



Orden Hospitalaria de
San Juan de Dios
Provincia de España



Hospitalidad, casa segura
Buen trato y protección
de las personas vulnerables

Provincia San Juan de Dios de España



Orden Hospitalaria de
San Juan de Dios
Provincia de España



Hospitalidad, casa segura
Buen trato y protección
de las personas vulnerables

Provincia San Juan de Dios de España



© ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

Edita:

Archivo Museo San Juan de Dios

“Casa de los Pisa”

C/ Convalecencia, 1

18010 - Granada

www.museosanjuandedios.es

D.L.: GR 936 - 2022

Lugar de impresión: Granada

ÍNDICE

1. Declaración de Política	7
2. Contexto	13
1. Análisis de riesgo	13
2. Marco legal	15
3. Ámbito de aplicación de la Política	21
4. Principios de la Política de buen trato	23
1. Principios informadores de la Política	23
2. Principios procedimentales en la aplicación de la Política	24
5. Estándares de implementación de la Política de buen trato	27
1. Política	27
2. Procedimientos	28
3. Rendición de cuentas, transparencia y gobernanza	29
4. Selección, formación y supervisión de personal	29
5. Sistema de respuesta y protección de las personas en casos de abuso	30
6. Planificación segura y gestión de riesgos	31
7. Código de conducta	31
6. Roles y responsabilidades	33
7. Desarrollo y evaluación interna y externa	35
8. Anexos/protocolos/procedimientos	37
Anexo 1. Glosario de definiciones	37
Anexo 2. Análisis de Riesgo OHSJD	39



1. Declaración de política

Establecer un entorno de buen trato es una obligación moral, ética y legal, pero sobre todo una garantía de respeto y bienestar para todos los implicados en cualquier actividad de las que se generan en los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (en adelante, OHSJD España) y también en otras empresas y colectivos que se relacionan con ella. La Hospitalidad, carisma de la OHSJD, implica el establecimiento de entornos de acogida, de cuidado y de bienestar, por lo que resulta incompatible con la existencia o tolerancia de cualquier tipo de abuso o maltrato. Por ello se considera imprescindible garantizar que el respeto de los derechos y el bienestar de todas las personas que habitan y se relacionan en cualquiera de sus centros (personas usuarias, profesionales, colaboradores, voluntariado, proveedores, religiosos...) sea una realidad construida entre todos/as y claramente visible desde el exterior.

La OHSJD es consciente de la necesidad de proteger a las personas más vulnerables de posibles abusos o de cualquier acontecimiento adverso, por ser la atención a estas personas el eje central de la actividad que desarrolla.

El respeto a la dignidad de las personas vulnerables exige la observancia de normas de comportamiento que garanticen su autonomía, pero también su protección, y la definición de procedimientos adecuados.

Específicamente, en relación con las personas menores de edad, la Carta de Identidad de la OHSJD, revisada en 2019, afirma que “la institución misma debería constituir una estructura de acogida, cuidado y protección del niño y

del adolescente”. En dicha Carta se establece lo siguiente: “uno de los problemas que han surgido durante los últimos años (por un mayor conocimiento del fenómeno o debido al aumento real del mismo) es el de los abusos de niños, adolescentes e incapaces, así como el de la violencia de género. Este puede asumir el aspecto del abuso físico, psicológico o sexual. En lo que se refiere a las estructuras de la Orden, una forma particular de abuso es el de carácter institucional”.

En Julio de 2020 el Superior General de la OHSJD envía una instrucción a todas las provincias de la orden indicando que “El LXIX Capítulo General de 2019 aprobó dos resoluciones en relación con el tema de la prevención y de la protección de las personas vulnerables. Dicho Capítulo General fue sensible a la situación social, eclesial y de la vida consagrada en relación con este tema y lo valoró como una llamada actual a vivir la hospitalidad creando espacios seguros para las personas vulnerables, que son la gran mayoría de los destinatarios de nuestra misión. No se trata de responder solamente a unas exigencias, sino de poner toda nuestra atención en el cuidado y protección de las personas enfermas y necesitadas, en especial de las persona más indefensas y vulnerables”.

En ese contexto surge la necesidad y conveniencia de formalizar el presente documento, con el objetivo de dotar a los centros de la OHSJD de un marco de referencia de actuación en materia de situaciones adversas con personas menores de edad, así como personas adultas vulnerables, e indicar el/los procedimiento/s a seguir en el supuesto de que se detecte alguna incidencia relacionada con la materia. El objetivo es crear una verdadera cultura que no solo sea capaz de reaccionar frente a dichas conductas, sino que las prevenga de origen, evitando, incluso, algunas de ellas que, mostrándose más sutiles o menos merecedoras de reproche social, sean también rechazables dentro de una cultura del cuidado.

Misión, visión

Al iniciar el tercer milenio de nuestra era, hombres y mujeres de todas las latitudes se preguntan sobre el futuro de nuestra sociedad, de nuestras instituciones, de nosotros mismos. Todos los que hacemos posible la OHSJD en el mundo, también nos planteamos el futuro que será capaz de construir al servicio de la persona que sufre, de la persona que pasa necesidad y solicita ayuda para reconstruir su proyecto personal.

Nuestras Constituciones definen la misión de la Orden de la siguiente forma:

“Animados por el don recibido (...) nos dedicamos al servicio de la Iglesia en la asistencia a los enfermos y necesitados, con preferencia por los más pobres”.

El principio que subyace a la acción de Juan de Dios es su deseo de *“hacer el bien, bien hecho: no limitarse a una asistencia sin vida, descuidando la calidad sino uniendo el sentido de caridad cristiana al de justicia, para ofrecer a los enfermos y necesitados un servicio eficiente y cualificado, en lo científico y en lo técnico”*. Un verdadero “suplemento de alma” en la atención y cuidado tanto a nivel social como sanitario que trascienda a meras pautas de eficiencia gerencial.

En el marco de esta Política de Buen Trato, nuestra misión consiste en “contribuir de forma eficiente a la protección de las personas que por su edad o sus condiciones son vulnerables, promoviendo el buen trato entre todos los que interactúan en la OHSJD”.

Y esto, porque para la OHSJD es importante el espíritu con el que se lleva a cabo la acción. De éste depende que se favorezca el respeto y autonomía de las personas, evitando al máximo posible dependencias y paternalismos.

La visión de la OHSJD es que bajo el concepto de Hospitalidad se cuida la acogida, la promoción de la salud, el acompañamiento y el compromiso en las realidades más vulnerables de cada época y sociedad, desde un concepto amplio

de universalidad y favoreciendo la profesionalidad. Es decir, la compasión, entendida ésta como padecer con, no como lástima, y esto es el alma misma de la atención tanto a nivel social como sanitario.

Valores

El valor central de la OHSJD es la **HOSPITALIDAD**. Desde la opción por este valor y su desarrollo, los que formamos parte de la Familia Hospitalaria queremos contribuir al desarrollo y bienestar de nuestra sociedad.

La Hospitalidad es nuestro valor central; en ella encontramos la esencia de nuestro carisma, que nos lleva a vivir siempre con una actitud de apertura a los demás. Implica acoger a las personas tal cual son, siempre desde el corazón. Es acompañar, es recibir sin distinción.

En este sentido, en el marco de esta Política de Buen Trato, la hospitalidad va más allá de la pura atención a la persona que se acompaña; se trata de crear un entorno de protección para todas las personas a las que atendemos.

Junto a esta **HOSPITALIDAD** como eje articulador de nuestro trabajo otros valores fundamentales para la OHSJD y estrechamente conectados a la promoción de entornos de buen trato para los/las más vulnerables son:

Calidad: Hacer el Bien “bien hecho” a los demás. Nuestra razón de ser está en la búsqueda de lo mejor para la persona a la que se acompaña tomando como punto de partida su dignidad y los derechos inherentes a la misma. Desde el punto de vista de la Política de Buen Trato se trata de garantizar los más altos estándares de desempeño para proteger a las personas usuarias y sus familias, utilizando los medios humanos y técnicos que para tal objetivo sean necesarios.

Respeto: Tener en cuenta a los demás, estar con ellos. Es el punto de relación y equilibrio entre las personas. En la atención a personas vulnerables

es fundamental garantizar el respeto por su dignidad como persona, garantizando el derecho a una vida digna. Es condición indispensable para poder actuar de manera hospitalaria en todo lo que tiene que ver con la acogida y el acompañamiento. En el marco de nuestra Política de Buen Trato se trata de poner a la persona en el centro de nuestras acciones, trabajar sobre el interés superior de las personas más vulnerables respetando, escuchando y atendiendo a sus necesidades, sin renunciar a la calidad en dicha tarea, sabiendo combinar autonomía y protección.

Responsabilidad: Hacerse cargo. Dinamizar la vida en función de las consecuencias de nuestros actos y proporcionar el cuidado a las personas con medios tanto humanos como técnicos. Se traduce en fidelidad a los ideales de San Juan de Dios y de la OHSJD en la promoción de la ética, en la protección del medio ambiente, de la responsabilidad social, de la sostenibilidad, de la justicia y de la justa distribución de los recursos. Desde el punto de vista de la Política de Buen Trato, supone poner al servicio de esta los medios necesarios para llevarla a cabo, y asumir la necesidad de mejora y corrección cuando se detecten errores que pongan en peligro dicho entorno de protección. La única respuesta positiva ante la fragilidad es el cuidado de lo vulnerable, es la defensa de las personas más débiles y la protección de las situaciones de especial vulnerabilidad. Se trata de un deber natural que no se funda en la reciprocidad como tal; es un comportamiento altruista que tiene su origen en un deber natural de responsabilidad.

Espiritualidad: Acompañar a la persona en su apertura a la transcendencia. El modelo de atención integral promovido por la Orden contempla el cuidado de la dimensión espiritual de la persona. Este compromiso supone reconocer la espiritualidad como realidad constitutiva del ser humano, en un proceso continuo de búsqueda de sentido de la vida y de plenitud, que puede abrirse también a la experiencia religiosa. Es un aspecto fundamental con el que las personas son capaces de dar sentido, que les ayuda a seguir y a reflexionar sobre su vida. En situaciones de especial vulnerabilidad, la espiritualidad no solo presenta necesidades específicas que deben ser adecuadamente atendidas y acompañadas, sino que aporta grandes potencialidades

para el crecimiento y bienestar personal. En el marco de nuestra Política de Buen Trato acogemos y respetamos la diversidad de posiciones y planteamientos existenciales, acompañando las diversas experiencias para favorecer el crecimiento personal y el adecuado desarrollo de las capacidades espirituales. Y sólo desde el respeto a estos valores –sean o no religiosos– de las personas podemos hablar de una atención integral a la persona. Y cuando ello no se hace, se atenta a la dignidad y el respeto a la misma.



2. Contexto

1. Análisis de riesgo global de la OHSJD

Decidida a poner el foco en las personas a las que atiende, la OHSJD enfoca el análisis de riesgo propio de esta Política de Buen Trato en los posibles daños o abusos que puedan éstas sufrir a manos de la propia Orden y sus hermanos, trabajadores, colaboradores o voluntariado, así como de terceros externos, en cualquiera de las actuaciones que la OHSJD lleve a cabo. Poner a las personas con las que trabaja la OHSJD en el centro, por encima incluso de la propia Orden, es un eje vertebrador de la presente Política y, por tanto, también del análisis de riesgos que se ha elaborado como parte de la misma, cuyo detalle puede consultarse en el Anexo 2 de la misma.

En concreto, es la vulnerabilidad cualificada de muchas de las personas con las que la OHSJD trabaja la que justifica y vertebra el citado análisis de riesgos. El firme compromiso de la Orden de velar por que se respeten siempre los derechos a nacer, vivir decorosamente, ser curada en la enfermedad y morir con dignidad de estas personas, poniendo a la persona enferma o necesitada en el centro de su apostolado hospitalario (Constituciones, 23), se ve reforzado cuando atiende y trabaja con “los más débiles” (Constituciones 2 y 21). La persona enferma, necesitada, excluida, marginada, migrante o sin hogar, que sufre discapacidad o problemas de salud mental, los niños, niñas y adolescentes o los mayores, se ven más expuestos a ser heridos por otros, abusados o maltratados. Son factores de vulnerabilidad que, junto con los

aspectos ligados al contexto de cada actividad, las tareas desempeñadas, las personas a través de las cuales se llevan a cabo y su percepción de los posibles riesgos, han servido para elaborar el análisis cualitativo de riesgos propio de esta Política.

A través del análisis de riesgo llevado a cabo, la Orden busca tomar conciencia de los riesgos que existen en sus actividades para las personas con y para las cuales la Orden trabaja. Se trata de un análisis global, que deberá ser complementado posteriormente a diferentes niveles, hasta llegar al nivel de cada centro o actividad, con análisis de riesgos específicos a cada una de ellas. Todos ellos contribuyen a hacer de la OHSJD una “casa segura”, fruto de una hospitalidad inseparable de la seguridad. La Hospitalidad como Casa Segura implica no renunciar a la acogida y atención integral de cada persona, con calidad y calidez, profesionalidad y cercanía humana, pero tampoco negar que la propia actividad desempeñada por la OHSJD puede a su vez generar daños, o ser utilizada por trabajadores/as, colaboradores/as o terceros para abusar, maltratar o desatender de cualquier forma a quien ya de por sí sufre.

El alto nivel de riesgo original apreciado en la mayoría de los ámbitos de actividad de la OHSJD no significa que la probabilidad actual de abusos o malos tratos en centros de la Orden sea también alto en todos los casos. Dicho nivel de riesgo alto deriva de la propia actividad llevada a cabo, su contexto, las personas atendidas, las personas en contacto, etc. Pero es un nivel de riesgo original o apriorístico, previo por tanto a todas las medidas de prevención y mitigación que existen en los propios centros de la OHSJD, para minimizar la probabilidad de abuso o maltrato. En algunas ocasiones, estas medidas son específicas para prevenir abusos; en otras, la mitigación de estos riesgos es una consecuencia colateral positiva de la adopción de medidas con otros propósitos (ya sean por ejemplo medidas para asegurar el cumplimiento normativo, medidas para humanizar la atención y favorecer la presencia de familiares en todo momento, medidas de puertas abiertas para favorecer la transparencia de la atención, etc.). Aunque el análisis de estas medidas concretas debe realizarse de forma individual en cada centro o área de actuación de la OHSJD, se han señalado en el Anexo 2 algunas buenas prácticas y medidas de mitigación o

prevención apreciadas con ocasión de la realización del análisis global de riesgos general para toda la Orden, a raíz de las entrevistas estructuradas llevadas a cabo y la documentación revisada para ello.

Sin perjuicio del detalle presente en el Anexo 2, se incluye a continuación un cuadro resumen de los resultados globales obtenidos, donde el color rojo corresponde a un nivel alto (de riesgo o percepción), el color naranja a un nivel medio (de riesgo o percepción) y el color verde a un nivel bajo (de riesgo o percepción). El color blanco se ha usado para denotar la ausencia de datos representativos:

ÁREA	Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
Infancia	●	●	●	●	●
Hospitalario	●	●	●	●	●
Acción Social	●	●	●	●	●
Discapacidad	●	●	●	●	●
Salud Mental	●	●	●	●	●
Mayores / Residencias	●	●	●	●	●
Docencia Universitaria	●	●	●	●	●
Cooperación Internacional	●	●	●	●	●
Voluntariado	● ● ●	●	●	● ● ●	●

● Alto
● Medio
● Bajo

Estos datos de base explican la importancia de elaborar y aprobar la presente Política.

2. Marco legal

Junto a los datos anteriores, en la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006** y ratificada en 2007 por España, se asegura que se deberán tomar todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica que proporcionen salvaguardas adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos.

En su **artículo 16**, sobre la protección contra la explotación, la violencia y el abuso, refiere que los Estados Parte adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género. Además, los Estados Parte tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección.

Los Estados Parte adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados. En el ámbito estatal estas cuestiones son abordadas por la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (RDL 1/2013, de 29 de noviembre).

Por su parte, la **Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar (ENI-PSH) 2015-2020**, aprobada por Acuerdo de Consejo de Ministros de 6 de noviembre de 2015, en tanto en cuanto no se apruebe una nueva Estrategia en este ámbito, es el instrumento de referencia que propone el Gobierno para dar respuesta a la situación de las personas sin hogar y crear un marco integral de actuación con este colectivo, con el horizonte final de la erradicación del sinhogarismo en nuestro país, mediante el objetivo a medio plazo de la reducción del número de personas que tienen que estar sin hogar, así como mediante su prevención.

En la **Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada el 20 de noviembre de 1989** y ratificada por España en 1990, se recuerda que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.

El legislador español, a partir de 2015, ha apostado también por una intervención integral en relación con la protección de los niños y las niñas y sus derechos, además de ir adecuando la legislación penal a las nuevas formas de comisión de delitos en esta materia.

Así el art. 11. 3 de la **Ley Orgánica de Protección jurídica del menor** (modificada por Ley 26/2015) señala: Los poderes públicos desarrollarán actuaciones encaminadas a la sensibilización, prevención, detección, notificación, asistencia y protección de cualquier forma de violencia contra la infancia y la adolescencia mediante procedimientos que aseguren la coordinación y la colaboración entre las distintas Administraciones, entidades colaboradoras y servicios competentes, tanto públicos como privados, para garantizar una actuación integral.

Por otra parte, la **Ley Orgánica 8/2021 de 4 de junio de Protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia (LOPVI)** contiene muy importantes previsiones en esta materia. La ley exige una formación especializada, inicial y continua, de todos los profesionales que tengan contacto habitual con personas menores de edad, creando figuras de referencia como el coordinador de bienestar y protección en los centros escolares y el delegado de protección en las actividades deportivas, de ocio y tiempo libre, y establece la necesidad de adoptar guías de conducta, así como protocolos de actuación para proteger a los niños y las niñas frente a cualquier tipo de violencia.

Son reseñables varios artículos de dicha ley en relación con el deber de denuncia de la ciudadanía, el deber cualificado de quienes por su profesión o dedicación tengan encomendada la educación o cuidado de menores y la regulación del Registro central de delincuentes sexuales creado en 2015.

Por lo que se refiere al derecho de asilo y la protección subsidiaria, se encuentra regulado en la **Ley 12/2009**, de 30 de octubre, que recoge el Derecho emanado de la Unión Europea y de la **Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, adoptada en Ginebra el 28 de julio de 1951**.

Además de todo ello, ha de tenerse en cuenta el **Código Penal**, que contiene numerosas figuras delictivas destinadas a proteger, bien específica, bien especialmente, a las personas menores de edad y a las personas con discapacidad necesitadas de especial protección. Asimismo, hay que contar con la **regulación** que en relación con las citadas materias se haya dictado por las **Comunidades Autónomas en el ámbito de sus competencias**.

3. Marco Canónico

Los documentos más relevantes de la Iglesia católica en la materia que nos ocupa son los siguientes, especialmente centrados en la prevención de abusos sexuales sobre menores:

- ✕ **Motu proprio *Sacramentorum sanctitatis* tutela del Papa San Juan Pablo II, de 30 de abril de 2001.** En él se promulgaron las *Normas para los delitos más graves*, entre los cuales está el abuso sexual. Estas normas solo alcanzan a los delitos contra el Sexto Mandamiento del Decálogo cometidos por un clérigo con un menor. Se considera menor a aquella persona con edad inferior a 18 años.
- ✕ ***Normas sobre delitos graves reservados para la Congregación para la Doctrina de la fe* del Papa Benedicto XVI, de mayo de 2010.** Se trata de una actualización exhaustiva del anterior, considerándolo integrado dentro de los “delitos más graves” y, por tanto, reservados a la Congregación para la Doctrina de la Fe. Elevó también el plazo de prescripción del delito a los diez años, comenzando a contar desde el día en que el menor hubiera cumplido los dieciocho años y, también por lo que toca a los clérigos, estableció la posibilidad de que la Congregación pueda levantar la prescripción en cada caso concreto. Además, en relación a las víctimas, se equipara al menor a la persona que habitualmente tiene un uso imperfecto de la razón (por ejemplo una persona con una discapacidad intelectual), adultos vulnerables en la terminología de esta Política.

- ✕ **Carta circular de la Congregación para la doctrina de la fe a las Conferencias Episcopales de 3 de mayo de 2011:** preparación de Líneas Guía sobre casos de abuso sexual de menores por parte del clero.
- ✕ **Directivas de la Comisión Pontificia para la protección de menores de 2015.**
- ✕ **Motu propio “Como una madre amorosa” del Papa Francisco, de 4 de junio de 2016,** donde se establece que la obstrucción o la negligencia de un Ordinario (Obispo o Superior mayor) en la gestión de las denuncias puede ser causa de deposición.
- ✕ **Carta al Pueblo de Dios del Papa Francisco, de 20 de agosto de 2018.**
- ✕ **Motu propio “Vosotros sois la luz del mundo” del Papa Francisco, de 7 de abril de 2019.** En él se establece un procedimiento para denunciar abusos de Obispos, se tipifica el delito de encubrimiento, y se impone la obligación a las diócesis de elaborar en un año un sistema para que los fieles presenten informes relativos a estos delitos.
- ✕ **Congregación para la doctrina de la fe.** Vademécum sobre algunas cuestiones procesales ante los casos de abuso sexual a menores cometidos por clérigos, de 16 de julio de 2020.

Finalmente, el 8 de diciembre de 2021 entró en vigor la reforma del Código de Derecho Canónico. Entre otras cuestiones se reforma el Libro VI del Código de Derecho Canónico sobre las **sanciones penales** en la Iglesia católica a los delitos objeto de este protocolo.

