendo la dimensión Hospitalaria.

Conocemos que es difícil encontrar directivos laicos a la medida de cada organización, pero no debemos olvidar que nuestra vara de medida no debe estar muy alta en promedios, experiencia y legado de éxito empresarial, pues podemos olvidarnos de los requisitos mínimos de personalidad, sensibilidad, resiliencia, con corazón dispuesto a aprender y mentalidad abierta a crecer más allá de la técnica.

No solo buscamos profesionales y personas sino también terrenos para sembrar, debido a la escasez va a tornarse difícil la búsqueda de directivos laicos a la medida de nuestras necesidades organizacionales, más bien se podría sugerir buscar personas con los “requisitos mínimos” para formar y contagiar, aquellos en quienes a más del impacto de la experiencia profesional les haya quedado una pequeña brecha de sensibilidad social y espiritual susceptible escuchar aspectos relacionados a la identidad de la OH y cuya expresión de adherencia y/o vivencia pueda ser visible en el testimonio diario de un directivo laico. Podríamos llevarnos la grata sorpresa de ver expresiones vivenciales relacionadas a la Dimensión Hospitalaria y posiblemente gestión eficaz y eficiente relacionada a los valores carismáticos; un pensamiento muy optimista dirán algunos... o simplemente una reconciliación entre Gestión y Carisma cuya referencia data de hace varios siglos en el ejemplo del fundador. Esto nos llevaría a reconsiderar los requisitos en el modelo vigente de perfil de cargo a la hora de buscar y seleccionar...

## 5/2

### El directivo laico realizando la dimensión Caritativa.

Como directivos tenemos la responsabilidad de tomar decisiones que sean consecuentes, esto

es, evaluando por anticipado la consecuencia inmediata, mediata y a largo plazo; si aprovisionamos para que la rentabilidad permita concretar proyectos de reinversión en la misma estructura estamos ejercitando la autogestión; si aprovisionamos adecuadamente en nuestros objetivos presupuestarios para ayudar o sostener otras casas apostólicas estamos ejercitando el hermanamiento; si aprovisionamos para la autogestión, hermanamiento y proyectos sociales que nos permitan insertarnos en la comunidad para compartir el humanismo cristiano con los más necesitados estamos honrando la identidad fundacional.

El directivo laico que tenga preparación y sensibilidad para incursionar integralmente en la Gestión Carismática posee las credenciales para multiplicar logrando el equilibrio entre la técnica y la humanización de su gestión.

## 5/3

### El directivo laico fomentando y favoreciendo las dimensiones Profética y Litúrgica.

“El acompañamiento espiritual de los enfermos y necesitados, de sus familias y los colaboradores, forma parte integrante de nuestra misión hospitalaria, además de ser un derecho del enfermo...” (La Pastoral según el estilo de San Juan de Dios).

Es muy probable que un directivo laico no posea el talento proclamativo y menos litúrgico pero a través de sus decisiones coordinadas con Pastoral puede fomentar espacios para la oración, la lectura, la siembra en grupos de apoyo y talleres preventivos, incluir la terapia espiritual como magnífico complemento que coadyuve a la efectividad del tratamiento o menor índice de recaídas, abrir espacios al área de Pastoral es elevar la calidad del servicio a nuestros pacientes, familias

y colaboradores. Como decía Juan Ciudad

“Quiero traer un médico espiritual que os cure las almas, que después para el cuerpo no faltará remedio” (Castro XII).

El favorecer los espacios celebrativos que disponga la Orden y el área de Pastoral demanda el involucramiento de los directivos laicos organizando a los pacientes, familias y colaboradores, abriendo las puertas para la comunidad, atendiendo las necesidades logísticas y de estructura para cada actividad litúrgica.

## 6/

### ¿Qué herramientas estratégicas y operacionales se podrían articular a los valores y principios de la Orden Hospitalaria?

Ha existido a lo largo de los años una gestión por valores que por sí mismo promueven un pensamiento y decisiones observando los 4 valores guía del Carisma, posiblemente los escenarios actuales conllevan la necesidad de bajar al campo de la operatividad en las casas a manera de metodología operacional y susceptible de medición periódica.

“Identificar los pasos necesarios para afrontar los desafíos de nuestro tiempo es exactamente para lo que sirve la

evaluación de la Gestión Carismática”. (Cap. 2. Gestión Carismática, Guía para la evaluación y mejora de nuestra misión apostólica. Curia General OH 2012).

El guiarse por valores y metodología de sentido común aumenta la posibilidad de permanencia, pero sin métodos de administración de estructura, procesos y resultados podríamos perder grandes oportunidades de productividad, autogestión y sostenibilidad como requisitos actuales para los equipos de gestión.

La gestión técnica debe buscar herramientas y metodologías que refuerzan los valores en los macroprocesos y actividades operacionales creando bases sólidas para el futuro en el marco de los valores e instrumentos (Por ej. carta de identidad) de la Orden Hospitalaria.

## 6/1

### Herramientas estratégicas.

Una de las definiciones de gestión estratégica dice que es

“El Arte y/o ciencia de anticipar y generar el cambio, con el propósito de crear permanentemente estrategias que permitan garantizar el futuro de la organización” (Rubén Mario Lurbé),

está basada en misión, valores, objetivos, principios, políticas y demás documentos fundacionales referentes a la identidad de una institución. Respecto de la gestión táctica y operativa en servicios sociales o de salud disponemos en la literatura de criterios y metodología para planificar las estructuras, optimizar los procesos, evaluar resultados con sus indicadores, manejo del talento humano, de presupuestos, de proveedores, etc., que no van a ser definidos en este apunte

por asumir que son de conocimiento elemental de los directivos.

Respecto de la gestión estratégica con perfil carismático de los directivos de la OHE la misión, valores y principios constituyen ejes transversales de los que emanan criterios de comportamiento gerencial, por ejemplo:

- Los 4 valores guía de la Hospitalidad: Son guías de comportamiento que deberían acompañar el desenvolvimiento gerencial rutinario referente a planificación, proyectos o toma de decisiones rutinaria.
- Los 13 principios de la Orden como indicadores de humanización:

Los 4 primeros principios hablan de la prioridad al paciente asistido como centro de interés, la defensa de sus derechos e información adecuada, por tanto, al implementarse cualquier criterio, proyecto o herramienta de gestión se debe cuidar de no afectar esta dinámica de relación entre el personal asistencial y el paciente que incluye contacto, conversación y examen, sea de atención hospitalaria o ambulatoria, en caso de que el proyecto a implementar entrara en conflicto con estos principios se haría necesario revisar y modificar de tal manera que técnica y asistencia al paciente se produzcan complementándose de manera adecuada.

El principio N°5 toma suprema relevancia en su significado cuando menciona el equilibrio entre la técnica y la humanización, de hecho, la humanización puede convivir armónicamente con la metodología y la técnica siendo este desafío como un aprendizaje permanente de los directivos en cada obra y que se debe a la hora de diseñar los procesos y tomar decisiones acerca de la estructura, elaboración de indicadores, presupuestos, medir los resultados, capacitar a las personas y la gestión del cambio en general. Es por esta razón que la gestión se denomina carismática, porque es un estilo de la OH.

“La Orden tiene su propio estilo para gestionar sus obras apostólicas de acuerdo a su misión, a sus valores, a las necesidades del mundo de hoy y a las nuevas líneas de gestión que requieren las modernas organizaciones. Los criterios que definen el estilo de gestión de la Orden en la Gestión Carismática vienen indicados principalmente en la Carta de Identidad de la Orden” (Plan Estratégico 2016-2020. Provincia Sudamericana Septentrional)

Los principios N°6, 7 y 8 hablan de la ética, la dimensión espiritual y la dignidad que debe ser parte de nuestro quehacer diario. Los principios N°9,10,11,12 referentes a selección, formación, confianza, respeto a la identidad de la OH y acompañamiento del personal para buscar su participación de la misión tiene como sentido el alentar en competencias y sembrar los valores en nuestros colaboradores, sin embargo, durante el proceso de selección si las herramientas informáticas, de predicción o de gestión no son aplicadas en sano equilibrio con la búsqueda de personas con una mínima integridad y sensibilidad, corremos el riesgo de seleccionar altos promedios técnicos con escasa sensibilidad a los valores de la OH, esto podría provocar conflictos en los colaboradores al invitarlos en algún momento ulterior a ser partícipes de la misión institucional. El principio N°13 menciona la condición sin fines de lucro pero exige el respeto a las normas económicas y retributivas justas concededores que la autogestión efectiva se relaciona a la sostenibilidad de la Obra.

“Cada Centro debe generar los recursos suficientes para su autofinanciación, manteniendo el adecuado nivel de sus servicios” Art 49. Reglamento general de los Centros de la Provincia Sudamericana Septentrional.

## Los recursos de la Gestión Carismática expresados en los Principios y Carta de Identidad de la OH son capaces de incorporar un tamiz de valores por el cual deberían pasar nuestros planes, proyectos y decisiones como ejercicio de planificación

Los recursos de la Gestión Carismática y lineamientos operacionales expresados en los Principios y Carta de Identidad de la OH son capaces de incorporar un tamiz de valores por el cual deberían pasar nuestros planes, proyectos y decisiones como ejercicio de planificación.

En el caso de la OH puede estar conformado por las definiciones de cada uno de los valores guía de la Hospitalidad, que a manera de ejercicio podría responder a preguntas como por ejemplo: El tamiz estratégico respondería a la pregunta: Mis planes y proyectos toman en cuenta el respeto, la responsabilidad, la calidad y la espiritualidad?, en la siguiente adaptación teórica de los 4 valores que al final buscan referirse al valor central de la Hospitalidad, aplicable a la toma de decisiones sobre las personas, (cliente interno y externo), los proyectos, las estructuras, los procesos, los resultados, los proveedores, los presupuestos, planificación y selección de personal.

**RESPECTO:** Responde a la pregunta: ¿mi proyecto está acorde con la dimensión humana como el centro de nuestra atención? ¿Existe alguna afectación de mi decisión o proyecto a los derechos civiles o humanos, en la visión holística del cliente interno o externo?

