



Castilla-La Mancha



Plan  **IGNIFICA**
Humanizando la asistencia

Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha





Plan  **IGNIFICA**
Humanizando la asistencia

“Solo es posible avanzar cuando se mira lejos.”

José Ortega y Gasset

“Los proyectos son las ideas cuando tocan suelo.”

ÍNDICE

1.- Presentación	5
2.- Prólogo	11
3.- Introducción	17
4.- Conceptos	22
5.- Antecedentes	27
a.- En el Insalud	29
b.- En el SESCAM	29
6.- Normativa estatal y autonómica de referencia	33
7.- Causas de la deshumanización	39
8.- Objetivos del Plan Dignifica	45
9.- Líneas estratégicas	49
a.- Línea 1. Información y comunicación	51
b.- Línea 2. Atención sanitaria integral e integrada	52
c.- Línea 3. Profesionales, parte activa de la humanización	52
d.- Línea 4. Servicios Generales, espacios y confort	53
e.- Línea 5. Participación Ciudadana	53
10.- Metodología del Plan Dignifica	55
11.- Seguimiento y evaluación	59
12.- Catálogo de 25 medidas propuestas	63
13.- Anexo indicadores	172
14.- Bibliografía	177
15.- Autoría y colaboraciones	183
16.- Epílogo	187
17.- Agradecimientos	193





PRESENTACIÓN

1.- PRESENTACIÓN

«Muy fuerte tiene uno que ser para, ante la enfermedad propia o la de un ser querido, no sentirse perdido e inermes en los pasillos y las salas de espera o de urgencias, donde con frecuencia nadie te dice nada, ni te explica nada, ni parece verte siquiera. En ese estado de indefensión total, una palabra alentadora, un gesto cariñoso, puede atenuar tu ansiedad y serte más útil que los conocimientos del más sabio de los doctores del centro.»

Esther Tusquets

Cualquier empresa u organización se entiende desde la cultura que asumen, desde el conjunto de valores por los que se orientan y que les confiere su identidad, generando seguridad y confianza a todas las personas implicadas. De hecho, la confianza es una parte importante del capital ético de cualquier organización: aumenta su eficiencia productiva al potenciar el espíritu de equipo y la colaboración en el trabajo, cohesiona a sus integrantes desde valores compartidos, confirma el liderazgo auténtico, promueve el compromiso con la misión y contribuye a su prestigio y reputación.

En el caso de las organizaciones sanitarias, cuya actividad exige de un elevado componente ético, profesionales y personal de las mismas son su principal activo y el corazón del sistema. Son quienes, mediante su desempeño y el trabajo en equipos, redes, grupos o comunidades de interés, dan forma y hacen posible la base cultural de una organización compleja, basada en el conocimiento, y que debe crecer mediante la innovación y el aprendizaje continuos.

La práctica clínico-asistencial moderna se ha hecho enormemente compleja en la actualidad; el gran desarrollo científico y tecnológico ocurrido a lo largo del pasado siglo permite responder antes y con más potencia a más variados problemas, y por mayor número de diferentes profesionales de la sanidad. De esta mayor capacidad de resolución de problemas se deriva también una mayor capacidad de complicaciones, de errores y de posibles daños.

En los últimos años se han venido atribuyendo a la excesiva *tecnificación de la práctica clínica*, a la elevada *presión asistencial*, a la *masificación*, o a la *falta de tiempo*, algunos de los perniciosos efectos de lo que ha dado en llamarse *deshumanización en (de) la asistencia sanitaria*, y cuyas manifestaciones o expresiones más conocidas serían, entre otras, las siguientes:



- La “cosificación” y despersonalización de la persona enferma, que pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica exclusivamente con sus rasgos externos (se habla así de “la colecistitis...”, “el cáncer tal...”, “la historia clínica cual...”).
- La falta de calor en la relación humana con los y las pacientes, el distanciamiento afectivo por parte de profesionales, la indiferencia, indolencia o el trato inadecuado, poco amable o poco respetuoso.
- La restricción de los derechos de los y las pacientes (dando lugar a la pérdida o ausencia de confidencialidad, privacidad, autonomía, etc.).

En este sentido, el **Plan Dignifica, enmarcado en el Plan de Humanización del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha**, cuyas primeras medidas se recogen en la presente publicación, aspira a que la asistencia sanitaria que se presta en sus instituciones elimine estos efectos perversos, recuperando los valores (tradicionales) que siempre caracterizaron a las y los profesionales de la sanidad, y que han venido inspirando su práctica a lo largo del tiempo.

El ser humano enfermo, y por lo tanto frágil, necesita, más que nadie, ser contemplado en su totalidad, es decir, en sus aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales, culturales y espirituales. Por ello, partiendo de la primacía del bienestar de pacientes, respetando su autonomía, y teniendo en cuenta los principios de justicia social, cabe enumerar un conjunto de compromisos y responsabilidades profesionales que deben formar parte del quehacer de todas las personas que trabajan en el Servicio de Salud, y que fueron recogidos en su día por la Federación Europea de Medicina Interna, la Fundación ACP-ASIM (*American College of Physicians-American Society of Internal Medicine*) y la Fundación ABIM (*American Board of Internal Medicine*):

- Compromiso con la competencia profesional
- Compromiso de honestidad con pacientes
- Compromiso con la confidencialidad
- Compromiso de establecimiento de relaciones apropiadas con pacientes
- Compromiso con la mejora de la calidad de la atención sanitaria
- Compromiso con la mejora del acceso a la asistencia sanitaria
- Compromiso con la distribución justa de los recursos finitos
- Compromiso con el conocimiento científico
- Compromiso con el mantenimiento de la confianza gestionando conflictos de interés



Entendemos la **HUMANIZACIÓN**, tanto en el fondo como en la forma, como una cuestión ética, que tiene que ver sobre todo con los valores y con la búsqueda del bien de la persona a la que se atiende. Humanizar las relaciones y la práctica clínico-asistencial consiste en utilizar la técnica de una manera acorde con la dignidad humana.

La **dignidad** se refiere al mérito y al valor, inherentes al ser humano, y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento y la consideración, la autoestima y la autonomía personal, es decir con la capacidad de tomar decisiones propias. Poder vivir –y morir– con dignidad emana del respeto a los derechos fundamentales y supone que todas las personas a título individual y como parte de sus respectivas comunidades tienen derecho a ser tratadas con justicia, amor, compasión y respeto. No es casual, pues, que una parte importante del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Castilla-La Mancha se denomine “**Plan Dignifica**”.

La dignidad tiene que ver por tanto con todos los aspectos de la vida diaria, incluyendo el respeto, la privacidad, la autonomía y la autoestima. Aunque la dignidad puede ser difícil de definir, está claro que la gente sabe cuándo no ha sido tratada con dignidad y respeto. La dignidad tiene que ver tanto con procesos y sistemas como con los comportamientos interpersonales.

La medicina y la asistencia sanitaria forman parte de un mundo y de una manera determinada de verlo. Una visión crítica del mundo y de la medicina es una de las aportaciones que la ética hace a las profesiones, y los cuidados sanitarios nacieron precisamente por una exigencia ética de no abandonar a la persona enferma, frágil y en situación de vulnerabilidad.

El carácter de las personas y de las organizaciones se demuestra en la intención y orientación general que se despliega en el tiempo mediante palabras y acciones. Entre los fines de la medicina y de la asistencia sanitaria en general, el fin es la atención a la persona, hasta el final y de forma excelente. Cuando lo que **Richard Sennett** denominaba “corrosión del carácter” y de las profesiones se ha producido por un olvido del ser, de su razón de ser y de sus finalidades legitimadoras, el recuerdo y la recuperación de la memoria es una aportación esencial para “*rehumanizar*” la asistencia sanitaria, una (hermosa) tarea que a todos nos corresponde.

Jesús Fernández Sanz
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha





PRÓLOGO

2.- PRÓLOGO

«Para ver no basta con mirar. Sólo podemos ver cuando tenemos una idea de lo que busca la mirada. Cuando el dedo que señala tiene éxito en la tarea de indicar una presencia es porque se comparte la idea de aquello que hay que ver.»

Leslie Jamison¹

Referirse a la humanización de la asistencia sanitaria supone, por un lado, hablar de *justicia* (cuyo contenido esencial son los derechos humanos) y, por otro, de *atención* (que requiere de respeto, de mirada atenta –en latín respeto procede de *respiciere*, o sea, mirar atentamente–). Y la justicia y el respeto constituyen el objeto fundamental de la ética. En este sentido, resulta difícil abordar en toda su complejidad y profundidad la calidad en la atención a pacientes sin hacer referencia a la ética. Tratar a (con) personas, dar un servicio personal adecuado, supone compartir ciertos referentes morales sobre qué se considera un *buen* trato, un trato *humanizado*. Y esto es aún más importante si consideramos las características de la atención sanitaria:

- Se trata de un servicio que debe dar respuesta a un derecho (el derecho a la asistencia sanitaria) más allá de satisfacer una mera demanda de personas usuarias o clientela.
- Se trata de pacientes, ciudadanos y ciudadanas que exigen justicia, con frecuencia en situación de indefensión o vulnerabilidad, bien porque tienen comprometida su salud, bien porque carecen de conocimientos sobre su salud y, en todo caso, precisan ayuda para hacer frente a su incertidumbre o su vulnerabilidad.