Es importante en esta materia el nuevo canon 1398 CIC 1983. En él se tipifica como delito el acto contra el sexto mandamiento del Decálogo cometido con un menor, una persona que habitualmente tiene un uso imperfecto de razón (persona con una discapacidad psíquica) o con persona a la que el derecho reconoce igual tutela (persona vulnerable). Se tipifica en términos amplios la pornografía

infantil. Este canon introduce además la novedad, en su §2, de extender el tipo delictivo más allá de las conductas contra la libertad sexual realizadas por clérigos, pues también los religiosos o miembros de sociedades de vida apostólica, y los laicos que gozan de alguna dignidad o desempeñan algún oficio o función en la Iglesia, pueden cometer estos delitos. Se extiende también a religiosos y laicos la realización del tipo del canon 1395 §3 CIC 1983, a saber, el que con violencia, amenazas o abuso de autoridad, comete un delito contra el sexto mandamiento u obliga a alguien a realizar o sufrir actos sexuales (se trata aquí de adultos).

Téngase en cuenta que, para los presuntos abusos sexuales cometidos por religiosos o religiosas no clérigos con anterioridad al 8 de diciembre de 2021, el único cauce procedimental es el de la expulsión obligatoria del canon 695 CIC 1983, con alguna excepción, y que se tramitaba, una vez realizada una investigación previa, conforme a las normas de los cánones 698-701 CIC 1983. Este canon 695 CIC fue reformado a través del *motu proprio Recognitum Librum VI*, del Papa Francisco, de 26 de abril de 2022. Desde el 8 de diciembre de 2021 los religiosos y los laicos pueden cometer los delitos *contra sextum* antes reseñados, no obstante, para los religiosos permanece una sanción adicional que es la expulsión del instituto, la cual constituye siempre un acto administrativo competencia del Moderador supremo religioso.

En la nueva redacción del canon [abril 2022] se establece que el religioso que cometa alguno de los delitos de los cánones 1395 (concubinato, permanecer en otro pecado externo con el sexto mandamiento del Decálogo, o cometer el delito [los actos u omisiones contra el sexto mandamiento u obligar a alguien a realizar o sufrir actos sexuales] públicamente, o con violencia o amenazas o abuso de autoridad, o 1397 (homicidio, rapto, retención con violencia o fraude, aborto procurado) y 1398 (delito *contra sextum* con un menor, persona que tiene habitualmente un uso imperfecto de razón o a la que se le reconoce en Derecho igual tutela, pornografía infantil), debe ser expulsado. Solo en los casos de comisión de los hechos del canon 1395 cabe la posibilidad de que no se materialice la expulsión si el Superior mayor considera que esta no es absolutamente necesaria y que la enmienda del religioso, la restitución de la justicia y la reparación del escándalo pueden satisfacerse de otro modo.



3. Ámbito de aplicación de la política

Como política global, esta Política de Buen Trato se aplica a toda la **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Provincia España**, que comprende:

- × 80 centros y dispositivos sanitarios, sociales, sociosanitarios, docentes y de investigación.
- × 180 Hermanos.
- × 1.900.000 personas atendidas (niños, niñas y adolescentes beneficiarios/ usuarios/estudiantes/..., y sus familias).
- × 15.000 profesionales: contratado, voluntarios/as, colaboradores/as, asociados/as, consultores/as.
- × 5.000 voluntarios/as, bienhechores/as y donantes.

Desde el punto de vista de las actividades, la política será de obligado cumplimiento en todas las actividades que realiza la Orden que incluyen los siguientes ámbitos:

- × Hospitalario
- × Social
- × Salud Mental
- × Discapacidad
- × Mayores
- × Cooperación Internacional
- × Docencia
- × Investigación

A nivel geográfico el ámbito territorial de actuación es el territorio español en el que la Orden desarrolla su trabajo a través de los centros referidos, así como aquellos países en los que lleva a cabo proyectos de cooperación internacional a través de varios programas y fundamentalmente a través de la Fundación Juan Ciudad.

A nivel de personal, la Política de Buen Trato se aplica:

- × A todos los hermanos.
- × Trabajadores/as.
- × Personas voluntarias.
- × Personas colaboradoras.
- × Personas y entidades externas que realicen actividades en centros de la OHSJD o con las cuales la Orden suscriba convenios de colaboración.



4. Principios de la Política de buen trato

1. Principios informadores de la Política

El derecho a la vida, la integridad y el libre desarrollo de la personalidad: una política de protección en su aplicación debe salvaguardar estos derechos como guía fundamental de sus actuaciones en relación con todas las personas y, muy especialmente, en relación con niños, niñas y adolescentes y personas adultas en situación de vulnerabilidad. Nos comprometemos a la defensa y promoción de la vida humana desde su concepción a la muerte. Implica la Humanización de la asistencia y la integridad (más allá de la integridad física). La misión de la Orden es contribuir a la protección de las personas vulnerables y, por tanto, tenemos la responsabilidad y el deber de buscar y poner en marcha los medios y recursos necesarios para proporcionar un cuidado adecuado.

No discriminación: bajo ningún concepto en la aplicación de la Política de Buen Trato la organización consentirá que se produzca ningún tipo de discriminación hacia la infancia, personas vulnerables, pacientes, usuarios/as y sus familias sin distinción alguna, independientemente de la raza, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición. Este principio es expresión del valor de Hospitalidad que para nuestra institución es el carisma y valor central. La Hospitalidad es acogida a TODOS/AS y crear entornos de protección, acogida, cuidado y bienestar para todos. La Hospitalidad se traduce en acoger sin distinción.

Enfoque basado en la persona: poner a la persona en el centro de las decisiones y de las acciones por encima de cualquier otro valor. Facilitar el apoyo y los recursos necesarios para garantizar su bienestar y protección de acuerdo con sus necesidades y sus circunstancias. En el marco de trabajo con personas menores de edad se traduce en el **interés superior del niño y la niña**.

Afirmamos que el **CENTRO DE INTERÉS** es la persona a la que se acompaña. Este principio inspira acciones en las que se priorizan y potencian las fortalezas de las personas, se tiene en cuenta sus deseos y se las incluye de manera activa en la toma de decisiones que afecten a su vida, a su bienestar y a su protección, incluyendo la respuesta ante posibles denuncias de abuso. Es expresión del valor de Calidad. Tenemos que estar siempre en el camino de la búsqueda de lo mejor para cada persona y garantizando su protección.

2. Principios procedimentales en la aplicación de la Política

Enfoque de gestión/mitigación de riesgos: en nuestros centros se promueve la cultura de seguridad y protección de las personas a las que acompañamos. Es fundamental, realizar los análisis de riesgo adversos necesarios para planificar las acciones de mitigación pertinentes con el objetivo de prevenir y reducir el impacto negativo frente a posibles eventos o situaciones de abuso.

Deber de cuidado: nuestra institución está dedicada a la atención de personas vulnerables y tenemos el deber moral, ético y legal de cuidarlos y establecer entornos de buen trato que garanticen su bienestar. Se trata de una responsabilidad ética-profesional respecto de la seguridad, la salud, el desarrollo y el bienestar de esas personas.

Tolerancia cero: nuestra institución no tolera ninguna situación de abuso, ya que la existencia o tolerancia de abuso es incompatible con la Hospitalidad.

Buen Trato: “el estilo de atención de San Juan de Dios” orienta esta visión holística y basada en un enfoque de derechos. Delimita el alcance de la obligación de garantizar y defender el respeto a la dignidad, la vida, la supervivencia, el bienestar, la salud, el desarrollo, la participación y la no discriminación de las personas más vulnerables y de esto depende el buen trato a las personas.

Transparencia, rendición de cuentas y buenas prácticas: Ser una institución modélica supone el uso abierto de la información en el desarrollo de nuestras actuaciones, así como asumir la responsabilidad de dichas actuaciones y sus consecuencias de manera clara y coherente con los preceptos que promovemos. Se trata asimismo de promover la excelencia, el aprendizaje y el cambio de cultura organizacional que garantice la protección y el buen trato.

Confidencialidad: es fundamental que seamos garantes de la privacidad y la intimidad de las personas a las que acompañamos de acuerdo con las leyes y procedimientos que eviten la revictimización, la victimización secundaria o reiteración del abuso.

Empoderamiento: garantizar que aquellos a quienes va destinada la política están equipados, formados e informados, con el necesario conocimiento sobre sus derechos y diferentes mecanismos para gobernar su propia vida y disfrutar así de un enfoque más humano en la gestión de su proyecto de vida. Estrechamente relacionado con el respeto a la dignidad de las personas y su autonomía (a los niveles que la persona tenga capacidad para ejercerla), al empoderamiento siempre posible, y a la libertad que puedan ejercer sin perjuicio propio.

No causar daño: se trata de uno de los principios básicos de la bioética, *primum non nocere*, que informa de que nuestras actuaciones no supondrán ningún daño o perjuicio injustificado para aquellos con los que trabajamos.



5. Estándares de implementación de la política de buen trato

Los estándares se utilizan ampliamente para garantizar que los programas, operaciones y el personal de la OHSJD cumplan con eficacia la puesta en marcha de esta Política.

Los estándares describen toda una serie de buenas prácticas destinadas a prevenir daños, detectarlos y dar respuestas adecuadas a cada contexto en el que se desenvuelve la OHSJD, priorizando las áreas que abordarán de mejor manera la mitigación de los riesgos analizados. Son una declaración de mínimos del trabajo que se desarrollará a partir de la aprobación de esta política.

1. Política

OHSJD desarrolla y revisa de manera regular su Política de Buen Trato que describa cómo la organización se compromete a prevenir daño a las personas con las que trabaja, a responder de manera adecuada ante situaciones de posible abuso y a promover un entorno de buen trato.

Esta Política está aprobada por el Consejo de Administración de la Provincia San Juan de Dios de España, órgano de gobierno y gestión de nuestra Institución. Dicho Consejo tiene la responsabilidad de supervisar la implementación de esta política.

Implica su difusión, accesible, entendible para todos los trabajadores, voluntarios, beneficiarios, usuarios (y sus familias), socios y cualquier ente o persona con las que se colabore, su inclusión como parte de la formación impartida por la Orden y su actualización.

2. Procedimientos

La OHSJD promueve la creación de entornos seguros y de buen trato en todos los ámbitos de su trabajo a través de la aplicación de procedimientos y protocolos de protección de alta calidad que se aplican en todos los programas y actividades. Estos protocolos se adaptarán, cuando sea necesario, para estar alineados con el contenido de la presente Política.

Se incluyen ejercicios de evaluación y mapeo de riesgos a nivel de centro y sus correspondientes procedimientos y protocolos: procedimientos de recepción, atención y supervisión de usuarios/as, beneficiarios/as, pacientes; códigos de conducta tanto a nivel organizativo como para determinadas actividades y ámbitos (muchos de los cuales ya existen por lo que son susceptibles de revisión a la luz de esta política); estrategias de trabajo con organizaciones socias que promuevan la política de buen trato; revisión de infraestructuras físicas y virtuales en las que se interactúa y trabaja con beneficiarios, usuarios, pacientes, etc.; desarrollar lineamientos de una política de protección online adaptada y de uso y manejo de dispositivos electrónicos tanto por los trabajadores como por los usuarios; mecanismos de recolección de consentimientos informados para diferentes tipos de actividades que deban desarrollarse que tengan en cuenta la protección y el buen trato de las personas vulnerables; desarrollar un Plan de Acción de Buen trato a nivel de centro que traduzca a la práctica los principales preceptos de la política de Buen trato; desarrollar estrategias de comunicación interna y externa claras sobre la política de Buen Trato y sus mecanismos; llevar a cabo consultas con los beneficiarios/as, usuarios/as, pacientes a quienes va dirigida esta política.

3. Rendición de cuentas, transparencia y gobernanza

La dirección de la Orden asume la responsabilidad de la implementación de la política y, por tanto, la OHSJD realiza un seguimiento y revisión periódicas de las medidas de protección de la organización. De esta manera analizaremos el progreso, desempeño y lecciones aprendidas para incorporarlas en futuras revisiones de la política.

Se llevarán a cabo autoevaluaciones de cumplimiento de los estándares e indicadores de buen trato, así como las necesarias auditorías y evaluaciones internas y/o externas que se acuerden a nivel del Consejo de Administración, así como a nivel de centro que proporcionen informes de avance en la implementación de la política.

Se designará a uno o varios/as responsables de Buen trato por centro/área/departamento, además de aquellos que se nombren a nivel provincial (ver Roles y Responsabilidades). Y se asignarán los recursos necesarios para acometer el trabajo en el ámbito de Buen trato, lo que implica la provisión de gasto en los presupuestos anuales por parte de la organización de manera que se garantice la sostenibilidad de las acciones.

4. Selección, formación y supervisión de personal

Existen políticas claras y procedimientos de selección de personal que consideran las cualidades profesionales requeridas para trabajar promoviendo entornos seguros y garantizando la contratación segura de los profesionales. Se revisarán los procedimientos de selección desde los anuncios de empleo, entrevistas, contratos de trabajo, voluntariado y colaboraciones, búsqueda adecuada de referencias y las correspondientes certificaciones del Registro de Agresores Sexuales.

Se proporcionarán directrices claras para el comportamiento y conducta del personal, voluntariado y colaboradores (Estándar Código de Conducta) y se re-

visará el sistema de régimen disciplinario de OHSJD para que se alinee con esta política en lo que tenga relación con la posible contravención de los preceptos del código de conducta.

La Orden asume la obligación de proporcionar la necesaria formación y fortalecimiento de capacidades al personal para que todos los que están vinculados al trabajo de OHSJD sepan cómo proteger a las personas vulnerables. Es esencial que todas las personas contratadas, voluntarias y colaboradoras tengan acceso a formación de manera regular, así como aquellas que vayan a desempeñar funciones específicas de Protección y Buen trato (responsable de Buen trato).

5. Sistema de respuesta y protección de las personas en casos de abuso

Existe un plan de respuesta adecuado para reportar y responder que describe procedimientos claros y por escrito sobre cómo manejar notificaciones e incidentes. Este sistema se adecúa al sistema legal que exista en cada una de las CCAA en las que opera OHSJD para la denuncia de posibles situaciones de abuso y maltrato.

Se mapearán los diferentes recursos institucionales establecidos por las administraciones y organizaciones sociales de las diferentes CCAA en las que OHSJD desarrolla su actividad.

La Orden se asegurará de que existan mecanismos y canales adaptados y accesibles a todos los grupos de beneficiarios/as, usuarios/as, pacientes y personas vulnerables para la comunicación de posibles situaciones de abuso.

Se designarán personas como responsables de protección y buen trato en la organización con capacidad y autoridad para responder y gestionar posibles casos de abuso.

6. Planificación segura y gestión de riesgos

Para garantizar una eficiente planificación del trabajo en el marco de cada uno de los centros, programas y proyectos que desarrolla OHSJD, se debe realizar una adecuada identificación y análisis de los riesgos potenciales de esa actividad/programa. A través de los correspondientes mapas de riesgo cada centro deberá evaluar en términos de probabilidad y gravedad el impacto que pueden tener en las personas vulnerables y en la organización.

Así se podrán poner en marcha las necesarias medidas de mitigación que garanticen una planificación protectora de las actividades programadas, así como la adecuada capacidad de respuesta en caso de ser necesario.

7. Código de conducta

La OHSJD contará con unas directrices claras sobre cuáles son los comportamientos apropiados esperados de sus trabajadores, voluntarios y colaboradores hacia las personas vulnerables con y para las que se desarrolla su actividad.

Se trata de una guía clara y concisa de cuáles son y cuáles no son comportamientos aceptables cuando se trabaja y/o colabora con OHSJD. Todo el personal, voluntarios/as, y asociados/as y colaboradores deben aceptar y suscribir el código de conducta desde el comienzo de su trabajo. Este Código de Conducta se debe cumplir dentro y fuera del lugar de trabajo.

Existe información clara sobre las consecuencias de incumplir o contravenir dichos lineamientos.



6. Roles y responsabilidades

Crear un entorno de buen trato en la OHSJD es responsabilidad de todos y todas y bajo ningún concepto se dejará de actuar ante las preocupaciones o revelaciones relacionadas con abuso o explotación de las personas vulnerables.

Las y los responsables de OHSJD y, en última instancia, los directores y directoras son responsables de esta política y su implementación, dentro de sus respectivos ámbitos de responsabilidad.

No obstante, la OHSJD contará con los órganos necesarios a nivel provincial para la adecuada difusión, implementación y actualización de la presente Política. En particular, junto con la aprobación de la Política, la Orden crea:

× **Una Comisión de Buen Trato**, de carácter interdisciplinar y formada por representantes de todos los ámbitos de actuación de la Orden, que se reunirá de manera periódica o a propuesta del/la Responsable Provincial de Buen Trato, para controlar y fomentar la implementación de la presente Política, aprobar las actualizaciones que resulten necesarias, abordar los casos más relevantes que se presenten en este ámbito y emitir un informe periódico sobre el cumplimiento de la Política de Buen Trato a nivel de la Orden.

La Comisión de Buen Trato gozará de autonomía suficiente para llevar a cabo sus funciones, dependiendo directamente del Consejo de Administración y coordinando su actuación con los órganos de máximo nivel dentro de la Orden. Tendrá un carácter imparcial y sus miembros deberán

contar tanto con competencias profesionales reconocidas en los diferentes ámbitos de actuación de la Orden como con sensibilidad y formación propios del buen trato.

× **Un/una Responsable Provincial de Buen Trato** que, con carácter permanente, velará por la implementación de la Política de Buen Trato, convocará la Comisión de Buen Trato siempre que resulte necesario, promoverá la difusión de la Política y su inclusión en los programas de formación de la Orden, suministrará a la Comisión los documentos necesarios para llevar a cabo sus funciones y responderá ante la Comisión y el Consejo de Administración del correcto desempeño de sus funciones, debiendo proporcionar la información requerida por cualesquiera de estos órganos.

En especial, el/la Responsable Provincial de Buen Trato deberá recabar información de todos los centros y departamentos de la Orden para comprobar el correcto cumplimiento de la Política de Buen Trato, les prestará asesoramiento y respuesta en materia de buen trato y velará por que los/las responsables de buen trato previstos en la Política a nivel de cada centro o departamento sean efectivamente nombrados y cuenten con los medios suficientes para el correcto desempeño de sus tareas. También recabará información sobre los posibles casos de abuso o maltrato que puedan ocurrir en el ámbito de aplicación de la presente Política, para velar por que sean abordados adecuadamente y con pleno respeto a los principios y estándares establecidos en la Política, informando de ello a la Comisión de Buen Trato.



7. Desarrollo y evaluación interna y externa

Con el fin de garantizar la adecuada puesta en marcha de la Política y su aplicación práctica en todos los ámbitos de actuación de la orden se diseñará un Plan de Acción de Buen Trato de la Orden cuyos logros se evaluarán de manera periódica a través de un sistema de indicadores que faciliten el análisis de áreas de mejora, buenas prácticas y la priorización de aquellos temas que resulten de mayor relevancia para la Orden.

Dicho sistema de implementación y evaluación periódica interna se desarrollará sin perjuicio de la posible revisión por parte de entes externos sobre el trabajo que realice la Orden en esta área.



8. Anexos/protocolos/ procedimientos

ANEXO 1: DEFINICIONES

- × **Persona vulnerable:** cualquier persona en estado de enfermedad, de deficiencia física, mental o psicológica, o de privación de la libertad personal que, de hecho, limite incluso ocasionalmente su capacidad de entender o de querer o, en cualquier caso, de resistir a la ofensa. Al describir el concepto de persona vulnerable, debe atenderse igualmente a la “vulnerabilidad social”, entendiendo por tal el riesgo de una persona o grupo de sufrir un daño ante una eventual contingencia. Se trata de situaciones con un fuerte componente estructural, y que se manifiestan subjetivamente en un sentimiento de inseguridad o de indefensión ante el mismo. En las sociedades occidentales actuales, la vulnerabilidad está estrechamente vinculada con la inestabilidad laboral, la fragilidad de las relaciones sociales y la falta de acceso a prestaciones sociales. Entre las personas vulnerables se incluyen niños y niñas que son las personas menores de 18 años.
- × **Niño, niña o adolescente:** toda persona menor de 18 años.
- × **Violencia/maltrato:** Acción u omisión o trato negligente, vulneradora de los derechos de las personas, que amenaza o impide su seguridad y la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas básicas. Incluye toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

- × **Buen trato:** Fundamentación de toda actuación protectora y de cuidado de las personas desde el respeto de todos sus derechos, la consideración primordial de su interés superior, y en particular su derecho a ser escuchados, su derecho a la vida y al desarrollo y a la no discriminación. El buen trato no es solo la eliminación de toda forma de violencia sino también, y, sobre todo, un mandato de actuación positiva en relación con el cuidado de las personas, que procura su desarrollo holístico.
- × **Entorno protector y de cuidado:** ambientes donde todas las actividades que se realizan o promueven se basan en una cultura de cuidado integral y buen trato y donde se garantizan los derechos de las personas y se favorece su desarrollo pleno. En estos espacios se previene la violencia, se detecta en caso de existir, y se interviene de la manera más adecuada, segura y eficaz.
- × **Enfoque de derechos:** Afirma y defiende como objetivo primordial el respeto de la dignidad, la vida, la supervivencia, el bienestar, la salud, el desarrollo integral, la participación y la no discriminación de las personas como titulares de derechos. En particular, se asume el paradigma del niño y la niña como titulares de derechos y se trabaja en hacerlos efectivos conforme a la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas. [5]
- × **Contratistas, proveedores, socios y consultores:** aquellas personas ajenas a la Orden con las que se establecen relaciones contractuales o acuerdos para proporcionar bienes, servicios o colaboraciones, tanto si hay algún tipo de beneficio como si no lo hay.
- × **Entidades:** organizaciones, instituciones, fundaciones, compañías, diócesis, empresas o similares con quienes OHSJD puede establecer relaciones de colaboración o contractuales.