**RESPONSABILIDAD:** Responde a la pregunta: ¿mi proyecto respeta la ética y una justa asignación de los recursos en todas las actividades? ¿Estoy favoreciendo con mis decisiones una adecuada sostenibilidad de la casa apostólica enfocada en los ideales de San Juan de Dios?

**CALIDAD:** Responde a la pregunta: ¿mi proyecto favorece la excelencia, fomenta la sensibilidad en la atención integral al paciente? ¿La satisfacción del usuario no se ve afectada por mis decisiones?

**ESPIRITUALIDAD:** Responde a la pregunta: ¿mi proyecto fomenta la oferta de atención espiritual hacia los usuarios sea cual fuere su confesionalidad?

### 6/2

#### Herramientas operacionales.

El tamiz operacional abarca a la toma de decisiones intermedias y estaría compuesto de varios conceptos de gestión que son comunes a todas las organizaciones por ser de uso general, por ejemplo:

**Eficacia:** (validez teórica). Responde a la pregunta ¿mi decisión tiene alguna referencia de validez probada?” o ¿solamente es producto de la intuición y subjetividad?

**Eficiencia:** (costo-beneficio). Responde a la pregunta ¿el beneficio que voy a obtener con esta inversión justifica el costo invertido?”

**Efectividad:** (Impacto real). Responde a la pregunta: ¿mi decisión tiene una alta probabilidad de provocar un impacto real, un cambio tangible, una modificación de los indicadores de gestión, económicos, de satisfacción, de metas, etc.?

**Pertinencia:** (conveniencia) Responde a la pregunta: ¿mi decisión es oportuna, adecuada, relevante, apropiada, consecuente, alineada a los valores y congruente con el impacto que se espera?

**Factibilidad:** (¿se puede?) Responde a la pregunta: ¿mi decisión es posible desde el punto de vista económico-presupuestario, técnico y operativo?

“El tamiz operacional pasa a convertirse en un ejercicio diario para directivos estratégicos, jefaturas intermedias, coordinaciones y supervisores operativos”.

Tanto las herramientas de tamiz estratégico y operacional se convierten en recursos de uso diario y aplicables a todas las organizaciones y latitudes, independientemente de la leyes y reglamentaciones locales e incluso del tipo de casa apostólica, sea esta de carácter sanitario, social

LH n.324

o socio-sanitario y su cultura organizacional. Terminan convirtiéndose en un estilo de gestión en todos los niveles de decisión y acción. Sobre estas herramientas básicas se apoyan muchos otros modelos locales de gestión cuyo objetivo es buscar una sana armonía transversal entre la optimización de las estructuras, la fluidez de los procesos, la selección y capacitación de las personas, el control de los presupuestos, la selección de proveedores y el cumplimiento de la Misión, Valores, Principios y Carta de Identidad como ejes transversales.

## Bibliografía

Bermejo, J.M. (2002)

*La Paradoja de la Gestión carismática.*  
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.  
Curia Provincial de Castilla. Madrid.

Del Llano, J et al. (1998)

*Gestión sanitaria, innovaciones y desafíos.*  
Masson. Barcelona.

Erra, J. (diciembre 2016)

*La Gestión Carismática en nuestros Centros.*  
Información y Noticias. (252-253)  
pp. 36-45 Recuperado en  
<https://www.ohsjd.es/reportaje/gestion-carismatica-nuestros-centros>

Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

*Provincia Sudamericana Septentrional (2016)*  
Plan Estratégico 2016-2020.

Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

*Provincia Sudamericana Septentrional*

*Reglamento General de los Centros*

Recuperado en <http://www.sanjuandediosoh.com/pdf/reglamento-general-de-centros-2013.pdf>

Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

*Comisión de Pastoral (2002).*  
*La Pastoral según el estilo de San Juan de Dios.*  
Recuperado en <https://issuu.com/septentrional/docs/la-pastoral-segun-el-estilo-de-san-juan-de-dios>

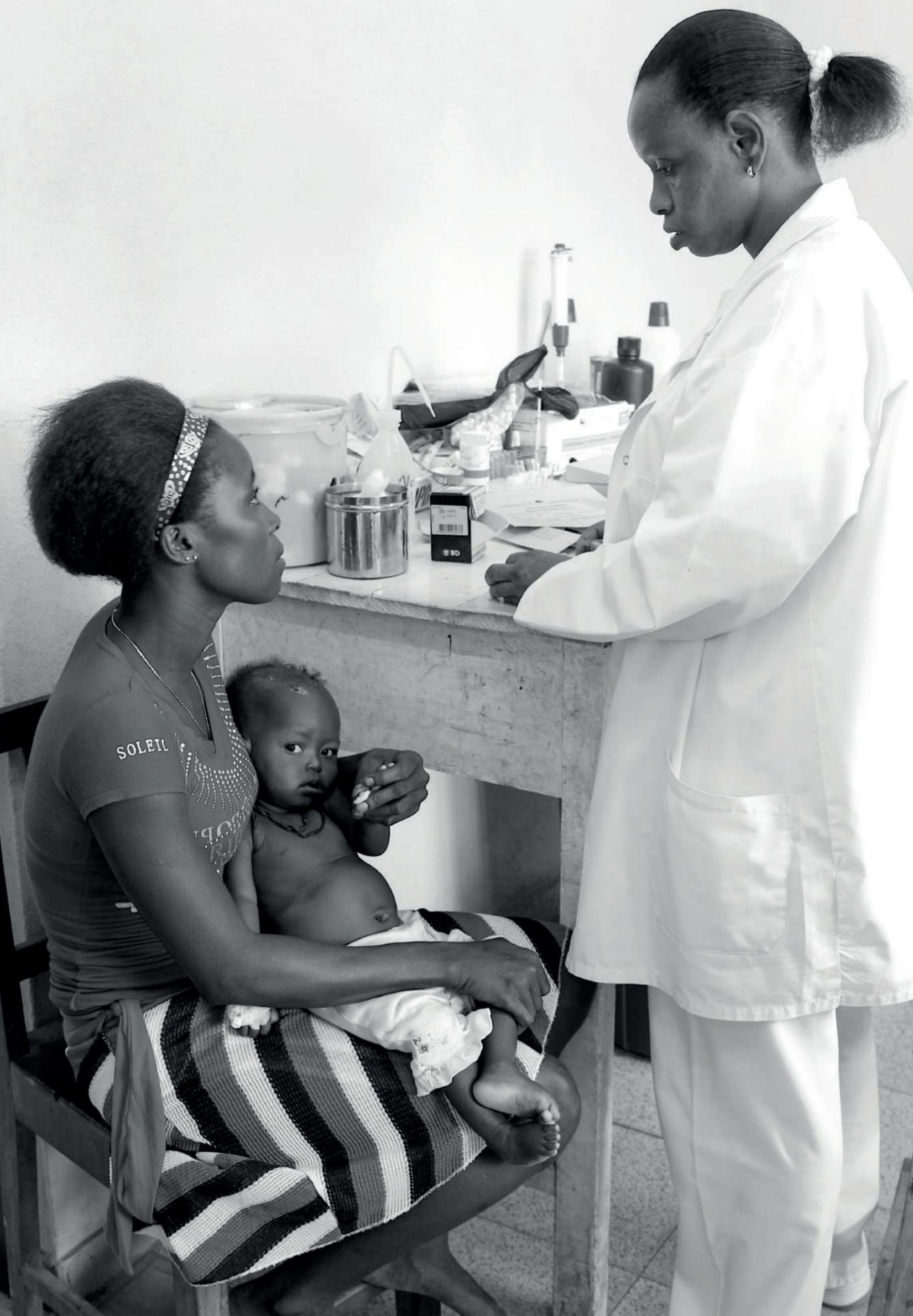
Orden Hospitalaria San Juan de Dios (2000)

*Carta de Identidad.*  
Recuperado en <http://www.sanjuandediosoh.com/pdf/carta-identidad.pdf>

Orden Hospitalaria San Juan de Dios (2012)

*Gestión Carismática, guía para la evaluación y mejora de nuestra misión apostólica.*  
Recuperado en [https://ohsjd.org/Resource/Strumentocompletoospedaliversionefinalspa\\_1.pdf](https://ohsjd.org/Resource/Strumentocompletoospedaliversionefinalspa_1.pdf)





## 04/Feminización de las profesiones del cuidado: nuevos escenarios, nuevos retos

**Laura Martínez Rodríguez,**

Jefa de Estudios Ciclos Formativos.

Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona

**Oscar Bautista Villaécija,**

Profesor titular.

Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona

La feminización de las disciplinas dedicadas al cuidado adquiere en la actualidad un interés relevante por los retos sociales, políticos y académicos que plantea. Es importante visibilizar e incluir las cuestiones de género e igualdad en los distintos planes que tengan como objeto central los cuidados, por tal de promover prácticas laborales y sociales que refuercen su ejercicio y que empoderen a los profesionales responsables.

La aproximación a la temática resulta compleja por lo que es necesario realizar un primer ejercicio de aproximación a través de las preguntas y a través de las posibles respuestas que en la actualidad se están barajando. Este artículo tiene como objetivo realizar esta aproximación a los escenarios reales a través de los datos, de las opiniones mediáticas y de la literatura científica.

*Palabras clave: Cuidado, Profesión, Mujer, Género.*

The huge interest generated by the feminization of caregiving tasks has to do with the social, political and academic challenges posed currently by those tasks. It is important to make gender and equality issues visible, and include them in the different plans especially focused on caregiving, in order to promote employment and social practices which not only reinforce the exercise of caregiving but also empower responsible professionals.

The approach to this issue is complex, therefore it is necessary to carry out a first approximation exercise through questions and possible answers currently posed. The aim of this article is to carry this approach to real scenarios through data, media opinions and scientific literature.