Sabemos sin embargo, que las cuestiones relativas a la ética y a la atención sanitaria son complejas desde el momento en que no siempre compartimos los referentes morales sobre lo que debe ser un *buen* trato o un trato *adecuado*, porque los hábitos y las costumbres son cambiantes, porque vivimos en sociedades plurales, porque la tecnificación de la asistencia sanitaria ha conllevado a veces (de forma consciente o inconsciente) un proceso de deshumanización, etc. Por ello, es necesario reflexionar críticamente acerca de los mínimos morales a compartir sobre los que fundamentar en qué consiste ese *buen* trato a pacientes, es decir, un trato

¹ Jamison L. *El anzuelo del diablo. Sobre la empatía y el dolor de los otros*. Ed. Anagrama. Barcelona, 2015.



más *humanizado*, una atención más justa y respetuosa teniendo en cuenta sus valores e incluso sus preferencias personales.

A lo largo de los últimos cien años la práctica clínico-asistencial se ha transformado profundamente, la medicina ha pasado de ser un arte y una técnica con escasos recursos preventivos y curativos, a convertirse en la forma de aplicar un enorme arsenal de procedimientos y biotecnología muy potentes, con medios farmacológicos y posibilidades técnicas de intervención enormemente complejas y sofisticadas. En gran medida, la alta tecnificación de la medicina ha conducido (casi) todos los esfuerzos de los y las profesionales hacia la competencia científica, la innovación tecnológica, el conocimiento especializado y 'experto', en detrimento muchas veces de la atención personalizada a los y las pacientes, a la persona enferma y a sus necesidades psicológicas, relacionales y... humanas. La propia enseñanza de la medicina y la dinámica general de los sistemas sanitarios en diferentes contextos han contribuido a esta tendencia tan extendida.

Sin embargo, no está de más recordar que los y las profesionales de la sanidad llevan a cabo una de las tareas más importantes y necesarias para la propia supervivencia y el desarrollo de la Humanidad. Con su esfuerzo y dedicación salvan vidas humanas (al reducir la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable), previenen enfermedades, aumentan y mejoran la calidad de vida de las personas, aminoran el dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad, facilitando cuidados a las personas incurables y proporcionando cuidados paliativos que ayuden a una muerte tranquila. En general puede decirse que contribuyen de manera efectiva a mejorar las condiciones en que se desenvuelve la existencia de los seres humanos.

Pero en la medicina o, mejor dicho, en la atención sanitaria, importa tanto *lo que se hace* como *la forma en que se hace*. Como señaló alguien, "*algunos profesionales tratan enfermedades, otros tratan a personas que tienen una enfermedad; no es lo mismo*". Las y los pacientes que sufren y solicitan ayuda no pueden reducirse a meras patologías, y su situación anímica, sus circunstancias concretas, su contexto personal son parte del problema. La tecnificación de la práctica clínica ha llevado con frecuencia al olvido de una cuestión capital tan importante.

Humanizar la atención sanitaria consiste precisamente en no reducir ni identificar a la persona enferma exclusivamente con su enfermedad, sino en considerarla como una persona que tiene sus preferencias, sus expectativas, su historia, a la que debemos restituir su dimensión personal y relacional. Una medicina "humanizada" es una medicina que trata a enfermos y enfermas como personas "humanas", valga la tautología.



Por todo ello, en el marco del **Plan de Humanización de la asistencia sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha**, el **Plan Dignifica** pretende mejorar las relaciones clínico-asistenciales, de manera que los clásicos principios bioéticos de *beneficencia*, *autonomía*, *justicia* y *cuidado* (o no maleficencia), sean no sólo unas hermosas palabras recogidas en los códigos y guías de buenas prácticas, sino prácticas reales incorporadas en su actividad por la totalidad de profesionales del sistema. Profesionales que, además de poseer el conocimiento y las competencias científicas y técnicas adecuadas, tengan las cualidades y actitudes éticas necesarias para responder con amabilidad, respeto, sinceridad, compasión y prudencia a las necesidades y demandas de las personas enfermas.

Regina Leal Eizaguirre
Directora Gerenta del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha





INTRODUCCIÓN

3.- INTRODUCCIÓN

En su comparecencia ante la Comisión de Sanidad de las Cortes Regionales, (el 14 de Septiembre de 2015), el actual Consejero de Sanidad, Jesús Fernández Sanz, señalaba:

*“De los cuatro pilares de la macrogestión o política sanitaria para los próximos cuatro años... el primer pilar tiene que ver con la propia búsqueda de la **sostenibilidad** del sistema, pensando en el futuro y en las generaciones venideras, trabajando para el mantenimiento y mejora del mismo. El segundo pilar se relaciona con las personas como eje fundamental del sistema sanitario sobre el que se dirige nuestra acción y la importancia de la **humanización** de la asistencia, con una mayor dedicación al paciente, y su entorno, tanto en el trato personal como a la hora de proporcionar la información que requiera. Entendemos como tercer pilar la importancia de los **profesionales** como motor que da vida al sistema, y destacando su valor a la hora de tomar las decisiones que conciernen a la gestión y el funcionamiento del propio sistema de salud...”*

Expresar en pocas palabras el significado del **Plan Dignifica** es una tarea compleja, ya que estamos hablando de la Humanización en los Centros Sanitarios, y este concepto tiene que ver con los valores propios de la persona, no solo como paciente. Se trata de ir más allá del uso exclusivo de la ciencia y de la técnica, aumentando la sensibilidad de los y las profesionales de la sanidad hacia lo que necesitan pacientes y familiares, con la idea de producir un cambio de actitud en su actividad profesional.

El **Plan Dignifica** pretende crear un ‘paraguas’ o marco común de referencia para todo el Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM), homogeneizar y destacar las acciones que ya están llevando a cabo en este sentido en las distintas Gerencias, ofreciendo una serie de propuestas factibles para llevar a cabo. Pretende crear una RED DE HUMANIZACIÓN a nivel regional.

Es necesario entender la asistencia sanitaria de forma integral u holística, contemplando no solo los aspectos científico-técnicos de la misma, sino también otros elementos como la comunicación, el trato personal, la empatía, la accesibilidad, la confianza, la intimidad; es decir, se trata de **CENTRAR LA ATENCIÓN EN LA PERSONA** como un todo.

Para ello, y como ya se ha indicado antes, es necesario un **cambio de ACTITUD**, donde el enfoque cambie, de manera que el ‘proyecto Dignifica’ pueda ir extendiéndose poco a poco a su propia dimensión, que abarca todos los aspectos de la asistencia sanitaria en el contexto de la sanidad castellanomanchega.



De otra parte, lo que se plantea es un espacio participativo, abierto y de colaboración entre agentes, equipos de dirección, profesionales, asociaciones y población en general, con el fin de analizar de forma cuantitativa y cualitativa la situación actual de los aspectos relativos a la humanización en la sanidad de Castilla-La Mancha, recabando sus opiniones y sugerencias, recopilando propuestas e ideas sobre las medidas emprendidas. El objeto es identificar las acciones relacionadas con la humanización ya realizadas, o que se están llevando a cabo en el momento actual, así como identificar también las expectativas, demandas, necesidades y la opinión de las personas en esta materia.





CONCEPTOS

4.- CONCEPTOS

HUMANIZAR:

Según el diccionario de la Real Academia Española, “*humanizar*” se define como “*hacer humano, familiar y afable alguien o algo*”. Humano como comprensivo, sensible a los infortunios ajenos, y humanización, la acción y efecto de humanizar o humanizarse.

Este término comprende múltiples dimensiones de la persona, incluyendo aspectos educativos, sociales, políticos o culturales. Sin embargo cuando hablamos de humanizar la sanidad, a priori puede parecer un contrasentido, ya que no hay nada más humano que el servicio por la salud, aliviar, cuidar, curar, prevenir y ayudar a otros seres humanos. Las profesiones sanitarias, son intrínsecamente humanizadoras. El problema surge desde el momento en que existe una relación desigual entre unas personas con conocimientos técnicos y otras personas frágiles, vulnerables, frecuentemente angustiadas, cuyas dolencias les afectan profundamente en su vida diaria. Javier Gafo indicaba que el gran reto de la medicina, desde que surge a partir de Hipócrates, era humanizar la relación entre profesionales de la salud y la persona enferma.

DIGNIFICAR:

Etimológicamente proviene de los términos latinos “*dignitas*” y “*dignus*”, persona merecedora de valor, lo que es valioso. También se refiere a quien obra con autoestima y mereciendo el respeto de las demás, quien no comete actos que degradan y no se humilla ni tolera la humillación.

Dignidad, es una palabra con una base muy sólida. Es el fundamento de la humanización, propia e intrínseca al ser humano, que por serlo tiene valor y no precio. Por ello este plan de humanización se ha querido llamar **Plan Dignifica**, aludiendo a una de las formulaciones del imperativo categórico kantiano: “*Actúa de tal modo que trates a la humanidad tanto en su persona, como en la persona del otro, no como un mero medio, sino siempre y al mismo tiempo como un fin*”.

Si bien la dignidad es un atributo individual de la persona, también posee una dimensión social, colectiva, pues va acompañada de la necesidad de que las demás personas y la comunidad en que ésta se integra, respeten sus derechos y libertades. En este sentido, la Constitución española, en su artículo 10 establece: “*La*



***dignidad** de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son el fundamento del orden político y de la paz social”.*

Ambos conceptos presentan una connotación de un proceso que tiende y contribuye a mejorar nuestra calidad de vida y nuestro entorno cotidiano, tanto en el ámbito de la salud, como en otros aspectos de nuestra existencia.