ANEXO 2: ANÁLISIS DE RIESGO OHSJD

ANÁLISIS DE RIESGOS: ENTORNOS DE BUEN TRATO DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

CONTENIDO:

1. Introducción
2. La vulnerabilidad como factor de riesgo vs la hospitalidad como medida de mitigación
3. Metodología
4. Análisis de riesgo y principales hallazgos
5. Buenas prácticas y medidas de mitigación identificadas

1. Introducción

Los mapas de riesgos han sido considerados tradicionalmente como herramientas que permiten identificar y clasificar los distintos riesgos a los que se enfrenta una organización en el ejercicio de su actividad. Las variables que suelen emplearse para ello son la magnitud de cada posible daño y su probabilidad o frecuencia. Sin embargo, muchos mapas de riesgos institucionales pasan por alto un presupuesto lógico para su elaboración: la determinación del sujeto central sobre el que pivotará el mapeo de riesgos. A la pregunta ¿qué riesgos afronta la Orden en el ejercicio de sus actividades? precede una cuestión esencial: ¿a quién afectan los riesgos que se buscan identificar y clasificar?

Dos son las opciones principales para responder a esta pregunta. La primera implica poner el foco en la propia organización, en este caso, la OHSJD. Es el enfoque que adoptan muchos mapas de riesgos, especialmente en el ámbito del llamado “cumplimiento normativo”: ¿qué riesgos existen para la Orden en términos de posible responsabilidad civil, administrativa, penal..., si se infringen las normas que disciplinan su actividad? La segunda, en cambio, implica poner el foco en las personas atendidas por la OHSJD: ¿qué posibles daños o abusos pueden sufrir, a manos propias, de terceros externos o de la propia Orden y sus colaboradores? Especialmente, si se trata de riesgos que la Orden pueda detec-

tar, prevenir o minimizar. Es este segundo enfoque el que adopta la presente Política de Buen trato. Poner a las personas con las que trabaja la OHSJD en el centro, por encima incluso de la propia Orden, es un eje vertebrador de la presente Política y, por tanto, también del mapa de riesgos que se ha elaborado como parte de la misma.

En ese sentido, una cualidad inherente a toda persona es su vulnerabilidad. Es un atributo propio del ser humano, consustancial a su condición finita: el ser humano puede herir y ser herido, abusar y ser abusado, maltratar y ser maltratado. Esta vulnerabilidad no es un defecto, sino una condición de posibilidad de la vida en común: es el rostro de la persona que sufre el que nos interpela, nos llama a sufrir con ella y genera nuestra responsabilidad. Por eso nos hemos comprometido a velar por que se respeten siempre sus derechos a nacer, vivir decorosamente, ser curada en la enfermedad y morir con dignidad, poniendo a la persona enferma o necesitada en el centro de nuestro apostolado hospitalario (Constituciones, 23). Sabiendo que el sufrimiento que muchas veces acompaña a la vulnerabilidad no es algo de lo que se pueda prescindir, sino un elemento biográfico de cada persona cuyo misterio más profundo no podrá ser desvelado nunca, ni tampoco reconducido a una racionalidad deseada” (Cata de Identidad, 21).

No podemos negar además que, más allá de la finitud última de toda persona, hay en este mundo personas que sufren una especial vulnerabilidad: son “los más débiles” (Constituciones 2 y 21). El ser humano enfermo, necesitado, excluido, marginado, migrante o sin hogar, que sufre discapacidad o problemas de salud mental, los niños, niñas y adolescentes o los mayores, se ven más expuestos a ser heridos por otros, abusados o maltratados. Su menor capacidad para identificar en muchos casos los propios abusos, para defenderse, comunicarse y denunciar, o su dependencia económica, social, afectiva o psicológica en algunas ocasiones, son algunos de los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad de estas personas. Por eso, esta especial vulnerabilidad es en realidad la otra cara, inseparable, de la hospitalidad profesada por la OHSJD, “gozando con quien goza y sufriendo con quien sufre” (Constituciones, 46), al estilo de San Juan de Dios, que se encarnó en los pobres y los enfermos como uno más, acogiendo y atendiendo a sus necesidades (Carta de Identidad, 38-39).

2. La vulnerabilidad como factor de riesgo vs la hospitalidad como medida de mitigación

La OHSJD y su hospitalidad deben ser una casa para acoger a quien más lo necesita, pero esa casa debe ser, además, ante todo, una “casa segura”. La Hospitalidad como Casa Segura implica no renunciar a la acogida y atención integral de cada persona, con calidad y calidez, profesionalidad y cercanía humana, pero tampoco negar que la propia actividad desempeñada por la OHSJD puede a su vez generar daños, o ser utilizada por personal, colaboradores o terceros para abusar, maltratar o desatender de cualquier forma a quien ya de por sí sufre. La construcción de esta Casa Segura exige, por tanto, identificar los distintos riesgos a los que se enfrentan las personas más vulnerables con las que trabaja y a las que acompaña la OHSJD, las ocasiones y los factores que hacen más propicio el posible abuso o maltrato dirigido a estas personas, para tomar conciencia de ello y así mejor prevenirlos o minimizarlos dentro de lo posible.

3. Metodología

El presente mapa de riesgos, centrado en la realidad de las personas vulnerables en relación con la concreta actividad desempeñada por la OHSJD, trata de dar respuesta a esta necesidad. Para ello, a la vista del gran tamaño de la Orden, su extraordinaria diversidad de actividades y el amplio número de profesionales, colaboradores y voluntarios que desempeñan labores en el marco de la OHSJD, se ha optado por un análisis de riesgos de tipo cualitativo, basado en entrevistas estructuradas a profesionales que prestan servicios en los distintos ámbitos de actuación de la OHSJD (hospitales, acción social, discapacidad, salud mental, mayores y residencias y docencia universitaria, además de responsables transversales de cooperación internacional y voluntariado). A través de las personas entrevistadas se ha buscado reflejar la gran diversidad de actuaciones, centros, sensibilidades, matices y realidades geográficas que acompañan las actividades de la OHSJD en España, signo de la riqueza y creatividad del carisma hospitalario. Se ha tratado en todos los casos de personas que, por su trayectoria, su

cargo, sus tareas dentro del centro o su relación con la OHSJD podían ofrecer una visión más amplia del trabajo desempeñado, no solo circunscrita a una concreta posición profesional sino a todo el centro o todo el ámbito de actividad afectados. Las entrevistas estructuradas se han complementado con el juicio de los expertos que han elaborado el presente mapa de riesgos, especializados en prevención de abusos desde una perspectiva integral, para la creación de un entorno seguro y de buen trato.

Los resultados del análisis se han agrupado según las diversas áreas de actividad de la OHSJD, exceptuando la investigación –por el menor contacto directo con personas vulnerables en dicho ámbito, a pesar de la posibilidad que existe en algunos ámbitos, como el social, cuando se llevan a cabo investigaciones con grupos de control, en las que debe producirse una especial atención a la protección del buen trato y a las consideraciones éticas– y añadiendo en cambio tres apartados específicos centrados en infancia, cooperación internacional y voluntariado, por su importancia para la prevención de abusos y malos tratos específicos en cada una de estas áreas. Todos ellos se han reflejado en detalle en las fichas desarrolladas por cada área.

El análisis de riesgo –y las entrevistas realizadas– se ha estructurado en torno a cuatro grandes ejes, que agrupan los diversos factores de vulnerabilidad que hacen más factible un abuso o maltrato en cada ámbito, o que dificultan su detección y/o prevención. Ello determina a su vez la mayor probabilidad original de que un determinado riesgo pueda llegar a materializarse, complementando así el análisis cualitativo con una variable semi-cuantitativa basada en el juicio de expertos. Los cuatro ejes empleados son los siguientes:

- ✕ Variables ligadas al contexto geográfico (país, zona, barrio) y al contexto físico (tamaño y características de los centros en que se desarrolla la actividad), que sitúan a la persona vulnerable en un concreto espacio;
- ✕ Variables ligadas a las personas atendidas y acompañadas (pacientes, residentes, estudiantes, personas usuarias, etc.), que explican su mayor vulnerabilidad subjetiva –apuntada anteriormente–;

- ✕ Variables ligadas a las concretas tareas que se desempeñan, que incrementan la vulnerabilidad objetiva de dichas personas; y
- ✕ Variables ligadas a las personas que desempeñan la actividad (profesionales internos o externos, personas voluntarias, etc.), que pueden suponer un factor de riesgo adicional en algunos casos, si emplean las actividades de la OHSJD para acceder a colectivos vulnerables (infancia, mayores, etc.) y cometer abusos.

Además, se ha añadido una variable ligada a la percepción del riesgo dentro de los ámbitos de actividad analizados, basada en las entrevistas realizadas, que ofrece una idea sobre cómo perciben las personas implicadas en la actividad los riesgos de abuso o maltrato ligados a su actividad, no solo aquellos cometidos por las personas atendidas o sus acompañantes (sobre personal y colaboradores del centro o entre sí), sino también aquellos que puedan llegar a cometer profesionales y colaboradores de la OHSJD sobre las propias personas atendidas.

Se ha asociado así a cada una de estas variables un nivel de riesgo alto (rojo), medio (naranja), bajo (verde) en cada uno de los ámbitos de actividad analizados. Estos niveles también se han aplicado a la percepción del riesgo apreciada, empleando los mismos colores: (i) rojo para una alta percepción de riesgo, que asume una alta probabilidad original de que se produzcan posibles abusos o malos tratos —permitiendo así una mayor concienciación, para una mejor detección y prevención—; (ii) naranja para una percepción de riesgo media; y (iii) verde para una baja percepción de riesgo, que puede ser en sí misma un factor adicional de riesgo si conlleva un exceso de confianza y una menor atención a la detección y prevención.

En todos los casos, se ha adoptado un concepto de abuso o maltrato en sentido amplio, que incluye (i) el abuso físico y cualquier otro tipo de amenaza para la integridad física de las personas, incluido el abandono y la negligencia en el cuidado; (ii) el abuso o maltrato verbal y psicológico; (iii) el abuso de índole sexual, incluido aquel realizado a través de la tecnología o las redes sociales; (iv) el abuso patrimonial o económico; y (v) cualquier otro abuso o amenaza para los derechos de la persona, incluidos los abusos contra su dignidad, su intimidad, sus datos, su propia imagen, etc. Como se ha señalado anteriormente, este

concepto de abuso o malos tratos no pone el foco en el incumplimiento de normas legales, reglamentarias o deontológicas, aunque muchas veces también lo conlleva, sino en la falta de cuidado y atención integral a la persona, la lesión de sus derechos o, en los casos más graves, la agresión perpetrada contra ella, y el consiguiente daño que ello provoca.

El siguiente cuadro resume los resultados obtenidos en los distintos ámbitos de actividad, según la escala de colores anteriormente señalada:

4. Análisis de riesgo y principales hallazgos

ÁREA	Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
Infancia	●	●	●	●	●
Hospitalario	●	●	●	●	●
Acción Social	●	●	●	●	●
Discapacidad	●	●	●	●	●
Salud Mental	●	●	●	●	●
Mayores / Residencias	●	●	●	●	●
Docencia Universitaria	●	●	●	●	●
Cooperación Internacional	●	●	●	●	●
Voluntariado	● ● ●	●	●	● ● ●	●

● Alto
● Medio
● Bajo

Sin perjuicio de su análisis detallado en cada una de las secciones por áreas que se presentan en este documento, ofrecemos a continuación un resumen de los resultados globales obtenidos, que caracteriza el riesgo original de abuso o malos tratos al que se enfrenta la OHSJD en España en su conjunto. Este nivel de riesgo se ha considerado ALTO en todos los ámbitos de actividad de la Orden: infancia, hospitales, acción social, discapacidad, salud mental, mayores y residencias y cooperación internacional. Las únicas excepciones son la docencia universitaria, donde el nivel de riesgo se ha considerado MEDIO, y el ámbito del voluntariado, cuyo nivel de riesgo original puede ser ALTO o MEDIO según el ámbito en que se inserte la acción voluntaria.

Algunos de los factores que elevan el nivel de riesgo en la mayoría de los ámbitos de actividad analizados son los siguientes:

× **Respecto al contexto de la actividad**, el área geográfica no suele ser un factor de riesgo relevante, por no tratarse de zonas sistemáticamente deprimidas, sin infraestructuras esenciales o lastradas por la pobreza, la violencia u otros problemas estructurales similares, pese a que algunos centros sí atienden parcialmente a población de áreas que reúnen alguna de estas características. El caso es distinto en el ámbito de la cooperación internacional, donde el contexto geográfico de los países en que se desarrolla la actuación de la OHSJD sí representa un elemento que acrecienta el riesgo y la vulnerabilidad.

En cambio, respecto al contexto físico, éste sí suele suponer un factor de riesgo adicional de cara a la creación de entornos seguros y de buen trato. El gran tamaño de muchos de los centros, la presencia de zonas opacas (en ocasiones reforzada por política de “puertas cerradas” para preservar la intimidad), la existencia de un gran número de habitaciones individuales, o la existencia de espacios dedicados a actividades íntimas (aseo, duchas, vestuarios, etc.) o de contacto estrecho (rehabilitación, consulta y exploración, tutoría individual, etc.) incrementa el nivel de riesgo original.

× **Respecto a las personas atendidas y acompañadas**, el nivel de riesgo asociado a esta variable es prácticamente siempre muy elevado, por la propia vocación de la OHSJD de atender a los colectivos más vulnerables: niños, niñas y adolescentes, pacientes (especialmente en algunos ámbitos, como los cuidados paliativos y la atención en fase final de la vida, la psiquiatría o la geriatría, entre otros), personas con discapacidad o con enfermedades o trastornos asociados a su salud mental, colectivos en exclusión social (personas migrantes y refugiadas, sin hogar, que padecen adicciones, mujeres y familias en situación de especial vulnerabilidad), mayores y personas dependientes, etc.

En la mayoría de estos casos se da una menor capacidad de autoprotección por parte de la persona, así como una menor capacidad –en ocasiones– de identificar conductas constitutivas de abuso o maltrato, comunicarlas o

denunciarlas, fruto también de la invisibilización o estigmatización que sufren muchas de estas personas en la sociedad, antes incluso de entrar en contacto con la Orden. La dependencia emocional y física frente a profesionales y personas cuidadores, la necesidad de asistencia para llevar a cabo algunas actividades básicas de la vida diaria (incluido el vestirse y desvestirse, el aseo, etc.), así como el acceso físico a su cuerpo que la atención exige en muchos casos (exploración, fisioterapia, cuidado íntimo, etc.) incrementan el nivel de riesgo existente en estos casos. También lo hace la asimetría de información y autoridad que suele existir frente a las personas cuidadoras u otros colectivos (por ejemplo, el caso de estudiantes frente a profesores) o la extrañeza del medio en que se encuentran personas ya de por sí vulnerables en su propio entorno habitual.

En muchos casos, además, se dan en la misma persona atendida o acompañada un doble o triple factor de vulnerabilidad (por ejemplo, entre muchos otros casos, niños, niñas y adolescentes con discapacidad, mayores que son a la vez grandes dependientes, personas con problemas asociados a su salud mental y adicciones, o mujeres migrantes, refugiadas o sin hogar). Ello incrementa exponencialmente el riesgo de abuso o maltrato contra estas personas.

× **Respecto a las actividades desempeñadas en el marco de la OHSJD**, la mayoría de los ámbitos de actividad incluyen la realización de tareas sensibles que implican un mayor nivel de riesgo original de lo habitual. Entre este tipo de situaciones, pueden citarse las siguientes:

- a. situaciones de 1 a 1, que implican la atención e intervención directa e individual de una sola persona (profesional, voluntario, etc.), especialmente si implican contacto físico;
- b. asistencia en tareas de aseo, cuidado íntimo o personal;
- c. consultas y exploraciones médicas u otras actividades sanitarias sensibles (cuidados paliativos, aplicación de contenciones, atención domiciliaria, etc.);
- d. actividades con uso de vestuario;
- e. residencia o alojamiento temporal o permanente;

- f. actividades de ocio, deporte y tiempo libre, especialmente cuando se realizan fuera de los espacios habituales e impliquen pernocta;
 - g. actividades en el extranjero y lejos del marco de supervisión habitual, incluidas las actividades realizadas en el marco de un voluntariado;
 - h. actividades virtuales, especialmente cuando son con cámara;
 - i. actividades que impliquen el acceso, manejo o intercambio de datos de carácter personal, especialmente cuando se trata de datos especialmente protegidos, o datos de contacto personales;
 - j. actividades relacionadas con la educación, especialmente en el caso de la educación especial, incluidas las tutorías individuales en el ámbito universitario;
 - k. actividades grupales, en las que las dinámicas llevadas a cabo también deben tener en cuenta los posibles riesgos para el buen trato de las personas participantes; etc.
- ✕ Respecto a las personas a través de las cuales la OHSJD lleva a cabo sus actividades, destaca la gran variedad y el amplísimo número de personas que pueden estar en contacto potencial con las personas atendidas y acompañadas en cada ámbito. Muchas de estas personas son profesionales con larga trayectoria en la Orden y amplia formación en sus valores, incluida la hospitalidad (y, como dimensión de ella, el buen trato y el cuidado). Sin embargo, muchos otros son profesionales externos, personal con alta rotación, personas menos formadas profesionalmente o en la cultura del buen trato, estudiantes y profesionales en formación o rotantes, familiares y acompañantes o, incluso, personas externas no identificadas en centros que tengan alta flexibilidad de entrada y horarios. También existe un gran número de personas voluntarias, que participan de casi todas las actividades llevadas a cabo por la Orden, incluida algunas que presentan un mayor nivel de riesgo potencial como las señaladas anteriormente. Todo ello, aunque redundante en muchos casos en una atención más personal y humana a las personas atendidas y acompañadas, supone también un factor de riesgo adicional para la creación de un entorno seguro y de buen trato. Especialmente en los casos en que la relación con la Orden es más corta, menos intensa o implica una menor formación específica para el buen trato.

- ✕ Finalmente, aunque ya se anticipó, existe en algunos ámbitos de actividad una baja percepción de riesgos de abuso o maltrato, que no se corresponde bien con el nivel objetivamente apreciado a la hora de realizar el presente mapa de riesgos. Esto puede conllevar una mayor dificultad para detectar situaciones de abuso y para prevenirlas tempranamente mediante la evitación de situaciones propicias al maltrato. Especialmente si se tiene en cuenta que (i) la mayoría de los estudios apuntan a un perfil de la persona maltratadora muy diferente al que muchas personas tienen en mente: “personas normales”, que no destacan ni se perciben a primera vista como potenciales maltratadores, y (ii) muchas situaciones de abuso o maltrato ni siquiera son intencionales y responden a una incapacidad del profesional, cuidador, voluntario, etc. para cuidar o para percibir el daño que causa con algunas de sus acciones, en muchos casos por falta de formación específica, por hartazgo, cansancio o desbordamiento (circunstancias que pueden darse en cualquier persona y en cualquier momento).

5. Buenas prácticas y medidas de mitigación identificadas

El ALTO nivel de riesgo original apreciado en la mayoría de los ámbitos de actividad de la OHSJD no significa que la probabilidad actual de abusos o malos tratos en centros de la Orden sea también alto en todos los casos. El nivel de riesgo alto apreciado deriva de la propia actividad llevada a cabo, su contexto, las personas atendidas, las personas en contacto, etc. Pero es un nivel de riesgo original o apriorístico, previo por tanto a tener en cuenta todas las medidas de prevención y mitigación que existen en los propios centros de la OHSJD, para minimizar la probabilidad de abuso o maltrato. En algunas ocasiones, estas medidas son específicas para prevenir abusos; en otras, la mitigación de estos riesgos es una consecuencia colateral positiva de la adopción de medidas con otros propósitos (ya sean por ejemplo medidas para asegurar el cumplimiento normativo, medidas para humanizar la atención y favorecer la presencia de familiares en todo momento, medidas de puertas abiertas para favorecer la transparencia de la atención, etc.).

Aunque el análisis de estas medidas concretas debe realizarse de forma individual en cada centro o área de actuación de la OHSJD, para analizar el nivel de riesgo actual que cada uno de ellos enfrenta en la realidad, pueden señalarse algunas buenas prácticas y medidas de mitigación o prevención apreciadas con ocasión de la realización del presente mapa de riesgos general de la Orden, a raíz de las entrevistas estructuradas que se han llevado a cabo y de la documentación revisada para ello.

Entre otras, pueden señalarse las siguientes:

- a.** Limitación de espacios oscuros, mediante partes transparentes o de cristal, favorecimiento de espacios abiertos, políticas de “puertas abiertas” (con la dificultad que a veces conlleva el equilibrio con otros intereses y derechos de las personas atendidas, como preservar su intimidad o favorecer la eficacia de ciertas actuaciones médicas, por ejemplo);
- b.** Establecimiento de protocolos específicos para dar respuesta a diferentes situaciones o adaptación de protocolos externos a la concreta realidad del centro afectado y su actividad (protocolos de manejo de situaciones de maltrato, de sospechas de abuso o agresión sexual, de buen uso de las tecnologías, etc.);
- c.** Establecimiento de equipos especializados en buen trato y formación de agentes clave para detectar indicadores de abuso y responder a casos individuales, registro de casos, etc.;
- d.** Equipos de referencia multidisciplinarios (en vez de un solo profesional de referencia) y realización de tareas delicadas entre dos profesionales y/o con testigos cuando la situación lo permita, reuniones de coordinación, acompañamiento de nuevos profesionales por otros de larga trayectoria en el centro o la Orden;
- e.** Establecimiento de comités o comisiones específicas, además de las legalmente exigibles, para fomentar la cultura del buen trato y abordar situaciones límite, denuncias, etc. (al modo de los comités de ética o las comisiones de eventos o incidentes adversos);
- f.** Solicitud de certificados de antecedentes penales y/o por delitos sexuales, no solo en los casos legalmente exigibles, y revisión a lo largo del tiempo;
- g.** Sondeos periódicos para identificar entradas no autorizadas en la historia clínica de los pacientes;

- h. Acompañamiento espiritual y psicológico extendido al entorno familiar de los pacientes, apoyo y tratamiento en caso de episodios traumáticos (como relaciones sexuales no consentidas, en casos externos o entre pacientes –de los cuáles uno sea especialmente vulnerable o no pueda manifestar un consentimiento válido de forma indubitada); etc.; o
- i. Formación en valores a profesionales, personas voluntarias, etc., tanto en la toma de contacto con la OHSJD como de forma permanente mientras se mantiene la relación con la Orden, o formación específica en algunos ámbitos (como los cuidados paliativos).