*Key words: Caregiving, Profession, Woman, Gender*

La feminización de las disciplinas dedicadas a la salud es fenómeno sometido a estudio desde hace unos años y que ha dado lugar a interpretaciones desde posiciones de la economía feminista, de género así como desde la historia de los cuidados. Estas teorías surgieron al apreciar durante los primeros años del siglo XXI un aumento del acceso de las mujeres a la universidad (actualmente está alrededor del 55%), y particularmente en disciplinas que habían sido mayoritariamente masculinas, destacando medicina, fisioterapia y farmacia.

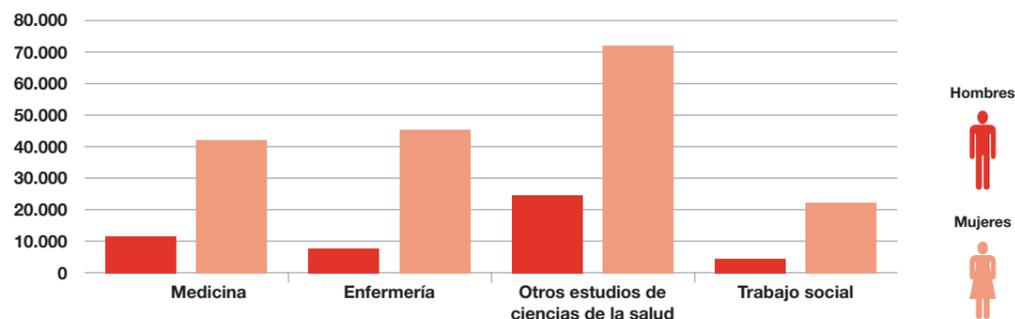
Durante el curso 2016-17, últimos datos publicados por el Ministerio de Educación respecto a los estudios universitarios de las 181.430 matriculas, 128.285 mujeres y 53.145 eran hombres, siendo la proporción mujeres/hombres en medicina de 28.508/14.383, en enfermería de 36.742/8.967, en otras ciencias de la salud (fisioterapia, odontología y podología) 45.252/25.856 y en trabajo social 17.793/3.939.

La comparación estadística según los datos del Ministerio de Educación (2018) respecto a los porcentajes de mujeres matriculadas en estudios universitarios por ámbito de estudio de los cursos 2008-09 y 2014-15 reducía la diferencia entre géneros en el caso de Salud y servicios Sociales en un 4% menos, y en el sector servicios (deporte, hostelería, etc...) un 9%. En el resto de disciplinas se mantenía constante la diferencia.

El análisis básico de estos datos nos indican dos tendencias: la primera es que los estudios de disciplinas vinculadas al cuidado son ocupadas mayoritariamente por mujeres (actualmente el 70% de los empleos en el ámbito sanitarios son desempeñados por mujeres) y una segunda tendencia que vislumbra que aunque este proceso de feminización sufre una desaceleración observada a principios de milenio, necesitará de un estudio más amplio en las próximas décadas (Dominguez-Alcón, Forest & Sénac, 2012)

Actualmente esta feminización de las profesiones relacionadas con el cuidado plantea preguntas y necesidades. El cuidado de las personas ha sido motivo de preocupación teórica y política para el Movimiento Feminista desde hace tiempo, aunque los planteamientos no hayan sido siempre los mismos. También ha sido objeto de interés en los estudiosos de ética, gestión y en los estilos de liderazgo e incluso en las neurociencias. Quizás las aportaciones más significativas las encontramos en las investigaciones sobre la división sexual del trabajo.

Fig.1 Proporción mujeres/hombres en disciplinas r/c cuidado.



Fuente: elaboración propia en base a los datos de Ministerio de Educación (2018).

En sus inicios el trabajo asalariado fue desarrollado casi exclusivamente por varones, dejando a las mujeres las labores domésticas.

Como estas labores se desarrollaron dentro del hogar y sus productos no sirvieron como transacciones en el mercado, el trabajo realizado por las mujeres se invisibilizó y desvalorizó socialmente (Fernández, 2008; Carrasco, 2013; Mosqueda, Paravic, Valenzuela; 2013); antes estos datos surge las preguntas sobre la futura evolución del valor que se le otorgará al cuidado y a las profesiones vinculadas.

¿Tiene menos valor la profesión cuando se feminiza? ¿Se vinculará en un futuro, una disminución del valor profesional porque será mayoritariamente ejercido por mujeres, siguiendo la dinámica de género y trabajo que ha mostrado la historia hasta ahora?

En paralelo a esta preguntas surgen también varias necesidades: la primera y más urgente es la necesidad de reflexionar sobre los retos legislativos en materia de igualdad en cuanto al reconocimiento, valoración y oportunidades en condiciones laborales, la segunda es la de tratar temas que derivados de la dificultad de conciliar vida laboral con familiar para los profesionales sanitarios y la tercera hace referencia a la posibilidad real que tienen las mujeres para alcanzar puestos de alta dirección en centros sanitarios.

Existe además otra cuestión que subyace a éste fenómeno de feminización de las profesiones de la salud y es valorar si tiene algún efecto cualitativo en las disciplinas, e incluso si la feminización de las profesiones de la salud y del cuidado crea un modelo de atención vinculado a cuestiones de género:

¿Qué tipos de prácticas y discursos se vinculan al cuidado profesional ejercido por mujeres? ¿Qué diferencias existen vinculadas al género?

Las estadísticas que describen la incorporación de la mujer al mundo laboral de los años 70 del siglo XX indicaban que éstas se incorporaron al mercado laboral a través del servicio a los demás: enfermería y magisterio eran claros exponentes. La incorporación de la mujer en el sistema educativo y laboral, el desarrollo de profesiones como enfermería y el proceso de liberación de la mujer han evolucionado de forma paralela (Castaño, Iglesias, Mañas & Sánchez, 1999) siendo el feminismo y la lucha de clases dos de los catalizadores del cambio (Collado; 1999).

Este fenómeno se ha mantenido más o menos estable hasta la actualidad, ampliando la elección de profesiones vinculas a la salud y a los servicios sociales como hemos visto. La pregunta que subyace es

¿Por qué existe esta elección como prioritaria en el caso de la mujeres? ¿Qué ofrecen estas profesiones que resultan tan atractivas para las mujeres?

## 1/

### Las diferencias en la práctica versus diferentes opciones de vida.

Las implicaciones de la feminización de las profesiones sanitarias se centran en dos ejes: las relacionadas con la estructura organizativa de los centros y los asociados a la forma de ejercer la profesión (Vega, 2010).

Los estudios respecto al ejercicio profesional por parte de mujeres en el ámbito de salud indican

que en el ámbito asistencial están más valoradas que sus compañeros porque sus consultas duran más tiempo, son más cuidadosas en el trato, tienen un estilo de comunicación más llano, cálido y afable, en su ejercicio manifiestan un modo distinto de conseguir información y participación del enfermo ya están más atentas a considerar aspectos emocionales y socioculturales de sus pacientes.

Por el contrario, las valoraciones menos favorables citan, en cambio, una cierta funcionarización de las profesiones sanitarias: las mujeres prefieren la primaria frente al hospital, trabajar en un solo centro frente al “doblete” y defender su vida familiar frente a la entrega sin fin.

Las mujeres que viven solas dedican más horas que los hombres al trabajo, pero esta dedicación se invierte a partir del momento en que viven en pareja. Y se acentúa cuando tienen hijos (Macpherson, 2010).

Las mujeres que priorizan otras cuestiones que no solamente las laborales deberán adaptarse a las exigencias del mercado, pero este mercado, si quiere mantener a las mujeres (y así debe hacerlo por garantizar el derecho de igualdad), deberá adaptarse a las necesidades de este colectivo profesional. En algunos artículos de opinión se habla de

“los valores que abundan en las mujeres, como el tesón, la capacidad organizativa o las habilidades sociales. Éstos van a ser el motor que cambie la sanidad actual”<sup>1</sup>.

## 2/

### Las aportaciones de las mujeres a las ciencias de la salud.

Las mujeres han resultado relevantes, significativas y trascendentales en la construcción de las disciplinas del cuidado.

Estudios históricos y antropológicos ponen de manifiesto que desde el neolítico existía la división sexual del trabajo, asignándole en dicho reparto las tareas de cuidar a los enfermos, la higiene de los miembros de la tribu o la familia a las mujeres (Masson, 2000; Collière, 1993).

La práctica de cuidados ha sido un poderoso coagulador de relaciones sociales a lo largo de la historia.

La familia se organizaba alrededor de la figura femenina que asumía el cuidado de las necesidades de la comunidad: los niños, los ancianos y los enfermos o los que necesitaban atenciones especiales.

Los cuidados aparecen como una función selectiva necesaria para la supervivencia de la vida, del grupo, de la comunidad y de la sociedad desde el paleolítico (recogiendo plantas dándoles un uso para la curación de los miembros enfermos de su tribu e incluso de los desconocidos) (Mezquita, 2011), hasta la actualidad.

Con todo lo anterior expuesto podemos concluir que el género influye de manera muy directa al asociar parte de los cuidados a actividades consideradas intrínsecamente femeninas y sujetas a falta de medición y valoración económica, pero también percibimos a su vez que son necesarios para la supervivencia del individuo y el de la especie (Collière, 1993).

1. er psiquiatra hoy. Bloq. Disponible en <http://serpsiquiatra hoy.blogspot.com/2014/09/fuentes-de-desigualdad-la-feminizacion.html>

## Es importante visibilizar e incluir las cuestiones de género e igualdad en los distintos planes que tengan como objeto central los cuidados

Por este motivo, el esfuerzo de la sociedad, de la comunidad y del individuo es promocionar los actos de cuidado y proteger a aquellas personas que los ejercen, independientemente del género.

Desde la economía feminista se insiste en la urgente necesidad de incorporar en los modelos macroeconómicos -así como en el diseño e implementación de políticas públicas, el trabajo de cuidados- ya que sin él, no sólo las personas, sino ni siquiera el mercado podría subsistir.

Si creemos que el objetivo social, económico y político central son las personas, su calidad de vida y bienestar, entonces el “cuidado” es una parte constitutiva fundamental (Domínguez-Alcón, Kholen, Tronto, 2017).