CALIDAD DE VIDA:

Dignidad y Humanización, están muy relacionadas con el concepto de “calidad de vida”. Podemos definirla como el estado que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno:

Bienestar emocional	Bienestar material
Bienestar físico	Inclusión social
Relaciones interpersonales	Desarrollo personal
Autodeterminación	Derechos

Los estudios que venían realizándose sobre el coste-efectividad de la atención sanitaria, estaban basados en la variable “esperanza de vida” como medida de éxito. Estudios más recientes toman como medida del resultado en salud los AVAC² (Años de Vida Ajustados a la Calidad), o la EVAC (Esperanza de Vida Ajustada por Calidad). Esto proporciona una medida de salud más completa en la que se reflejan los cambios tanto en la esperanza de vida, como en la calidad de vida relacionada con la salud de la población en general. No obstante, el concepto de calidad de vida es propio de cada persona según lo valore individualmente en sus diferentes dimensiones.

² Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Castilla I, Valcárcel Nazco C, García Pérez L, Linertová R, Serrano-Aguilar P. *Valor Monetario de un Año de Vida Ajustado por Calidad: Estimación empírica del coste de oportunidad en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2015. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3382aaa2-cb58-11e5-a9c5-a398589805dc/SESCS%202015_Umbral%20C.O.%20AVAC.pdf(consultado: 20-3-2017).



Una asistencia sanitaria humanizada no es la que busca prolongar la vida a cualquier precio y de cualquier forma, sino la que pretende elevar la calidad de vida, respondiendo a las necesidades de las personas, respetando su autonomía, tomando decisiones compartidas y sostenidas con una ética profesional, y aplicando las técnicas más adecuadas.

BIOÉTICA:

La bioética trata del estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la salud y de la atención a la salud, examinando esta conducta a la luz de un conjunto de valores y principios:

- No maleficencia
- Beneficencia
- Autonomía
- Justicia

La bioética como disciplina surge en 1974, en los Estados Unidos, a partir de la creación de una Comisión encargada de identificar los principios éticos básicos que deberían guiar en la investigación con seres humanos (Informe Belmont). Inicialmente se refería a tres principios: el de **autonomía** o respeto por las personas, por sus opiniones y elecciones; el de **beneficencia**, que se traduce básicamente en extremar los beneficios y minimizar los riesgos; y el de **justicia** o imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios. Con posterioridad se añade el principio de **no maleficencia**, que consiste básicamente en la obligación de “no hacer daño”, (el clásico “*Primum non nocere*” atribuido –erróneamente- a Hipócrates). Estos cuatro principios, formulados de forma amplia son extensivos a la totalidad de la práctica clínica y asistencial. Se trata de principios “*prima facie*”, esto es, que obligan siempre y en el caso de conflicto entre ellos, los principios se jerarquizan a la vista de la situación concreta, es decir, no hay reglas de prioridad de un principio sobre otro, y de ahí la necesidad que surge en ocasiones de llegar a un consenso, lo que constituye el objeto y fundamento de los **Comités de Ética Asistencial**.^{3 4}

³ Decreto 95/2006 de 17.07.2006 de los Comités de Ética Asistencial en el Ámbito del Servicio de Salud de Castilla la Mancha. DOCM nº 149 de 21.07.2006.

⁴ Álvarez JC. *Comités de ética asistencial*. Madrid. Portal Mayores. Informes Portal Mayores nº 18. 2004. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/alvarez-comites-01.pdf> (consultado: 20-3- 2017).



La palabra bioética (ética de la vida) se acuñó precisamente para indicar la necesidad de diálogo entre profesionales que se dedican a la ciencia y humanistas. Los temas principales objeto de atención en este campo son numerosos; podemos citar, entre otros, las cuestiones que giran alrededor de la relación entre pacientes y profesionales, derecho a la información, consentimiento, la comunicación, los derechos y deberes de los y las pacientes, cuestiones relativas a la intimidad, la confidencialidad, la vida privada y el secreto, la protección de datos de carácter personal, fecundación y reproducción asistida, esterilización, investigación, interrupción del embarazo, trasplantes de órganos, conflictos en torno al final de la vida, muerte digna, eutanasia, encarnizamiento terapéutico, etc.

El Plan Dignifica tiene en cuenta, pues, las aportaciones de la bioética y las proyecta e incorpora en sus objetivos y en sus contenidos.





ANTECEDENTES

5.- ANTECEDENTES

Antecedentes en el INSALUD:

En 1984 el INSALUD⁵ elaboró un Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria⁶, que justificaba y explicaba de la siguiente forma: *“la propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina”*.

Antecedentes en el SESCAM:

Como antecedentes del Plan Dignifica en Castilla-La Mancha, pueden citarse:

- El Plan de los Pequeños Detalles⁷
- La Estrategia de Confortabilidad⁸

⁵ Entre 1978 y 2002 el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) fue la entidad pública encargada de la gestión y administración de los servicios sanitarios del sistema de Seguridad Social en España. http://es.wikipedia.org/wiki/Instituto_Nacional_de_la_Salud_%28Espa%C3%B1a%29 (consultado: 20-3-2017)

⁶ Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1984. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf (consultado: 20-3-2017).

⁷ Gutiérrez R, Rubio M, Fernández J, Navarro C, Parra B. Mejora en la calidad percibida: el Plan de los Pequeños Detalles del SESCAM. Rev Calidad Asistencial 2004;19:88-91. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-mejora-calidad-percibida-el-plan-S1134282X04776770> (consultado: 20-3-2017).

⁸ Disponible en: http://sescam.jccm.es/e_confort/files/sescam2008.pdf (consultado: 20-3-2017).



El denominado ‘Plan de los Pequeños Detalles’, iniciado en 2003, consistió en un proyecto de mejora en todos los hospitales del SESCOAM, dirigido a incrementar la calidad percibida por las personas usuarias y elevar su nivel de satisfacción con el sistema sanitario público. Se trataba de actuaciones de bajo coste económico y fácil implantación. Se priorizaron las siguientes propuestas:

Rango	Medida – actuación propuesta
1	Mejora de la información en Urgencias
2	Información a familiares durante la intervención quirúrgica
3	Mejora de la limpieza. Planilla de comprobación de la actuación del personal de limpieza en las distintas dependencias
4	Adecuar horario de medicación y toma de constantes al descanso de los pacientes
5	Retirada de carteles no institucionales y anuncios fuera de los tabloneros. Evitar rótulos escritos a mano
6	Retirada del mobiliario y material en mal estado
7	Reposición y sustitución de la lencería en mal estado
8	Identificación de los profesionales (chapa con nombre y categoría)
9	Mejora del trato personalizado y correcto a los pacientes. Sonreír más. Buena recepción
10	Puntos de agua fría (fuentes) en plantas
11	Mantener cerradas las puertas de las habitaciones
12	No salir a la calle con el uniforme o ropa del hospital



La llamada 'Estrategia de confortabilidad', surge a partir de 2008 como parte de las políticas de Calidad que venía desarrollando el SESCAM, a partir de la experiencia anterior del Plan de los pequeños detalles. Entre 2009 y 2011 todas las gerencias desarrollaron su propio Plan de Confortabilidad, que abarcaba cinco grandes áreas, con actuaciones en Atención Primaria, Urgencias y Atención Hospitalaria.

- Información y comunicación
- Humanización y calidad de trato. Personalización
- Accesibilidad
- Espacios y confort
- Reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias.

Se definieron y priorizaron las actuaciones de mejora, se realizó un cronograma y se nombraron responsables de la ejecución. También se habilitó una herramienta informática para monitorizar las acciones de mejora y los indicadores sobre grado de cumplimiento.





Plan  **IGNIFICA**
Humanizando la asistencia

NORMATIVA ESTATAL Y
AUTONÓMICA DE REFERENCIA

6.- NORMATIVA ESTATAL Y AUTONÓMICA DE REFERENCIA

La **Constitución Española**, en su **artículo 10** establece que *la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son el fundamento del orden político y de la paz social*. Asimismo en su artículo 18 1., establece que se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, siendo ambos artículos pertenecientes a los Derechos Fundamentales; por tanto, cualquier norma relativa a los mismos ha de ser interpretada de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

La misma **Constitución** en su **artículo 43**, reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones de los servicios necesarios.

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, desarrolló las previsiones constitucionales en materia de los derechos de la ciudadanía en relación con las diferentes Administraciones públicas sanitarias, así como sus obligaciones en relación con las instituciones y los organismos del sistema sanitario.

La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica**, sitúa a las y los pacientes en el centro del sistema, debiendo garantizarse no solo la asistencia sanitaria, sino la información suficiente que permita una utilización responsable de los recursos sanitarios y una participación activa para su mejora permanente.

Hay que destacar, además, las aportaciones que en el terreno prestacional introdujo la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, que establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la participación activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

La **ley 44/2003 de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias**, y los respectivos códigos deontológicos, imponen a los y las profesionales el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado.