Todas estas medidas y otras similares implementadas en muchos de los centros de la OHSJD contribuyen a mitigar el nivel de riesgo original reflejado en el presente mapa de riesgos.

A. INFANCIA

En un análisis holístico del riesgo original que implica la actividad con personas menores de edad en las distintas áreas y actividades que desarrolla la Orden se establece un riesgo alto de abuso.

Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
				
 Alto  Medio  Bajo				

1. ¿En qué contexto trabaja la OHSJD con infancia?

De acuerdo con la información recogida y analizada, la Orden no trabaja con infancia de forma sistemática en zonas deprimidas en el territorio español. Si bien se reconoce que el ámbito de cobertura de algunas de sus actividades hospitalarias puede centrarse en zonas con ciertos indicadores socioeconómicos sensibles a priori, no se trata de una característica o condición del servicio que brindan.

Las principales actividades de trabajo con personas menores de edad se centran en los siguientes sectores:

- ✕ Sanitario (hospitales).
- ✕ Educación.
- ✕ Acogimiento de familias.
- ✕ Cooperación internacional.
- ✕ Otras áreas específicas.

Por otro lado, desde el punto de vista de contextos físicos e infraestructuras, si bien no se ha podido realizar una observación ocular directa que permita describir los espacios y sus condiciones, entendemos que la propia naturaleza de la actividad define los espacios como lugares potencialmente comprometidos debido al tipo de actividades que se desarrollan: contacto uno a uno, exploraciones médicas, consulta, habitaciones, aseos, gimnasios/salas de rehabilitación, etc.

Además, una de las situaciones que se produce en algunas de las áreas de pediatría de acuerdo con la información proporcionada, es que se promueve el acceso libre a las familias con pocas restricciones en cuanto a su permanencia en las habitaciones con los niños y las niñas. En algunos casos se trata de habitaciones dobles y en otros individuales. Si bien desde el punto de vista de la cercanía con el paciente y su familia se trata de una medida positiva que promueve per se el buen trato, debe observarse con cuidado y analizando posibles riesgos sobre quiénes acceden libremente al centro hospitalario y por tanto con acceso a los niños, niñas y adolescentes.

2. ¿Qué hace la OHSJD con Infancia?

Las principales y más significativas actividades que desarrolla la OHSJD son pediatría y educación especial. En especial:

- ✕ Pediatría en hospitales: incluyen todo tipo de especialidades, incluso algunas de salud mental, Trastornos de conducta alimentaria, psicología etc.

- ✕ Educación especial.
- ✕ Educación dentro del contexto sanitario (media y larga estancia).
- ✕ Acogida y acompañamiento a familias en situación de exclusión social, como parte de la atención en el ámbito del sinhogarismo.
- ✕ Programas de cooperación internacional.
- ✕ Otros programas específicos.

En el marco de las actividades referidas, se pueden dar algunas situaciones más específicas como:

- ✕ Acciones de cuidado íntimo.
- ✕ Exploraciones.
- ✕ Rehabilitación y fisioterapia.
- ✕ Medicación.
- ✕ Fotografía clínica.
- ✕ Ocio, deporte y tiempo libre.
- ✕ Actividades con familias.
- ✕ Trabajo en el extranjero (en área de cooperación fundamentalmente).
- ✕ Situaciones 1 a 1, intervención directa e individual.

El abuso infantil en el sector sanitario se caracteriza por las relaciones de confianza y posición de poder que ejercen los profesionales sobre las posibles víctimas, cuya situación es de mayor vulnerabilidad no solo por su edad sino por su condición médica, que puede limitar su capacidad de acción. Si bien existen muy pocos estudios al respecto, el conocimiento existente sobre las dinámicas de abuso informa de que las características de vulnerabilidad que presentan los pacientes menores de edad los hacen especialmente susceptibles al abuso.

Los diferentes escenarios que se producen en un entorno sanitario como las exploraciones, medicación y tratamientos, consultas, cuidado e higiene, y en situaciones en las que no siempre se exige la presencia de un adulto responsable pueden favorecer situaciones de riesgo. Destaca el riesgo significativo que puede suponer, por ejemplo, la Unidad de Fotografía Clínica en la que se requieren

imágenes de alguna lesión. A través de esta Unidad, profesionales de la fotografía tienen acceso a los niños/as y además a veces hacen fotos sin ropa o incluso de zonas íntimas. Las imágenes quedan en una base de datos del hospital, pero ellos tienen acceso a estas fotos. El contacto con los menores puede variar desde un hecho aislado a un evento ocasional (oportunista) o planificado, o convertirse en un comportamiento compulsivo y repetitivo.

En el caso de la educación especial, se añaden varios indicadores de mayor vulnerabilidad. La situación de dependencia hacia adultos cuidadores, educadores, etc, condiciona también las relaciones de poder que pueden llevar al abuso y a la limitación de los niños con discapacidad de reaccionar, verbalizar, denunciar o responder ante determinadas situaciones. Existe un análisis separado de riesgo sobre el área de discapacidad en el que trabaja la Orden.

Un apunte importante son las situaciones en las que los profesionales de la Orden detectan que una persona menor de edad puede estar siendo víctima de abuso en el seno familiar, escolar, etc. La activación de los protocolos necesarios y la canalización de acciones a través de los mecanismos establecidos es fundamental para no potenciar una revictimización por parte del propio sistema sanitario o educativo que podría reiterar otra forma de abuso.

3. ¿Con quién trabaja la OHSJD en Infancia?

En el caso de la OHSJD parte de su trabajo se centra en el servicio sanitario a menores de edad, y de educación especial a niños y niñas con discapacidad.

Los pacientes menores de edad, en el contexto sanitario, presentan menor capacidad de autoprotección que los pacientes adultos, así como de entender cuáles son las prácticas sanitarias aceptables y expresar y comunicar sus preocupaciones, en su caso. Su vulnerabilidad en su desarrollo es mucho mayor a la de los adultos. Cuando los niños están hospitalizados o en un contexto sanitario no están en su entorno de protección habitual y conocido, y esto les resta capacidad de comprender y controlar dicho medio hasta donde ellos pueden. Tienen absoluta dependencia emocional de sus cuidadores (familiares y profesionales)

lo que los convierte en mucho más vulnerables ya que sus relaciones afectivas se basan en esas relaciones de confianza.

Además, según Unicef, los menores discapacitados tienen cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de abuso y tres veces más probabilidades de sufrir violencia sexual que los menores no discapacitados.

Convergen dos factores que incrementan significativamente dicha vulnerabilidad: ser menores y sufrir una discapacidad. Los menores con discapacidad carecen de autonomía para ciertas actividades de cuidado e higiene personal, lo que determina que otros, adultos, cuidadores y educadores tengan acceso a su cuerpo. El mayor riesgo es la naturalización y normalización de que su cuerpo es accesible a los demás. Esa dependencia tanto a nivel físico, educativo, emocional, y sanitario puede llevar a comportamientos de sumisión, obediencia y aceptación de dichas situaciones. En dicho contexto resulta complejo para los menores expresar sus sentimientos, intereses, opiniones y deseos sobre cuestiones que afectan a su espacio más íntimo cuando no están de acuerdo con ellas por el miedo al desamparo, abandono, rechazo y conflicto.

En otras ocasiones el nivel de discapacidad y de poca madurez de los menores puede llevar a que no sean capaces de identificar lo que es el abuso y por tanto lo acepten sin más sin que ello pueda ser considerado consentimiento bajo ningún concepto.

Y a veces, aunque sean conscientes de la situación de abuso, su limitada capacidad comunicacional, la percepción social que de ellos se tiene y la dependencia que tienen de sus cuidadores hace prácticamente imposible que denuncien.

La situación de doble vulnerabilidad también se produce en el ámbito de la acción social, donde la OHSJD atiende y acompaña a familias dentro de sus programas de actuación en el ámbito del sinhogarismo. En estas familias, hay frecuentemente niños, niñas o adolescentes cuya vulnerabilidad se ve reforzada por la situación de exclusión social de la que parten.

4. ¿A través de quién trabaja la OHSJD?

De acuerdo con la información que hemos recogido existe un amplio y variado grupo de profesionales y voluntarios que tienen acceso tanto a los menores hospitalizados o pacientes del contexto sanitario de la orden como a los menores con discapacidad.

En varios momentos de la actividad pueden producirse situaciones en las que un profesional esté a solas con un menor de manera sistemática. El abuso sexual y físico puede ser perpetrado por profesionales médicos y sanitarios, desde médicos, enfermeros, psicólogos, rehabilitadores, logopedas, fisioterapeutas hasta educadores, celadores, monitores.

Es importante destacar el volumen de trabajo y colaboración en diferentes ámbitos relacionados con la actividad sanitaria y de educación que se desarrolla a través de voluntariado que si bien, está regulado legalmente, no siempre es tratado desde el punto de vista de la prevención con la misma rigurosidad que el personal laboral y por ello es importante considerarlo un posible factor de riesgo.

Finalmente, debido a la gran variedad de actividades que se desarrollan en el ámbito hospitalario se constata que más allá de los propios trabajadores de los centros existe un gran número de actores de diferentes categorías que pueden tener interacción y acceso a los menores, especialmente cuando se ha informado que en muchos casos existe acceso libre a los centros.

Nos referimos fundamentalmente a proveedores de servicios y también a personal de asociaciones, fundaciones, ongs etc que desarrollan acciones complementarias que implican contacto directo con los niños y niñas en el contexto hospitalario.

B. HOSPITALARIO

En un análisis holístico del riesgo original que implica la actividad que desarrolla la Orden en el ámbito de los hospitales se parte de un riesgo alto de abuso.

Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
				
 Alto  Medio  Bajo				

1. ¿En qué contexto trabaja la OHSJD en el ámbito hospitalario?

De acuerdo con la información recogida y analizada, la actividad en el ámbito hospitalario de la Orden varía en cuanto a su contexto. Si bien alguno de sus centros atiende amplias zonas urbanas, donde existen algunos focos de alta vulnerabilidad (caracterizados por la precariedad de la vivienda, el hacinamiento, etc.), la OHSJD no desempeña su actividad sanitaria (hospitalaria) en zonas sistemáticamente deprimidas del territorio español. De hecho, muchos de sus centros prestan servicios desde zonas o contextos más favorecidos, sin perjuicio de la obra social que realizan con determinados colectivos vulnerables (referida en el apartado sobre su actividad). En ese sentido, el contexto geográfico y social de los centros no se antoja un factor de riesgo especialmente marcado para la actividad de la OHSJD.

En cambio, desde el punto de vista de su contexto físico e infraestructuras, si bien no se ha realizado una observación directa que permita describir detalladamente los espacios y sus condiciones, la propia actividad hospitalaria entraña el uso de espacios potencialmente comprometidos para la creación de un entorno seguro, como salas de consulta, habitaciones individuales o dobles o aseos. El equilibrio entre la protección de la intimidad y los datos del paciente junto con el eficaz desempeño de la labor médica, por un lado, y la evitación de algunas situaciones de riesgo (situaciones 1 a 1, actividad profesional sin presencia de familiares u otros testigos, etc.), por otro, no siempre resulta fácil de lograr. Sin embargo, la política de “puertas cerradas” de algunos centros (para exploracio-

nes médicas, limpieza, aseo personal salvo falta de consentimiento del paciente, etc.) puede considerarse sin duda un factor de riesgo relacionado con el contexto espacial o físico de las actividades –frente a otros centros donde, siempre según la información facilitada, rige una política contraria de “puertas abiertas” y potenciación de una mayor presencia familiar en toda actividad que lo permita, contando siempre con el consentimiento del paciente cuando se trata de una persona adulta–.

El gran tamaño de algunos centros puede ser considerado un factor de riesgo adicional. Favorece la existencia de espacios menos transitados y más difíciles de supervisar, una menor densidad de profesionales en algunas áreas, un mayor número de personas en contacto potencial con pacientes y familiares y una identificación más difícil de posibles abusos o sus responsables. El riesgo de abuso es mayor en momentos con menos personal (horario nocturno, fines de semana...), especialmente en centros en los que solo haya una persona o dos por planta y puedan tener acceso a los pacientes sin que otras personas lo adviertan.

2. ¿Qué hace la OHSJD en el ámbito hospitalario?

En el ámbito hospitalario, la OHSJD realiza una gama extraordinariamente amplia de actividades, que abarcan prácticamente todas las tareas y servicios posibles de índole sanitaria. Se llevan a cabo consultas, tratamiento externo, red asistencial comunitaria con centros de día y atención domiciliaria, urgencias y servicios de emergencia, agudos y críticos, convalecencia y rehabilitación, con las consiguientes cortas, medias y largas estancias. Y se cubren especialidades como cirugías, anestesiología y reanimación, cardiología, aparato digestivo, fisioterapia, geriatría, psiquiatría (se abordará al tratar la rama de salud mental), diálisis, salud bucodental, rehabilitación y neurorrehabilitación, nefrología, neumología, obstetricia y ginecología, oncología, cuidados intensivos o cuidados paliativos y atención en la fase final de la vida, entre muchas otras.

También se realizan actividades más particulares, como la atención de la salud penitenciaria en Cataluña, o la colaboración en actividades de farmacia solidaria en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, por ejemplo. Y, en algunas ocasio-

nes, actividades no sanitarias ligadas a la atención integral y el bienestar de los pacientes –con el consiguiente impacto positivo para el buen trato– que no obstante pueden entrañar riesgos particulares para la creación de entornos seguros. Por ejemplo, talleres de terapia ocupacional, polideportivos, granjas escuelas, piscinas, viveros (se abordarán al tratar el ámbito de la salud mental), escuelas de educación especial (abordadas en el ámbito de infancia), actividades con familias, etc.

Muchas de estas actividades, por su propia naturaleza, implican un riesgo original alto para la creación de entornos seguros, pues requieren intervenciones directas e individuales en situación de 1 a 1, pernoctas, cuidado y aseo íntimo, incluida ayuda para vestir y desvestir a algunos pacientes, exploraciones médicas, contenciones mecánicas o farmacológicas, partos (y el consiguiente riesgo de violencia obstétrica, por ejemplo), situaciones éticamente comprometidas (limitaciones de esfuerzo terapéutico, controversias en torno al consentimiento de los pacientes o, desde tiempos más recientes, potenciales solicitudes de eutanasia al amparo de la Ley Orgánica 3/2021, entre otros), etc.

Más allá del potencial abuso o maltrato infantil en el sector sanitario, descrito en el apartado relativo a la infancia, no existen muchos estudios sobre violaciones del buen trato en el sector hospitalario. Sí se ha subrayado el papel de los centros hospitalarios como detectores cualificados de maltrato externo (familiar, sexual, patrimonial –en algunos casos por parte de cuidadores externos al hospital–, etc.) También se ha resaltado la posibilidad de negligencias y mala praxis, pero este riesgo no es específico de la población vulnerable (más allá de que todos los pacientes lo son, por su propia condición médica). Como se indicó al abordar los valores de hospitalidad y buen trato, o al caracterizar el concepto de vulnerabilidad, el abuso o maltrato al que se refiere el presente mapa de riesgos no se centra tanto en la mala conducta profesional o la infracción de deberes deontológicos y profesionales (aunque en la mayoría de los casos –por no decir todos– se superponen), sino a la falta de cuidado y atención humanos que la OHSJD está decidida a evitar en todos sus centros y todas sus acciones. Y se ha incidido en algunos casos en los posibles abusos o malos tratos infligidos por pacientes hacia el personal de los centros, o entre los trabajadores (acoso laboral, abuso emocional, sexual, etc.). Pero se ha profundizado menos

en las posibilidades de abuso en la dirección opuesta (personal-pacientes) en el seno de los hospitales –propios de las relaciones interpersonales de confianza y cercanía características de la actividad sanitaria en centros hospitalarios, más allá del cumplimiento normativo y los niveles de calidad a que obligan la Carta de Derechos de los Pacientes u otros protocolos para garantizar su seguridad.

En ese sentido, la actividad sanitaria dirigida a personas vulnerables entraña per se determinados riesgos –y crea situaciones propicias para ellos–, entre los cuales se pueden señalar los siguientes:

- ✗ Riesgos para la integridad física de las personas, asociados, por ejemplo, al potencial abuso de contenciones físicas o a su uso sin los requisitos legales exigidos en cada caso, que pueden variar según la Comunidad Autónoma (registro individualizado, consentimiento –por representantes o con autorización judicial en algunos casos–, duración limitada y reevaluación, monitorización y cámaras...); mal uso del control de camas o los llamadores –que pueden ser desconectados con el consiguiente peligro para la seguridad de los pacientes; al manejo de medicamentos; alimentación forzosa, etc.
- ✗ Riesgos de abuso psicológico o emocional y posible menoscabo de la dignidad de los pacientes, especialmente en caso de pacientes mayores y/o de larga estancia aislados o solos (debido al “abandono” más o menos intenso de sus familias). Este tipo de riesgos para el buen trato pueden abarcar conductas tales como abusos verbales de diferente intensidad (gritos, expresiones denigrantes, moteos o calificativos poco respetuosos...), trato negligente de distinto grado (ropa sucia, comida fría, aseo sin desvestir completamente por comodidad del personal, abuso de pañales de incontinencia sin preguntar al paciente, manejo poco cuidadoso de pacientes en silla de ruedas...), despersonalización, infantilización, pérdida y falta de respeto a la intimidad, victimización, desinterés por explicar el diagnóstico y el tratamiento a la persona directamente afectada en favor de sus familiares, etc.
- ✗ Riesgos de índole sexual, por ejemplo, aquellos asociados a situaciones especialmente comprometidas como las tareas de aseo personal y cuidado

íntimo o exploraciones médicas, o a circunstancias delicadas (turnos de noche, momentos en los que hay poco personal o incluso solo una persona por planta, espacios cerrados y sin testigos, atención domiciliaria de personas solas...). Los riesgos de índole sexual pueden ser externos, destacando entonces la necesidad de detección precoz y denuncia de los centros, o entre pacientes (véase el caso de las relaciones sexuales no consentidas, o que afecten a personas vulnerables con una capacidad para consentir dudosa). Pero también pueden provenir del personal del centro hacia los pacientes, desde la provocación de situaciones inapropiadas (flirteo con pacientes, expresiones ambiguas e impropias de una relación profesional sanitario-paciente, etc.) hasta casos más graves de acoso, abuso o agresión sexual. Los riesgos de índole sexual también pueden darse hacia otros colectivos que, sin ser necesariamente parte de un colectivo vulnerable, sí pueden verse en situaciones de asimetría que provoque temporalmente dicha vulnerabilidad (relaciones con estudiantes en formación, personas voluntarias, residentes de medicina...).

- ✖ Riesgos patrimoniales, tales como pequeños hurtos a los pacientes (dinero, móvil, reloj, artículos personales...). Estos riesgos pueden ser más delicados en unidades especiales, como los cuidados paliativos y en la fase final de la vida, donde disposiciones patrimoniales o testamentarias –o ejercer como testigos en tales disposiciones– a favor de la propia OHSJD, de profesionales del centro o cuidadores –algunos externos– o cualquier otra persona o institución podrían ser atacadas por terceras personas y suponen, de hecho, un riesgo no descartable para el buen trato de los pacientes afectados.
- ✖ Riesgos para otros derechos, como la intimidad, la propia imagen, la protección de los datos personales, algunos de ellos –aunque no todos– ligados al mal uso de las tecnologías. Comentar datos de salud en los pasillos del centro, entrar en la historia clínica de un paciente sin autorización o sin un propósito justificado, tomar y/o compartir fotos de o con los pacientes –especialmente sin su consentimiento–, establecer un contacto no legítimo con un paciente –ya sea accediendo a sus datos de contacto o facilitando el teléfono personal y contactando para propósitos no relacionados

con la actividad profesional, fuera de los protocolos establecidos cuando éstos existan–, etc. El alto nivel de reglamentación y protocolización que existe para la protección de estos derechos entraña siempre un nivel de riesgo más alto de lo habitual en cuanto a la posible infracción de dichas normas y protocolos, pero estas infracciones pueden suponer además un riesgo de abuso o maltrato en el sentido adoptado para la elaboración del presente mapa de riesgos (pues afecta en último término a la dignidad de las personas, especialmente en el caso de las más vulnerables).

Todas estas situaciones potenciales implican un nivel alto de riesgo original, propio del ámbito hospitalario y de la actividad sanitaria desarrollada por los centros de la OHSJD. Este nivel de riesgo se ve mitigado por algunas buenas prácticas que, sin perjuicio de su desarrollo en apartados posteriores de esta Política, contribuyen a disminuir el nivel de riesgo actual en los centros hospitalarios de la OHSJD. No obstante, el nivel de riesgo puede seguir siendo considerado como alto.

3. ¿Con quién trabaja la OHSJD?

Por la propia condición de pacientes, las personas que ingresan en un centro hospitalario para recibir los servicios sanitarios prestados por la OHSJD parten de una situación de vulnerabilidad, derivada de su situación médica –más o menos grave– y la asimetría entre sus conocimientos, autoridad y posición frente a los profesionales que le atienden. En algunos casos, esta situación de vulnerabilidad se ve agravada por circunstancias abordadas en otros apartados de este mapa de riesgos (menores de edad –incluidos pacientes de la unidad terapéutica de justicia juvenil de Cataluña–, pacientes en el área de salud mental o con alguna discapacidad...). Más allá de estas situaciones existen otros factores que agravan la vulnerabilidad de determinados pacientes adultos.

