**HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL**

Dr. Emilio José Ibeas

Profesor de Bioética y Humanización de la Salud

Sociedad para el Fomento de la Docencia de la Bioética

Burgos. España

**Resumen**

Humanizar es un pleonasmo. Es una característica inherente a la actividad asistencial sanitaria y social debido a que el destinatario de los servicios sanitarios es un ser humano, una persona y la consideración de su dignidad y unicidad es inherente al servicio y a la relación. Sin embargo, las organizaciones plantean acciones de mejora de la humanización de la asistencia sanitaria y social porque tristemente existe deshumanización y despersonalización a la hora de prestar la asistencia y los cuidados a las personas. El problema para el paciente es cuando la organización y los profesionales le tratan como un objeto, desposeído de su dignidad humana y personal.

**Palabras clave**: Humanizar, Salud, Cuidado, Vulnerabilidad, Sufrimiento.

**Abstrac**

Humanizing is a pleonasm. It is an inherent characteristic of health and social care because the recipient of health services is a human being, a person, and the consideration of their dignity and uniqueness is inherent in the service and relationship. However, organizations propose actions to improve the humanization of health and social care because sadly there is dehumanization and depersonalization when providing care to people. The problem for the patient is when the organization and professionals treat him as an object, depriving the patient of their human and personal dignity.

**Keywords**: Humanizing, Health, Vulnerability, Suffering.

**¿Qué es humanizar?**

Humanizar es hacer humano, familiar, afable a alguien o algo. Es ablandarse, desenfadarse, hacerse benigno. Qué duda cabe que, cuando un ciudadano se acerca a un centro sanitario o social porque necesita asistencia, espera recibir una atención humanizada. Esta palabra la usamos habitualmente para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la condición humana, responda a la dignidad de la persona. No es lo mismo ser humano que vivir y comportarse humanamente. El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta. Cuando una persona padece, su dignidad se encuentra de manera temporal amenazada. El sufrimiento hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad. La presencia humana ante las personas con enfermedad, discapacidad, sufrimiento y dolor es insustituible: es necesario mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro.

La palabra humanizar también la usamos para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste y responda a la dignidad de las personas. 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 (persona que atraviesa una dificultad y por ende, es vulnerable). Humanizar la vida y la salud no es otra cosa que sabernos personas en todo momento y lugar. Los profesionales de la salud se caracterizan por tener riqueza de humanidad, manifestada especialmente por un compromiso con los sujetos vulnerables. Se traduce también en una predisposición a comprender a las personas, su interioridad, su mundo y su cultura. Se trata de dar y recibir. Cuidar es una tarea ineludiblemente humana.

Humanizar es mucho más que ser cortés. Es importante superar las reducciones populares de la mera cordialidad. Humanizar tiene un significado profundo y conlleva numerosas implicaciones. Humanizamos cuando atendemos a las personas desde su concepción holística. Son más que físico y corporeidad, son personas con emociones y sentimientos, personas que viven en un entorno concreto y en una familia, barrio, comunidad y sociedad. Personas singulares, únicas, que requieren respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas. Personas capaces de decidir, deseosas de participar. Personas con autonomía que cuidan de su vida, salud y bienestar. Personas con derechos y responsabilidades, libres para elegir. Personas que, no sólo tienen problemas y dificultades sino también están llenas de recursos y potencialidades. La humanización es un compromiso activo y una responsabilidad de cada uno de nosotros. Se construye día a día cuando proveemos los cuidados y la atención expresando tú eres persona y te trato en tu totalidad como ser humano. Sin duda, a pesar de este gran valor compartido que es la humanización, sabemos que es posible despersonalizar la vida, la salud y la asistencia sanitaria. Hablamos de asistencia sanitaria y social humanizada porque, en ocasiones, existe la asistencia deshumanizada.