El **Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, (ley 55/2003 de 16 de diciembre)**, como norma básica, establece su régimen jurídico y reconoce el derecho de las y los profesionales que se encuentran en su ámbito de aplicación a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, sobre riesgos generales en el centro sanitario, o derivados del trabajo habitual, así como a recibir asistencia y protección de las Administraciones públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión y en el desempeño de sus funciones.

La **ley 6/2005 de 7 de julio, de Castilla la Mancha, sobre Declaración de Voluntades Anticipadas** en materia de la propia salud. Entiende por declaración de voluntades anticipadas la manifestación escrita de una persona capaz que, actuando libremente expresa las instrucciones que deban tenerse en cuenta sobre la asistencia sanitaria que desea recibir en situaciones que impidan expresar personalmente su voluntad, o sobre el destino de su cuerpo o sus órganos una vez producido el fallecimiento. Complementarias a esta norma se encuentran: el Decreto 15/2006 de 21 de febrero del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y el Real Decreto 124/2007 de 2 de febrero, que regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

La **ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres**, recoge la integración del principio de igualdad en la política de salud y la perspectiva de género, modificando la ley 14/86 General de Sanidad en el sentido de introducir dicho principio en las políticas, planes y programas de Salud, sin discriminaciones derivadas de esta circunstancia y condición.

La **Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha**, reconoce a las ciudadanas y los ciudadanos como titulares de los derechos y deberes contemplados en la Ley, en sus artículos 4 y 5, y recoge un amplio catálogo de los primeros.

Con posterioridad, diversas normas de nuestra Comunidad Autónoma incorporaron al Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha nuevos derechos y otros aspectos relacionados con la Humanización de la Asistencia, entre los que destaca, de manera singular, el establecimiento de unos tiempos máximos de respuesta para recibir atención sanitaria de carácter programado y no urgente y el derecho a la información sobre la misma, tal como se contemplaba en la **Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada** [vigente hasta su derogación en octubre de 2014 por la Ley 3/2014, de 21 julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha].



La **Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha**, se promulga ante la necesidad de unificar y sistematizar la diversa normativa preexistente en la materia. Esta ley no solo define los derechos de las personas en relación con la salud, sino que además establece mecanismos que permitan a la ciudadanía adoptar un papel protagonista en la toma de decisiones relativas a la asistencia sanitaria y en la gestión de su propio proceso de enfermedad. No obstante, los ciudadanos y las ciudadanas también deben ser conscientes de sus responsabilidades en relación con la salud, por esto la ley define sus deberes sobre el cuidado de la propia salud, la utilización adecuada de los servicios sanitarios y el respeto a las y los profesionales de la sanidad y al resto de pacientes. También regula los derechos y deberes de las y los profesionales que prestan sus servicios, de forma que ambas partes reconocen su mutua dignidad y sus responsabilidades.

La **Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección** en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, derogó la ley 24/2002 de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada en cuanto a los plazos establecidos, y reguló la posibilidad de elegir Centro donde ser atendido/a dentro del Servicio de Salud, si bien no se llegó a completar el desarrollo reglamentario de esta norma.

El **Decreto 83/2015 de 14 de julio de 2015 de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad** establece como órganos centrales:

1. Secretaría General
2. Dirección General de Salud Pública y Consumo
3. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria
4. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria

Entre las funciones de la Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria se recogen, las siguientes:

- La elaboración de planes, programas de formación y fomento de actuaciones del personal sanitario que permitan la adecuada actualización de sus conocimientos y asimismo les proporcione los instrumentos precisos para garantizar una mejor atención a pacientes *desde una perspectiva holística*.



PLAN DIGNIFICA. HUMANIZANDO LA ASISTENCIA

- Implementación de medidas tendentes a garantizar la adecuada comunicación entre el personal de la sanidad y pacientes y, en su caso, de familiares, con el fin de que puedan ejercer su derecho al consentimiento informado y disponer de toda la información atinente a su estado de salud.
- Coordinación de las Instituciones Sanitarias con el fin de garantizar una atención integral a pacientes.

Corresponde por tanto a dicha Dirección General la elaboración del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla la Mancha, como documento básico y de referencia que contenga los principios orientadores, objetivos y líneas de actuación concretas para hacer realidad una asistencia sanitaria más humana y de mayor calidad.





CAUSAS DE LA DESHUMANIZACIÓN

7.- CAUSAS DE LA DESHUMANIZACIÓN

Desde diversos ámbitos se han apuntado numerosas causas que han dado lugar a esa “deshumanización” de la asistencia sanitaria. Entre otras, pueden citarse:

A) LA TECNOLOGÍA

Como ya apuntaba el citado Plan de Humanización del INSALUD de 1984, junto con el desarrollo de la técnica, se ha producido un proceso de deshumanización, que en numerosas ocasiones ha llevado a una despersonalización, a una “dictadura tecnológica” que genera un reduccionismo y una cosificación de la persona. Por ello, recuperar los valores como la confianza, la empatía, el contacto, el trato individualizado, sin olvidar la técnica, es un reto para la atención sanitaria de nuestro tiempo. Cuando una persona se encuentra en una situación de enfermedad, la respuesta no puede reducirse a la mera aplicación de la tecnología, por muy adecuada que sea ésta. Este reduccionismo se supera potenciando la técnica con una atención integral.

La tecnología es una herramienta, un medio más que puede humanizar o deshumanizar, según cómo se utilice. Por lo tanto, quien deshumaniza es el ser humano, no la técnica en sí misma.

B) LA SÚPER-ESPECIALIZACIÓN

La excesiva especialización de la actividad sanitaria no supone a priori un problema, siempre que no conlleve una visión parcial y fragmentada de los y las pacientes. Si por el contrario se le considera como un conjunto de patologías desconectadas unas de otras, se convierte en una “serie de piezas”, en una simple relación más o menos extensa de síntomas y signos clínicos, donde cada especialista va arreglando su parte, sin una visión global. En este caso nos hallamos ante un factor deshumanizador. Frases o expresiones como: “*esta no es mi parcela*”, “*esa no es mi responsabilidad*”, “*esto siempre se ha hecho así*”, “*a mí no me pagan por esto*”, son – también – conocidas en el ámbito sanitario y reflejan un enfoque predominante referido exclusivamente a los aspectos científico-técnicos, olvidando el sentido humanista de la medicina y de la asistencia sanitaria.

Por otra parte, no siempre es posible garantizar el seguimiento de un o una paciente por el mismo o la misma profesional. A menudo, la persona enferma no se relaciona con un o una profesional en particular, sino con



un equipo más o menos amplio de personas, tanto a nivel técnico como profesional. Esto impide en ocasiones la relación, que puede y debe convertirse en una comunicación interpersonal estrecha y fluida, a la vez que diluye el compromiso con su cuidado y la responsabilidad con los resultados.

C) LA COMPLEJIDAD DEL SISTEMA

De ella deriva la masificación, la despersonalización, la excesiva burocracia, las demoras y otros efectos nada satisfactorios. En ocasiones el sistema es tan complejo que sus procedimientos pueden llegar a ser considerados en sí mismos más importantes que la propia decisión o el resultado final. Como apunta Marchesi: *“la persona se convierte en un objeto de experimentación y el hospital en una factoría, en la cual los pacientes son atendidos en cadena”*.⁹

D) PROBLEMAS PROFESIONALES

Una vez superado el tradicional enfoque paternalista surge un nuevo reto: las y los profesionales se enfrentan a personas vulnerables pero informadas, demandantes, y con altas expectativas en el sistema. Pero además, por otra parte, existe un gran riesgo de desgaste profesional (*burn-out*) en el personal de la sanidad en general, fruto en mayor medida del alto nivel de auto-exigencia por encima de las condiciones laborales existentes. Esta situación, unida al temor de un entorno amenazante, sometido a quejas y reclamaciones, posibles litigios por mala praxis, conflictos de competencias, etc., puede dar lugar a la práctica de una medicina defensiva, generando insatisfacción, desilusión y apatía. En este sentido, se hace necesario buscar un equilibrio donde las habilidades, la inteligencia emocional y la empatía, permitan interactuar de manera efectiva. Fortalecer todo este conjunto de “competencias blandas”, como apunta Jose Carlos Bermejo,¹⁰ marcará la diferencia de una forma sustancial tanto en la relación entre profesionales, como en la relación con pacientes.

⁹ Marchesi P.L. *Humanicemos el Hospital*, en AA.VV. Humanización en Salud, Selare. Bogotá, 1993.

¹⁰ Bermejo, Jose Carlos. *Humanizar la Asistencia Sanitaria*. Centro de Humanización de la Salud. Ed. Desclée. 2ª Edición. Bilbao, 2015.



E) NEGACIÓN DEL SUFRIMIENTO

Existe una cierta tendencia a identificar dolor con sufrimiento. Sin embargo, aunque el dolor y el sufrimiento aparezcan con frecuencia en una misma persona enferma, no son necesariamente la misma cosa. El dolor se refiere a una aflicción física aguda y se manifiesta de muchas formas: el dolor puede ser agudo, punzante, penetrante, etc. El sufrimiento en cambio se refiere a un estado de preocupación o agobio psicológico, típicamente caracterizado por sensación de miedo de angustia y ansiedad. Un dolor agudo y constante puede ser causa de sufrimiento, pero el dolor no siempre provoca sufrimiento (especialmente cuando es pasajero o si forma parte del proceso de curación).¹¹

En nuestro sistema sanitario actual el dolor es evitable en un 95 % de los casos. Pero el sufrimiento puede existir independientemente del dolor, y se define como “una respuesta negativa inducida por el dolor, por el miedo, la ansiedad, el estrés la pérdida afectiva y otros estados psicológicos”. El hecho es que se confunden ambos términos y se tratan de igual forma, medicalizando también el sufrimiento.