En primer lugar, todos aquellos pacientes que ingresan en un centro hospitalario de la OHSJD habiendo sufrido una situación de maltrato, abuso, negligencia o falta de cuidados en el exterior (domicilio, entorno familiar, calle, etc.), ya sea en un plano físico, psíquico o sexual (abusos o agresiones). Aunque

existen protocolos específicos para este tipo de situaciones y su denuncia a las autoridades competentes, la especial vulnerabilidad de estos pacientes entraña un nivel de riesgo más alto de lo habitual.

En segundo lugar, pacientes que presentan características personales que los hacen más vulnerables. Entre ellos, personas mayores –a partir de 65 años y con una vulnerabilidad que aumenta con la edad–, dependientes o semidependientes, con o sin patologías o trastornos neurológicos, pluripatológicos, etc. que requieren cuidados específicos y una atención especial desde el punto de vista del buen trato y la creación de un entorno seguro (se incidirá también sobre ello en el apartado referente a las residencias de la OHSJD). Del mismo modo, pacientes que, sin tener reconocido ningún tipo de discapacidad, presentan problemas límite de capacidad, comprensión o competencia para abordar su situación médica, o personas tuteladas, ya sea por tutores individuales, instituciones públicas o las propias fundaciones tutelares de la OHSJD –situaciones en las que fallos de organización o individuales pueden conllevar riesgos específicos para el paciente y sus familias, especialmente en situaciones de urgencia médica–.

En tercer lugar, pacientes que provengan de un contexto vulnerable (sin familia o entorno protector, de exclusión –incluidos aquellos pacientes atendidos en el marco de la obra social de la OHSJD, personas en situación de calle y otros colectivos atendidos por el SAMUR social, extranjeros que llevan poco tiempo en España y tienen problemas de comunicación, etc.) también presentan esta doble vulnerabilidad. Como parte del contexto vulnerable, pueden mencionarse también los casos de conflicto familiar, que pueden llevar aparejada incluso la existencia de órdenes de alejamiento en vigor. La protección de los derechos del paciente, como parte de su buen trato, y el manejo seguro de estas situaciones no siempre resulta sencilla.

En cuarto lugar, presentan especial vulnerabilidad y unos riesgos específicos los pacientes de determinadas especialidades médicas: cuidados paliativos y fase final de la vida (incluidos riesgos relativos a la limitación de esfuerzos terapéuticos, claudicación familiar, la ejecución de testamentos vitales y voluntades

anticipadas –una cuestión ampliamente abordada por la OHSJD, cuya experiencia en este campo ayuda a mitigar los riesgos como organización– y, potencialmente en un futuro cercano, solicitudes de eutanasia); psiquiatría, geriatría (y neurorehabilitación); o ginecología y obstetricia.

Finalmente, la vulnerabilidad del paciente aumenta cuando, tras su ingreso hospitalario es “abandonado” en mayor o menor medida por su familia (no teniendo personas alrededor que puedan detectar y/o denunciar potenciales abusos sufridos en el propio centro hospitalario). También cuando el paciente ingresa y pernocta en el centro –a diferencia de las consultas–; o cuando el ingreso hospitalario se prolonga y se transforma en una estancia de larga duración (lo que implica confundir los espacios íntimos y personales propios de una residencia, aunque sea temporal, y el espacio profesional-hospitalario). Aumenta a su vez cuando el centro hospitalario no ha sido directamente elegido por el paciente, frente a aquellos pacientes privados, de seguros o concertados con libre elección de centro, que suelen tener una mayor capacidad de agencia, decisión y respuesta frente a posibles riesgos de abuso o maltrato.

4. ¿A través de quién trabaja la OHSJD?

Como en el resto de los ámbitos de actividad de la OHSJD, la información recogida en las entrevistas muestra un amplio y variado grupo de profesionales –propios y externos–, en contacto potencial con los pacientes. También hay presencia de estudiantes de todos los niveles (pregrado, grado y posgrado, generalmente por acuerdos con centros educativos externos) y personal de prácticas o en rotación, provenientes de otros centros hospitalarios (al ser muchos de los hospitales de la OHSJD centros de referencia nacionales e internacionales). La mayoría de los profesionales con acceso directo a los pacientes realizan actividades sanitarias –personal médico, de enfermería, auxiliares, terapeutas ocupacionales, etc.–, pero existen también otros profesionales con posible acceso –celadores, personal de limpieza y de mantenimiento, personal de ocio y deportes en algunos centros, educadores y trabajadores sociales, agentes de pastoral, capellanes y hermanos de la propia OHSJD (en algunos casos son además sanitarios, pero no siempre)–.

Además, como en otros ámbitos de la OHSJD, la presencia de personas voluntarias también resulta especialmente relevante en el ámbito hospitalario, con una amplia diversidad de iniciativas y participación propias de los procesos de humanización que la OHSJD ha introducido en todas sus actividades (acompañamiento de pacientes, farmacia y taxistas solidarios, realización de gestiones extrahospitalarias, paseos, incluso acompañamiento posterior en el domicilio del paciente, etc.). Aunque gran parte del voluntariado es estable y de larga duración, también hay voluntariados más cortos e incluso colaboraciones esporádicas con empresas externas, en momentos señalados del año.

El gran número de personas en contacto con los pacientes, aunque redonda muchas veces en un servicio médico más próximo, detallado y humano, supone un factor de riesgo adicional para la creación de un entorno seguro. En distintos momentos de la actividad pueden producirse situaciones en las que alguna de estas personas se encuentre a solas con un paciente de manera sistemática, especialmente cuando se trata de personas aisladas sin un entorno familiar o personal de apoyo. Estas situaciones también pueden darse con personas externas a la OHSJD (como cuidadores externos contratados por los pacientes o sus familias), en cuyo caso también correspondería a los centros hospitalarios de la OHSJD la detección –y prevención, cuando sea posible– de abusos o malos tratos perpetrados por estas personas, como parte de la creación de un entorno seguro y de buen trato.

El abuso sexual, físico o verbal, el posible menoscabo de la dignidad, el abuso patrimonial, de la intimidad o de los datos personales, puede ser llevado a cabo por cualquiera de las personas en contacto con un paciente. El trato negligente al paciente también, especialmente en estancias de larga duración, con profesionales cansados, menos alineados con los valores de la OHSJD, o personas con rápida rotación que no llegan a recibir una formación personal y profesional por parte de la OHSJD (como parte de la creación de un entorno seguro y de un sistema de prevención eficaz desde el primer contacto de una persona con los pacientes en centros hospitalarios de la OHSJD).

Para concluir, deben realizarse dos puntualizaciones adicionales en relación con los riesgos potenciales asociados a las personas a través de las cuales la OHSJD realiza su actividad sanitaria y hospitalaria.

Por un lado, más allá del buen trato hacia los pacientes de la OHSJD, también debe prestarse atención, desde la perspectiva de los posibles riesgos, a las relaciones entre todos los colectivos señalados. Aunque no suele tratarse de población vulnerable, sí pueden darse –como ya se anticipó situaciones asimétricas de poder y autoridad que se deben abordar para evitar situaciones de acoso o abuso –especialmente de índole sexual, pero no solo (por ejemplo, acoso laboral, o abuso verbal del personal en formación, como residentes o estudiantes)–.

Por otro lado, como en otros ámbitos de actividad, una baja percepción de riesgos potenciales en la actividad hospitalaria por parte del personal u otros colaboradores de los centros puede ser en sí misma un factor de riesgo. Imaginar sola o principalmente casos de posible abuso de pacientes sobre profesionales, de pacientes entre sí o de personas externas sobre los pacientes (familiares, acompañantes externos, etc.) hace más difícil prevenir riesgos creados por profesionales u otros colectivos dependientes de centros de la OHSJD sobre los pacientes, puesto que las situaciones más vulnerables o los puntos débiles del sistema de prevención de riesgos pueden pasarse por alto o quedar invisibilizadas frente a los citados riesgos externos.

Esto puede conllevar una mayor dificultad para detectar situaciones de abuso y para prevenirlas tempranamente mediante la evitación de situaciones propicias al maltrato. Especialmente si se tiene en cuenta que (i) la mayoría de los estudios apuntan a un perfil de la persona maltratadora muy diferente al que muchas personas tienen en mente: “personas normales”, que no destacan ni se perciben a primera vista como potenciales maltratadores, y (ii) muchas situaciones de abuso o maltrato ni siquiera son intencionales y responden a una incapacidad del profesional, cuidador, voluntario, etc. para cuidar o para percibir el daño que causa con algunas de sus acciones, en muchos casos por falta de formación específica, por hartazgo, cansancio o desbordamiento (circunstancias que pueden darse en cualquier persona y en cualquier momento).

C. ACCIÓN SOCIAL

En un análisis holístico del riesgo original que implica la actividad con personas en riesgo de exclusión social en las distintas áreas y actividades que desarrolla la Orden se establece un riesgo alto de abuso.

Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
				
 Alto  Medio  Bajo				

1. ¿En qué contexto trabaja la OHSJD en acción social?

De acuerdo con la información recogida y analizada, una de las áreas más relevantes de trabajo de la Orden se centra en la atención a personas en riesgo de exclusión social.

En este sentido entendemos que en determinados casos esta actividad se desarrolla precisamente en áreas en las que los indicadores socioeconómicos de la población pueden presentar índices de mayor vulnerabilidad.

Las principales actividades que desarrolla la Orden con personas en riesgo de exclusión social se centran en los siguientes sectores:

- × Sinhogarismo
- × Inmigración
- × Refugio
- × Tutela
- × Mujeres en situación de vulnerabilidad

Por otro lado, desde el punto de vista de contextos físicos e infraestructuras, si bien no se ha podido realizar una observación ocular directa que permita describir los espacios y sus condiciones, entendemos que se trata de centros en los que por lo general existe una supervisión adecuada, aunque en algunos casos la

tipicidad de los mismos (habitaciones individuales o dobles, enfermería, gimnasios, etc.) puede informar cierta situación de riesgo. En el caso de las residencias y centros de acogida se entiende que no hay necesariamente un riguroso control de acceso para facilitar la normalización de la vida en el centro. En el caso de los pisos entendemos que el acceso es mucho más restringido y que los residentes deben autorizar las visitas de los profesionales.

2. ¿Qué hace la OHSJD en acción social?

En el marco de las áreas definidas anteriormente, las principales y más significativas modalidades de atención que desarrolla la OHSJD son:

- ✕ Centros de acogida o residencias para hombres y mujeres sin hogar de corta y larga estancia.
- ✕ Espacios de acogida a familias en riesgo de exclusión social y otras medidas de apoyo a las familias.
- ✕ Comedor social.
- ✕ Unidad de Estancia Diurna.
- ✕ Taller Ocupacional.
- ✕ Rehabilitación.
- ✕ Servicio de duchas.
- ✕ Viviendas de inclusión.
- ✕ Acciones de integración sociolaboral.
- ✕ Acciones de formación.
- ✕ Ocio y tiempo libre.
- ✕ Asistencia sanitaria.
- ✕ Programa Internacional de acogida de personas refugiadas.
- ✕ Apoyo y promoción de la juventud en riesgo de exclusión.

Se trata de actividades en las que a medio largo plazo se pueden establecer relaciones de confianza y de poder entre las personas usuarias y personal o voluntarios que, debido a la situación de precariedad física, material, emocional y de salud mental en muchos casos puede ser utilizada por trabajadores y voluntarios en su beneficio y para perpetrar algún tipo de abuso o explotación.

Es importante indicar que el abuso de las personas en riesgo de exclusión social es una consecuencia y una causa de la propia situación de vulnerabilidad y en la mayoría de los casos una consecuencia de un historial de abusos sostenidos en el tiempo que han sufrido estas personas. Se convierte en un auténtico círculo de abusos y vulnerabilidades del que es muy difícil salir.

Una de las variables que pueden darse son las propias relaciones que se establecen entre las personas residentes/usuarios en diferentes momentos de la actividad diaria tanto de un centro de día como de centros de acogida y residencias, etc.

En las diferentes actividades de acompañamiento tanto de personas sin hogar residentes en centros de acogida o usuarias de diferentes servicios de la orden, así como en el caso de población migrante o refugiada, existen elementos que pueden informar el riesgo de abuso y explotación como, por ejemplo:

- ✕ El propio perfil de vulnerabilidad que se revisa detenidamente en el siguiente apartado.
- ✕ La estigmatización social y revictimización de estas personas.
- ✕ La existencia de dinámicas de poder y control de profesionales sobre las personas residentes o usuarias o entre las propias personas usuarias puede llevar a situaciones de explotación. La privación de recursos, oportunidades o servicios a cambio de favores por parte de la persona usuaria o residente que dada su situación puede acceder.
- ✕ Experiencias pasadas de violencia que pueden replicar en la residencia o centro.
- ✕ Discriminación y racismo.
- ✕ Doble exclusión a la que se enfrentan las mujeres dentro de este ámbito.

3. ¿Con quién trabaja la OHSJD?

La orden desarrolla su trabajo en el área de Acción Social con perfiles definidos de alta vulnerabilidad. Se trata de los siguientes:

- ✕ Hombres y mujeres sin hogar.
- ✕ Familias sin hogar.
- ✕ Población inmigrante.
- ✕ Población refugiada.

Al realizar un análisis de los principales factores que informan un mayor nivel de vulnerabilidad de las personas en riesgo de exclusión social existen estudios que identifican los siguientes:

- ✕ Ser mujer.
- ✕ Inmigrante.
- ✕ Presencia de problemas físicos y psíquicos importantes.
- ✕ Niveles extremadamente bajos de autoestima que los llevan a descuidar completamente su higiene y salud de manera muy significativa.
- ✕ Dificultades de subsistencia básica (déficits de ingresos económicos y materiales).
- ✕ Adicciones.
- ✕ Antecedentes de abusos o historia de violencia en la familia o entorno de convivencia.
- ✕ Desvinculación o inexistencia de vínculo con un núcleo familiar.
- ✕ Soledad no deseada.
- ✕ Inseguridad en la calle (abusos, palizas, etc.).

En muchos de los casos, estas personas presentan problemas de adicciones a sustancias y al juego, a veces tienen problemas de salud mental especialmente depresión y en muchas ocasiones una larga trayectoria de vivir en la calle en las peores condiciones posibles hace que presenten enfermedades graves que se han ido cronificando en el tiempo y por eso las estadísticas informan de que su esperanza de vida es de 20 años menos de media que el resto de la población.

A la hora de tratar de definir el perfil de las personas sin hogar hay que tener en cuenta lo que recoge la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020: “al abordar un diagnóstico sobre las personas sin hogar en

nuestro país lo primero que debe advertirse es la escasez de datos referidos a las mismas”. Abordando el tema desde un enfoque de Buen trato como indican desde el sector de las organizaciones sociales, “acabar en la calle es en sí una agresión que acarrea soledad, otras agresiones y formas de violencia, y una muerte prematura. Las personas sin hogar sólo se relacionan en igualdad con otras personas sin hogar. La mayor parte de su tiempo lo pasan solas. No pueden ejercer sus derechos”.

En el caso concreto del sinhogarismo, se trata de un fenómeno que tiene su origen en una situación claramente social y también estructural, pero que sin embargo sufren las personas. Las barreras que enfrentan para mejorar su situación de exclusión no solo tienen sus raíces en lo social sino en razones relacionadas con la soledad, la pobreza, enfermedades, adicciones y sobre todo, como consecuencia de una situación de salud mental que les impide cuidar de sí mismos y hacer esa conexión con la realidad social.

La mayoría tienen vidas devastadas. Las historias de violencia, maltrato, delincuencia, muertes, abusos sexuales y físicos, son habituales, con dramáticas historias personales y familiares, de salud física y mental precaria, castigadas, en ocasiones, por las consecuencias del alcohol y las drogas, pero que conservan el juicio de realidad, son conscientes de su situación y vulnerabilidad y elaboran un discurso donde subyace un afán de superación.

Mención especial merece la situación de vulnerabilidad de las mujeres en situación de exclusión residencial. Existen estudios que informan de una peor salud mental y mayor inclinación hacia la dependencia afectiva en las mujeres (como resultado de la subordinación derivada del sistema patriarcal). Diversas investigaciones constatan que, una vez que las mujeres alcanzan las formas de sinhogarismo más extremas, su situación de deterioro físico y mental tiende a ser mayor y suelen acumular un mayor número de problemáticas tales como abuso de drogas, problemas de salud mental o la vivencia de experiencias traumáticas asociadas, fundamentalmente, a la violencia machista (Moss y Singh, 2015; Reeve et. al, 2006). De perdurar esta situación, aumentaría la probabilidad de que las mujeres desarrollen dependencias, problemas de salud mental

o comiencen a ejercer el trabajo sexual como una estrategia de supervivencia”. Por este motivo se abordan los factores de riesgo de las mujeres sin hogar desde la perspectiva de la interseccionalidad, que implica que, “además del género en las mujeres en situación de exclusión social existen otros condicionantes sociales como el consumo de sustancias, la etnicidad, la opción afectivo-sexual o enfermedades estigmatizadas, que generan condiciones específicas y situacionales de vulnerabilidad que deben ser abordadas de una manera específica e integral por parte de los servicios sociales.”

En el caso de las personas inmigrantes, son muchas las fuentes y amplios los estudios que constatan que existen una serie de factores que las convierten en más susceptibles de situaciones de abuso, tales como la falta de arraigo familiar, la carencia de vivienda propia, diferencias de idioma y culturales, discriminación de la sociedad, mayores tasas de paro, estacionalidad y precariedad, carencias administrativas (falta de papeles), etc.

A ello hay que añadir las experiencias traumáticas por las que han pasado desde el momento en que dejaron sus hogares en sus países de origen hasta llegar al lugar de destino.

Como venimos avanzando, se deteriora la situación de vulnerabilidad en el caso de mujeres migrantes quienes presentan necesidades más complejas que los hombres por lo anteriormente expuesto y que pueden ser especialmente vulnerables a violencia doméstica severa y sostenida en el tiempo. La violencia que sufren las mujeres inmigrantes puede ser muy compleja y diversa e incluir tipos de abuso como matrimonio forzado, mutilación genital femenina, violencia de género, y tráfico con fines de explotación sexual comercial. La mencionada complejidad hace que el impacto que tiene el abuso en mujeres inmigrantes se pueda ver intensificado por otras formas de abuso como el racismo social e institucional o la falta de comprensión de sus necesidades específicas. Finalmente, un factor más que exacerba el riesgo es la dificultad en el acceso a servicios de apoyo, ya que pueden incluir amenazas por parte de sus agresores, pueden tener miedo de denunciar por las represalias, y desconocimiento de los canales y servicios existentes.

4. ¿A través de quién trabaja la OHSJD?

De acuerdo con la información que hemos recogido existe un amplio y variado grupo de profesionales y personas voluntarias (que se va normalizando en la era post-covid) que tienen acceso a las personas en riesgo de exclusión social a las que atiende la Orden en las distintas modalidades que hemos mencionado.

En varios momentos de la actividad pueden producirse situaciones en las que un profesional esté a solas con una persona en riesgo de exclusión social. Se establecen también relaciones de confianza que si bien deben estar basadas en el cumplimiento de los diferentes procedimientos y protocolos también pueden ser utilizadas para potenciar situaciones de posible abuso o explotación de estas personas.

Los diferentes tipos de abuso identificados con anterioridad pueden ser perpetrados por trabajadores/as de los centros de día, recursos residenciales, profesionales del ámbito sanitario, social y sociosanitario y personas voluntarias.

D. DISCAPACIDAD

En un análisis holístico del riesgo original que implica la actividad que desarrolla la Orden en el ámbito de discapacidad se parte de un riesgo alto de abuso.

Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
				
 Alto  Medio  Bajo				

1. ¿En qué contexto trabaja la OHSJD con discapacidad?

De acuerdo con la información recogida y analizada, una de las áreas más relevantes de trabajo de la Orden se centra en la atención a personas con diferentes tipos de capacidad en diferentes áreas geográficas del territorio español.

Si bien se reconoce que el ámbito de cobertura de algunas de sus actividades hospitalarias puede centrarse en zonas con ciertos indicadores socioeconómicos sensibles a priori no se trata de una característica o condición del servicio que brindan.

Las principales actividades y lugares de trabajo con personas con discapacidad se centran en los siguientes sectores:

- ✕ Educación especial para personas de 6 a 21 años.
- ✕ Centros de día: ocupacional, educación, integración, laboral.
- ✕ Residencias 24 horas/365 días: con Unidades diferenciadas en función de los niveles de dependencia y tipos de discapacidad. Incluye una unidad de Patología Dual (enfermedad mental y discapacidad intelectual).
- ✕ Pisos Tutelados.
- ✕ Empresa con trabajadores con discapacidad sensorial, física e intelectual.
- ✕ Centro deportivo.
- ✕ Vacaciones: estancias de hasta 15 días, ocio para personas con discapacidad en casas rurales vacacionales.

Desde el punto de vista de contextos físicos e infraestructuras, si bien no se ha podido realizar una observación ocular directa que permita describir los espacios y sus condiciones, entendemos que la propia naturaleza de la actividad define los espacios como lugares potencialmente comprometidos debido al tipo de actividades que se desarrollan: contacto uno a uno, exploraciones médicas, consulta, habitaciones, cuidado íntimo y aseos, gimnasios/salas de rehabilitación, etc. En el caso de la Lavandería Industrial se informa por parte de los compañeros entrevistados que no hay puntos ciegos o desprotegidos. Serían necesarias revisiones específicas de lugares como pisos tutelados, club deportivo, casas donde se realizan las salidas vacacionales, etc.