**Sistema sanitario y social humanizado**

Según el concepto de individuo, paciente y sociedad que tengamos, así se humanizará el sistema. El conocimiento existente en las organizaciones sanitarias y sociales y en los profesionales debe ponerse al servicio de las personas (ciudadanos, pacientes y sus personas cuidadoras), ofreciendo en primer lugar la sensibilidad y la ética en el curar y cuidar, resaltando así la dignidad humana. En este sentido, resulta fundamental la actitud de los profesionales. Esta actitud se muestra en ocasiones en cómo hablamos sobre las persona que atendemos. Cuando hablamos del “ICTUS de la 33”, sin querer, expresamos una falta de reconocimiento a la dignidad, singularidad y valor de cada una de las personas. Con nuestra expresión, hemos despersonalizado la relación. Cuando hablamos con un paciente y le llamamos por su nombre, estamos reconociendo su singularidad, su dignidad y valor como persona. El ser no es un objeto o cosa. Es su sujeto. Un sistema sanitario y social humanizado significa tener organizaciones al servicio de la persona, pensado y concebido para las personas. La humanización tiene que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras, con la mentalidad de las personas involucradas y con la competencia profesional.

Humanización no es tanto un proceso de estructuras y mecanismos, cómo de actitudes. En una organización humanizada existe un compromiso personal y colectivo por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas, el entorno y uno mismo, especialmente cuando tomamos conciencia de la vulnerabilidad ajena y de la necesidad de ayuda de los pacientes. Humanizar nuestro entorno contribuye inexcusablemente a mejorar la calidad de nuestras vidas en la búsqueda de la felicidad, desde lo cotidiano y desde la atención a los otros cuando éstos nos necesitan. La tecnología puede contribuir a aliviar o quitar peso del trabajo pero hay que entenderla de modo que sirva al hombre y no lo destruya. Quien humaniza es el ser humano, quien deshumaniza es el ser humano, no la tecnología. Cuanto más se tecnifican la atención más se hacen mecánicas las relaciones con las personas. Este es un riesgo evidente.

Son muchas las barreras para dar una atención humanizada: la tecnificación, la medicalización de la vida, la burocratización, la centralización del poder, el exceso de demanda y utilización de los servicios sanitarios y sociales, la rigidez de las organizaciones, el lenguaje tecnificado incomprensible, la falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales. Otros impedimentos, no menos importantes, son la falta de coordinación entre servicios y profesionales, las dificultades de acceso/retraso a pruebas o consultas, el aumento de las exigencias de los ciudadanos y el supuesto corporativismo.

**Vulnerabilidad y humanización**

La humanización de la asistencia sanitaria y social es especialmente vital cuando las personas se encuentran en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, debido a los procesos de enfermedad y discapacidad. La relación y la vivencia diaria de los profesionales con los enfermos, discapacitados y sus familias provocan que se sientan también interpelados. Vivir y presenciar el dolor y el sufrimiento de la otra persona nos cuestiona y hace que sintamos nuestra condición de vulnerabilidad y finitud. En el encuentro con nuestra condición de vulnerables nos sentimos corresponsables y comprometidos. Todos somos corresponsables en las tareas de paliar el sufrimiento humano y de construir un mundo que fomente actitudes y conductas responsables y humanizantes. Desentenderse, no hacerse cargo del límite ajeno, no actuar como responsable de la vida frágil ajena es fuente de deshumanización.

En el proceso de deshumanización influyen también mecanismos psicológicos de negación de la dimensión negativa y oscura de la vida. Por tanto, todos somos corresponsables en las tareas de paliar el dolor y sufrimiento humano y de construir un mundo que fomente actitudes y conductas responsables y humanizantes. Y ese dolor y sufrimiento que presencian los profesionales en los centros sanitarios y sociales acaba abriendo un espacio. Un espacio de humildad y, a su vez, de potencialidades. Un espacio, en el fondo, humanizador. El otro vulnerable, la vida frágil, la fragilidad de la vida constituye el referente que demanda humanización. El mismo agente de salud/humanizador queda afectado por la relación y recibe la influencia y el empuje de la persona a la que desea considerar de manera holística. Y es que la experiencia del encuentro con la vulnerabilidad propia y ajena nos confronta con nuestra impotencia y desencadena, en el mejor de los casos, compasión y solidaridad. En el fondo, la limitación del otro, la pesadumbre y el malestar experimentado cuando no sabemos estar cerca, comunicar, ayudar nos interpela. La pena que sentimos cuando nos escapamos del sufrimiento ajeno con el activismo o con un chorro de palabras superficiales que no tienen más objetivo que colmar un silencio que nos da miedo, todo ello nos humaniza. Humanizar significa personalizar la asistencia. Detrás de cada enfermedad y discapacidad está la presencia de un sujeto humano que elabora personalmente su experiencia de dolor y malestar y la incorpora, de alguna manera, a su biografía.