Existe una relación directa entre dignidad humana y calidad de vida. Las tecnologías puestas a disposición de la medicina son capaces de prolongar la vida y elevar las estadísticas sobre la esperanza de vida a unos niveles como nunca hemos conocido. Pero también hay que analizar si ese aumento de la esperanza de vida, es decir, esos años de vida adicionales, son vividos con calidad. Una de las causas del proceso de deshumanización es medir el bienestar de las personas en términos cuantitativos de años de vida, olvidando las condiciones en que esas personas viven, olvidando la diferencia entre el dolor y el sufrimiento. El dolor físico puede tratarse, pero el sufrimiento de una persona que se ve obligada a vivir sin una calidad de vida aceptable de acuerdo con sus expectativas, es una cuestión importante a valorar a la hora de medir el bienestar. En muchos casos estos estudios entran dentro del campo de la bioética.

Diego Gracia¹² indica que “parece natural pensar que es bueno todo aquello que va a favor de la vida y malo todo lo que va en contra, o la pone en peligro. Pero la vida sin más, no es un criterio de moralidad. El criterio surge cuando se califica o se cualifica esa vida de cierta manera”.

F) CRITERIOS MERCANTILISTAS

Cuando los objetivos económicos prevalecen sobre el objetivo último que es favorecer la salud de las y los pacientes, estamos sin duda deshumanizando la sanidad y la asistencia sanitaria. Si bien es cierto que los

¹¹ *Los fines de la medicina*. Informe Hastings. Cuadernos de la fundación Grifols i Lucas. Barcelona, 2005.

¹² Gracia Guillén D. *La Bioética médica*. En: Bioética: Temas y perspectivas. Washington: OPS-OMS; 1990



recursos públicos son limitados, sin embargo, no parece socialmente admisible que una persona enferma deje de recibir una atención sanitaria que pueda serle beneficiosa por criterios económicos que podrían ser subsanados. Un buen ejemplo de ello es un sistema de patentes abusivo, que impida la financiación pública de determinados medicamentos, o la limitación del derecho a la asistencia sanitaria a personas inmigrantes en situación administrativa irregular.

G) INEQUIDADES

El concepto de inequidad en el ámbito de la salud, supone no acceder en condiciones de igualdad a los recursos sanitarios públicos, médicos, farmacéuticos, asistenciales, socio-sanitarios, etc., que debieran estar garantizados para toda la ciudadanía en condiciones similares. En contra de algunas opiniones simplistas, el problema no es la descentralización de la asistencia sanitaria en las Comunidades Autónomas, y la estructura del Sistema Nacional de Salud en los diferentes Servicios de Salud regionales, sino la falta de solidaridad y de criterios adecuados de cohesión entre ellas, lo que en muchas ocasiones genera enormes diferencias, respecto a tiempos de espera para recibir atención, equipamientos, acceso a servicios o prestaciones, etc.

Por otra parte, las inequidades han existido también dentro de una misma comunidad autónoma, debido a normativas que excluían del acceso a la Atención Primaria y/o Especializada a determinadas personas (en su mayoría inmigrantes sin documentación), restringiendo la asistencia solamente a los casos urgentes, a menores de edad y mujeres gestantes. El Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril, (más conocido como “decreto de exclusión sanitaria”), ha tenido un efecto perverso en este sentido. (En Castilla la Mancha desde marzo de 2016 existe la denominada *Tarjeta Humanitaria*, de acuerdo con lo previsto en la Orden de 9/2/2016, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. DOCM núm. 36 de 23 de Febrero de 2016). Dicha tarjeta puede ser utilizada por personas no nacidas en España que estén en situación irregular y personas extranjeras que carezcan de recursos.

El efecto de ser restrictivo a la hora de atender a pacientes no solo es un factor de deshumanización, que afecta precisamente a los colectivos más vulnerables, sino que además puede ser origen de graves problemas de salud pública.





OBJETIVOS DEL PLAN DIGNIFICA

8.- OBJETIVOS DEL PLAN DIGNIFICA

La humanización de la atención sanitaria, es una cuestión PRIORITARIA y, para ello se requiere principalmente un cambio de ACTITUD. Se trata de cambiar el foco de la atención sanitaria, dirigido tradicionalmente hacia la enfermedad, y situar a la persona y su contexto en el centro del sistema, procurando “dar el mismo trato que nos gustaría recibir”. En este sentido, también se incluye el factor tiempo: se debe pensar que el tiempo de las y los pacientes no es menos valioso que el tiempo del médico, de la médica o del resto de profesionales.

Una atención HOLÍSTICA, es aquella donde se contemplan la comunicación, el contacto, y donde se dé la misma importancia tanto al sufrimiento físico como al anímico o espiritual, porque de hecho no se pueden separar. Es aquí donde el sistema sanitario tiene un gran reto.

LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DIGNIFICA pueden resumirse en:

- Elevar el nivel de humanización en los centros sanitarios.
- Desarrollar un marco común en todos los centros del SESCOAM.
- Empoderamiento: aumentar la corresponsabilidad de todos y todas.

Aspectos sobre la humanización:

- Atención centrada en la persona
- Calidad y calidez de trato
- Información y comunicación comprensible
- Seguridad y confianza
- Continuidad de la atención
- Accesibilidad externa e interna
- Confort en las instalaciones





LÍNEAS ESTRATÉGICAS

9.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las **LÍNEAS ESTRATÉGICAS** del PLAN DIGNIFICA : La humanización de la atención sanitaria, en el último año, ha ido ganando un lugar importante entre las prioridades del Servicio de Salud de Castilla la Mancha, (SESCAM) materializándose en cinco grandes líneas estratégicas de las que se derivan medidas concretas, muchas de ellas pioneras. Propondremos algunas que presentan un alto nivel de impacto con un coste mínimo.

1. COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN
2. ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL
3. PROFESIONALES: PARTE ACTIVA DE LA HUMANIZACIÓN
4. SERVICIOS GENERALES, ESPACIOS Y CONFORT
5. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

LÍNEA 1. COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

El derecho de pacientes a recibir información sobre su salud está reconocido en diversas normas. Unido a ello, existen factores como el aumento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población, el asociacionismo, y el empoderamiento de los y las pacientes, que inciden en que continuamente se reclame una información de (mayor) calidad. Por otra parte, los y las pacientes con información colaboran en mayor medida en su proceso de recuperación, toman decisiones con mayor criterio, hacen un mejor uso del sistema, reducen las visitas a urgencias y a consultas, con la disminución consiguiente de costes.

No solo es importante **qué** comunicar, sino **cómo** comunicar, **dónde**, y **a quién** comunicar. La información a pacientes tiene que ser comprensible, tiene que existir cierta empatía que genere un clima de confianza, debe hacerse en un lugar adecuado que preserve la confidencialidad y la intimidad de la persona. Es fundamental que el personal sanitario se presente por su nombre y categoría. Asimismo es necesario reforzar los puntos de información en los servicios de Urgencias, y en las unidades más críticas, como servicios quirúrgicos, UCI etc. Especial importancia adquieren las habilidades de comunicación a la hora de informar sobre una mala noticia.

Por último, la información también puede servir para concienciar a las personas usuarias y profesionales sobre la necesaria *sostenibilidad* de las instituciones sanitarias y la necesidad de generalizar en los centros el uso de energías limpias y renovables.



LINEA 2.- ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL E INTEGRADA

Con frecuencia las personas usuarias de los centros sanitarios, tanto pacientes como familiares, se ven acompañadas de un cierto sentimiento de indefensión. Por ello, la ejecución de los procedimientos de la asistencia sanitaria, junto a la calidad científico-técnica, debe impregnarse de principios *humanizadores*, que den como resultado pacientes corresponsables y parte activa de su proceso asistencial, sin olvidar aspectos como la seguridad, la mejora de la coordinación y continuidad de los cuidados, la mejora de los circuitos de derivación y hospitalización etc.

Con esta línea se pretende también destacar la importancia de la continuidad de la asistencia, integrada en los dos niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

LINEA 3. PROFESIONALES COMO PARTE ACTIVA DE LA HUMANIZACIÓN

Cada persona posee una serie de talentos, capacidades, conocimientos, actitudes y aptitudes. Un conjunto de habilidades que le hacen destacar en un campo y no en otro, y que pueden ser más o menos valiosas para un puesto según sus competencias. En general, la formación recibida por la mayoría de profesionales de la sanidad ha abundado en los aspectos técnicos y científicos de su quehacer profesional, con una mínima o nula preparación humanística y en técnicas o habilidades de comunicación y relación interpersonal. La humanización de la asistencia sanitaria debe cuidarse desde la formación de los y las profesionales de la salud, ya sea en pregrado, en postgrado o en la formación continuada durante su vida laboral.

Es necesario mejorar en aspectos tales como el compromiso con los resultados, la visión de la organización y el sentido de pertenencia, la implicación en la calidad de los procesos, la comunicación interna, la participación de profesionales en la elaboración de protocolos y, en definitiva, facilitar un cambio de actitud que conduzca al cuidado de las y los profesionales para que a su vez, se conviertan en parte activa en (de) la humanización de la asistencia sanitaria, que sin duda es la actividad profesional con mayor y más pleno carácter humano.