2. ¿Qué hace la OHSJD con discapacidad?

Las principales y más significativas actividades que desarrolla la OHSJD son:

- ✕ Educación especial para personas de 6 a 21 años.
- ✕ Centros de día: ocupacional, educación, integración, laboral, etc.

- ✕ Residencias 24 horas/365 días: con Unidades de atención diferenciadas en función de los niveles de dependencia y tipos de discapacidad. Incluye una Unidad de Patología Dual (enfermedad mental y discapacidad intelectual).
- ✕ Pisos Tutelados.
- ✕ Empresa (Lavandería Industrial) con trabajadores con discapacidad sensorial, física e intelectual.
- ✕ Centro deportivo: personas federadas en distintas disciplinas deportivas, entrenamientos y participación en competiciones deportivas.
- ✕ Vacaciones: estancias de hasta 15 días, ocio para personas con discapacidad en varios puntos de la geografía española, así como salidas de un día a diferentes lugares de interés desde el punto de vista de la cultura, el ocio y el tiempo libre.
- ✕ En varios de los contextos mencionados es preciso desarrollar actividades de higiene y cuidado personal, cambios de ropa, vestuarios, contención física, rehabilitación, fisioterapia, etc.

El abuso de las personas con discapacidad se caracteriza por las relaciones de confianza y situación de poder que ejercen las personas cercanas y los profesionales sobre las posibles víctimas cuya situación es de mayor vulnerabilidad que puede limitar su capacidad de acción. Si bien existen muy pocos estudios al respecto, el conocimiento existente sobre las dinámicas de abuso informa de que las características de vulnerabilidad que presentan las personas con discapacidad y particularmente las personas con discapacidad intelectual las hacen especialmente susceptibles al abuso. Entre dichas características o factores se encuentran los siguientes: problemas de accesibilidad, dependencia de los servicios de ayuda, pobreza, aislamiento, etc. Históricamente a las personas con discapacidad no se les ha dotado de credibilidad a la hora de denunciar situaciones de abuso ni tampoco se les ha dado la oportunidad de ser autosuficientes en muchos aspectos de sus vidas. Los enfoques tradicionales de protección han limitado de manera indirecta su propia capacidad de acceder a herramientas y recursos para protegerse a sí mismos.

Se reconocen hasta 7 categorías de abuso en los que hay una mayor incidencia para hombres y mujeres con algún tipo de discapacidad con respecto a las personas que no tienen discapacidad:

- ✗ Abuso físico.
- ✗ Abuso sexual.
- ✗ Abuso verbal y emocional.
- ✗ Negligencia y ausencia de ayuda.
- ✗ Abuso financiero y patrimonial.
- ✗ Manipulación de medicamentos.
- ✗ Destrucción o inhabilitación de equipos médicos y de soporte.

El hecho de depender de una persona para todas las acciones básicas de la vida, no tener acceso a medios de comunicación (teléfono, ordenador, etc...), o no poder por sus propios medios salir de su vivienda o lugar de residencia, o estar aislado de otras personas incrementa los riesgos de las personas que se enfrentan a situaciones de abuso. Y al igual que en cualquier otra forma de violencia se caracteriza por el agresor ejerciendo poder y control sobre la víctima. En muchos casos, estos abusos pueden darse por parte de las propias familias o cuidadores externos, en un centro o en estancias temporales fuera del mismo, pero también por el propio personal de centros de la OHSJD u otros colaboradores.

Desde el punto de vista de los entornos en los que OHSJD desarrolla su actividad se identifican algunos como especialmente vulnerables para las personas a las que brinda sus servicios siendo estas:

- ✗ Residencia de 24h con personas internas en diferentes unidades de acuerdo con los diferentes niveles de discapacidad y/o dependencia que puedan presentar, en los que se dan situaciones de alto riesgo.
- ✗ Gimnasios, zonas de rehabilitación y consulta.
- ✗ Club deportivo: gimnasio, vestuarios, duchas, etc.
- ✗ Educación especial por combinar dos factores de alto riesgo: minoría de edad y discapacidad.

Resulta interesante que a través de las entrevistas realizadas se ha informado de situaciones en las que los profesionales detectan de manera frecuente situaciones de abuso que se pueden producir en el seno familiar de la persona con

discapacidad. La capacidad de responder ante ellas de manera adecuada influirá también en no perpetuar una situación de abuso y sobre todo en reaccionar y frenarla siguiendo los cauces adecuados.

Como se menciona en el caso del análisis de riesgo con respecto a la infancia, en el caso de la educación especial de personas menores de edad, se añaden varios indicadores de mayor vulnerabilidad. La situación de dependencia hacia adultos cuidadores, educadores, etc. condiciona también las relaciones de poder que pueden llevar al abuso y a la limitación de los niños con discapacidad de verbalizar, denunciar o responder ante determinadas situaciones.

3. ¿Con quién trabaja la OHSJD?

De acuerdo con la información recopilada, la OHSJD desarrolla su trabajo con personas que presentan diferentes tipos de discapacidad entre las que encontramos tanto hombres como mujeres mayores de edad y en algunos casos personas menores de 18 años:

- ✕ Discapacidad física y sensorial.
- ✕ Discapacidad intelectual.
- ✕ Patología dual: combinación de discapacidad intelectual con enfermedad mental.
- ✕ Personas en situación de tutela.
- ✕ Personas menores de 18 años.
- ✕ Personas mayores de 65 años.

Existen diversidad de investigaciones que definen los principales factores que informan el riesgo de abuso de las personas con discapacidad:

- ✕ Tener discapacidad.
- ✕ Ser mujer.
- ✕ Ser menor de 18 años o adulto mayor de 65 años.
- ✕ Presentar dependencia física, psíquica o emocional.
- ✕ Falta de recursos económicos: nivel socioeconómico bajo.

- ✗ Limitaciones cognitivas y de comunicación que dificulten la capacidad para expresar los deseos y necesidades afectivas y sexuales.
- ✗ Relaciones de dependencia y sumisión hacia el cuidador principal.
- ✗ Falta de formación y de acceso a la información.
- ✗ Antecedentes de abusos o historia de violencia en la familia o entorno de convivencia.
- ✗ Falta de accesibilidad en el entorno comunitario.
- ✗ Falta de intimidad.
- ✗ Aislamiento.

De acuerdo con la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019, el 40,9% de las mujeres con discapacidad acreditada (de un 33%) ha sufrido violencia total (física y/o sexual más psicológica).

Dada la actividad intensa que realiza la orden en el área de la discapacidad intelectual, es necesario hacer un análisis más específico de los riesgos que presenta este grupo de población en el marco de las actividades que desarrolla la Orden. Las personas con DI son especialmente vulnerables al abuso. La falta de autonomía para actividades de cuidado personal muchas veces determina que el cuerpo de personas adultas con DI sea accesible a personas (familiares y profesionales) que se encargan de su cuidado. El riesgo que ello conlleva es la interiorización de la creencia de que su cuerpo es accesible a los demás. La dependencia de otros favorece comportamientos de obediencia y sumisión, ya que el enfrentamiento puede implicar la retirada del apoyo, lo cual les hace aceptar el abuso para no perder la protección que creen recibir de un potencial agresor. También puede conducir a que las personas con discapacidad presenten una necesidad de contentar a las personas de su entorno para sentirse aceptadas. Por eso, pueden llegar a acceder a realizar actos que no son de su agrado por el simple hecho de satisfacer los deseos y ganarse la simpatía de la persona que solicita determinadas relaciones. Existe además una falsa creencia de que las personas con DI no tienen necesidades sexuales y el miedo a que hablar de ello puede animarlos a practicarlo, bloquea su educación sexual, impidiéndoles discriminar entre comportamientos adecuados e inadecuados, llegando incluso a que la persona ni siquiera pueda identificar que están siendo víctimas de un

abuso y a que por lo tanto se malinterprete el consentimiento. Este desconocimiento, sus menores habilidades comunicacionales, o la elevada relación de dependencia hacia sus cuidadores minimizan la capacidad de la persona con DI de denunciar la situación que está viviendo. Y de denunciarla, el riesgo de sufrir un proceso de victimización secundaria es alto, por las barreras con las que fácilmente se van a topar.

4. ¿A través de quién trabaja la OHSJD?

De acuerdo con la información que hemos recogido existe un amplio y variado grupo de profesionales y voluntarios (en situación pre-covid y volviendo poco a poco a la normalidad) que tienen diferentes tipos de acceso y contacto con las personas con discapacidad.

En varios momentos de la actividad pueden producirse situaciones en las que un profesional esté a solas con una persona con discapacidad de manera sistemática.

Los diferentes tipos de abuso identificados con anterioridad pueden ser perpetrados por trabajadores de los centros de día y residencia, entrenadores, médicos y sanitarios, auxiliares, trabajadores sociales, voluntarios, rehabilitadores, logopedas, fisioterapeutas, educadores, celadores, monitores.

E. SALUD MENTAL

En un análisis holístico del riesgo original que implica la actividad que desarrolla la Orden en el ámbito de la salud mental se parte de un riesgo alto de abuso.

Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
				
 Alto  Medio  Bajo				

1. ¿En qué contexto trabaja la OHSJD en relación con la salud mental?

De acuerdo con la información recogida y analizada, la actividad de la OHSJD en el ámbito de la salud mental varía mucho en cuanto a su contexto. Alguno de sus centros atiende Comunidades Autónomas enteras, en relación con los casos más extremos y vulnerables, como el Centro de Ciempozuelos. Otros operan en el ámbito de la salud penitenciaria, como el Centro de Sant Boi de Llobregat, lo que implica de manera evidente un contexto especialmente desfavorecido con mayor nivel de riesgo de abuso de lo habitual. En la mayoría de los casos, no obstante, el contexto geográfico y social de los centros no se antoja un factor de riesgo especialmente relevante para la actividad de la OHSJD.

Por otro lado, desde el punto de vista de su contexto físico e infraestructuras, si bien no se ha realizado una observación directa que permita describir detalladamente los espacios y sus condiciones, la propia actividad de atención en el ámbito de la salud mental (en el sentido más amplio posible e incluyendo también, por tanto, la actividad hospitalaria referida en el apartado anterior del presente mapa de riesgos) implica el uso de espacios potencialmente comprometidos para la creación de un entorno seguro, como salas de consulta, habitaciones individuales y dobles, aseos, gimnasios y zonas de terapia. También entraña en muchos casos la existencia de situaciones de riesgo, como atenciones 1 a 1 (profesional-paciente/residente), actividad sin presencia de familiares u otros testigos, etc. Algunos de estos espacios y situaciones resultan especialmente delicados e implican un nivel de riesgo todavía mayor del habitual, como el caso de los pisos tutelados (especialmente si resultan atendidos por un único monitor o cuidador, con acceso al piso en horario diurno o nocturno), los colegios de educación especial para menores (abordados en el apartado relativo a la infancia), las unidades de cuidados psiquiátricos prolongados, o las especializadas en trastornos alimentarios (donde la separación entre menores y adultos ayuda a mitigar algunos riesgos).

Otros espacios menos habituales, como aquellos empleados en programas de vacaciones con pernocta, o los polideportivos y granjas escuelas, pueden implicar también riesgos extraordinarios, no enmarcados en la prevención general que sue-

le presidir actividades ordinarias más regladas, como la atención hospitalaria en sentido estricto. En estas últimas, como ocurría al abordar los riesgos en el ámbito hospitalario, el gran tamaño de algunos centros, la existencia de espacios menos transitados y más difíciles de supervisar, la ausencia de cámaras en algunos puntos y el acceso potencial de un gran número de personas a los pacientes o residentes del área de salud mental, serían los principales factores de riesgo a tener en cuenta.

2. ¿Qué hace la OHSJD en el ámbito de la salud mental?

En el ámbito de la salud mental, la OHSJD realiza una amplia gama de actividades. Se llevan a cabo consultas, tratamiento externo, urgencias, agudos, media y larga estancia (en este último caso, incluyendo residencias), integración socio-laboral, actividades en centros de día, educación especial, etc. Existen también fundaciones tutelares, para situaciones de modificación de la capacidad jurídica. La atención a la salud mental, fuertemente enraizada en el carisma y la historia de la OHSJD, abarca todas las etapas de la vida, desde la salud mental infanto-juvenil hasta la psicogeriatría.

Muchas de las situaciones de riesgo que se pueden dar en el ámbito de la salud mental son las mismas que se dan en el ámbito hospitalario, en el ámbito de la atención a mayores y residencias, o en la atención a la discapacidad, con las particularidades propias del colectivo atendido en este caso (abordadas en el siguiente apartado). Como en otras áreas, muchas de las actividades llevadas a cabo por la OHSJD en el ámbito de la salud mental implican, por su propia naturaleza, un riesgo original alto. Requieren intervenciones directas e individuales en situación de 1 a 1, pernoctas, cuidado y aseo íntimo, incluida ayuda para vestir y desvestir a algunos pacientes, exploraciones médicas, contenciones mecánicas o farmacológicas, situaciones éticamente comprometidas (controversias en torno al consentimiento de los pacientes, atención a solicitudes o denuncias de personas con capacidad jurídica modificada), etc.

Muchos de los estudios llevados a cabo en este campo se han centrado más en las posibles agresiones de personas con trastornos o enfermedades asociados a su salud mental que en su victimización. También se ha subrayado el papel ins-

titucional de los centros de salud mental como detectores precoces de maltrato externo, especialmente en el caso de primeras visitas, consultas y urgencias. Y se ha estudiado el mayor riesgo de abuso que sufren grupos específicos dentro del colectivo más amplio atendido en este ámbito, como la población infantil o las mujeres (con numerosos estudios mostrando una mayor tasa de violencia doméstica y sexual contra mujeres con trastornos o enfermedades mentales).

Más allá de estos casos de doble victimización, la población atendida en el ámbito de la salud mental sufre en todos los casos un mayor riesgo de abusos y maltrato de toda índole, incluidos aquellos que son autoinfligidos, que también se deben prevenir (mayor riesgo de suicidio, lesiones autolíticas, etc.), o los cometidos dentro del mismo colectivo (paciente-paciente o residente-residente). Se ha subrayado así en la doctrina especializada el mayor riesgo de violencia sufrido por este colectivo, en todos los sentidos (externa, institucional, trabajador-paciente, etc.), de negligencias y errores en diagnóstico o tratamiento (que puede incidir posteriormente en la comisión o el padecimiento de otros abusos), de abusos sexuales, verbales y patrimoniales, etc. La estigmatización social a la que se enfrenta este colectivo también es un factor de riesgo para posibles abusos.

En todos estos casos, los factores asociados a la salud mental amplifican los riesgos generales apreciados en otros ámbitos, como el hospitalario, las residencias o la atención social. Subrayamos aquí algunos de los más específicos:

- ✕ Riesgos para la integridad física de las personas, asociados, por ejemplo, al potencial abuso de contenciones físicas o a su uso sin los requisitos legales exigidos en cada caso; al uso de castigos corporales, a la negligencia en el cuidado (supervisión de la alimentación, alimentación forzosa, detección de posibles abusos externos –por familia, cuidadores, etc.–, etc.
- ✕ Riesgos de abuso psicológico o emocional y posible menoscabo de la dignidad de los pacientes, a través de abusos verbales de diferente intensidad (gritos, expresiones denigrantes, moteos o calificativos poco respetuosos...), trato negligente de distinto grado (ropa sucia, comida fría, falta de aseo...), despersonalización, infantilización, pérdida y falta de respeto a la

intimidad, desinterés por explicar el diagnóstico y el tratamiento de forma comprensible para la persona afectada...

- ✖ Riesgos de índole sexual, durante las tareas de aseo personal y cuidado íntimo o exploraciones médicas, o en circunstancias delicadas (turnos de noche, momentos en los que hay poco personal o incluso solo una persona por planta, espacios cerrados y sin testigos, pisos tutelados, vestuarios deportivos, pernoctas externas en el marco de programas de vacaciones...). En este ámbito, alguna de las iniciativas trasladadas en las entrevistas realizadas, como un protocolo de prevención y respuesta especializado elaborado junto con la fundación ALAPAR ayudan sin duda a mitigar el riesgo original de abuso, sin que ello elimine el riesgo alto original afrontado en este ámbito.
- ✖ Riesgos patrimoniales, incluidos hurtos (dinero, móvil, reloj, artículos personales...); irregularidades en el manejo del patrimonio de una persona tutelada o con una capacidad límite para disponer de su dinero, haya sido o no judicialmente modificada; riesgos en la gestión del dinero de los residentes en pisos tutelados (autorización de compras, supervisión...), etc.
- ✖ Riesgos para otros derechos, como la intimidad, la propia imagen, la protección de los datos personales, algunos de ellos –aunque no todos– ligados al mal uso de las tecnologías. En este sentido, la supervisión del manejo de móviles por las personas usuarias –para fomentar su autonomía y respetar su intimidad, pero, a la vez, prevenir posibles abusos cometidos por esta vía– se antoja especialmente difícil.

Todas estas situaciones potenciales implican un nivel alto de riesgo original, propio de la actividad relativa a la salud mental desempeñada por la OHSJD.

3. ¿Con quién trabaja la OHSJD?

Por su propia situación clínica, las personas que ingresan en centros de la OHSJD en el ámbito de la salud mental parten de una clara situación de vulnerabilidad. Como ya se anticipó, esta situación de vulnerabilidad se ve agravada

por circunstancias que implican una doble victimización potencial: niños, niñas y adolescentes, mujeres, etc. En algunos casos, estos factores de riesgo y posible victimización son extremos: en algunos centros de la OHSJD ingresan pacientes con un largo recorrido en el sistema de atención, por la incapacidad de otros centros de atenderlos (casos límite donde, por ejemplo, se asocian enfermedades relativas a la salud mental y trastornos graves de conducta, como en el Centro de San Juan de Dios de Ciempozuelos; o donde se une el trastorno de salud mental a la privación de libertad y la posible existencia de abusos cometidos por otros reclusos en centros penitenciarios, como en el caso de Sant Boi de Llobregat).

Algunos de los factores de riesgo compartidos por gran parte de la población atendida en el ámbito de la salud mental por la OHSJD son su menor capacidad de defensa frente a un abuso; su dificultad para expresar el abuso sufrido (con la consiguiente dificultad para los centros para detectarlos y prevenirlos más eficazmente); o una comprensión y vivencia diferente de la intimidad personal, que conlleva en algunos casos situaciones límite y riesgos adicionales, especialmente de índole sexual. Según los estudios llevados a cabo hasta ahora, a mayor gravedad del trastorno o enfermedad de salud mental padecido, mayor vulnerabilidad frente a posibles abusos. La tutela o curatela de algunos pacientes y residentes, aunque es en muchos casos un factor de mitigación de riesgos, puede entrañar a su vez otros riesgos particulares, por ejemplo, en el ámbito patrimonial.

Otros factores de riesgo adicionales son la existencia de una situación de maltrato, abuso, negligencia o falta de cuidados previos (en el domicilio, entorno familiar, centro penitenciario, otros centros, abusos sufridos en infancia y adolescencia, etc.); la elevada edad y los distintos grados de dependencia (a mayor edad y grado de dependencia, mayor nivel de riesgo); el contexto de origen o la exclusión social (atendiendo en muchos centros de la OHSJD a población derivada por otros centros, en concierto con entes públicos, lo que implica un contexto de origen muy variado); la soledad y falta de tejido familiar; o el consumo de alcohol, drogas u otras sustancias añadido al propio trastorno o enfermedad mental padecido; etc. Aunque existen protocolos específicos para muchas de estas situaciones, la especial vulnerabilidad de este colectivo entraña en todo caso un nivel de riesgo original alto.

4. ¿A través de quién trabaja la OHSJD?

Como en el resto de los ámbitos de actividad de la OHSJD, la información recogida en las entrevistas muestra un amplio y variado grupo de profesionales –propios y externos–, en contacto potencial con los pacientes y residentes. También hay presencia de estudiantes de todos los niveles (pregrado, grado y posgrado, generalmente por acuerdos con centros educativos externos) y personal de prácticas o en rotación, provenientes de otros centros. Muchos de los profesionales con acceso directo a los pacientes realizan actividades sanitarias –personal médico, de enfermería, auxiliares, terapeutas ocupacionales, etc.–, pero existen también otros profesionales con posible acceso –celadores, personal de limpieza y de mantenimiento, personal de ocio y deportes incluido entrenadores y delegados de equipo, educadores y trabajadores sociales, etc.

Como en otros ámbitos de la OHSJD, la presencia de personas voluntarias también resulta especialmente relevante en el ámbito de la salud mental, con una amplia diversidad de iniciativas. Se abordará con más detalle esta cuestión en el apartado sobre voluntariado del presente mapa de riesgos.

Nuevamente, el gran número de personas en contacto potencial con los pacientes y residentes supone un factor de riesgo para la creación de un entorno seguro. Se trata en muchos casos de personas externas a los centros, más difíciles de formar y supervisar, y se producen situaciones de 1 a 1 en espacios cerrados, propios de centros grandes como muchos de los gestionados por la OHSJD, lo que dificulta también la detección y prevención de posibles abusos. Como en otros casos, una baja percepción de riesgos entre las personas con acceso potencial a las personas atendidas puede suponer un factor de riesgo adicional, pues puede conllevar una menor sensibilización y vigilancia frente a posibles situaciones de riesgo, espacios vulnerables, actuaciones comprometidas, etc. También puede conllevar una menor capacidad de reacción frente a posibles abusos o malos tratos detectados, o la atribución a factores personales que no abordan los riesgos institucionales a los que se enfrenta cada centro.

F. MAYORES Y RESIDENCIAS

En un análisis holístico del riesgo original que implica la actividad que desarrolla la Orden en el ámbito de atención a mayores y residencias se parte de un riesgo alto de abuso.

Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
				
 Alto  Medio  Bajo				

1. ¿En qué contexto trabaja la OHSJD con mayores y residencias?

De acuerdo con la información recogida y analizada, la actividad de la OHSJD para la atención de mayores y residencias varía en cuanto a su contexto. Si bien alguno de sus centros atiende zonas urbanas con focos de vulnerabilidad, la mayor parte de la actividad en este ámbito no se desempeña en zonas sistemáticamente deprimidas del territorio español. De hecho, muchos de sus centros prestan servicios en zonas o contextos más favorecidos, sin perjuicio de la atención concertada o la obra social que realizan con algunos colectivos vulnerables. En ese sentido, el contexto geográfico y social de los centros no se antoja un factor de riesgo especialmente marcado para la actividad de la OHSJD en este ámbito.

A su vez, desde el punto de vista de su contexto físico e infraestructuras, el tamaño de los centros y residencias tampoco debería suponer un factor de riesgo adicional. El número limitado de camas y habitaciones, en centros y residencias de tamaño medio, no entraña un nivel de riesgo tan alto como en los grandes centros hospitalarios y campus de la OHSJD. Por el contrario, aunque no se ha realizado una observación directa que permita describir detalladamente los espacios y sus condiciones, la ubicación de algunas residencias en edificios históricos, como la residencia San Juan de Dios de Sevilla, podría suponer un factor de riesgo para la creación de un entorno seguro: la existencia de espacios

oscuros, menos adaptados, y más difíciles de supervisar puede elevar el nivel de riesgo, a pesar de los amplios esfuerzos de adaptación y actualización (accesibilidad, cámaras en zonas comunes y pasillos en algunos centros —no en otros—, etc.) realizados por la OHSJD según la información facilitada, que sin duda mitigan el riesgo original apreciado.

Por otra parte, la propia actividad de atención a mayores y de residencias entraña el uso de espacios potencialmente comprometidos para la creación de entornos seguros, como habitaciones individuales o aseos. La existencia en estos espacios de situaciones 1 a 1, actividad profesional sin presencia de familiares u otros testigos, tareas de cuidado íntimo y aseo, o de rehabilitación y fisioterapia entrañan per se un alto nivel de riesgo original.

2. ¿Qué hace la OHSJD en el ámbito de la atención a mayores y residencias?

En el ámbito de la atención a mayores, la OHSJD realiza numerosas actividades, incluidas aquellas que afectan también a otros ámbitos de actuación, como el hospitalario (geriatría, psicogeriatría, atención ambulatoria y domiciliaria, etc.), la atención a la discapacidad o a la salud mental. Más específicamente, en el ámbito de las residencias, la OHSJD desempeña cuidados de corta estancia (para situaciones de dependencia transitoria), larga estancia, unidades diurnas, apartamentos tutelados, atención especializada en casos de demencia y gran dependencia, etc. En estas residencias, la gama de actividades ofrecidas no se limita únicamente a la pernocta, sino que abarca la atención integral de las personas mayores: fisioterapia y terapia ocupacional, iniciativas socio-culturales, ocio, cuidados sanitarios...

Muchas de las actividades desempeñadas implican por su propia naturaleza un nivel alto de riesgo original. Requieren intervenciones directas e individuales en situación de 1 a 1, pernocta, cuidados íntimos y aseo (incluida ayuda para vestirse y desvestirse en muchos casos, duchas, etc.). En todos estos casos, la realización de estas actividades con población mayor entraña riesgos adicionales a los que afectan a otros colectivos. Y, a mayor edad —y grado de dependencia

o discapacidad, cuando se da este doble factor—, mayor vulnerabilidad. Los estudios han mostrado que las residencias de larga estancia son el entorno donde estos abusos y malos tratos se producen con mayor frecuencia, junto con el entorno familiar y domiciliario (incluidos los servicios externos en el hogar y la asistencia continua en dicho ámbito), lo que explica el alto nivel de riesgo original observado.

Por tipo de abusos, en los que incidiremos más adelante, los riesgos más altos observados por diferentes estudios en entornos institucionalizados se corresponden con negligencias o abandono, abusos patrimoniales, abusos verbales, abusos psicológicos o emocionales, abusos físicos y abusos sexuales, por este orden (en algunos estudios, el orden entre los tres primeros tipos de abusos se alterna según los centros). Estos abusos pueden darse en todas direcciones: del personal de las residencias hacia los mayores residentes; de cuidadores, familiares (hijos, allegados, cónyuges...) u otros agentes sociales externos a la propia institución, o entre los propios compañeros de residencia (lo que no elimina la necesidad de detectar precozmente y prevenir estos abusos por las residencias de la OHSJD). Se ha apreciado además un alto número de casos en los que los distintos tipos de abuso eran sufridos por la misma persona, siendo cada uno de ellos un nuevo factor de revictimización para los demás tipos de abuso.

Algunos factores de riesgo asociados al ambiente en relación con el abuso o maltrato a mayores son la escasez de personal (especialmente en algunas franjas horarias, destacando las nocturnas, fines de semana y festivos), la presión por cumplir tareas asignadas en un tiempo limitado, la presión ejercida por familiares o allegados, la alta rotación de personal y su escasa formación específica para el buen trato dispensado a los mayores (además de un nivel de formación profesional en muchos casos inferior al de otros ámbitos), con escasa motivación y posible sensación de sobrecarga o hartazgo (volveremos sobre ello al analizar quién desempeña la actividad), o la insuficiente visibilidad de este tipo de abusos, la gerontofobia y discriminación estructural que sufren los mayores en muchas ocasiones en la sociedad, que excede ampliamente el ámbito de las propias residencias.

Entre los concretos riesgos de abuso o maltrato en el ámbito de la atención a mayores y las residencias, pueden señalarse los siguientes:

- ✖ Riesgos de negligencia, con potenciales atentados a la dignidad de los mayores. Estos incluyen el riesgo de dejadez o abandono (sea o no intencional), no atención a las llamadas de los residentes (especialmente en horario nocturno, donde hay menos personal o incluso un único trabajador), negligente alimentación, higiene, vestido o dispensación de medicamentos (incluido el riesgo de sobremedicación o de medicación sin el conocimiento y consentimiento del residente), los llamados “tratamientos de silencio”, aislamiento o incomunicación (negarse a dirigirse a un residente o realizar las tareas como si no estuviera en la habitación), aislamiento y soledad no atajados (aunque se pone énfasis, según la información recabada, en que los residentes participen en actividades socioculturales y de integración, y no permanezcan solos en sus habitaciones más allá del tiempo indispensable), etc.
- ✖ Riesgos de abuso patrimonial (ya sea por personal del centro, por familiares y allegados o por otros agentes externos), que incluye el hurto de objetos personales o dinero de bolsillo, engaño y abuso de confianza para obtener disposiciones patrimoniales perjudiciales para el residente mayor, el uso de los bienes del residente sin su consentimiento (teléfono, material de aseo ofrecido por las familias, etc.), falsificación de firmas, obligación o incitación a firmar documentos (incluidos testamentos) perjudiciales, incitación para realizar regalos al personal del centro, obtención de claves para retirar dinero u operar financieramente, convivencia con familias o allegados para obtener un beneficio económico inapropiado, etc.;
- ✖ Riesgos de abuso verbal y psicológico, especialmente difícil de detectar, ya sea del personal del centro hacia los residentes, o de familiares u otros residentes entre sí. Estos incluyen insultos y humillaciones, infantilización, “motes” y etiquetas o expresiones poco respetuosas, invisibilización, despersonalización y deshumanización, amenazas, gritos, etc.

- ✗ Riesgo de abuso o maltrato físico, en forma de golpes, empujones, fuerza para vencer la resistencia de un residente (para asearse, alimentarse, etc.) – especialmente cuando el residente no pueda verbalizar su oposición–, abuso de contenciones físicas o uso irregular de las mismas (según la información facilitada, se están intentando limitar en algunos centros gracias a sensores de movimiento en las camas, lo que supondría una buena práctica de mitigación respecto a este riesgo), no comunicación de lesiones, caídas, etc. observadas (con el consiguiente riesgo de agravación), bañar o duchar con agua muy fría o muy caliente, movilizar brusca o dolorosamente los miembros del residente (sin ser un terapeuta habilitado y formado para ello), etc.
- ✗ Riesgo de abuso de índole sexual, especialmente al realizar las tareas de aseo y cuidado íntimo, o en situaciones más delicadas donde hay menos personal y menor vigilancia (como el horario de noche, en que se dan actividades delicadas como el acompañamiento en caso de temores nocturnos, las rondas de noche con posible acceso a habitaciones individuales, etc.). Incluyen tocamientos, agresiones, exhibicionismo, comentarios de índole sexual, incitación a la realización de actos sexuales con otros residentes y otros actos equivalentes; y
- ✗ Riesgos para otros derechos de los residentes, que incluyen riesgos para su intimidad (no respetar su espacio personal, entrar en las habitaciones sin conciencia de que son el equivalente domiciliario para los residentes, tomar imágenes sin consentimiento del residente mayor o con un consentimiento dudoso).

Todas estas situaciones potenciales implican, como se anticipó, un nivel de riesgo original alto, propio de la actividad de atención a mayores y gestión de residencias desarrollada por la OHSJD.

3. ¿Con quién trabaja la OHSJD?

Como mayores, las personas que ingresan en residencias de la OHSJD parten de una situación de alta vulnerabilidad, que aumenta según avanza la edad. Según la información facilitada, algunos centros de la OHSJD llegan a tener

una edad media de 90 años entre sus residentes, lo que da idea del alto nivel de riesgo original existente. Aunque largo tiempo invisibilizados en la sociedad, los abusos y el maltrato hacia la población mayor ha adquirido niveles similares al sufrido por niños y mujeres según algunos estudios. Además, entre la población mayor, los estudios también apuntan a una mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a los hombres, y a aquellos mayores en situación de soledad o aislamiento, sin entornos familiares protectores a su alrededor.

La menor capacidad de defensa de algunos mayores, la existencia de trastornos cognitivos o funcionales, la dificultad para verbalizar o comunicar, o la escasa sensibilización de la propia población mayor sobre lo que constituyen casos de abusos son factores de riesgo adicionales. También lo son los variables grados de dependencia física (según el número de actividades de la vida diaria que un residente sea capaz de llevar a cabo), emocional-afectiva o emocional, y la posición de subordinación casi absoluta frente al personal del centro, incluso para cuestiones ordinarias básicas como el orden, los horarios o la limpieza.

También son factores de riesgo adicionales la proveniencia de un contexto social y familiar desfavorecido, un menor nivel socio-cultural o educativo o la existencia de situaciones de abuso previas, llevadas a cabo en el entorno domiciliario, familiar o personal del residente, incluidos aquellos perpetrados por sus cuidadores externos. Riesgos que las residencias y centros de la OHSJD deben detectar y, en los casos más graves, denunciar, abordar y sanar.

4. ¿A través de quién trabaja la OHSJD?

Como en otros ámbitos de actividad de la OHSJD, la información recogida en las entrevistas muestra un amplio y variado grupo de profesionales –propios y externos–, en contacto potencial con los pacientes. También hay presencia de estudiantes y personal en formación. La mayoría del personal son auxiliares y gerocultores, personal de enfermería, terapeutas, pero también hay personal médico y otros profesionales en los centros, como personal de limpieza y mantenimiento, de restauración, agentes de pastoral y atención espiritual, peluquería, etc.

Junto a ellos, la presencia de personas voluntarias también resulta especialmente relevante para el acompañamiento de los mayores o la ayuda para la realización de gestiones. Se incluyen en este caso iniciativas de “tele-voluntariado”, para el acompañamiento virtual de mayores, que supone garantizar la humanización de la atención en tiempos especialmente difíciles (como los afrontados debido a la pandemia de COVID-19 y consiguiente restricción de las visitas) pero también nuevos riesgos que se deben tener en cuenta (intercambio o grabación no consentida de imágenes, menor supervisión, etc.).

Además, como en otros ámbitos, se intenta obtener cuando es posible la mayor colaboración y presencia de las familias, lo que implica una mayor humanización de los cuidados, pero también un alto número de personas en contacto con los mayores residentes, como factor de riesgo adicional para la creación de un entorno seguro. A ello se añade el contacto con otras personas externas a la OHSJD (como cuidadores externos contratados por los pacientes o sus familias).

En distintos momentos de la actividad pueden producirse situaciones en las que cualquiera de estas personas se encuentre a solas con un residente, incluidas algunas en que el cuidador íntimo y el residente son de sexo opuesto. Ello supone un nivel de riesgo original alto en este ámbito. Los turnos en que existe un menor número de personal disponible, como las franjas nocturnas o los festivos, son especialmente comprometidos en este sentido. Además, debe asegurarse un difícil equilibrio entre la atención individualizada de cada residente mayor por los mismos trabajadores (para reforzar la confianza, el conocimiento de las rutinas particulares de cada uno, etc.) y la detección y prevención de riesgos (más difícil cuando un residente tiene acceso únicamente a un número limitado de personas o cuando su atención se encomienda siempre a la/s misma/s persona/s).

En cuanto al personal de la OHSJD, los principales factores de riesgo enfrentados son la alta rotación de la plantilla –y la consiguiente falta de tiempo para asegurar su formación en buen trato y valores–, el volumen alto de cuidados requerido y la menor formación profesional del personal disponible en algunos casos, especialmente en relación con el buen trato, la dignidad y la seguridad

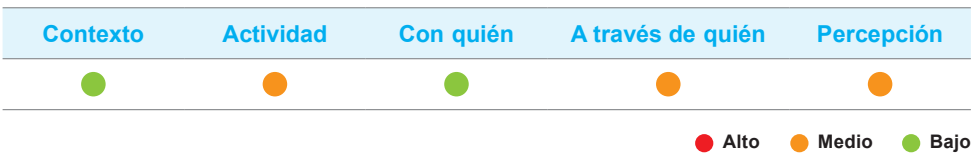
física, conocimientos específicos requeridos para la atención de las personas mayores. Este riesgo es mayor en el caso de trabajadores nuevos o de corta duración.

Finalmente, otros factores de riesgo, algunos ya avanzados en apartados anteriores, son la sobrecarga y el agotamiento de los profesionales, su sensación de hartazgo o su escasa motivación y alineamiento con los valores generales de la OHSJD, el estrés laboral asociado al cuidado de personas, la existencia de situaciones personales desconocidas por la organización (depresiones, rupturas, ludopatía, etc.), entre otros.

Sin embargo, como aspecto positivo que mitiga los riesgos existentes en el ámbito de las residencias –sin eliminar el alto nivel de riesgo original– debe señalarse la alta percepción de riesgos potenciales entre el personal entrevistado para la realización del presente mapa de riesgos, contrariamente a lo apreciado en otros ámbitos. Esto conlleva una mayor facilidad para detectar situaciones de abuso, a todos los niveles, y para prevenirlas tempranamente.

G. DOCENCIA UNIVERSITARIA

En un análisis holístico del riesgo original que implica la actividad que desarrolla la Orden en el ámbito de la docencia universitaria se parte de un riesgo medio de abuso.



1. ¿En qué contexto trabaja la OHSJD en el ámbito de la docencia universitaria?

De acuerdo con la información recogida y analizada, la actividad de la OHSJD en el ámbito de la docencia abarca tanto colegios de educación especial como

centros e institutos universitarios. Los primeros han sido tratados en el apartado relativo a la infancia del presente mapa de riesgos. Este apartado se centrará por tanto en los segundos.

El contexto geográfico y social de la actividad en estos últimos no se caracteriza por ser especialmente deprimido o de alta vulnerabilidad: al contrario, se trata de un contexto más favorecido que podría resultar en un menor nivel de riesgo desde ese punto de vista.

Por su parte, desde el punto de vista de su contexto físico e infraestructuras, si bien no se ha realizado una observación directa que permita describir detalladamente los espacios y sus condiciones, la actividad de docencia universitaria entraña el uso de algunos espacios potencialmente comprometidos para la creación de un entorno seguro, aunque no se trata de la mayoría ni afecta al grueso de la actividad desempeñada. Estos espacios son los despachos y salas de tutoría, especialmente si son individuales, así como zonas de deporte y ocio, que incluyen vestuarios y aseos. La ausencia de una política expresa de “puertas abiertas”, la ausencia de testigos en algunas actuaciones individuales (como las citadas tutorías) y la realización de estas últimas en espacios opacos (sin cristales u otros elementos que permitan cierta visibilidad) son factores que elevan el nivel de riesgo en relación con el contexto físico en que se desarrolla la actividad. El tamaño de algunos centros y el hecho de contar con zonas menos transitadas (aparcamiento, jardines, etc.) a algunas horas también serían un factor de riesgo en este sentido.

2. ¿Qué hace la OHSJD en el ámbito de la docencia universitaria?

En el ámbito universitario, la OHSJD realiza todo tipo de actividades encuadradas dentro del ámbito de la docencia y la investigación. No solo clases, tutorías, atención individualizada o gestión; también actividades extracurriculares –internas o a través de colaboradores externos como teatro y otras actividades culturales, de ocio, deporte, acompañamiento espiritual, etc. Algunas de estas actividades, por tratarse de situaciones 1 a 1, con una situación de poder asimétrica y en climas de confianza fruto de una docencia

individualizada, entrañan per se un nivel de riesgo original alto. Por ejemplo, las tutorías de grado o TFG.

Fuera de los propios centros universitarios, también se realizan labores formativas y de acompañamiento de estudiantes en otros centros de la OHSJD. Por ejemplo, los centros hospitalarios en los que se completan prácticas curriculares y se acogen estudiantes a todos los niveles (grado, posgrado, etc.). También se realizan actividades de voluntariado, nacional e internacional, por parte de los distintos estudiantes de los centros de la OHSJD (se abordará en los apartados de Voluntariado y Cooperación internacional), con los riesgos que esta actividad puede conllevar. Estos riesgos también existen desde el personal organizador o acompañante (a veces, miembros del personal docente) hacia las propias personas voluntarias. Algunas de estas actividades de prácticas o voluntariado implican además trabajar con personas externas a los centros y ocuparse de su aseo o cuidado íntimo, puesto que los estudios ofrecidos por la OHSJD engloban casi todas las ciencias de la salud (medicina, enfermería, fisioterapia, etc.).

Algunos de los riesgos en el ámbito de la docencia universitaria son los siguientes:

- ✕ Riesgos de abuso psicológico o emocional y posible menoscabo de la dignidad de estudiantes, jóvenes investigadores u otros compañeros de trabajo. Este tipo de riesgos para el buen trato pueden abarcar conductas tales como abusos verbales de diferente intensidad (gritos, expresiones denigrantes, insultos, moteos o calificativos poco respetuosos, acoso verbal, menosprecio, ataques a la autoestima...), despersonalización, infantilización, etc.
- ✕ Riesgos de índole sexual, ya sea entre estudiantes, entre compañeros de trabajo (incluidos aquellos que afectan a la relación con los jóvenes investigadores) o del personal docente e investigador sobre el alumnado. Estos riesgos abarcan desde la provocación de cualquier tipo de situación inapropiada (flirteo con estudiantes, expresiones ambiguas e impropias de una relación docente, comentarios sexuales explícitos o implícitos, re-

unión en espacios externos –bares, domicilios personales, etc.– sin un propósito académico...) hasta casos más graves de acoso (físico o virtual, incluida la circulación de imágenes íntimas como venganza), abuso o agresión sexual. Los riesgos de índole sexual pueden verse incrementados por situaciones de asimetría y diferencias de autoridad, que provocan temporalmente la vulnerabilidad de algunos colectivos (estudiantes, voluntarios, jóvenes investigadores, etc.).

- ✖ Riesgos para otros derechos, como la intimidad, la propia imagen, la protección de los datos personales, algunos de ellos –aunque no todos– ligados al mal uso de las tecnologías. Comentar datos privados de los estudiantes en los pasillos, comunicar notas sin anonimizar, entrar en el expediente académico de algún alumno sin autorización o propósito justificado, tomar y/o compartir fotos de o con estudiantes –especialmente sin su consentimiento–, iniciar contactos no legítimos con estudiantes accediendo o facilitando sus datos de contacto (o entrando en contacto por medio del teléfono o correo personal, fuera de los casos autorizados reglamentariamente, cuando existan normas y protocolos aplicables a este respecto)... Los abusos en este ámbito también pueden darse en la dirección opuesta –alumnado sobre personal docente e investigador, mediante grabaciones no consentidas, publicación en redes sociales, chantaje, etc. O, por supuesto, entre los propios estudiantes, ya sea mediante el mal uso de tecnologías y redes sociales –incluidos casos de mayor gravedad y potencialmente delictivos, como las coacciones, chantajes y amenazas–, o fuera del ámbito virtual.
- ✖ Riesgos físicos y riesgos patrimoniales, aunque éstos se antojan más remotos en el contexto de la docencia universitaria, especialmente si no tratamos las relaciones horizontales entre estudiantes (donde puede haber agresiones, bullying, etc.) sino las relaciones con el personal docente e investigador. No obstante, podrían darse situaciones de agresión física también en relaciones verticales, o abusos patrimoniales como la exigencia de dinero u otros beneficios económicos a cambio de un tratamiento académico favorable (otorgar aprobados, subir notas,

otorgar matrículas de honor, superar convocatorias, levantar sanciones disciplinarias, etc.).

Todas estas situaciones potenciales implican un nivel medio de riesgo original, propio del ámbito universitario: se trata de riesgos menos frecuentes que en otros ámbitos, por tratarse de relaciones entre adultos menos vulnerables a priori. Sin embargo, como se ha visto, estos riesgos no pueden descartarse y pueden llegar incluso a ser altos en algunos casos (abusos verbales, de índole sexual, para la intimidad y otros derechos...), especialmente cuando no existan protocolos específicos para atajarlos (por ejemplo, un protocolo para la creación de un entorno seguro o un protocolo para el buen uso de las tecnologías que, según la información facilitada en las entrevistas realizadas, no existirían todavía en todos los centros al momento de realizar el presente mapa de riesgos).

