



## I Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos (El Espinar 1987) «Los PROSAC y la humanización de la asistencia sanitaria»

### *Aportaciones y conclusiones*

#### I. HUMANIZACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN EN LA SOCIEDAD ACTUAL Y EN EL MUNDO SANITARIO

El mundo sanitario en el que nos desenvolvemos presenta al respecto diversos rasgos, unos positivos y otros negativos.

##### **1. Rasgos positivos de humanización**

**1.1.** En la **asistencia hospitalaria**, destacamos como más importantes los siguientes:

- a. La promoción de centros públicos más pequeños y acogedores.
- b. La existencia de centros privados con una filosofía particular atenta especialmente a la humanización de la asistencia.
- c. La lenta, pero creciente implantación del trabajo en equipo y la integración del trabajo de cada equipo dentro del hospital y de área sanitaria correspondiente.
- d. Los avances en la calidad técnica de la asistencia y el número creciente de cursos de reciclaje y de formación continuada para el personal sanitario.
- e. Los intentos de promoción de la carta de derechos y deberes del enfermo.
- f. La mejor información a enfermos y familiares, así como la importancia creciente de la asistencia social.
- g. La creación de asociaciones que promueven actitudes de solidaridad con diversos tipos de enfermos: renales, deficientes psíquicos, etc.

**1.2.** En la **asistencia extrahospitalaria**, destacamos los siguientes:

- a. La puesta en marcha de la cita previa de los enfermos y como consecuencia el intento de una asistencia más personalizada.
- b. La implantación de la medicina familiar y comunitaria, los Centros de Salud, la consulta de enfermería y, por último, la cartilla de largo tratamiento.

1.3. Estos rasgos positivos se deben a una mayor sensibilidad por la calidad de la asistencia, a una formación profesional más cualificada, a una mayor comprensión del enfermo como persona, a la ilusión con que llegan las nuevas generaciones de profesionales y a una consideración más atenta a la dimensión social del enfermar.

## 2. Rasgos negativos de humanización

2.1. En la asistencia hospitalaria consideramos que los rasgos de deshumanización afectan sobre todo a la relación entre el profesional y el enfermo: desinformación general, masificación asistencial, celeridad en las altas, poca intimidad en el diálogo, estrés en la realización del trabajo, actitud negativa de la familia que elude responsabilidades, desinterés creciente por la situación personal del enfermo y sus problemas.

2.2. En la asistencia extrahospitalaria la deshumanización se manifiesta en rasgos de muy diversa índole, que afectan todos ellos a la relación entre enfermos y profesionales y que exponemos agrupados de la siguiente manera:

- a. La masificación y burocratización de la asistencia ambulatoria y domiciliaria, que afecta a todos los enfermos y particularmente a los crónicos y otros que sufren una verdadera marginación social.
- b. Las interinidades en cuanto que se han convertido a menudo en formas de empleo permanente impidiendo, por su impronta de provisionalidad, el establecimiento de relaciones afectivas entre profesionales, dificultando el desarrollo del trabajo en equipo y fomentando la desilusión en aquellos.
- c. Las medidas de "presión oficial" a la hora de contratar a los profesionales que inciden negativamente en ellos; y también la forma en que se establecen los controles de calidad, los pluses de asistencia, etc., que los convierten en la práctica en disposiciones encaminadas no a mejorar la asistencia sino al afianzamiento de la propia política sanitaria.

2.3. Y como conclusión, **estos rasgos se derivan**, a nuestro juicio, de:

- a. La desazón interna con que trabajan los profesionales, por los importantes problemas laborales a los que se enfrentan así como al excesivo tecnicismo de éstos junto al deterioro permanente de la asistencia sanitaria.
- b. Las circunstancias particulares de los enfermos y sus familiares que se ven agobiados y superados en los momentos de mayor debilidad, y su escaso bagaje cultural que les impide casi siempre defender con entereza sus derechos.
- c. La falta de criterios éticos, la escasa consideración del secreto profesional y el miedo generalizado a la enfermedad y la muerte.
- d. La falta de medios y de planificación sanitaria, la improvisación en la gestión, la restricción del personal por criterios economicistas y la poca claridad de la política sanitaria.
- e. La falta, o el no funcionamiento, de los Comités de Ética.

2.4. Estos rasgos de humanización y deshumanización detectados en la Sanidad son muchas veces un reflejo de la propia sociedad. Esta ha aportado a la asistencia sanitaria algunos rasgos positivos, derivados de las mejoras sociales, del mejor acceso social a las profesionales, del progreso de la ciencia o de la libertad de expresión. Pero a la vez han contribuido poderosamente a la deshumanización de la misma con:

- a. El **criterio economicista** de la vida, el hedonismo y la cultura del bienestar, que dificultan sensiblemente la valoración del sufrimiento y su superación, provocan conductas de "huida del dolor", de negación de la muerte y de las situaciones terminales o desagradables, de abandono de los débiles, crónicos y moribundos.