El personal de las organizaciones sanitarias es su principal activo y el “corazón” del sistema sanitario. Son todas estas personas quienes, mediante su trabajo en equipo, en “redes”,¹³ grupos o comunidades de interés, dan forma y hacen posible la base cultural de una organización compleja, basada en el conocimiento y que debe crecer mediante la innovación y el aprendizaje continuo.

¹³ Orden de 04/12/2015, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula la estructura, organización y funcionamiento de las Redes de Expertos y Profesionales del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha. DOCM núm. 243, de 15 de diciembre.



LINEA 4. SERVICIOS GENERALES. ESPACIOS Y CONFORT

Uno de los factores más relevantes que contribuyen a conformar la percepción de la ciudadanía sobre el sistema sanitario, aparte de la propia atención clínica que recibe para solucionar sus problemas de salud, es todo aquel entorno que rodea a la misma: existencia o no de barreras arquitectónicas, buena señalización, confortabilidad, iluminación, nivel de mantenimiento de las instalaciones, los aspectos hosteleros, cafetería, cocina hospitalaria, la comida que reciben y la ropa de la cama e indumentaria personal.

Dentro de esta línea estratégica se han priorizado varias acciones, entre ellas el acondicionamiento de los espacios para mejorar la intimidad de pacientes y los lugares para informar. También se ha considerado beneficioso crear espacios dotados de libros, y otros, específicamente diseñados, para la población infantil. Las direcciones de Gestión de las gerencias deben estar en sintonía con estas medidas para facilitar el confort de pacientes y acompañantes, que constituye una función con alto valor específico.

LINEA 5. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Esta línea pretende promover la participación de todas las partes activas de de la humanización, intentando involucrar e implicar a toda la sociedad, captando líderes e informantes clave entre profesionales, personas usuarias, asociaciones y otros colectivos.

Como se sabe, la OMS define la Salud como un estado de completo bienestar biológico, físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Para su logro es necesaria una implicación activa tanto a título individual como de la sociedad en general, y por tanto también de las Instituciones y Administraciones Públicas.

En esta línea, la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de Salud de Castilla La Mancha, además, de regular los derechos de información sanitaria, en el artículo 42 regula específicamente la participación ciudadana activa.

Los nuevas personas usuarias, consumidoras, pacientes y la ciudadanía en general, deben desempeñar un papel cada vez más importante en el sistema sanitario público. La demanda de una mayor transparencia en la gestión de recursos públicos, su participación en implicación en la toma de decisiones, no sólo a nivel clínico e individual, sino en el establecimiento conjunto de prioridades con las personas responsables de la gestión



pública, exigirá un cambio en las fórmulas de gestión tradicionales, que supondrá involucrarles de manera más activa.

“La democratización del Sistema Sanitario solamente es posible si la corresponsabilización y la colaboración de pacientes, usuarios y de las asociaciones que los representan, alcanza las diferentes formas de participación y supone la implicación de éstas en la gestión de las Instituciones Sanitarias.”¹⁴

¹⁴ Blancafort, S. *Gobernanza y participación en el Sistema Nacional de Salud: visión y expectativas de pacientes y usuarios*. Fundación Salud, Innovación y Sanidad. Documento de Trabajo nº 35. Barcelona 2009.





METODOLOGÍA

10.- METODOLOGÍA

En todos los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud (SESCAM), se venían realizando acciones e iniciativas orientadas a mejorar la humanización de la asistencia, si bien, de forma aislada, desconectadas unas de otras. La primera tarea emprendida consistió en realizar un análisis de la situación existente, mediante unas fichas que recogían las acciones llevadas a cabo en los distintos centros o sus propuestas, así como su grado de implantación o desarrollo.

La creación de una Comisión Permanente del Plan a nivel regional ha permitido realizar este estudio en todas las Áreas Sanitarias, recopilando información básica de primera mano. Al mismo tiempo, en cada Gerencia se designó a una persona como responsable de la Coordinación del Plan, que ha sido una figura clave en la implantación del mismo. Su principal función ha consistido en dar el impulso necesario así como formar grupos de humanización en los diferentes servicios, sirviendo al mismo tiempo como nexo de unión de la Gerencia con los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad.

Asimismo, poner sobre la mesa y difundir las medidas instauradas en una determinada Gerencia, y que ello fuera objeto de conocimiento del resto, también ha llevado a presentar una serie de medidas “exportables” que pueden ser susceptibles de aplicación en todos los centros, y que ya se están llevando a cabo con éxito.

Por lo general, en las experiencias que se desarrollan de abajo hacia arriba (*bottom-up*), las mejores prácticas son el resultado de actividades de demostración locales y no de diseños organizativos centrales. En este sentido, y a diferencia de otros planes semejantes, el Plan Dignifica parte de una premisa importante: Todas las acciones y medidas contempladas han surgido desde dentro de la organización, y de profesionales, que tienen un papel muy activo en la tarea de revitalizar la humanización y recuperar un trato y una atención más digna a personas usuarias, pacientes y al resto de agentes que forman parte en el sistema sanitario. En definitiva es un Plan que parte de las propias personas, y no aparece impuesto de arriba hacia abajo desde instancias superiores, (*top-down*). Es un Plan con vocación de perdurar en el tiempo, y a la vez, es dinámico y cambiante, adaptándose a las circunstancias concretas de cada momento.





SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

11. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para llevar a cabo su seguimiento y evaluación se ha constituido la Comisión Regional de Seguimiento del Plan Dignifica.

Cada Gerencia debe elaborar su propio Plan Dignifica, es decir, su catálogo de medidas, adaptado a sus peculiaridades y características locales. Como se ha indicado antes, en cada Gerencia la figura del Coordinador o la Coordinadora y la Comisión de Humanización se encargará del seguimiento continuado del mismo. Para su evaluación se tendrán en cuenta criterios relativos al grado de cumplimiento, nivel de implicación, así como los indicadores concretos establecidos para cada medida. Aunque se realizarán informes anuales, el objetivo de la evaluación continua es disponer de una herramienta de gestión actualizada y permanente.

Para la evaluación del impacto se utilizarán varias fuentes:

- Resultados de las Encuestas de Satisfacción con la atención recibida.
- Estudio del número de reclamaciones en las categorías y motivos relacionados con la humanización.
- Otras herramientas y técnicas cualitativas:
 - Escucha y observación activa.
 - Lluvia de ideas (*brainstorming*)
 - Grupos nominales (10 ó 15 personas expertas, clasifican, priorizan y consensuan)
 - Grupos focales de discusión con pacientes, familiares y profesionales.
 - Entrevistas en profundidad a informantes clave.

En el diseño de las encuestas, se incluirán los *ítems* adecuados para conocer el grado de satisfacción de pacientes y familiares sobre temas relacionados con el Plan Dignifica. Asimismo se propone la utilización de técnicas de investigación cualitativas, tanto para obtener información sobre el nivel de impacto, como para detectar posibles áreas de mejora en determinados aspectos.

El proceso de seguimiento y evaluación permitirá disponer de un *feed-back* importante para lograr la implicación de todas las gerencias.





CATÁLOGO DE 25 MEDIDAS

12. CATÁLOGO DE 25 MEDIDAS

El siguiente catálogo de medidas es el resultado de más de un año de trabajo durante el cual se recopilaron un total de 82 medidas procedentes de las distintas Gerencias, de las cuales se seleccionaron 25 siguiendo un sistema de priorización que atendía a los siguientes criterios:

- Facilidad de medición
- Número de personas usuarias afectadas
- Riesgo
- Coste
- Influencia externa
- Número de profesionales implicados e implicadas

Es innegable que la implantación de determinadas medidas supone costes. Con independencia de que muchas de ellas no conlleven grandes gastos o inversiones, se ha tenido en cuenta que el proceso de implantación de un plan de estas características genera un esfuerzo económico en inversiones o en recursos humanos. Por ello, aquellas medidas que más directamente lleven aparejadas repercusión económica o incrementos de plantilla, deberán ser cuidadosamente valoradas por cada gerencia en el contexto de sus recursos propios, de sus disponibilidades presupuestarias y de su contrato de gestión, y autorizada por los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y del SESCAM para su inclusión en el catálogo de medidas.

Cada una de las medidas se ha incluido en una determinada línea estratégica, aunque algunas de ellas podrían incluirse en distintas líneas estratégicas; por ejemplo, el Plan de Acogida a Pacientes, se ha incluido dentro de la línea 1 (Información y Comunicación), pero muy bien podría haberse incluido en la línea 2 (Atención Integral e Integrada).

Para finalizar, hay que destacar que obviamente **el Plan Dignifica no se agota en estas 25 medidas**, ya que existen muchas otras que se están llevando a cabo en hospitales y centros de salud, y que tienen un carácter de marcada “humanización”. El catálogo que se detalla a continuación representa solamente una muestra de propuestas concretas, que ya se han puesto en marcha al menos en una Gerencia, y son exportables para su aplicación en otras, y que constituye un primer marco común en este pilar fundamental de la política sanitaria de Castilla-La Mancha que es la Humanización de la Asistencia Sanitaria.