3. ¿Con quién trabaja la OHSJD?

La condición de estudiante o de joven investigador entraña en muchos casos una situación de partida que podría calificarse como vulnerable, por la asimetría en sus posiciones con el personal docente e investigador de mayor antigüedad. La dependencia que se genera muchas veces, basada además en decisiones que cuentan con un amplio componente de apreciación subjetiva (notas, aprobación de méritos, mantenimiento del puesto, financiación o validación de la investigación, etc.), implica la existencia de un nivel original de riesgo más alto del que se produce en otros contextos. Algunos estudios apuntan efectivamente a una mayor incidencia de abusos (verbales, sexuales, de poder) en el contexto universitario frente a otros lugares de trabajo.

Algunos factores específicos incrementan además el nivel de riesgo. Por ejemplo, la existencia de situaciones de maltrato o abuso externo (en el domicilio, el entorno familiar, las amistades, etc.), ya sea en un plano físico, psíquico o sexual (abusos o agresiones). También la proveniencia de un contexto vulnerable que, aunque no es el origen principal del alumnado en los centros de la OHSJD (según la información recabada), sí puede darse en casos particulares.

Como parte del contexto vulnerable, pueden mencionarse también los casos de conflicto familiar, que pueden llevar aparejados incluso la existencia de órdenes de alejamiento en vigor. La detección de estas situaciones y la protección del estudiante no siempre resulta sencilla a este respecto.

Algunas de las situaciones externas que también provocan un nivel de riesgo superior y una mayor vulnerabilidad del alumnado son el sufrimiento de trastornos previos, o causados por la propia actividad universitaria (depresión, ansiedad, insomnio, trastornos alimenticios, etc.). Estos trastornos implican en muchos casos una mayor dependencia emocional y una menor capacidad de defensa.

En el caso de abuso o maltrato entre trabajadores (que incluye el sufrido por jóvenes investigadores, por el personal externo o por aquellos que no gozan de estabilidad laboral), estudios recientes han subrayado la existencia de factores de riesgo específicos en el ámbito académico. Por ejemplo, la presión ejercida por los compañeros para silenciar algunas ideas o alinear posturas con el centro universitario (que tiene mayor incidencia en el caso de colectivos minoritarios); o la creación de vínculos de confianza y dependencia emocional ligados a la revisión académica, la asignación de puestos, encargos o ascensos (que pueden provocar situaciones de abuso de poder o de índole sexual). También se dan factores de riesgo más generales, como el género: la mayoría de los abusos identificados por los estudios llevados a cabo hasta ahora –especialmente desde el punto de vista sexual– apuntan a una mayor vulnerabilidad de las estudiantes y académicas frente a sus homólogos masculinos; y una prevalencia muy amplia del género masculino en la perpetración de abusos. La normalización de algunas conductas, su escasa identificación como supuestos de acoso o abuso, o el miedo a denunciar invisibilizan muchos de estos abusos en el ámbito de la docencia universitaria.

4. ¿A través de quién trabaja la OHSJD?

Como en el resto de ámbitos de actividad de la OHSJD, la información recogida en las entrevistas muestra un amplio y variado grupo de profesio-

nales –propios y externos–, en contacto potencial con el alumnado de los centros universitarios: personal docente e investigador interno y asociado, tutores de prácticas (y todo el personal de los centros donde los estudiantes realicen prácticas externas), personal de administración y servicios, personal acompañante en actividades extracurriculares, etc. La amplia plantilla y el número de personas en contacto en los centros (incluyendo los propios estudiantes) puede suponer un factor de riesgo adicional para la creación de un entorno seguro y de buen trato.

Como se anticipó en otros apartados, en distintos momentos de la actividad pueden producirse situaciones de 1 a 1 (como las tutorías), que implican un nivel de riesgo adicional. Además, las situaciones de abuso y maltrato también pueden darse con personas externas a la OHSJD (como el entorno familiar, las amistades, compañeros de piso o colegio mayor), en cuyo caso también correspondería a los centros universitarios de la OHSJD ayudar a una detección temprana –y prevención, cuando sea posible– de estos casos. En el ámbito universitario, la práctica de las “novatadas” supone un desafío especialmente relevante, que no siempre es sencillo de atajar desde el centro universitario (pues se producen generalmente fuera de sus muros, aunque no siempre –véanse casos de desafío verbal en las aulas, agresiones en los pasillos, acoso, etc.–).

Finalmente, como en otros ámbitos de actividad, la baja percepción de algunos riesgos potenciales por parte de los profesionales entrevistados para la realización del presente mapa de riesgos puede ser en sí misma un factor de riesgo. Salvo riesgos aislados, se reflejaba una percepción de riesgo bajo que no se ajusta bien a la realidad de la actividad desempeñada, al menos en lo que se refiere al nivel de riesgo original apreciado. Las situaciones de riesgo identificadas se correspondían casi siempre a abusos entre el alumnado, o del alumnado sobre el personal del centro, mientras que rara vez se imaginaron abusos del personal dependiente de la OHSJD sobre los propios estudiantes a su cargo, o sobre los colectivos más vulnerables dentro del personal. Esto puede conllevar una mayor dificultad para detectar situaciones de abuso y prevenirlas.

H. COOPERACIÓN INTERNACIONAL

En un análisis holístico del riesgo original que implica la actividad que desarrolla la Orden en el ámbito de la cooperación internacional se parte de un nivel de riesgo original alto.

Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
				
 Alto  Medio  Bajo				

1. ¿En qué contexto trabaja la OHSJD en el ámbito de la cooperación internacional

En el marco de lo que la OHSJD identifica como Desarrollo Solidario se incluye el área de cooperación internacional. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios es hoy una organización internacional con presencia en 51 países de los cinco continentes y más de 300 centros desde los que atiende a 20 millones de personas al año.

La Orden desarrolla este trabajo a través de su presencia en muchos de los países más pobres del mundo, hasta 51 países en los que se busca contribuir a reducir la pobreza a través de proyectos de mejora de las infraestructuras socio-sanitarias de la Orden en América Latina, África y Asia.

Esto significa que el perfil de los países es de extrema vulnerabilidad debido a sus condiciones socio-económicas y políticas así que como en su mayoría a la escasez o inexistencia de servicios de protección de los diferentes colectivos hacia los que la Orden dirige sus servicios.

Tradicionalmente los contextos de ayuda humanitaria y cooperación al desarrollo han revelado la existencia sistemática de abusos institucionales por parte de organizaciones y fundaciones de países desarrollados que desembarcan en territorios muy deprimidos y en los que la propia situación de vulnerabilidad y

pobreza, junto al hecho de ser receptores de ayuda externa de dichos países y sus poblaciones los puede convertir en víctimas de abuso.

Numerosos informes, estudios de caso, y situaciones que han sido noticia a lo largo de la historia reciente de la cooperación internacional nos demuestran que los factores de pobreza y falta de recursos, privación de derechos y libertades, altos niveles de corrupción a todos los niveles de gobierno, la mayor desprotección e incluso persecución y hostigamientos en determinados regímenes por los propios estados y gobiernos centrales y locales en los países en desarrollo, convierte dichos lugares en espacios de alto riesgo para las actividades y proyectos de cooperación internacional.

En el caso de la Orden sabemos que la labor de cooperación se desarrolla en centros de la propia orden en los países en desarrollo, por lo que si bien, perteneciendo a la misma orden, no tenemos la garantía de que desde el punto de vista de las infraestructuras tengan los mismos estándares que se han analizado en España.

2. ¿Qué hace la OHSJD en el ámbito de la cooperación internacional?

La actividad de cooperación internacional de la Orden se desarrolla en distintas áreas, fundamentalmente a través de la Fundación Juan Ciudad.

- ✕ Centros hospitalarios.
- ✕ Centros sanitarios ambulatorios.
- ✕ Centros de salud mental.
- ✕ Servicios para personas con discapacidad.
- ✕ Servicios para personas mayores.
- ✕ Servicios socio-asistenciales.

Además existen algunos profesionales fundamentalmente del ámbito sanitario de la Orden que desempeñan su trabajo de manera habitual en los centros de la Orden en España que de manera puntual se trasladan para estancias tem-

porales cortas a desempeñar labores de voluntariado ofreciendo sus servicios profesionales (campañas de operaciones quirúrgicas, o tratamientos específicos a cierto tipo de población con patologías que no son tratables de manera habitual por médicos en los países de destino, etc.)

Como una categoría específica de trabajo se destaca la Ayuda humanitaria en casos de crisis, conflictos, desastres etc. que suele consistir en apoyo logístico material médico quirúrgico a determinados países con una serie de características.

En el ámbito de la cooperación internacional se establecen dinámicas de dependencia de la ayuda, de un paternalismo mal entendido que de nuevo tienden a situar a las organizaciones que proporcionan la ayuda (y a sus trabajadores, voluntarios, etc.) en una situación de poder y control sobre aquellos a quienes atienden. Más allá de la propia actividad hospitalaria y médica que se ha analizado previamente en este documento, en el caso de la cooperación existen factores específicos que informan de altos niveles de riesgo:

- ✖ Perfil de personas atendidas altamente vulnerables, en pobreza, enfermedad con privación de derechos humanos en muchos casos (educación, vivienda, salud, etc.).
- ✖ Colectivos de todos los tipos de edad, género, y origen étnico.
- ✖ Personas que por su situación de necesidad desarrollan una situación de dependencia con aquellos que les brindan apoyo.
- ✖ El tipo de ayuda y proyectos que se desarrollan que generan relaciones de dependencia de unos sobre otros: acceso a salud, a recursos, y que como ya hemos podido constatar en el ámbito sanitario incluyen una serie de escenarios y situaciones que por la propia naturaleza de la actividad sanitaria pueden resultar susceptibles de conducir a situaciones de abuso.
- ✖ Otro de los factores y componentes de alto riesgo en el marco de la cooperación internacional viene marcado por las diferencias en los con-

textos legales y culturales que difuminan las barreras de lo que está permitido hacer en ciertos países, en los que por ejemplo el abuso sexual ni siquiera está legislado porque no existe o es un tabú. Esto conlleva a situaciones de amplia impunidad que dan cobertura a aquellos que tienen intención de abusar.

- ✖ Junto a ello existen una serie de barreras que pueden exacerbar situaciones de abuso y es la falta de respuesta y protección (incluso a veces discriminación y persecución de las propias víctimas) por parte de autoridades locales en el caso de que se detecte una situación de abuso por parte de un cooperante.
- ✖ A ello hay que unir, las relaciones institucionales de dependencia de las organizaciones receptoras con respecto a las que brindan la ayuda, que puede llevar a estar dispuestas a pagar ciertos peajes con tal de no perder la ayuda. Y en algunos casos con intermediación y beneplácito para que ello ocurra de gobiernos e instituciones locales.

Por este motivo, algunos de los tipos de abuso más recurrentes en el ámbito de la cooperación internacional son: el abuso y la explotación sexual tanto de niños, niñas y adolescentes como de mujeres, y la explotación comercial (modelos de esclavitud moderna, explotación laboral, servicio doméstico, explotación infantil) y diferentes tipos de abuso físico.

3. ¿Con quién trabaja la OHSJD?

Como se ha mencionado anteriormente el perfil de beneficiario de los proyectos de cooperación de la Orden es en principio:

- ✖ Población menor de 18 años.
- ✖ Adultos.
- ✖ En general con algún tipo de enfermedad.
- ✖ Y que residen en países muy pobres (por ser una de las características del trabajo de la Orden en este aspecto).

4. ¿A través de quién trabaja la OHSJD?

Podemos distinguir 4 grupos fundamentalmente:

- ✗ Profesionales que residen en España y se trasladan de manera temporal a terreno;
- ✗ Voluntariado internacional: que se clasifica en voluntariado funcional o profesional y voluntariado de acompañamiento que no necesita una experiencia sanitaria previa;
- ✗ Profesionales que residen allí de manera habitual (cooperantes);
- ✗ Profesionales originarios de los países en los que se presta la ayuda.

Desde el punto de vista del abordaje sanitario de los pacientes, ya hemos indicado de manera exhaustiva los diferentes riesgos que se pueden presentar.

En el caso de las acciones de cooperación las relaciones que establecen los profesionales de la cooperación si bien deberían ser relaciones de horizontalidad pueden acarrear esa situación de poder y mayor control por parte de los cooperantes sobre las poblaciones a quienes se atiende, generando dinámicas de abuso y explotación como ya se ha mencionado.

I. VOLUNTARIADO

En un análisis holístico del riesgo original que implica la actividad de voluntariado desarrollada en el marco de la Orden se parte de un nivel de riesgo original variable según el ámbito de actividad en que se inserte la actividad voluntaria, pudiendo ser un nivel de riesgo original alto o medio (reflejo del nivel de riesgo apreciado en dichos ámbitos).

Contexto	Actividad	Con quién	A través de quién	Percepción
  			  	
 Alto  Medio  Bajo				

1. ¿En qué contexto trabaja la OHSJD en el ámbito del voluntariado?

La actividad de voluntariado no es una dimensión accesorio de la actividad desarrollada por la OHSJD en sus diferentes ámbitos de actividad, sino todo lo contrario: es parte inherente, consustancial, a la actividad de la Orden desde sus mismos inicios. Actualmente, la actividad de voluntariado cuenta con una organización centralizada desde Voluntariado San Juan de Dios, integrado en la fundación Juan Ciudad, cuyo ámbito de actuación se extiende a todo el territorio de la Provincia (además de responsables locales y en cada centro –coordinadores de voluntariado–). El voluntariado incluye la acción de trabajadores de la Orden que colaboran fuera de su jornada laboral; personas atendidas o sus familias que participan en actividades voluntarias de apoyo; voluntariado corporativo llevado a cabo por empresas o entidades externas (por ejemplo, campañas de Navidad), o por estudiantes externos que desarrollan actividad voluntaria en cualquiera de los centros de la Orden.

En la OHSJD, el voluntariado no se entiende como sustitutivo de la actuación profesional llevada a cabo en los centros de la Orden, sino como complemento indispensable a dicha actividad, para mejorar la calidez de la atención, el acompañamiento personal y la cercanía. Como tal, está ampliamente extendido en todos los ámbitos de actuación de la Orden, cuyos riesgos específicos han sido abordados en los distintos apartados del presente mapa de riesgos: hospitales, acción social, salud mental, discapacidad, infancia, atención a mayores y residencias y cooperación internacional. También existe una intensa obra social corporativa, que apoya proyectos o iniciativas particulares, dentro o fuera de los centros de la OHSJD (por ejemplo, iniciativas de farmacia solidaria).

En todos estos ámbitos, el contexto del voluntariado puede variar notablemente. En algunos casos, este contexto supondrá un factor de riesgo adicional en la actividad de las personas voluntarias: países más desfavorecidos (en el ámbito de la cooperación internacional), zonas o barrios más vulnerables, etc. En otros, el contexto no incrementará el nivel de riesgo e incluso puede llegar a

atenuarlo, como ocurre con el voluntariado en centros situados en zonas más favorecidas de la ciudad.

Lo mismo sucede con las infraestructuras físicas en que se desarrolle la actividad voluntaria (edificios, centros, zonas oscuras, pasillos, etc.): su caracterización como factores adicionales de riesgo dependerá de la actividad concreta de que se trate.

2. ¿Qué hace la OHSJD en el ámbito del voluntariado?

Como se adelantó, las actividades de voluntariado dentro de la OHSJD se desarrollan en todos sus ámbitos de actividad: hospitales, acción social, salud mental, discapacidad, infancia, atención a mayores y residencias y cooperación internacional. Dicha actividad comprende muchos tipos de tareas realizadas en estos ámbitos, como pueda ser el acompañamiento físico y emocional, el acompañamiento en gestiones específicas (visitas médicas, bancarias, etc.), las iniciativas de “respiro familiar” (para facilitar tiempos de descanso a las familias o cuidadores externos), el apoyo complementario a servicios básicos de los centros –sin sustituir a los profesionales encargados de ellos– (información, admisión, ropería, comedor, ducha...); el apoyo a los profesionales en procesos terapéuticos (rehabilitación, psicomotricidad...); o el apoyo y la realización de talleres, entre otros. También se realizan actividades más específicas dentro del ámbito del voluntariado, como pueden ser las tareas de sensibilización o gestión.

En muchas de estas acciones, las relaciones de confianza y cercanía que se establecen entre la persona voluntaria y los pacientes o personas usuarias de los centros, la situación de asimetría que puede desarrollarse en algún caso y un paternalismo mal entendido pueden suponer un factor de riesgo adicional para la persona atendida o acompañada. En el caso de actividades más sensibles o comprometidas (aseo, cuidado íntimo o personal, ayuda en gestiones bancarias, etc.), este riesgo resulta todavía mayor –aunque no existen muchos estudios que lo hayan abordado, pues se trata de una problemática largo tiempo invisibilizada, por la visión positiva de la que parte la acción en el campo del voluntariado.

No debe pasarse por alto que las actividades voluntarias mal realizadas, encuadradas o supervisadas pueden suponer un riesgo de abuso o maltrato todavía mayor que el que afecta a la actividad de profesionales u otros colectivos. Además, la acción voluntaria también puede ser empleada por terceros de mala fe para llevar a cabo sus abusos, como se ha demostrado en ámbitos como la atención a la infancia: el acceso a NNA que proporciona el voluntariado, muchas veces sin una trazabilidad y un marco de control tan estrictos como el que afecta a los profesionales, puede ser una ocasión para cometer abusos más fácilmente. Estas consideraciones son aplicables a otras actividades, que proporcionan a terceros el acceso a otros colectivos vulnerables, como los mayores, las personas con discapacidad o las mujeres migrantes, refugiadas o sin hogar.

3. ¿Con quién trabaja la OHSJD?

Los colectivos atendidos por la OHSJD en cada uno de sus ámbitos de actuación coinciden con las personas vulnerables susceptibles de sufrir un abuso o maltrato por parte de personas voluntarias:

- ✕ Población menor de 18 años.
- ✕ Pacientes en centros hospitalarios.
- ✕ Colectivos vulnerables atendidos en el ámbito de la acción social (personas sin hogar, migrantes, personas refugiadas, mujeres, etc.).
- ✕ Personas que sufran trastornos o enfermedades relacionados con su salud mental.
- ✕ Personas con discapacidad.
- ✕ Mayores y residentes.
- ✕ Personas atendidas en el marco de la cooperación internacional.

Los factores de riesgo asociados a estos colectivos ya han sido explicitados en apartados anteriores. La menor formación específica de muchas de las personas voluntarias puede además incrementar el nivel de riesgo en cada uno de estos casos.

Por otro lado, también debe tenerse en cuenta la posibilidad de abuso o maltrato existente sobre las propias personas voluntarias, ya sea por las personas atendidas (por ejemplo, riesgos de agresión física, acoso a través del móvil o las redes sociales, reclamaciones económicas reiteradas, etc.) o por personal propio o colaborador de los centros de la OHSJD (maltrato verbal, acoso, abuso o agresión sexual, vulneraciones en el ámbito de la protección de datos, la propia imagen o la intimidad, etc.) aprovechando las dinámicas de cercanía, confianza y dependencia que puede generar la actividad voluntaria o el intercambio de datos personales (números de teléfono, correo, etc.).

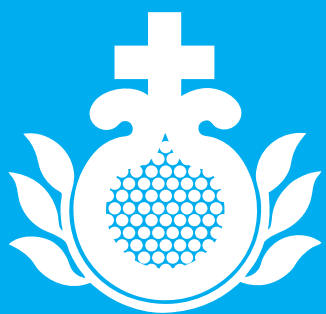
4. ¿A través de quién trabaja la OHSJD?

La importancia del voluntariado para la OHSJD explica que existan cerca de 5.000 personas voluntarias colaborando con la Orden en España, y cerca de 10.000 a nivel mundial. Su media de edad es elevada (55-60 años) y se trata en muchos casos de personas voluntarias de larga duración, pero existen también otros perfiles.

El hecho de que la actividad voluntaria sea llevada a cabo por distintos colectivos implica un nivel de riesgo diferente según los casos:

- ✗ Profesionales de la propia OHSJD que llevan a cabo acciones voluntarias fuera de su horario laboral: el nivel de riesgo asociado a esta variable puede ser considerado inferior, debido a la más amplia formación y más estrecha relación con los valores de la OHSJD que este personal suele tener, además de ser más fácilmente identificado y realizar sus tareas con un menor grado de dependencia;
- ✗ Personas voluntarias de forma estable y de larga duración, con una estrecha relación con la OHSJD, amplia formación en valores y para el desarrollo de la actividad de voluntariado (a veces con formación específica, como en el ámbito de los cuidados paliativos o la atención a la discapacidad y salud mental, por ejemplo): el nivel de riesgo es menor y puede ser equiparado en muchos casos al que afecta a los profesionales de la OHSJD que realizan actividades voluntarias;

- ✖ Personal voluntario esporádico, de corta duración, con una menor trayectoria profesional o de acción voluntaria y menor formación en los valores de la OHSJD, así como una mayor dificultad para conocer su contexto personal y familiar o para identificar las acciones que realizan dentro y fuera de la OHSJD: el nivel de riesgo en estos casos es mayor que en las actividades voluntarias llevadas a cabo por otros colectivos;
- ✖ Estudiantes o profesionales externos, dependientes de otras instituciones o empresas, que realizan actividades voluntarias esporádicas: el nivel de riesgo es nuevamente mayor, equiparable al de algunos voluntarios de corta duración. La confianza en que la institución externa de la que dependen haya llevado a cabo la selección, formación y supervisión necesarias sobre estas personas puede llevar a riesgos ocultos cuando dichas labores no se hayan llevado a cabo o se hayan hecho de forma defectuosa.



La casa de todos