Qué duda cabe que quienes somos, deja huella. Y esa huella puede ser una marca diferenciadora y llena de valor o todo lo contrario. Re-humanizar significa volver a poner la atención en la actitud para ser “humanizantes”. Esto empieza por decir con nuestra presencia, palabras y conductas: “Tú eres una persona única y te respeto. Eres protagonista en tu proceso de salud, enfermedad y discapacidad, reconozco tu dignidad intrínseca”. La dignidad humana es el fundamento de la humanización. Re-humanizar comporta eliminar cuanto de inhumano sea detectado por los profesionales. Se trata de buscar la excelencia en la relación con las personas. No vamos a avanzar en humanización por regulaciones normativas, es más una gestión del cambio de las actitudes. Tiene que ver, no sólo con el enfermo y el discapacitado, sino también con el profesional. Afecta a las estructuras de salud, a los procesos, a la relación. Por tanto, la humanización se construye. Hablamos de deshumanización para denunciar situaciones de pérdida de lo específico de la persona, pérdida de atributos humanos y pérdida de dignidad. La deshumanización sería equiparable a despersonalización.

Re-humanizar la asistencia sanitaria y social comporta un compromiso activo. Compromiso que se deriva del reconocimiento de la dignidad humana de todo individuo, especialmente por su origen, pertenencia a la comunidad humana y fragilidad. Re-humanizar es minimizar la tendencia a ver al enfermo y al discapacitado como un objeto (acogida fría, impersonal, falta de información, escasa participación en su terapia) para darle el valor de sujeto único, reconociendo su totalidad (cuerpo, mente, emociones, espíritu y entorno/cultura). Supone abandonar las relaciones humanas de tipo funcional, a veces paternalistas y a veces manipuladoras (“un caso interesante”) para pasar a ser relaciones personales. Re-humanizar significa combatir la marginación de ciertos grupos de enfermos y discapacitados: ancianos, moribundos, afectados de trastornos mentales, etc. Re-humanizar significa eliminar la “ceremonia de la bata blanca”: alta dosis de mirada objetivadora solo puntual y transitoria al cuerpo humano. Re-humanizar conlleva también el reforzamiento de la autonomía personal, que constituye una parte fundamental en la construcción esencial de la conceptualización del proceso “paciente/ciudadano activo”.

**Los directivos y los profesionales, agentes de humanización**

La humanización, requiere un cuidado competente y un cuidado personal. Este cuidado necesita de una condición previa y necesaria, conocer qué necesita el paciente. Con frecuencia, no solo una, sino todas las necesidades del enfermo y discapacitado permanecen insatisfechas, frecuentemente porque los profesionales las ignoran o las desconocen. La vivencia ante una situación concreta de salud, enfermedad o discapacidad es única para cada persona. Dar una asistencia humana empieza por comprender o acercarse a esta vivencia. Habrá que caminar hacia una armonización entre los valores procedentes del conocimiento científico-técnico y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona. Razón y corazón han de dialogar. Si queremos que los profesionales sean agentes de humanización, es preciso recuperar la formación humanística, antropológica y filosófica en las actividades de formación continuada.