Esto afecta directamente a las mujeres porque siguen siendo las que cuidan en tanto que ocupan la mayoría de los nichos laborales y las plazas universitarias destinadas a su aprendizaje.

Dado que existen pocos estudios en España que aborden la feminización de las profesiones sanitarias desde la perspectiva económica (Dávila, 2009), aunque sí desde la visión de los profesionales sanitarios (López, Barber, 2006), es necesario profundizar en las implicaciones que surgen al respecto.

La feminización no hace referencia solamente al incremento de mujeres en las profesiones sanitarias durante los últimos años, sino al cambio de orientación sufrido por la profesiones sanitarias como consecuencia de este cambio sociocultural tan significativo (García, Amaya, López & Otero, 2009).

Las mujeres no reproducen roles masculinos como ocurre en otras profesiones, sino que aportan su “singularidad” femenina en su ejercicio (Vega, 2010).

Narotzky (1990) muestra que es necesario poner en relación los ámbitos productivo y reproductivo y las diferentes actividades llevadas a cabo

por hombres y mujeres, además de analizar debidamente los contextos en los que se dan.

En el ámbito de los cuidados este análisis resulta un reto en el siglo XXI por su relevancia tanto en la producción (como servicio) como en la reproducción (preservar la vida).

## 3/

### Conclusiones.

En la mayoría de las definiciones de cuidado aparecen elementos vinculados a la variable de género. El problema es cuando estas variables se asocian al prejuicio social de la existencia de una dotación natural en las mujeres para realizar este tipo de tareas, al nivel casi de una determinación biológica, restando valor a los cuidados.

Es el momento de reformular una nueva perspectiva sobre los cuidados, del valor social de estas actividades y de su carácter constitutivo de la ciudadanía social. La forma de satisfacer las necesidades sociales básicas es un tema político de relevancia (Finch, 1989).

También es importante visibilizar e incluir las cuestiones de género e igualdad en los distintos planes que tengan como objeto central los cuidados, desde la ocupación de plazas en la universidad como la elaboración de leyes, pasando por la gestión y liderazgo de éstos, promoviendo un debate social amplio previo o paralelo a la aparición de los mismos.

## Bibliografía

- ▶ Carrasco, C. (2006). *La paradoja del cuidado: necesario pero invisible*. Revista de Economía Crítica. 5: 39-64.
- ▶ Castaño, C., Iglesias, C., Mañas, E., & Sánchez-Herrero, M. (1999). *Diferencia o discriminación. La situación de las mujeres españolas en el mercado de trabajo y el impacto de las tecnologías de la información*. Colección Estudios, Consejo Económico y Social.
- ▶ Collado, C. C. (1999). *Economía y género*. Política y sociedad, 32, 23.
- ▶ Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana.
- ▶ Dávila Quintana, C. D., & López-Valcárcel, B. G. (2009). *Crisis económica y salud*.
- ▶ De Enfermería, D., & las bases científicas del Proceso, R. (2000). *Administración de servicios de enfermería*. Masson.
- ▶ Domínguez-Alcón, C., Forest, M., & Sénac, R. (2012). *Qué Políticas para qué igualdad* (p. 288). Tirant Humanidades.
- ▶ Domínguez-Alcón, C, Kholen, H., Tronto, J. *El futuro del cuidado. Comprensión ética del cuidado y de la práctica enfermera*. Barcelona. Ed. San Juan de Dios. 2017.
- ▶ Fernández, María. *La doble jornada femenina y sus efectos sobre la salud laboral. Comunicación presentada en las V sesión científica: Trabajo doméstico, trabajo a domicilio. I congreso internacional sobre género, trabajo y economía informal*. Observatorio de la Igualdad. Universidad Miguel Hernández. 2008; Disponible: <http://ve.umh.es/sieg.1/docs/ICongresoInternacional/comunicaciones/scv04.pdf> (acceso: 20/06/2012).
- ▶ Finch, J. *Family Obligations and Social Change*. Cambridge: Polity Press, 1989.
- ▶ García-Pérez, M. Á., Amaya, C., López-Giménez, M., & Otero, Á. (2009). *Distribución geográfica de los médicos en España y su evolución temporal durante el periodo 1998-2007*. Revista Española de Salud Pública, 83(2), 243-255.
- ▶ López-Valcárcel, B. G., & Barber-Pérez, P. (2006). *Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables*. Gaceta Sanitaria, 20, 103-109.
- ▶ Mezquita Pipió, Carmen; Siles González, José. *El cuidado en el Paleolítico. El rol social de la mujer en los cuidados de supervivencia. Visión desde la narrativa de J.M. Auel*. Temperamentvm 2011, 13. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn13/t7577.php>
- ▶ Ministerio de Educación. *Estadísticas 2017-2018*. Disponible en: <http://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/universitaria/estadisticas/estadistica-indicadores-universitarios/2018-2019.html> consultado el 8 de marzo de 2019.
- ▶ Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). *División sexual del trabajo y Enfermería*. Index de Enfermería, 22(1-2), 70-74.
- ▶ Vega, P. V. (Ed.). (2010). *La feminización de las profesiones sanitarias*. Fundación BBVA.
- ▶ Vicente, M. C., & Delgado, Á. A. (2009). *Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional*. Antropología Experimental, (9).





## 05/El concepto de asistencia integral

**Antonio de Toro Salas,**  
director asistencial corporativo de la Orden  
Hospitalaria de San Juan de Dios - Provincia Bética.  
Sevilla<sup>1</sup>

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

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

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

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

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

---

## 1/

### Individualidad y diversidad.

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

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

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

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

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

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

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

---

## 2/

### Asistencia integral.

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

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

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

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

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

### 3/

## Autonomía y trabajo en equipo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 4/

## Otras aproximaciones al concepto de asistencia integral.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Bibliografía

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

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

▶ **Isabel. (2009).**  
*El ser humano es imprevisible, es extraordinario...*  
Era Aquarius. 04/03/2019, de blogartes-visuales Sitio web: <https://www.blogartesvisuales.net/disenio-grafico/publicidad/el-ser-humano-es-imprevisible-es-extraordinario-era-aquarius/>

▶ **Julios Campuzano, A. de (1995).**  
*Individualismo y modernidad.*  
*Una lectura alternativa.*  
En Anuario de filosofía del derecho (239-26).  
Sevilla: Universidad de Sevilla. Departamento de Filosofía del Derecho.

▶ **Palacios, A., Románach, J. (2006)**  
*El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional.*  
Ediciones Diversitas AIES. Sitio web: <http://www.asoc-ies.org/docs/modelo%20diversidad.pdf>.

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



## 06/Educación permanente a lo largo de la vida

**Dra. Amèlia Guilera,**

Directora. Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona

**Dra. Anna Ramió,**

Profesora titular. Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona

**Clàudia Molina,**

Profesora asociada. Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona

Poner en valor e impulsar el aprendizaje permanente es uno de los hechos más importantes acaecidos en el ámbito de la educación en la segunda mitad del siglo XX; el concepto de la educación, del aprendizaje fluyendo como un continuo a lo largo de todas las etapas de la vida, se ha ido desarrollando en estas últimas décadas, hasta convertirse en un principio aceptado por todos.

En un siglo en que las tecnologías y los servicios ofrecidos nos arrollan como un tsunami inevitable, solo podemos hacer frente al exceso de información con la actitud abierta de aprendizaje constante, a lo largo de la vida, siempre, desde el nacimiento hasta la muerte. Lo que se ha dado en llamar Long Life Learning.

Especial importancia debemos asignar a los profesionales que desarrollan su actividad profesional en los ámbitos de la salud, en los que la formación en humanización y atención integral es tanto o más importante que la actualización en aspectos técnicos y tecnológicos.

*Palabras clave: Aprendizaje, Educación, Proceso, Permanente.*

Placing value on and promoting lifelong learning is one of the most important facts that took place in the field of education in the second half of the twentieth century. The concept of education, the concept of the learning which flows as a continuum throughout all stages of life, has been developed in recent decades to become a principle accepted by all.

In a century in which the technologies and services they offer overwhelm us like an inevitable tsunami, we can only face the excess of information with the open attitude of constant learning throughout life, in a permanent way, from birth to death, what is known as Long Life Learning.

We must give special importance to the professionals that develop their activity in the field of health, in which the training in humanization and integral attention is as important as, or more than, the update in technical and technological aspects.

*Key words: Learning, Education, Process, Permanent.*

## 1/

### Los cuatro pilares de la educación.

“Frente a los numerosos desafíos del porvenir, la educación constituye un instrumento indispensable para que la humanidad pueda progresar hacia los ideales de paz, libertad y justicia social”,

La persona empieza el proceso de aprendizaje cuando nace, desde el mismo momento en que llega al mundo todo lo que percibe del entorno conforma un proceso de aprender que se intensifica y crece día a día. En diferentes momentos, en entornos distintos, en edades diversas, el ser humano aprende de forma constante.

El recién nacido sabe cómo llorar para pedir y obtener lo que desea, sea un cambio de pañal, comida o simplemente que le tomen en brazos, el niño sabe cómo comportarse para ser premiado o castigado, el adulto aprende a partir de la toma de decisiones y llega un momento en que en la evolución del ser humano este entiende que el conocimiento, el aprendizaje, abre nuevas puertas y se entrega a él con energía para crecer.

A partir de este descubrimiento, de esta realidad, el hombre profesional, formado en el ámbito laboral que ha elegido, descubre con la incorporación al mundo del trabajo, que la mejora continua, aprender de forma constante es la única forma de responder a los retos de la sociedad del siglo XXI con garantías de éxito.