25 PROPUESTAS INICIALES PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA
ASISTENCIA SANITARIA EN CASTILLA-LA MANCHA

12. CATÁLOGO DE 25 MEDIDAS

LINEA ESTRATÉGICA 1: Información y Comunicación

1. Plan de acogida a pacientes para su hospitalización
2. Campaña *“Hola yo me llamo”*
3. Información en los Servicios de Urgencias
4. Acompañamiento a pacientes de Oncología en primeras consultas
5. Llamada de confirmación a pacientes en LEQ
6. *“Hospital Verde”*

LINEA ESTRATÉGICA 2. Atención Integral e Integrada

7. Talleres de Estética y Salud
8. Atención al duelo perinatal
9. *“Paritour”*
10. Sueño en mi Hospital
11. Atención digna en la última etapa de la vida
12. Unidades Asistenciales de Cuidados Paliativos

LINEA ESTRATÉGICA 3. Profesionales como parte activa de la humanización

13. Oficina de Atención a Profesionales
14. SINADIG (Sistema de Información, Notificación y Aprendizaje sobre Dignidad)
15. Formación en comunicación de malas noticias
16. Formación continuada en Humanización
17. Plan de Acogida al nuevo personal



LINEA ESTRATÉGICA 4. Servicios generales, espacios y confort

- 18. Acondicionamiento de espacios para mejorar la intimidad de pacientes
- 19. Conoce tu hospital.
- 20. Camisones Hospitalarios dignos
- 21. Biblioteca solidaria

LINEA ESTRATÉGICA 5. Implicación y Participación ciudadana

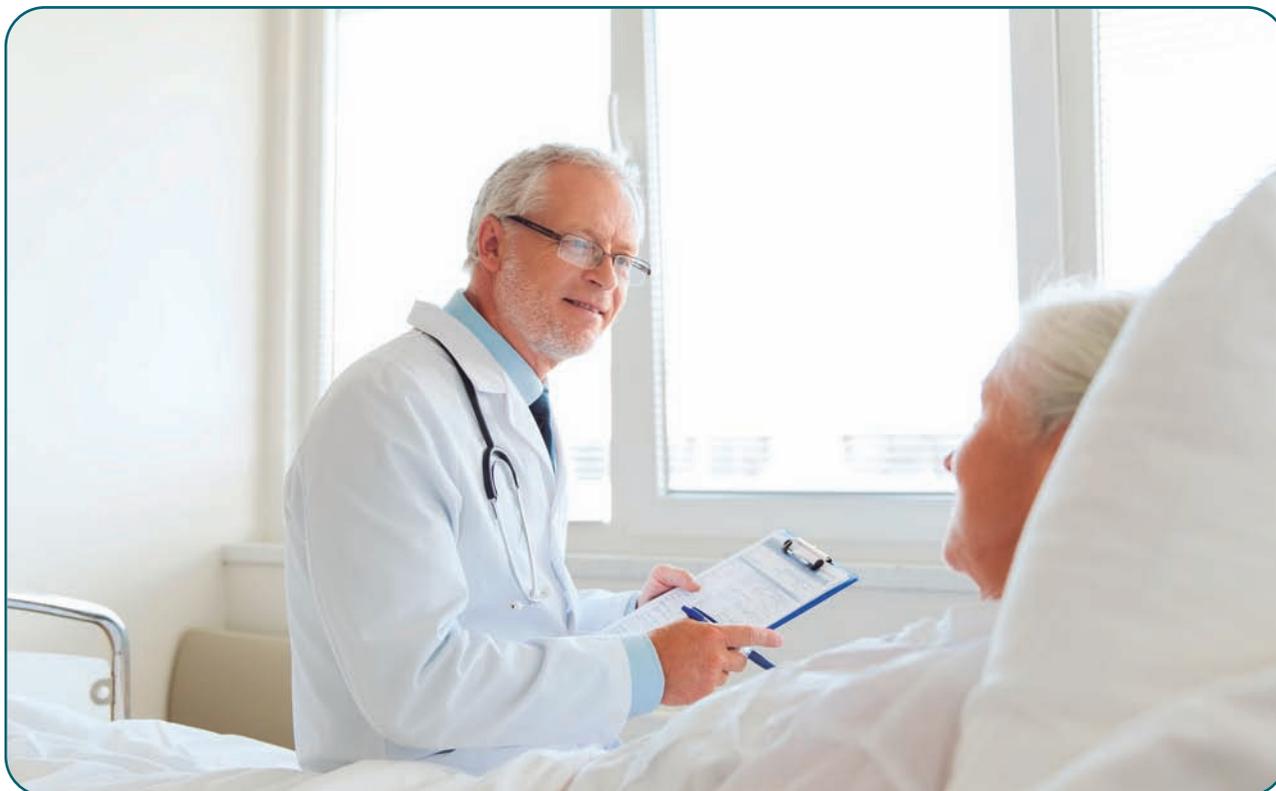
- 22. Información sobre Asociaciones a pacientes de Oncología
- 23. "DIGNIFIC-ARTE"
- 24. Acompañamiento de payasos, payasas y risoterapia
- 25. Receta Deportiva



LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Medida nº 1

Medida nº 1 PLAN DE ACOGIDA A PACIENTES PARA SU HOSPITALIZACIÓN



“No basta saber, también se debe aplicar. No es suficiente querer, también se debe hacer “

Goethe



FUNDAMENTACIÓN

Tiene por objeto dar la bienvenida a pacientes que van a ingresar en el hospital. Somos conscientes de que el primer contacto con el entorno hospitalario es muy importante para facilitar la comunicación y desarrollar una relación de confianza con profesionales. Debemos procurar que, desde el inicio, la persona hospitalizada perciba que existe un equipo humano altamente cualificado, que trabajará diariamente para que su estancia sea lo más confortable posible, informándole sobre su proceso y resolviendo sus dudas.

Encontramos evidencias en la literatura científica sobre la importancia de una buena acogida a la hora de salvar barreras entre profesionales y pacientes. También está documentado el aumento del grado de satisfacción de las personas usuarias si han tenido una acogida según un protocolo elaborado al efecto.

El Plan de Acogida se presentará en forma de Guía que contendrá toda la información básica y detallada que pudiera ser de utilidad tanto a pacientes como a familiares, relativa al funcionamiento del hospital, las normas, horarios, los diferentes servicios a su disposición, sus derechos y deberes como paciente, y también los aspectos organizativos necesarios para garantizar su intimidad, bienestar y confidencialidad. El personal que se encargue de facilitar esta acogida deberá, en primer lugar, presentarse e identificarse, mostrando una actitud cordial y utilizando un lenguaje claro y conciso, con tono de voz empático y dirigiéndose a el o la paciente por su nombre. Al entregar la Guía de Acogida, se ofrecerá a pacientes y acompañantes el cauce para realizar cualquier pregunta o aclaración.

Cada Gerencia elaborará su propio Plan de Acogida, adaptándolo a sus normas y peculiaridades.



FICHA TÉCNICA Nº 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PLAN DE ACOGIDA A PACIENTES PARA SU HOSPITALIZACIÓN.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 1 Información y comunicación.

COLABORACIÓN: Servicio de Información y Atención a Pacientes (SIAP), Trabajador/a Social, Supervisores/as, Dirección de Gestión.

DESTINATARIOS/AS: PACIENTES DE NUEVO INGRESO Y ACOMPAÑANTES .

OBJETIVO:

El objetivo es informar a pacientes de nuevo ingreso hospitalario de las normas básicas de funcionamiento del Hospital, así como de todos aquellos aspectos que pudieran serle de utilidad durante su estancia.

DESCRIPCIÓN:

- Información general sobre visitas, alimentación, horarios de información clínica, etc.
- Información sobre existencia de otros servicios como Información y Atención a Pacientes, Trabajador/a Social, Asociaciones de Pacientes, Servicios Religiosos, etc.
- Proporcionar información sobre Derechos y Deberes de pacientes y familias.
- Facilitar asesoramiento en situaciones especiales: Alta voluntaria, Voluntades Anticipadas, etc.
- Dar a conocer los Servicios generales del centro, cafetería, aparcamientos, sala de cultos, televisión, acceso a Internet, etc.
- Pautas de actuación en relación con el plan de Emergencias.

INICIO EN: Hospital de Almansa.

INDICADORES: 1. Disponibilidad del Plan.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Martínez-Ochoa EM, Cestafe-Martínez A, Martínez-Sáenz MS, Belío-Blasco C, Caro-Berguilla Y, Rivera-Sanz F. (2010). *Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos*. Medicina Clínica, 135, 61-66.

Rego S. *El uso de programas de acogida al ingreso aumenta la satisfacción*. Diario Médico. Santander 2002. Personal de enfermería. Protocolo de acogida al paciente hospitalizado. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid 2001.

Lledó Rodríguez R. *Satisfacción de los pacientes según diagnóstico motivo de ingreso: diferencias entre las expectativas previas al ingreso y a la calidad percibida al alta* (tesis doctoral) Barcelona; Barcelona UNIV; 2000. Personal de enfermería. Protocolo de acogida de enfermería. Hospital Morales Meseguer.