- b. El **consumismo** y el **espíritu** desproporcionadamente **reivindicativo** que exige la curación como un "derecho" por encima incluso de sus posibilidades, heredado de una falta de información y formación sobre los verdaderos derechos sociales de los ciudadanos y sus deberes.
- c. La cultura dominante que determina la **política sanitaria** en función de rentabilidades políticas, sociales o económicas; la "falsa democracia" donde la sociedad es manipulada por gobiernos que distorsionan la conciencia social a su criterio y manipulan asimismo las necesidades de esta sociedad estableciendo las prioridades de la asistencia en función de los intereses dominantes.
- d. El **individualismo**, la insolidaridad con los enfermos crónicos y terminales así como con los marginados y pobres.

El mundo sanitario en general tiene el mismo grado de humanización y deshumanización que el resto de la sociedad, pero por su atención especial al débil y al enfermo este mundo nos hace más sensibles y por ello la deshumanización se vive con una mayor crudeza.

## II. LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CRISTIANA

**1. Humanizar la asistencia sanitaria significa**, a nuestro juicio, ayudar mediante el ejercicio del amor, el servicio y la competencia profesional, promoviendo conductas de apoyo y eliminando los aspectos negativos que atentan contra la libertad y dignidad del ser humano, y proclamando, en todo caso, el respeto a los valores trascendentales de la persona humana.

### **2. La humanización así entendida comporta:**

*2.1. Una actitud de servicio* que se manifiesta en la acogida al enfermo, la asistencia personalizada al mismo, el ofrecimiento de compañía, respeto, escucha, información y consuelo.

#### *2.2. El ejercicio del amor:*

- a. Reflejarlo en nuestras relaciones con el enfermo y sus allegados: siendo sensibles a su dolor y necesidades, poniéndonos en su lugar, respetándoles siempre, actuando desinteresadamente, dando calor humano y más ternura a nuestro trato.
- b. Humanizarnos nosotros mismos para poder humanizar y vivir nuestra fe en comunidad y nuestro compromiso dentro de nuestra profesión.
- c. Utilizar de forma competente y con la máxima entrega personal todos los recursos puestos a nuestra disposición y exigirlos cuando y donde no existan.

#### *2.3. Eliminar actitudes negativas:*

- a. Superar el individualismo y el protagonismo excesivo y contemplar al enfermo como un fin en sí mismo y no como un medio de promoción personal o como un cliente.
- b. Dedicar un gran esfuerzo a cambiar las tendencias dominantes en la Sanidad: hoy el enfermo no es el eje de la política sanitaria que da mayor importancia al factor económico que al humano asistencial.
- c. Promover y difundir la ética profesional en el ámbito sanitario.
- d. Fomentar la inclusión y desarrollo de la educación sanitaria dentro del marco de la educación cívica general.

- e. Impulsar el desarrollo de comités de acreditación y control de calidad asistencial.

#### **2.4. Promover la asistencia integral al enfermo:**

- a. Contemplar al enfermo en su unidad personal, no limitándonos a reparar daños concretos de órganos heridos sino reinstaurando en él una salud total.
- b. Atender las dimensiones familiares, sociales, profesionales y económicas.
- c. Darle al enfermo protagonismo como primer responsable de su salud.
- d. Reintegrar al enfermo a su ambiente y sociedad; facilitarle contactos humanos que hagan más llevadera la crisis de su enfermedad y lo mantengan despierto a las realidades concretas de su vida cotidiana; que no se considere en ningún caso un marginado o abandonado por sus familiares, vecinos y amigos.
- e. Sensibilizar a la Iglesia sobre la situación y necesidades de los enfermos a fin de que tengan para ella la importancia que tuvieron para Jesús, sin que se trate más privilegiadamente a unos que a otros en el seno de la comunidad cristiana.

### **3. Dificultades para la humanización**

#### **3.1. En los profesionales sanitarios cristianos:**

- a. Todo aquello que implica un deterioro personal o atenta contra el desarrollo de la vocación o profesionalidad de los mismos: la cobardía para asumir y manifestar las propias convicciones, la falta de generosidad, los defectos de una formación que prepara para curar y no para cuidar, la mala relación interpersonal e interprofesional, la desmotivación profesional actual acentuada por el paro, las limitaciones de la formación, la inestabilidad e inconcreción políticas y las dificultades económicas, etc.
- b. Como resultado de lo anterior, la adquisición de diversos vicios en la práctica profesional: rutina y prisas en el quehacer diario; excesiva preocupación por el dinero; frialdad, apatía y desilusión en el trabajo llevado a cabo con crispación y estrés.