Deshumanización, desmotivación y burnout son situaciones que, a menudo, van unidas. Los profesionales que sufren altas dosis de estrés y que son víctimas de la autoexigencia, a menudo no son conscientes de las señales de alarma ante esta situación. Resisten y se van agotando, llegando al denominado “síndrome de agotamiento y despersonalización”. Llegados a este punto, suele existir una falta de compromiso que es deshumanizadora, donde el profesional interpone una distancia emotiva con el paciente. Es lo que se ha denominado preocupación distanciada y deshumanización defensiva. Contemplar el sufrimiento de otros, sin duda, produce estrés emocional. El burnout en los profesionales se produce por el choque entre los altos ideales con el contraste continuo de sucesivos fracasos sufridos, con una máxima entrega previa y generosidad y pasión por las tareas. Las cosas ocurren independientemente de los esfuerzos del profesional. Aparece la deshumanización en el trato y la baja la calidad de los cuidados. Los sentimientos se convierten en el motor de las acciones en vez de los valores. Y son sentimientos negativos. En este punto, existe ritualización de los comportamientos y una anulación de la sensación de poder responder a las expectativas de los ayudados, que resultan abrumadoras. Cuando los profesionales absorben y retienen la ansiedad de los enfermos y discapacitados, sin darle una salida idónea, esta vivencia puede ser fuente un futuro desgaste profesional.

La humanización de la asistencia sanitaria comienza en la alta dirección, que muestra y actúa con respeto, asignando valor a sus profesionales. Los comportamientos humanizantes hacia los profesionales son una condición necesaria para que todas las personas se orienten al valor de una atención más humana: comunicación adecuada, participación, reconocimiento de esfuerzos y logros, conciliación, asignación de responsabilidades, promoción de la formación y la capacitación, etc. Toda la organización necesita hacer un esfuerzo coordinado para prevenir y tratar el burnout de los profesionales y para facilitar un desarrollo competencial humanístico de los mismos. Por tanto, los directivos serán ejemplo y modelo de presencia, actitud y comportamientos humanizadores.

**La cultura de la humanización**

Una institución que quiera definir su estrategia tiene que determinar su identidad y su cultura. La cultura de una organización se puede definir como el conjunto de normas, actitudes, creencias, formas de pensar, usos, reglas y formas de comportarse, compartidas y tácitamente aceptadas por todos los miembros de la misma. La cultura une a las personas en torno a las ideas importantes y además:

Identifica la forma de ser de la organización.

Orienta sobre cómo deben hacerse las cosas.

Define lo que está bien y lo que no.

Se manifiesta en las formas de actuación ante los problemas.

Condiciona las respuestas ante los cambios y requerimientos de orden exterior e interior.

Los componentes básicos de la cultura de una organización son la misión, la visión, los valores, las políticas y otros aspectos como símbolos y costumbres. De todos ellos, al menos, es importante definir la misión, visión y los valores que orienten la humanización de la asistencia sanitaria. La misión es la razón de ser de cualquier organización, el motivo por el cual existe. Respecto a la humanización de la asistencia, la definición de la misión es una poderosa herramienta de gestión que sirve a las organizaciones fundamentalmente para:

Dar a conocer su carácter e identidad y saber cuáles son sus cometidos fundamentales.

Ayuda a seleccionar estrategias y orientar sus recursos y esfuerzos en la dirección adecuada al logro de los cometidos definidos.

Permite construir un espíritu de equipo y mostrarse al exterior con una imagen de lo que somos.

En la misión se sedimentan los valores, siendo éstos los ideales y principios colectivos que guían a su vez las actuaciones y reflexiones individuales y que son los pilares de cualquier organización.

La misión se completa con la visión, la cual sirve para marcar en el presente el rumbo que se quiere seguir en el futuro. La visión es, por tanto, un elemento complementario de la misión que impulsa y dinamiza las acciones que se lleven a cabo en las organizaciones, ayudando a cumplir los propósitos estratégicos.

En relación con la cultura de humanización se deben abordar los aspectos referidos a las conductas de los profesionales y de los directivos, a sus actitudes, creencias, usos y costumbres en la forma y modo de prestar la asistencia sanitaria y social.