El concepto de educación permanente el **Long Life Learning** interpela al individuo social, para que esté abierto y dispuesto a adquirir conocimiento y a transferirlo a lo largo de toda su vida. Y no hablamos solo del conocimiento teórico o de las habilidades concretas, nos referimos también a la dimensión actitudinal, donde se ubican los valores. (Plumed y Guilera, 2017). Es pues un concepto global, integral, que nos convierte a todos en educandos y a la vez educadores.

así empieza un texto clave para los educadores desde 1996, año de publicación de “La educación encierra un tesoro” informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI, firmado en primer lugar por Jacques Delors, en este mismo informe se aboga por un modelo de sociedad en la que todo el mundo pueda aprender de acuerdo a sus necesidades e intereses individuales, en cualquier lugar y en cualquier momento de una manera libre, flexible y constructiva y se dice también que la educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales que en el transcurso de la vida serán para cada persona, en cierto sentido, los pilares del conocimiento:

**Aprender a conocer**, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión, procurando aprender a aprender, para adaptarse y estar preparado ante las posibilidades que ofrece la educación en cada una de las etapas de la vida.

**Aprender a hacer**, no solo para lograr una calificación profesional, sino para adquirir las competencias que permitan al individuo hacer frente a diferentes situaciones y a trabajar en equipo.

**Aprender a vivir juntos**, para participar y cooperar con los demás, gestionar conflictos, respetando los valores del pluralismo y la paz.

**Aprender a ser**, trabajando en la propia personalidad, para ser capaz de obrar con capacidad de autonomía, juicio y responsabilidad personal.

Así los cuatro pilares de la educación dibujan un ser humano abierto al conocimiento, capaz de hacer, moverse, construir; un ser social preparado para vivir en sociedad, tolerante, solidario y con sentido crítico, capaz de desarrollar actitudes para la vida. Un ser humano que desea aprender y que entiende que el aprendizaje ha de ser un continuo a lo largo de toda su vida. En la educación no sólo ha cambiado el qué y el cómo aprender; sino también y fundamentalmente el dónde se aprende y el cuándo se aprende (Martin, 2016).

## 2/

### Educación / aprendizaje permanente.

Los dos términos educación y aprendizaje se utilizan de forma indistinta, conviene, sin embargo, no confundir la educación permanente con la educación continuada, ni con el reciclaje o perfeccionamiento profesional, ya que estos conceptos se refieren solo a la educación de adultos y esta es una parte más de todo el conjunto que se reúne bajo la etiqueta de educación o aprendizaje permanente.

Educación o aprendizaje permanente designan un proyecto global encaminado tanto a reestructurar el sistema educativo existente, como a desarrollar todas las posibilidades de formación fuera del sistema educativo, con especial relevancia las desarrolladas en el ámbito laboral; la persona pasa a ser agente de su propia educación, por medio de las acciones formativas, la experiencia y la reflexión. Es evidente que el aprendizaje permanente no puede quedar res-

tringido solo a un período de la vida y debemos estar de acuerdo que la educación trasciende la escolarización (Martin, 2016), y podemos considerar el aprendizaje permanente como la integración de todos los recursos docentes de que dispone la sociedad para la formación plena de la persona humana durante toda su vida.

Es una respuesta a la crisis de la sociedad contemporánea, donde el aprendizaje deliberado y consciente no puede circunscribirse a los años escolares y hay que lograr la reintegración del aprendizaje y la vida. Es, también, una filosofía educativa y no una simple metodología. (Navas, 2013). Como filosofía es inspiradora, iluminadora y orientadora de la acción.

Es, en conclusión, el paradigma por excelencia para la educación en el siglo XXI. Vida y educación son ahora asumidas como fenómenos concomitantes. (Tunnermann, 2010, p.125).

Se plantean ocho conceptos básicos en la educación permanente (Escotet, 1991, Tunnermann, 2010)

- 1. La educación es un proceso continuo.** La capacidad de educar permanentemente y, por tanto, el perfeccionamiento educativo es un proceso continuo a lo largo de la vida.
- 2. Todo grupo social es educativo.** Se reconoce como organismo educativo, con el mismo nivel de importancia a toda institución social o grupo de convivencia humana.
- 3. Universalidad del espacio educativo.** La situación o encuentro del aprendizaje puede darse en cualquier lugar.
- 4. La educación permanente es integral.** Se define a sí misma desde la persona, y se interesa por su desarrollo y crecimiento en todas sus posibilidades y capacidades.
- 5. La educación es un proceso dinámico.** Las acciones educativas se conciben en procesos dinámicos y necesariamente flexibles en sus modalidades, estructuras, contenidos y métodos.

LH n.324

**6. La educación es un proceso ordenador del pensamiento.**

Debe tener por objetivo que la persona logre un ordenamiento de los múltiples conocimientos acumulados de manera tal, que pueda comprender su sentido, dirección y utilidad.

**7. El sistema educativo tiene carácter integrador.**

Debe estar coordinado con los restantes sistemas que conforman el macrosistema social.

**8. La educación es un proceso innovador.**

Se trata de buscar nuevas formas que satisfagan eficaz, adecuada y económicamente las necesidades educativas que se generan en el presente y, especialmente, en el futuro inmediato.

Estos conceptos pueden desglosarse como elementos del aprendizaje permanente a partir de su organización en: duración temporal, actividades y aprendizaje, ámbitos, objetivos, principios y estrategias, que desarrollamos en el esquema siguiente.



Fuente: adaptado de Comisión de las Comunidades Europeas, 2001 y de Belando - Montoro, 2017.

Esta concepción del aprendizaje se ubica a lo largo de toda la vida del individuo, desde que nace hasta que muere, abarca todas las experiencias de aprendizaje: formal, no formal e informal desarrolladas en todos los ámbitos en los que se mueve la persona, el familiar, el educativo, el laboral y el social. Contempla también los objetivos básicos del aprendizaje permanente: que la persona se realice desarrollando su potencial; que sea capaz de convivir con los demás en sociedad; que se pueda integrar en grupos de individuos con

características, objetivos o intereses afines; que el aprendizaje le convierta en un individuo empleable, siendo capaz de adaptarse a las exigencias del mundo laboral. El aprendizaje se sustenta en tres principios otorgar al alumno el papel central, lo que significa corresponsabilizarlo en el aprendizaje, favorecer la igualdad de oportunidades, dando una especial importancia a la accesibilidad, y ofrecer oportunidades de aprendizaje de calidad, que sean relevantes, pertinentes, que estén relacionadas con lo que el individuo necesita y desea.

El aprendizaje se convierte en un instrumento que nace de las relaciones interpersonales y profesionales de los diferentes profesionales, construyendo de forma colectiva nuevo conocimiento

Especial importancia tienen las estrategias para poder dar respuesta al aprendizaje permanente, es evidente que todos los agentes educativos deben cooperar: familia, escuelas, universidades y empresas, que la oferta formativa debe ser adecuada para cada momento y cada lugar, atendiendo y trabajando a partir de las competencias que se pretenden adquirir, de las necesidades del entorno y también de las necesidades expresadas por el sector empresarial, reuniendo para el desarrollo de las actividades formativas a los formadores más cualificados; dar respuesta a estos puntos requiere una inversión en recursos, tanto públicos como privados en los tres sectores educativos: formal, no formal e informal (Belando-Montoro, 2002). Evitar las desigualdades velando por el acceso a la educación es otra de las estrategias que revisten una especial importancia, la inversión en buenos programas educativos no tiene ningún sentido si los ciudadanos no pueden acceder a los mismos como explica Belando-Montoro, (2017) refiriéndose a este componente de las estrategias:

No sólo se refiere a la eliminación de barreras sociales o geográficas, sino también incluye la necesidad de considerar el aprendizaje no formal e informal a la hora de establecer los requisitos de ingreso, progreso y reconocimiento en el sector formal. (p.224)

La creación de una cultura de aprendizaje incluye la participación de todos los implicados en el proceso educativo y requiere de acciones concretas, de las que destacaremos las cinco que creemos más relevantes:

**1. Reconocimiento**, el esfuerzo por aprender debe ser recompensado, siendo una elección que implica renuncia, compromiso y esfuerzo, el ser humano necesita que todo esto se reconozca.

**2. Impulso conjunto**, todos los agentes educativos, desde la familia hasta el centro de trabajo,

deben impulsar el concepto del aprendizaje permanente como una necesidad para el desarrollo personal y profesional.

**3. Implicación empresarial**, las empresas, los centros de trabajo, deben convertirse en organizaciones de aprendizaje, de forma intencional y planificada, queriendo favorecer el aprendizaje.

**4. Visibilización**, se deben intentar visibilizar en todos los ámbitos los beneficios de aprender.

**5. Recursos**, se debe invertir en formación.

Sin duda todos los componentes comentados se articulan hacia la excelencia orientándose hacia la calidad y estructurándose en procesos.

**3/****El aprendizaje permanente en salud.**

El profesional decide cambiar incorporando nuevos elementos a su práctica diaria cuando está disconforme con la realidad, cuando debe asumir nuevos desafíos y retos en su trabajo y decide actuar dentro de un marco de aprendizaje de nuevas competencias, orientándose a

La recomposición de las prácticas de formación, incorporando nuevos conceptos/saberes/principios/relaciones, a través de la reflexión de su práctica. (Vélez y Schwabe, 2010, p.671)

Si entendemos competencia como la capacidad para movilizar los atributos personales y los recursos del entorno necesarios para dar respuesta

LH n.324

a las demandas internas y externas, de forma satisfactoria. (Guilera, 2015), es evidente que la competencia laboral supone conocimientos técnicos-disciplinarios y de sentido común que deben ser objeto de un proceso de decodificación en cada situación real en que opera. Puesto que actuar con conocimiento en un ámbito de trabajo, es el producto simultáneo de adquisiciones de saber realizadas en el ámbito escolar, de habilidades desarrolladas en ámbitos y momentos diversos de la historia laboral y de pertenencia a una “comunidad profesional”. (Granovsky, 2013) Dentro de esto, ocupa un lugar cada vez mayor la capacidad de juicio (en términos de “argumentar”, “interpretar” y “explicar”), por la heterogeneidad de procesos y tareas que enfrenta el sujeto y que implican desempeños complejos en situaciones y contextos específicos (Mertens, 1997).

El uso de los espacios de trabajo como campos de aprendizaje y desarrollo de habilidades, permite a los profesionales aprender de una forma rápida, (Andrigue; Trindade; Amestoy, 2017), diversa, segura puesto que está rodeado de otros miembros del equipo que pueden compartir su experiencia con él y fiable, ya que permite contrastar conocimientos y prácticas, de forma inmediata, generando un conocimiento estable.