#### **3.2. En los centros sanitarios:**

- a. Todo lo que atenta al respeto de la persona: masificación, burocratización, incomunicación, falta de relación personal, falta de tiempo, etc. Todos estos factores repercuten directamente en el enfermo pero afectan también a los profesionales y, por ello, a la asistencia.
- b. Un exceso de medicalización en la asistencia, unido a un desconocimiento general de lo que implica la verdadera humanización.
- c. La falta de recursos materiales y de personal para cubrir adecuadamente las necesidades asistenciales; la desorganización y falta de coordinación entre los diferentes servicios así como entre hospitales y ambulatorios; simultáneamente, la innecesaria duplicación de misiones y cargos.
- d. La corrupción económica y administrativa de los responsables de la Sanidad; la arbitraria distribución de puestos de responsabilidad, otorgados a menudo en función de la filiación política, del nepotismo o amiguismo y no en función de la capacitación profesional. Y como consecuencia de todo ello, la falta de una auténtica democracia, es decir, de la necesaria justicia y claridad en las relaciones con la Administración pública con los diversos estamentos de profesionales sanitarios.

### **3.3. En las Instituciones Sanitarias Estatales o Autonómicas:**

- a. Los criterios políticos, por encima de los valores de la persona humana, marcan las prioridades asistenciales y los recortes presupuestarios y se reflejan también en actitudes ante la persona humana, en realidad y transcendencia, ante la vida y la muerte, etc.
- b. La creciente y alimentada falta de confianza de la sociedad y de sus gobernantes en los profesionales sanitarios, que lleva a un incremento de los prejuicios y de las posiciones de fuerza, asimismo a la instauración de la lucha de clases en el seno de la Sanidad.
- c. Las posiciones egoístas de carácter corporativo o sindicalista que miran no sólo a la defensa justa de los derechos sino al propio provecho, antepuesto incluso al del enfermo.
- d. El mantenimiento de estructuras deshumanizantes como los macrohospitales, etc.

### **3.4. En la aplicación de la Ley de Sanidad y del Plan de Humanización:**

- a. Domina la ignorancia y la despreocupación general sobre los mismos y, en todo caso, existe una desconfianza absoluta sobre sus auténticas posibilidades que influye negativamente a la hora de su aplicación.
- b. La Ley y el Plan son en realidad una pantalla: no se aplican y cuando se pretende llevar a cabo algo, se hace de manera tímida y desconfiada, desprovista de toda posibilidad.
- c. El control de la Ley y del Plan es exclusivo del gobierno, lo que acentúa todavía más la desconfianza cuando no se respetan los derechos ya reconocidos y se promocionan incongruencias tales como comer a la carta en hospitales masificados con enfermos en los pasillos; o se promueven servicios de información al usuario mientras en el área de urgencias hay que informar de situaciones críticas en lugares absolutamente inapropiados, ofendiendo a la intimidad y al pudor de enfermos y familiares doloridos que no tienen ni siquiera una silla donde sentarse.

## **4. Posibilidades de humanización**

Existen posibilidades reales de humanización, aunque difíciles, porque implican un tiempo largo para su implantación.

**4.1. En la persona de los profesionales sanitarios.** El desarrollo de sus cualidades humanas, unido a la fe en el mensaje de Jesucristo, constituyen la posibilidad más fuerte de cambio de actitudes y conductas para lograr una asistencia más humanizada.

**4.2. En los centros sanitarios** los profesionales cristianos cuentan también con posibilidades reales de humanizar la asistencia: ,mentalizar a los profesionales para lograr entre todos actitudes más humanas; asumir y no rehuir sus responsabilidades en la transformación de estos centros, participando en instituciones e iniciativas tales como, las juntas de gobierno y facultativas, los comités de empresa y las diversas comisiones de formación, seguimiento del enfermo, control de calidad asistencial, humanización y - donde la hubiere- de ética.

**4.3. En las estructuras políticas y administrativas** de las que depende toda la organización asistencial. Los profesionales sanitarios cristianos pueden y deben insertarse y participar activamente en las estructuras intermedias de control social para trabajar por una Sanidad que esté al servicio de los enfermos. Solamente así podrán humanizarse tanto las leyes y normas generales que rigen la asistencia

sanitaria como su aplicación por parte de todos. Para ello los profesionales necesitan unirse y organizarse.

## **5. Exigencias de la humanización**

Convertir en realidad las posibilidades de humanización apuntadas comporta unas exigencias:

**5.1.** Un cambio general en la forma de entender e impartir los estudios de medicina, diplomado en enfermería, auxiliar clínico, administrativo, etc., dando un mayor relieve, teórico y práctico, a las disciplinas humanísticas, a los aspectos humanos del enfermar y de la asistencia así como a las exigencias éticas y a los problemas de esta índole que hoy se dan en el mundo sanitario.