La cultura de un determinado centro de sanitario y social es el modo en que se sienten y se hacen “las cosas” en el mismo. Es el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y del grupo, que desempeñan su actividad en un determinado hospital, centro de salud o social, etc.

Hablar de gestionar el cambio de la cultura de una organización supone ocuparse de gestionar el cambio de los siguientes elementos:

Usos, costumbres y estilo.

Pautas implícitas y explícitas.

Ideas, creencias, valores y condicionantes.

Actitudes. Comportamientos individuales y grupales.

Identidad, imagen y símbolos.

Orientación hacia dentro, cohesión hacia fuera.

Estructuras. Transmisión cultural y comunicación interna.

La propuesta de valor de una nueva cultura de re-humanización (volver a poner la mirada sobre la humanización de la asistencia sanitaria y social) supone una reflexión colectiva en el seno de la organización con el objeto de ir orientando a las personas hacia una atención humanizada. Se trata de plantear metas y objetivos, construir acciones, transmitir y comunicar la nueva cultura con la implicación y el compromiso de los directivos y de los profesionales. Esta propuesta sugiere un paso de una cultura previa a una nueva cultura para la humanización de la asistencia sanitaria y social.

Una organización que se plantea modificar su cultura necesita del compromiso, ejemplo y modelo de sus directivos. Así pues podemos hablar de un liderazgo para la humanización. Los líderes deben facilitar la humanización de la asistencia sanitaria y social en sus centros y unidades. Las organizaciones excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos. Establecen y comunican una clara dirección y orientación estratégica. Logran unir a los profesionales haciendo que compartan y hagan realidad la misión, visión y los objetivos de la organización. Los líderes refuerzan la cultura de humanización entre las personas de la organización y gestionan el cambio de manera eficaz.

No es posible la humanización de la asistencia si dentro de la organización no se cuidan los aspectos humanos en la relación entre los profesionales y, fundamentalmente, entre los directivos y los profesionales. Toda la organización, en su conjunto, se orientará hacia las personas, mostrando una identidad propia y una imagen de cohesión, unidad y sentido de pertenencia. Los comportamientos humanizados hacia los profesionales en una organización son una condición necesaria para que todas las personas se orienten en el valor de una atención más humana: comunicación adecuada, participación, reconocimiento de esfuerzos y logros, conciliación, asignación de responsabilidades, promoción de la formación y la capacitación, etc. Toda organización necesita hacer un esfuerzo coordinado para prevenir y tratar el síndrome de desgaste profesional (burnout) de los profesionales y para facilitar un desarrollo competencial humanístico de los mismos. Por tanto, los directivos serán ejemplo y modelo de presencia, actitud y comportamientos humanizadores.

Se deben fomentar iniciativas y/o prácticas que contribuyan a la creación de entornos y organizaciones saludables. Las organizaciones saludables son aquellas que hacen esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar la salud de sus profesionales y de la institución a través de prácticas organizacionales saludables que se relacionan con la mejora de las características del trabajo a tres niveles: nivel de tarea (por ejemplo, rediseño de tareas para mejorar la autonomía, feedback), nivel del ambiente social (por ejemplo, liderazgo), y nivel organizacional (por ejemplo, prácticas institucionales para la mejora de la salud, la conciliación trabajo-familia). En este sentido, se puede desarrollar una autentica “organización saludable”.

**Información personalizada y acompañamiento**

La información en la atención sanitaria forma parte de la actividad profesional y representa un valor esencial en todo el proceso asistencial que la organización debe garantizar, así como el debido acompañamiento y apoyo por parte de las personas que el paciente con capacidad de decidir determine, o bien la familia y/o allegados si no tuviera capacidad para tomar decisiones o si se trata de un menor.