El trabajo de los profesionales de la salud está basado en el funcionamiento del equipo, diferentes disciplinas trabajando juntas, para proporcionar el mejor servicio a la persona atendida, puesto que en la reflexión sobre el cuidar y las personas que cuidan no puede faltar la opinión de las personas receptoras de cuidados (Ramió, 2005). Es un proceso de aprendizaje donde todos aprenden de todos, donde las personas atendidas se relacionan a partir de sus necesidades, llevando a los profesionales a un proceso de reflexión del que nacen saberes nuevos:

Los procesos de educación permanente en salud son caminos que llevan a la construcción de nuevos modos de

producción de cuidado donde los trabajadores de la salud permeados por las relaciones entre los usuarios protagonizan distintos saberes y quehaceres. Y, en estos espacios colectivos, van estableciendo la reflexión y el análisis sobre los desafíos encontrados, los avances alcanzados y los nudos críticos a ser superados para mejorar la calidad de la atención de la salud. Vélez y Schwabe, (2010 p.672)

El aprendizaje se convierte en un instrumento que nace de las relaciones interpersonales y profesionales de los diferentes profesionales, construyendo de forma colectiva nuevo conocimiento, ya que todos los miembros del equipo se necesitan y deben “reconstruir” de forma periódica aquello que saben.

La reconstrucción se basa en desaprender conceptos prefabricados de un sistema en vigor y abrirse a nuevos conocimientos, nuevos aprendizajes. La construcción es la búsqueda de “aprender a aprender”, que implica reconocer los actos, las ideas de los colegas, la misión de la profesión y la institución para adaptarse a los cambios e intervenir, usar el conocimiento para el crecimiento del grupo, cuando uno aprende, está actuando al mismo tiempo. (Ribeiro y Roche, 2012:414).

Desaprender para volver a aprender, relacionarse para estimular el aprendizaje, estar atento a las necesidades de la persona atendida para mejorar el cuidado, en un continuo que abarca conocimientos teóricos, habilidades prácticas y aspectos actitudinales, la persona actuando como un profesional dentro de un marco de valores orientado a la humanización de la atención. Aprender a lo largo de la vida y aprender mirando hacia lo que hacemos como profesionales de la salud es un deber, personal, individual y exigible,

es cuanto y como nos interrogamos acerca de la práctica diaria lo que nos hace crecer en experiencia y nos hace también mejorar en todos los aspectos de nuestro trabajo, no hablamos de grandes preguntas, pueden ser muy sencillas ¿cómo puedo mejorar esta técnica? ¿cómo puedo comunicarme, mejor con las familias? ¿cómo puedo utilizar mejor mi tiempo? ¿es este procedimiento necesario, se puede eliminar?

Eso sí, la interrogación debe ser constante, debe ser un componente más de nuestra práctica diaria, debe acompañarnos siempre, pues nos mantendrá alerta y nos mantendrá aprendiendo.

### Bibliografía

- Andrigue KCK, Trindade LL, Amestoy SC. *Academic formation and permanent education: influences on leadership styles of nurses*. Rev Fun Care Online. 2017 out/ dez; 9(4): 971-977. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.971-977>
- Belando-Montoro, M.R. (2017) *Aprendizaje a lo largo de la vida. Concepto y componentes*. Revista Iberoamericana de Educación [(2017), vol. 75, pp. 219-234] - OEI/CAEU.
- Granovsky, P. (2013) *Jóvenes, educación y trabajo: nuevas modalidades de inclusión a partir de la construcción de saberes*” RiHumSo - Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de La Matanza. vol. 1, n° 3, año 2, del 15 de mayo de 2013, pp. 32-54 ISSN 2250-8139

Guilera, A. (2015) *El contracte pedagògic com a facilitador en els cas de les metodologies "Cas Integrat" i "Pla d'Acció Tutorial" en el grau d'Infermeria de l'Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu*. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona.

Martín, E. (2016) *El aprendizaje a lo largo y amplio de la vida*. Padres y maestros | n° 366 | junio 2016.

Mertens, L. (1997). *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. México, Conocer-Oit/Cinterfor.

Plumed, C., i Guilera, A. (2018). *Formar profesionales con el estilo de San Juan de Dios*. Labor Hospitalaria, 319, 10 - 17.

Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona, Barcelona.

Ribeiro JP, Rocha LP. (2012) *Permanent education in health. An instrument to enhance interpersonal relations in nursing work*. Invest Educ Enferm. 2012;30(3): 412-417.

Tünnermann Bernheim, C (2010), *“La educación permanente y su impacto en la educación superior”*, en Revista Iberoamericana de Educación Superior (ries), México, issue-unam/ Universia, vol. 1, núm.1, pp. 120-133. <http://ries.universia.net>



## 07/Experiencias

# 07/1

## Abriendo nuevas oportunidades: experiencia en formación.

**Dra. Mercedes Giménez,**  
Responsable Unidad de Docencia, Investigación e Innovación. Hospital San Juan de Dios. Zaragoza

Desde Labor Hospitalaria me piden compartir la experiencia de formación de nuestro Hospital en Zaragoza. Es un hospital en continua evolución y adaptación a las diferentes necesidades asistenciales de nuestra sociedad, apostando por una atención moderna e innovadora pero para comenzar la experiencia empezare por este texto

“...Poner palabras nos ayuda a entender, organizarnos y tomar conciencia de dónde venimos y hacia donde queremos o pretendemos ir. También en la vida de las instituciones y en el desarrollo de las profesiones, nos viene bien plantearnos

cómo explicar lo que hacemos, como lo hacemos, fundamentarlo y proyectarlo en el futuro...” (Hno. Joaquim Erra ,2011).

Se trata de un Hospital de Convalecencia con una capacidad de 188 camas y con los siguientes programas asistenciales:

- **Geriatría:**  
Unidad geriátrica de Agudos, Unidad de Orto geriatría, Unidad de Convalecencia, Hospital de Día y Unidad de Pacientes Crónicos Complejos.
- **Rehabilitación:**  
Unidad de Rehabilitación Neurológica y Traumatológica, Logopedia, Neuro-Psicología, Rehabilitación cognitiva y Terapia ocupacional.
- **Cuidados Paliativos:**  
Unidad de Hospitalización.
- **Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)**
- **Equipo de Atención Psicosocial (EAPS)**  
La Caixa.
- **Consultas Externas:**  
Rehabilitación, Nefrología, Geriatría, Medicina Interna.
- **Hemodiálisis:**  
Hemodiálisis Alto flujo, Hemodiálisis Online
- **Cuidados especiales:**  
Unidad de Ictus.

## 1/

### Todas las organizaciones deben tener en cuenta la formación.

La formación se reconoce como un eslabón prioritario en todas las organizaciones; la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, desde el ini-

cio, en el siglo XVI, supo adelantarse a su época y lo reflejó después en la **Instrucción de Novicios de Orden de la Hospitalidad**, legado que posteriormente han llevado a cabo como formadores de nuevos postulantes, otros muchos hermanos (**Hnos. Emilio García y Julián Sapiña**). Sus experiencias han sido también nuestra base para aprender y comprender lo que va más allá de lo académico...

Una de las cosas más grandes que tiene el ser humano, es su capacidad de comunicación y de apertura a la vida de los demás, ya que es así como se enriquece en su personalidad y se apoya en su desarrollo (Hno Benjamín Pamplona, Revista Labor Hospitalaria, nº. 167. 1978).

Las organizaciones son tan buenas como lo son su gente y aprender es entender nuestro mundo y las fuerzas que lo mueven, el aprendizaje es un proceso por el que se crea conocimiento a través de la transformación de la experiencia, generando nuevos conocimientos, habilidades, aptitudes y comportamientos que nos hacen mantener la competitividad y la capacidad para adaptarnos a los cambios, siendo necesario transformar la experiencia en conocimiento. Estas recomendaciones también las compartió un “buen maestro” ...

Sensibilizar e informar a la Familia Hospitalaria en nuestra Misión compartida, mediante una formación continua, estimulando la transmisión de nuestra Identidad, siendo algo vivencial para impulsar la responsabilidad y conciencia moral en cada uno de nuestros actos durante la atención sanitaria y/o social.(Dr. Francisco Javier Obis , Labor Hospitalaria, nº. 310. 2014).

Si las organizaciones aprenden es porque aprenden las personas, y el aprendizaje de las personas y de las organizaciones es el motor del progreso, genera y promueve el cambio y la innovación. Aprender es algo más que adquirir conocimientos, es adquirir información y como consecuencia hacer algo de forma diferente. La supervivencia está en aprender; es necesario convertir el aprendizaje en una tarea cotidiana, en una formación continuada, porque el cambio exige un constante esfuerzo.

El término formación tiene su origen en el latín, cuyo significado es imagen, figura sobre todo con un matiz de aspecto bello. Puede considerarse su concepto original, como la acción y efecto de formar o dar forma. La formación es un instrumento que nos facilita el aprendizaje de los conocimientos y habilidades necesarios para desempeñar las tareas de un puesto de trabajo, pero no siempre es la mejor forma de aprender.

## 2/

### ¿Qué experiencia formativa ofrece nuestro hospital?

La oferta formativa que dispone nuestro hospital se basa, fundamentalmente, en la rama socio-sanitaria, siendo ya muchas las promociones de alumnos que han completado su formación práctica en nuestro Centro:

**A) Formación Profesional / pregrado:** auxiliares sanitarios, técnicos de laboratorio, farmacia, cocina, mantenimiento y administración.