**5.2.** Unas mayores oportunidades de formación continuada y permanente para los profesionales.

**5.3.** Un cambio hacia las motivaciones más vocacionales y de satisfacción personal que vayan más allá de lo meramente económico o promocional, tales como la conciencia de un trabajo llevado a cabo responsable, competente, honesta y .

**5.4.** Una mayor atención de la Iglesia a la formación cristiana de los profesionales sanitarios cristianos para llegar a conseguir un equilibrio entre formación cristiana y profesional.

## **6. Aportaciones de los profesionales sanitarios cristianos a la humanización**

Los profesionales sanitarios cristianos reconocemos nuestras aportaciones a la humanización de la asistencia sanitaria.

**6.1.** Personalmente, el testimonio de nuestra fe cristiana, nuestra buena voluntad, inquietudes e ilusiones en el trabajo de cada día, nuestra profesionalidad tanto en la colaboración con los demás como en la crítica severa, constructiva y oportuna; nuestro compromiso así como el reconocimiento de nuestras limitaciones.

**6.2.** Una incipiente y prometedora conciencia de trabajo en grupo y de sentido comunitario puesto de manifiesto en estas Jornadas.

## **7. Compromisos de los profesionales sanitarios cristianos**

Los profesionales sanitarios cristianos nos comprometemos, a sabiendas de nuestras limitaciones y mirando hacia un futuro lo más cercano posible, a:

**7.1.** Desarrollar en cada uno de nosotros el espíritu de servicio a los enfermos que nos exige el evangelio y, para ello, ver en la oración la fuente más rica de nuestra energía.

**7.2.** Asumir la tarea permanente de enriquecer nuestra calidad humana, despojándonos de todo paternalismo en la relación con el enfermo y sus familiares y atendiéndonos con respeto, amabilidad y generosidad, pero sin sensiblerías ni infantilismos.

**7.3.** Con nuestros compañeros profesionales pretendemos usar el diálogo y la coordinación en el trabajo sin actitudes dogmáticas y sin silencios acomodaticios. Sin olvidar que el enfermo es el sujeto principal de nuestra asistencia, queremos atender cada vez más los problemas específicos de nuestros colectivos profesionales y promover actitudes de apoyo entre sus miembros.

**7.4.** Como ciudadanos, profesionales sanitarios y cristianos, queremos prestar nuestro apoyo a las instituciones responsables de la Sanidad en todo aquello que suponga una verdadera mejora de la humanización asistencial. Estamos decididos igualmente a realizar la crítica y denuncia sistemática ante cualquier situación de negligencia, corrupción o manipulación de signo político o administrativo que

degrade la condición humana del enfermo, de su familia o de nosotros los profesionales sanitarios cristianos.

7.5. Iluminar y promover, desde los grupos que se formen integrados en la pastoral sanitaria nacional, actitudes testimoniales humanizantes.

### III. CONCLUSIONES

Como conclusión final de nuestras reflexiones, los profesionales sanitarios cristianos hacemos nuestros los siguientes compromisos:

#### 1. Personalmente:

1. Una mayor entrega personal.
2. Empeño decidido por humanizarnos a nosotros mismos.
3. Una mayor formación para una mejor transformación.
4. Tolerancia y aceptación del pluralismo.
5. Dejarnos evangelizar por los enfermos.
6. Ser influyentes en el lugar de trabajo.
7. Integrar cada vez más a Dios en nuestra vida profesional.
8. Llevar estas conclusiones a nuestro lugar de trabajo y hacerlas realidad.
9. Conectar con otros profesionales que viven el Evangelio y no se comprometen en el mundo de la salud.
10. Dar a conocer la pastoral sanitaria.
11. Dar testimonio manifestando una coherencia de fe, vida y profesión.
12. Manifestar preferentemente los valores del espíritu: serenidad, generosidad, afabilidad y paciencia.

#### 2. Como grupo:

1. Servir a la Iglesia y al enfermo donde sea necesario.
2. Vivir nuestra fe en comunidad como profesionales.
3. Asumir nuestro papel iluminador en la sociedad.
4. Concretar la acción de grupo en los centros.
5. Apoyar a los grupos ya creados.
6. Potenciar el Día del Enfermo y difundirlo.
7. Sensibilizar a colectivos de enfermos.
8. Reclamar de las autoridades eclesiásticas medios para nuestra formación cristiana.
9. Sensibilizar en la humanización a otros grupos por medio del trabajo diario, de cursos específicos, etc.
10. Promover encuentros sobre temas específicos actuales.
11. Difundir lo que aquí manifestado y nuestro compromiso con el enfermo y la sociedad desde nuestra presencia de profesionales sanitarios cristianos.