La atención sanitaria y social ha alcanzado avances importantes no sólo en el ámbito científico, sino también en el de la relación del ciudadano con la compleja organización sanitaria y social. Estamos obligados a revisar la información que se facilita y las formas y canales a través de los cuales se comunican los contenidos necesarios, para un ejercicio pleno y satisfactorio del derecho a la protección de la salud. Existe acuerdo entre los profesionales de la salud en la necesaria superación de una medicina paternalista , con la práctica de una relación de ayuda, en donde el respeto a la dignidad de las personas conlleva indefectiblemente una información asistencial continuada, adecuada y sistemática que procura una posición central al ciudadano, como sujeto objetivo de la atención sanitaria y social.

La información no es una mera transmisión de contenidos, datos o indicaciones, constituye la esencia de la relación entre las personas y promueve un factor primordial de la atención sanitaria y social, que es la relación de comunicación y ayuda con el paciente, a través de la cual se trasmiten principios, valores, creencias y emociones, como escucha, empatía, generosidad, seguridad, calma, cercanía, confianza. La información, asimismo, constituye el requisito indispensable para que el ciudadano adquiera más capacidad en el ámbito sanitario para la toma de decisiones compartida con el equipo sanitario e, indudablemente, como factor clave en su educación sanitaria. La información para ser personalizada debe ser un factor sensible que diestramente trasmita la confianza que dé al paciente y a sus familiares la seguridad de conocer que se encuentra entre profesionales rigurosos y humanos.

Es necesario incrementar la calidad de la información como derecho, a pacientes y acompañantes durante todo el proceso asistencial: en la atención primaria, durante el ingreso y el alta institucional, y en la atención al duelo, mejorando con ello el grado de satisfacción con la atención recibida.

En relación con la información se debe:

Desarrollar los contenidos formativos esenciales, institucionales y homogéneos en toda la red asistencial, para cada grupo profesional, en materias de información y comunicación personalizadas con el ciudadano, usuario, paciente y cuidadores.

Establecer en cada centro sanitario y social un programa que desarrolle los distintos niveles de información institucional, que incluya todos los aspectos necesarios para una adecuada comprensión del entorno y funcionamiento por los usuarios y pacientes, que normalice tanto la información vertical como la documental y toda aquella que se considere necesaria.

Mejorar la comunicación institucional para que la información necesaria fluya desde los niveles de responsabilidad hasta los profesionales, usuarios y cuidadores.

Desarrollar procesos que mejoren la asistencia personalizada en todos los ámbitos, a través de la humanización, potenciando la integración de la información, una relación adecuada y respetuosa que refuerce el papel activo del paciente, familia o allegados, así como el desempeño satisfactorio del profesional.

Facilitar que el paciente pueda permanecer acompañado por la persona elegida, con las limitaciones propias de la actividad asistencial, permitiendo el debido apoyo de sus familiares o allegados. Y más específicamente:

1. Reunir el conjunto básico de conocimientos relacionados con la información clínica y no clínica personalizada, que se encuentre a disposición de cada profesional.

2. Establecer las materias necesarias relativas a cada grupo profesional, que integren la formación recomendable para todos los profesionales, con evaluaciones periódicas que garanticen un óptimo aprendizaje.

3. Facilitar la oferta formativa, tanto en el método como en los contenidos, adaptándose a las necesidades profesionales, con desarrollo de los diversos métodos y canales tecnológicos e incentivando la adhesión de los profesionales.

4. Evaluar la formación impartida así como el impacto producido, con corrección periódica según los resultados obtenidos.

5. Implantar en toda la red una señalización estandarizada en los accesos del centro que facilite al usuario la localización del destino.

6. Mejorar la organización y tecnologías básicas electrónicas y de comunicación telefónica, favoreciendo un acceso por este medio sencillo y eficaz.

7. Reforzar la función de las unidades y servicios de información y atención al paciente y en ellos la figura del informador.

8. Implantar de forma paulatina las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs) para agilizar trámites y gestiones y complementar la actividad de los profesionales.

9. Elaborar un conjunto básico de materiales documentales en centro o servicio, que facilite al usuario el conocimiento de su funcionamiento y organización.