**B) Formación en Grado:** medicina , enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional

**C) Formación en Postgrado:** Master en Gerontología , Neurorehabilitación y Cuidados Paliativos.

**D) Formación especializada,** Médico Interno residente (MIR) en geriatría y MIR/Enfermera Interna Residente (EIR) en Medicina Familiar y Comunitaria (Mf y C) con rotación externa realizada en la Unidad de Cuidados Paliativos y en los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) del hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

**E) Formación a familiares de pacientes dependientes,** desde el 2006, llevada a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por médico geriatra, enfermera geriátrica, fisioterapeuta/ terapeuta ocupacional y trabajadora social. Esta formación pretende ser una herramienta complementaria de ayuda y soporte para los cuidadores / familiares en el domicilio del paciente.

**F) Formación al voluntariado,** al personal del hospital y otros colectivos externos, en aquellos temas especiales que les pueda facilitar el trabajo con los pacientes, permitiendo dar visualización de nuestra actividad docente.

## 2/1

### Centros de donde vienen los alumnos y como se realiza la formación.

Los **alumnos de pregrado** proceden de diferentes Colegios, Academias, Institutos y ámbito empresarial. Esta formación, principalmente es práctica, acompañada de seminarios y talleres, siempre adaptada al perfil del alumnado, en pregrado son tutorizadas por las coordinadoras de enfermería de cada Unidad Asistencial, siguiendo las recomendaciones de las guías formativas en cada programa formativo.

Los **alumnos de grado**, proceden de la Universidad de Zaragoza (**UNIZAR**) y de la Universidad San Jorge (**USJ**). Con UNIZAR se mantiene convenio de colaboración docente con las Facultades de Medicina, Ciencias de la Salud y de Ciencias Sociales y del Trabajo. Los alumnos son supervisados directamente por sus tutores,

profesores asociados y los profesores colaboradores de las diferentes Facultades, siendo ellos quienes valoran puntúan los conocimientos y competencias adquiridas. **Alumnos de Postgrado.** Nuestro hospital oferta la posibilidad de realizar la formación práctica de varios Másteres, con diferentes Universidades de nuestra CCAA y de otras comunidades desde el 2018.

## 2/2

### Importancia de nuestra experiencia formativa.

La rotación del periodo de prácticas se lleva a cabo en algunos casos, en varios hospitales, lo que permite al alumnado poner en valor no solo la experiencia docente impartida, la de los tutores y profesores, sino también nuestras instalaciones y nuestra manera de “hacer”.

Potencialmente una parte de estos alumnos, llegarán a ser trabajadores en nuestros Centros, nos han escuchado en las clases, en los seminarios y/o talleres, pero también nos han visto en primera persona con nuestros pacientes, bajando a la realidad nuestra “hospitalidad”. Añadiendo como plus necesario el formar a personas capaces de ofrecer servicios y cuidados según las necesidades de la sociedad y de acuerdo con los valores de la Orden. Tenemos en cuenta que puede existir un desfase entre la formación académica y la formación que se requiere en nuestra organización, por la “cultura” de la misma, la forma como se hacen las cosas, los comportamientos dentro de la misma, las normas de trabajo y relación, las reglas de juego internas, el ambiente o clima laboral, las relaciones externas y como no, los valores dominantes y aceptados por la institución. Mantener esa cultura y esos valores se hallan en una interrelación constante con la formación. La “cultura” es mantenida por el factor humano de la organización y la formación va dirigida al factor humano.

Pero la formación no es un fin en sí misma, sino un medio para alcanzar objetivos y resulta-

dos. Una persona será competente en algo cuando tenga los conocimientos necesarios, sepa ponerlos en práctica, esté dispuesta a hacerlo y obtenga en su realización un resultado adecuado. Debemos entender la formación no como una aportación de conocimientos, sino como la herramienta que nos puede capacitar en realizar mejor nuestro trabajo. Es aquí donde pivota la importancia de nuestra experiencia formativa, debemos de formar profesionales especiales, pero también comprometidos.

## 3/

### Nuestro futuro.

Ninguna organización debería planificar el futuro sin tener en cuenta y analizar qué capacidades va a necesitar para conseguir sus objetivos, todos los planes estratégicos deberían de tener en cuenta la cantidad y la calidad de los recursos destinados a la formación. Nuestra sociedad está cambiando, evolucionando, las enfermedades crónicas están siendo el grupo de mayor demanda de atención sanitaria, y dentro de la cronicidad, el envejecimiento de nuestra población. Esto nos posiciona en la obligación y compromiso de seguir avanzando en nuestra labor formativa en la línea del envejecimiento, dependencia y cronicidad por la alta demanda que previsiblemente vamos a necesitar, de personal formado con “estilo”, que favorezcan el respeto y la autonomía de las personas, sin paternalismos ni dependencia, con respeto a la vida, pero aceptando los límites de la ciencia y evitando cualquier encarnizamiento terapéutico, pero sin olvidar los constantes avances tecnológicos y el progreso humano.

Y como todo reto, siempre abre nuevas oportunidades; recogemos el testigo de iniciar la solitud para la acreditación de una Unidad Multiprofesional de Geriatría para poder formar a

MIR /EIR dentro de nuestro Centro. Sabemos de la dificultad del reto, y como humildes herederos de un estilo que despertó admiración y adhesión, nos gustaría ser pioneros de otra forma de enseñar, de hacer, de contagiar y de dar continuidad a futuros grandes profesionales dentro de esta nuestra “familia” y poder formar en un modelo de “Geriatría, Hermanos de San Juan de Dios”.

# 07/2

## Seguimos siendo parte del proyecto.

**Dr. Vicente Varea,**  
Presidente. Asociación de Seniors.  
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

En muchos casos, hoy en día, en nuestra sociedad, el trabajo no sólo es la base de nuestro sustento y bienestar sino que nos proporciona una sensación de dignidad frente a nosotros mismos y de pertenencia a un colectivo de iguales que comparten con nosotros tantas horas o más que con nuestra familia. No es extraño pues, que se establezcan unos lazos de afectividad entre los

compañeros, máxime si los años de convivencia son muchos y las vivencias y vicisitudes compartidas en el día a día han forjado una sensación de “familia” entre todos nosotros.

Pero un buen día, en nada diferente del anterior salvo una fecha impresa en nuestra documentación personal, algo nos dice que lo vivido anteriormente ha terminado y merecidamente hemos conseguido, con el esfuerzo pasado, llegar a una situación en la que disfrutamos de algo que siempre nos fue difícil de obtener, la libertad de usar nuestro tiempo. Sin duda un gran logro, pero que puede llevar aparejado una dura ruptura con los afectos y vivencias anteriores, pues el solar común ha desaparecido y la posibilidad de mantener la relación humana de siempre, se ve francamente dificultada. Esa triste sensación de exclusión, la mayoría de las veces, se instaura en nuestro ánimo y crece una cierta indignación frente a las Instituciones que nos albergaron en nuestra etapa laboral.

Este entorno agrídulce de la ruptura de pertenencia, en unas Instituciones se nota más que en otras y la sensibilidad de ciertas empresas hacia el jubilado no siempre es la más adecuada. Por eso no quisimos que en nuestro Hospital pudiera darse esa situación, ya que con independencia del puesto que cada uno desempeñase, el afecto entre nosotros y hacia la Institución en la que invertimos gran parte de nuestra vida, bien merecía el esfuerzo de mantenernos juntos y seguir perteneciendo, de alguna forma, a la casa común. Así nace **Seniors** en 2015, contando con la sensibilidad de la Junta de Gobierno del Hospital y con la inequívoca voluntad de un grupo de profesionales del mismo de crear un nuevo espacio de pertenencia, en el que todavía nos sintamos partes del proyecto que nos mantuvo juntos durante muchos años.

Creamos una gestora, integrada por diferentes trabajadores jubilados, para comenzar a clarificar de qué manera podíamos seguir siendo Hospital: apoyando proyectos de docencia e investigación, dando apoyo en proyectos lúdicos y culturales... También iniciamos todos los

trámites legales y comenzamos a redactar los reglamentos de la Asociación. Enviamos cartas a los trabajadores que se habían jubilado en el Hospital en los últimos cinco años para invitarles a formar parte de Seniors, si ese era su deseo. Ahora, cada vez que un trabajador del Hospital se jubila, se le explica desde Recursos Humanos siendo su respuesta positiva. Lo raro es que te digan que no quieren formar parte.

De momento, somos 170 asociados, y creo que la clave del éxito ha sido que somos un entidad independiente de la dirección, pero comprometida con el Hospital y abierta a todos los trabajadores del centro: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, trabajadores de mantenimiento... A TODOS. La transversalidad forma parte del ADN de nuestra entidad. De momento, hemos conseguido que los trabajadores que se jubilan puedan conservar su cuenta de correo electrónico y la tarjeta identificativa del Hospital que les permite acceder a las zonas de trabajo comunes.

En otro orden de cosas, hemos conseguido que los Seniors puedan colaborar en proyectos de docencia e investigación bajo el paraguas del Hospital, ya que de esta forma se resuelven los posibles problemas de responsabilidad profesional al no pertenecer ya de forma contractual al Hospital. También hemos logrado que puedan seguir beneficiándose de los descuentos que ofrecen las empresas a los trabajadores en activo del Hospital, hemos creado un espacio web y una newsletter y hemos comenzado a organizar actividades lúdicas como excursiones, visitas culturales, hemos retomado el certamen poético de Sant Jordi y mantenemos relación con otras Asociaciones de Jubilados para beneficiarnos mutuamente de nuestras experiencias.

De hecho, propiciamos la Primera Reunión de Asociacionismo Senior en las Instituciones Catalanas que inició un camino de estrecha colaboración entre Asociaciones Seniors. Pero el logro quizá más importante, es haber conseguido romper la sensación de soledad al volver a ser

parte de lo que siempre fuimos y volver a estar en contacto cercano con nuestros compañeros de siempre y en nuestro Hospital. El futuro de Seniors está asegurado con la incorporación de nuevos compañeros que, sin duda, darán solución a nuevas inquietudes y proyectos, y seguirán contando con la decidida apuesta del Hospital por dar cobijo a esta iniciativa.

habitación a pensar, ¿qué quiero ser yo? Y no me resultó nada fácil tomar esta decisión. En mi familia, ningún sanitario, y más bien un miedo “enfermizo” a la enfermedad, que nos instalaba en la prevención constante, en el “por si acaso”, y en el ponernos en lo peor ante cualquier síntoma. ¡Qué cosas!