10. Personalizar e identificar los servicios, unidades y profesionales con una imagen institucional homogénea y cuidada, como expresión de una organización ordenada que genera confianza en el ciudadano.

11. Elaborar guías básicas de información general sobre los principales procedimientos de derechos, gestiones y solicitudes.

12. Desarrollar protocolos básicos de acogida en todos los centros y unidades asistenciales y funcionales, mediante la atención personalizada, adecuada señalización y a través de la información escrita correspondiente.

13. Identificar y reforzar los canales de comunicación a través de los cuales se canalice toda la información pertinente que el usuario su familia y/o allegados precisan obtener de la organización sanitaria y social.

14. Facilitar a los profesionales los contenidos necesarios en materia de organización asistencial para una mejor atención al paciente.

15. Establecer consensos de buenas prácticas en información no clínica e información clínica.

16. Desarrollar procedimientos normalizados de trabajo sobre entrevista clínica y habilidades de comunicación en los diversos tipos de relación sanitaria y social.

**BIBLIOGRAFÍA**

Albrecht, K. (1996). La misión de la empresa: definir el espíritu, establecer los propósitos, fijar el rumbo: Paidón.

Alonso-Ovies, Á., Heras La Calle, G. (2016). ICU: a branch of hell? Intensive Care Med., 42, 591-2.

Ameneiros Lago, E. , Carballada Rico, C., Garrido Sanjuán, JA. (2011). Los documentos de Instrucciones Previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. Galicia Clin., 72 (3), 121-124.

Ariza Olarte C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enfermería Univ., 9(1): 41–51.

Badet, R. (1991). Nueva cultura empresarial. Diseño y sistema de información para la Dirección Empresarial: Alta Dirección Editorial.

Bermejo J. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria: Desclée de Brouwer.

Bustinza Arriortua, A., López-Herce Cid, J., Carrillo Álvarez A., Vigil Escribano, MD., de Lucas García N., Panadero Carlavilla, E. (2000). Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. An Esp Pediatr., 52, 418-23.

Chamorro, C., Romera, MA. (2015). Pain and fear in the ICU. Med. Intensiva, 39,442-4.

EFQM. ( 2012). Modelo EFQM de excelencia: Club de Excelencia en Gestión.

Fernández-Alcántara, M., Ortega-Valdivieso, A., Pérez-Marfil, M.N., García-Caro, M.P. y Cruz-Quintana, F. (2014). Funciones y situación actual de la intervención de los psicólogos en cuidados paliativos. Psicooncología, 11, 163-172.

García Cabeza, ME. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm., 17(1), 70-74.

Garmendia, JA. (1990). Desarrollo de la organización y cultura de empresa: ESIC Editorial.

Instituto Nacional de Salud. (1984). Plan de humanización de la asistencia hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid.

Iribarren-Diarasarri, S., Latorre-García, K., Muñoz-Martínez, T., Poveda-Hernández, Y., Dudagoitia-Otaolea, JL., Martínez-Alutiz, S. et al. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. Med. Intensiva, 31, 68-72.

Martínez Cruz, MB. (2012). La muerte, diferentes actitudes. Breve recorrido histórico en Occidente. En Martínez-Cruz, MB., Monleón-Just, M., Carretero-Lanchas, Y., García-Baquero, MT. Enfermería en Cuidados Paliativos y al final de la vida (pp. 9-15). Barcelona: Elsevier.

Pardavila, M.I., Vivar, C.G. (2012). Necesidades de las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revisión de la literatura. Enferm. Intensiva, 23:61-7.

Pisano González, M. ,Hevia Fernández, JR. (2015). Proyecto Escuela de Pacientes de Asturias: Consejería de Sanidad.

Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. M. (2009). Psicología de la Salud Ocupacional: Editorial Síntesis.

Sánchez-Martín, C.I. (2014). Cronicidad y complejidad: Nuevos Roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y Paciente Crónico. Enferm. Clin, 24(1), 79-89.

Trianes, M.V. (2002). Estrés en la infancia. Madrid: Narcea.