Tomar esta decisión creo que estuvo marcada por dos cosas. La primera, que mis amigas más amigas iban a estudiar Medicina. La segunda, que quería hacer un servicio a los demás.

La fe estaba mezclada en esta decisión porque no podía entenderla -ahora tampoco- sin el compromiso concreto, sin que la vida entera se convierta en donación. Por entonces, mi sueño era ser médica e irme lejos, a ayudar allí donde más se necesitaba. No sé si inconscientemente, otra motivación fue el desafío de la enfermedad y la muerte. Aquello que tanto temía, ¿cómo no enfrentarme a ello?

Hice la carrera de Medicina, y fue un privilegio. Después, y condicionada por la familia recién creada, cambié el rumbo. Se cruzó en mi camino Cáritas y algunos programas de salud que me pidieron desarrollar allí.

La cosa se fue liando y me encontré contratada, pensando que sería provisional, en una época que había poco trabajo como médico. La acción social se metió en mi pellejo y fue la oportunidad que tanto ansiaba de tocar la realidad de la pobreza y la exclusión desde una organización de la Iglesia Católica, ¡nada podía ser mejor!

Y después vinieron los años de la gestión al más alto nivel, una cosa iba llevando a la otra y pasaron 18 gozosos años, no exentos de lágrimas, de forjarme interiormente, luchando con las dinámicas del poder, en las que yo también me enredaba. De todos estos años, me quedo con el acompañamiento a las personas con problemas de drogadicción, ese programa que pusimos en marcha con la feliz idea de reconocer la dignidad de personas expulsadas de un sistema injusto que deja muchas víctimas por el camino.

## 07/3 Experiencias laborales en diferentes etapas.

### 1/

#### Una corriente sonrisa.

Rosa María Belda Moreno,

Decidí hacer Medicina contra toda la tradición familiar. Un día, a los 17 años, me encerré en una

Al cabo de esos tantos años, volví a encontrarme trabajando en un Centro de valoración de la discapacidad, y ahí, de nuevo como médico, fui testigo del sufrimiento que produce la enfermedad en el ser humano y de la necesidad de sanar integralmente.

No solo por ello, sino porque me debía algo, quería pintar en mi cuadro existencial el ejercicio de la Medicina, volví y me puse a hacer el MIR, ya con cuarenta y tantos.

Esta nueva etapa, con lo que ya llevaba en la mochila, me ha abierto los brazos y el corazón a nuevos encuentros. Tantas personas que en una camilla en urgencias esperan una mano amiga que va con bata de médico.

Niños que desean una sonrisa o guiño mientras viven asustados sus primeros encuentros con el malestar. Personas mayores con las que mirarse a los ojos, llenos de historia, a veces vacíos de recuerdos, necesitados de la ternura y la amistad, más que de ningún fármaco.

Mujeres y hombres, que quieren ser escuchados, desahogados, que buscan un pequeño sorbo de consuelo, de confianza, mientras reciben las indicaciones médicas. Personas adolescentes, jóvenes, que viven con desconcierto la crisis de descubrirse, que no saben canalizar su rabia, que no se entienden y se rebelan, y a menudo somatizan su dolor del alma.

Me ha costado mucho ser de nuevo médico, y en este caso, ser médico con la maleta de la experiencia que traigo del bregar por los campos de la injusticia.

Hay personas en las que se junta todo: la enfermedad y la exclusión, hay verdaderos dramas humanos ante los que enmudezco, me lleno de lágrimas y solo puedo decir: ¡Dios!

Lo cierto es que la Medicina me ha devuelto de bruces a la realidad de la finitud, la ajena y la propia, a la certeza de los límites, a la experiencia de lo trascendente, también, en medio del

dolor, del sufrimiento y de la muerte.

Atravesar la experiencia de ser residente donde es difícil ser una voz crítica ante lo que considero deshumanización, vivir la Medicina después, en diferentes Centros de Salud, rurales y urbanos, con sus peculiaridades, desde el arte de acompañar en la vida y en la muerte, utilizando todo mi ser y no solo los conocimientos, es un reto permanente.

Voy a cada trabajo, con una sonrisa que sale sola, pero que es muy corriente, sabiendo que estoy provisional, como pura expresión de la vida, donde somos tan provisionales, y concentrada en el aquí y ahora de esa persona concreta que entra por la puerta, y me necesita en algún sentido. Vivo mi profesión al lado de compañeros que me triplican en experiencia aunque no en edad, y a veces están lastimados -también yo-, y vamos generando un “nosotros” que multiplica, en el escaso tiempo entre que llego y me voy.

A veces me canso, es muy cansado el día que tras 20 horas de pie en las Urgencias, con las piernas como botas, viene el siguiente paciente y entra en el box, y yo ya no sé ni quién soy. Me doy cuenta de mi vulnerabilidad, de lo que me despersonaliza no descansar, de lo inhumano de esta situación en la que no soy capaz ni de saludar ni de interesarme, como si no fuera yo.

A veces, cuando llega el paciente número 60 de la consulta de primaria, y aún me queda un aviso a domicilio, me metería bajo una capa mágica y desaparecería. Es fácil, en esta profesión llegar al límite de mis posibilidades físicas y psíquicas, cuando he gastado toda mi energía, no solo en pensar en remedios y estrujarme la cabeza, sino que he retorcido el corazón en la entrega de compasión, a la búsqueda de lo mejor.

Ese espíritu de servicio que se lo debo a la familia en la que crecí, que me llevaba a pronunciar como deseosa de hacer felices a los demás, encuentra en mi profesión un canal único para desarrollarse. Pero es cierto que, para dar lo mejor, necesito salir “rezada de casa” como

dice una amiga, o sea, que aparte del descanso/cuidado, en mi caso, saber que no es mi obra, sino Su Obra, es el quid de la cuestión. Así los egos quedan a buen recaudo, y solo quiero ser expresión de un amor que se desborda, a través de una sonrisa corriente, y dejarme tejer por Él, como criatura querida, con manos discretas, amables y dispuestas.

---

## 2/

### Aprendizaje basado en valores.

**Marta Domínguez,**

Cada una de las situaciones que vive una persona marcará, en mayor o menor medida, su propio camino. Entre ellas, la formación como residente, sin duda, supone un punto de inflexión en tu vida.

Por ello, el lugar donde se lleve a cabo el periodo de residencia podrá llevar consigo una oportunidad de desarrollo profesional y formativo de calidad, pero sin olvidar el desarrollo personal. Oportunidad que he encontrado en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

¿Cómo describir en un breve relato mi vivencia como residente de enfermería de Salud Mental en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu?

Encontrarse en una institución en la que la responsabilidad es uno de sus valores supone, entre otros aspectos, defender la necesidad de especialización de sus profesionales, y, con ello, apostar por la formación de especialistas.

Esta formación no se basa exclusivamente en un aprendizaje en bases teóricas o prácticas, sino en la búsqueda de un desarrollo en valores, una

capacitación en la atención espiritual de las personas a las que cuidamos y cuidaremos en un futuro.

Uno de los últimos actos de responsabilidad impulsados por la organización es la adhesión a la campaña “Nursing Now”, mostrando su compromiso por el reconocimiento del liderazgo y de la capacitación de sus enfermeras y enfermeros. Este hecho no es trivial, debido a que una mayor capacitación de los profesionales de la organización implica una muestra de respeto por las personas cuidadas en la misma. En este sentido, durante mi periodo de residencia, he podido encontrar profesionales de una gran calidad en su actividad asistencial, gestora, docente e investigadora, pero, sobre todo, de una gran calidad personal.

Por todo lo expuesto, podría decir que la hospitalidad de los profesionales que conforman el Parc Sanitari Sant Joan de Déu envuelve cada situación, cada relación forjada, incluida la relación con sus residentes.

---

## 3/

### Deseo de cuidar a los demás.

**Asun Sánchez Ruiz,**

Decidí ser enfermera. En aquel momento imaginaba mi profesión como una posibilidad de cuidar a los demás.

El tiempo me ha dado la razón y además me ha mostrado la necesidad de seguir estudiando, de evolucionar al ritmo que marca la técnica.

Hoy, tantos años después y al frente de la Unidad de Cirugía, puedo decir que muchas cosas

LH n.324

han cambiado, desde el tipo de paciente a los cuidados que recibe.

Cuando empecé los pacientes ingresaban la víspera de la intervención y su estancia en el hospital se prolongaba. Ese mismo paciente, hoy ingresa y se va de alta en el mismo día, por lo que nuestra labor de enfermería ha tenido que adaptarse a un ritmo diferente, al que marcan los avances técnicos pero actuando siempre en función del bienestar del paciente, que es el pilar fundamental.

En este punto de mi carrera siento que es esencial la empatía con el paciente. Cuando se ingresa en un hospital, aunque sea para algo sencillo, la persona se ve sometida a un grado de estrés. La enfermera juega un papel fundamental para disminuirlo. Es importante que sepamos ponernos en su situación, que atendamos a los pacientes con respeto, educación, seguridad... y siempre con una sonrisa.

En el bloque quirúrgico este grado de estrés aumenta, existe una separación de sus seres queridos, por lo que la enfermera debe controlar, además de la técnica quirúrgica, el manejo de esas situaciones. Resulta muy importante el compañerismo y el respeto entre nosotros, entre los profesionales, para que el ambiente de trabajo sea un lugar cálido y confortable y que eso se traslade al paciente.

Tengo la suerte de rodearme de un gran equipo, así que mi labor de dirigir e introducir cambios forma parte de lo cotidiano y se hace con naturalidad.

Hay que estar al día de nuevas técnicas y de nuevas intervenciones. Ésa es mi labor: guiar y ayudar al resto del equipo, crear un equilibrio entre todos los profesionales que forman parte del proceso.

Pero manteniendo intacta aquella primera idea, aquel deseo profundo de cuidar a los demás.



# LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD  
[www.sanjuandecios.net](http://www.sanjuandecios.net)