Martín Merino G, Palomino Villanueva M, Carrasco Díaz M, Sánchez V, Elena M, Herrero Cecilia I *Un plan de acogida de calidad: ¿Es buena inversión?*



LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Medida nº 2

CAMPAÑA “HOLA YO ME LLAMO”



“Esta podría ser la pista más importante para relacionarnos bien con los demás: asegúrate de que la otra persona se despidе de ti con la impresión de que algo en su vida ha mejorado porque te ha conocido. ¡Conocerte tiene que dejarle con la sensación de que le ha pasado algo bueno, algo positivo! “

Elsa Punset



FUNDAMENTACIÓN

Uno de los derechos de las personas usuarias del Sistema Sanitario Público es conocer el nombre y la categoría de las y los profesionales que le atienden. Este derecho viene siendo reconocido en diversas normativas a partir de la Ley General de Sanidad de 1986.

Sin embargo, es frecuente en los centros sanitarios que pacientes y familiares desconozcan el nombre del personal que se ocupa de su proceso, incluso ignoren la categoría profesional de cada una de las personas que le atienden, lo que da lugar a situaciones incómodas, confusiones y equívocos a la hora de tener que hacer preguntas a personas a las que desconoce, ya que los uniformes suelen ser bastante parecidos y las tarjetas identificativas son pequeñas y difícilmente legibles a simple vista.

Con el hecho de presentarse con esta sencilla frase, logramos establecer de entrada una relación más terapéutica y más humana elevando el nivel de confianza y de respeto. Se trata de incentivar una actitud positiva en la comunicación entre ambas partes, especialmente en situaciones de vulnerabilidad, intentando que el o la paciente se sienta como una persona, y no como “un cuerpo enfermo” o un número.

Esta campaña fue iniciada en la UCI del Hospital de Albacete, que obtuvo la autorización por parte de Kate Granger, enfermera británica precursora de esta idea, teniendo rápida repercusión mediática a través de redes sociales, y extendiéndose a otros servicios hospitalarios y también a otras Gerencias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Se propone comunicar esta campaña a todo el personal de las gerencias, mediante vídeos explicativos o imágenes. Asimismo, se propone realizar pequeños estudios para valorar el impacto de la campaña, tanto en profesionales como en pacientes, midiendo el porcentaje de pacientes y familiares que recuerdan los nombres de las y los profesionales, incluso si esta medida tiene repercusión en las encuestas de satisfacción.



FICHA TÉCNICA Nº 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CAMPAÑA “HOLA YO ME LLAMO”.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 1 Información y comunicación.

COLABORACIÓN: Profesionales de todas las categorías, sanitarias y no sanitarias.

DESTINATARIOS/AS: PACIENTES Y ACOMPAÑANTES.

OBJETIVOS:

- Acercar las unidades de personas en estado crítico, observación de urgencias, hospitalización, reanimación, consultas, etc. a pacientes y acompañantes.
- Mejorar la comunicación y relaciones más terapéuticas entre el personal, pacientes y acompañantes.

DESCRIPCIÓN:

El hecho de presentarse no solo es un acto de cortesía, es algo más profundo, produce una conexión humana entre una persona vulnerable que está sufriendo y otra persona que intenta ayudarlo. Así se inician relaciones terapéuticas y de forma instantánea genera confianza en situaciones difíciles. Este puede ser el primer paso para el cuidado centrado en pacientes y familiares.

La campaña se promociona entre el personal mediante la página web, redes sociales, vídeos explicativos, animando a la participación.

INICIO EN: Hospital de Albacete.

INDICADORES:

- 1 ¿Se ha divulgado la campaña “Hola yo me llamo”?
- 2 ¿Se han realizado encuestas a pacientes y personas usuarias?
- 3 Resultados de las encuestas a pacientes relativas al hecho de recordar o no el nombre de las y los profesionales que le atendieron. (Lo recuerda - Se presentó pero no lo recuerda- Sí lo recuerda).



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, David-Kasdan JA, Annas CL, Fowler FJJ, Weissman JS. *Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety*. International Journal for Quality in Health Care. 2011; 23(3), 269–277)

Joint Commission of Accreditation in Healthcare Organizations (JCAHO). *Patients as partners: maximizing the effectiveness of your safety program with patient participation*. Joint Commission Perspectives on Patient Safety. 2003; 3(5), 1

World Health Organisation (WHO) Patients for Patient Safety. WHO. 2007; Geneva.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) *Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety Through Partnerships With Patients and Consumers*. ACSQHC. 2011; Sydney.

Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA *Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature*. Medical Care Research and Review. 2013; 70(4), 351–379.

Institute of Medicine (IOM) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* National Academies Press. 2001; Washington, DC

Picker Institute. *Picker Principles of Patient Centered Care*. (2013) <http://pickerinstitute.org/>

Kahn M. *Etiquette-Based Medicine*. N Engl J Med 2008; 358:1988-1989. Disponible en:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0801863#t=article>.

<http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com/>

<http://www.humanizar.es/>

<http://hellomynameis.org.uk/>

<https://drkategranger.wordpress.com/2013/09/04/hellomynameis/>

<https://www.england.nhs.uk/2015/02/hellomynameis/>

<http://emccroom.blogspot.com.es/2015/06/cuando-un-familiar-esta-en-la-uci.html>



INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS



“Que maravilloso es que nadie tenga que esperar un solo momento para empezar a mejorar el mundo”

Ana Frank



FUNDAMENTACIÓN

Cuando una persona acude a Urgencias, acompañada o no, es por un problema de salud sobrevenido, que puede ser importante en mayor o menor medida, pero en todo caso siempre genera indefensión, angustia, nerviosismo y una alteración del estado normal de la persona. Por esta razón es aconsejable respetar el acompañamiento de la persona, siempre que esto sea elemento tranquilizador para el o la paciente.

Por otra parte, se ha hecho evidente a través de las Reclamaciones y Quejas recibidas en los Servicios de Urgencias del SESCAM que una de las causas principales de disconformidad con la asistencia sanitaria recibida, es el elevado tiempo de espera. Existe un desajuste entre el tiempo que profesionales precisan para adaptarse al problema de la persona enferma, realizar el triaje, anamnesis, pruebas diagnósticas, procedimientos, etc., y las expectativas de tiempo que pacientes y acompañantes consideran como óptimo para solucionar su problema de salud, o al menos para obtener una primera información que reduzca la incertidumbre.

Por ello, una de las medidas de humanización que se proponen es mejorar la información en urgencias. Esta medida tiene dos vertientes. La primera es fomentar la empatía, la actitud de escucha activa, la confianza e intimidad en la conversación. La segunda es protocolizar las frecuencias de los tiempos de información tanto clínica como no clínica, de forma que ésta sea periódica, en función de la clasificación de pacientes en el triaje. Ambos aspectos contribuirán a elevar la calidad percibida de la espera.

Asimismo, los servicios de Urgencias, suelen ser considerados por las y los profesionales como generadores de estrés, debido a la elevada presión asistencial, exigencias de familiares y pacientes, altos niveles de tecnificación, y responsabilidad en las decisiones. Es en este ámbito donde se corre el riesgo de caer en desgaste profesional, pérdida de motivación y *burnout*.

Se hace necesario buscar un equilibrio que beneficie a ambas partes. En este sentido, se propone avanzar en formación de habilidades y competencias *blandas* antes descritas: empatía, escucha activa, confianza, amabilidad, comunicación de malas noticias, etc. que son las que permiten interactuar de forma efectiva, logrando la satisfacción tanto de personas usuarias, como de profesionales.



FICHA TÉCNICA Nº 3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 1. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

COLABORACIÓN: Urgencias hospitalarias. SIAP. Responsable de Coordinación del Plan Dignifica.

DESTINATARIOS/AS: PACIENTES Y PERSONAS USUARIAS EN GENERAL.

OBJETIVOS:

- Disminuir la inquietud que supone la falta de información y el desconocimiento del proceso asistencial.
- Definir el contenido de esta información que aborde aspectos clínicos y no clínicos en cuanto al proceso asistencial y definir responsables de la transmisión de la misma.
- Trasladar y concienciar a profesionales del servicio sobre la necesidad de información a pacientes y acompañantes.

DESCRIPCIÓN

El personal que informa tanto a pacientes como a acompañantes debe presentarse e identificar su categoría profesional. Es conveniente que haya recibido formación en habilidades de comunicación.

Se proponen tiempos máximos y frecuencias establecidas para realizar la información, tanto clínica como no clínica.

Se procurará realizar la información en un entorno agradable, con intimidad, con lenguaje comprensible, que facilite la comunicación y la empatía para lograr un ambiente de tranquilidad y confianza.

INICIADO EN: Gerencias de Toledo, Cuenca, Talavera y Ciudad Real.

INDICADORES:

- 1 Porcentaje de personas que fueron informadas.
- 2 Porcentaje de la disminución del número de reclamaciones por el motivo de falta de información en urgencias.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrés M, García-Castrillo L, Rubini S, Juárez R, Skaf E, Fernández M, Epelde F. (2007). *Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios*. Rev Calidad Asistencial, 22(4), 161-167.

Carbonell MA, Girbés J, Calduch JV. (2006). *Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario*. Emergencias, 18, 30-5.

Núñez Díaz S, Martín-Martín F, Rodríguez Palmero I, González Hernández I, Antolín Arias J, Hernández González R, Alvarez Rubio L. (2002). *Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de urgencias hospitalario*. Revista Clínica Española, 202(12), 269-634.

Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. (2001). *Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad*. Emergencias, 13, 60-5.

Vaquero CG, Salvador JG, Soler AS, Pastor AJ, Redón AN, Virós XC (2005). *Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias*. Emergencias, 17, 12-16.

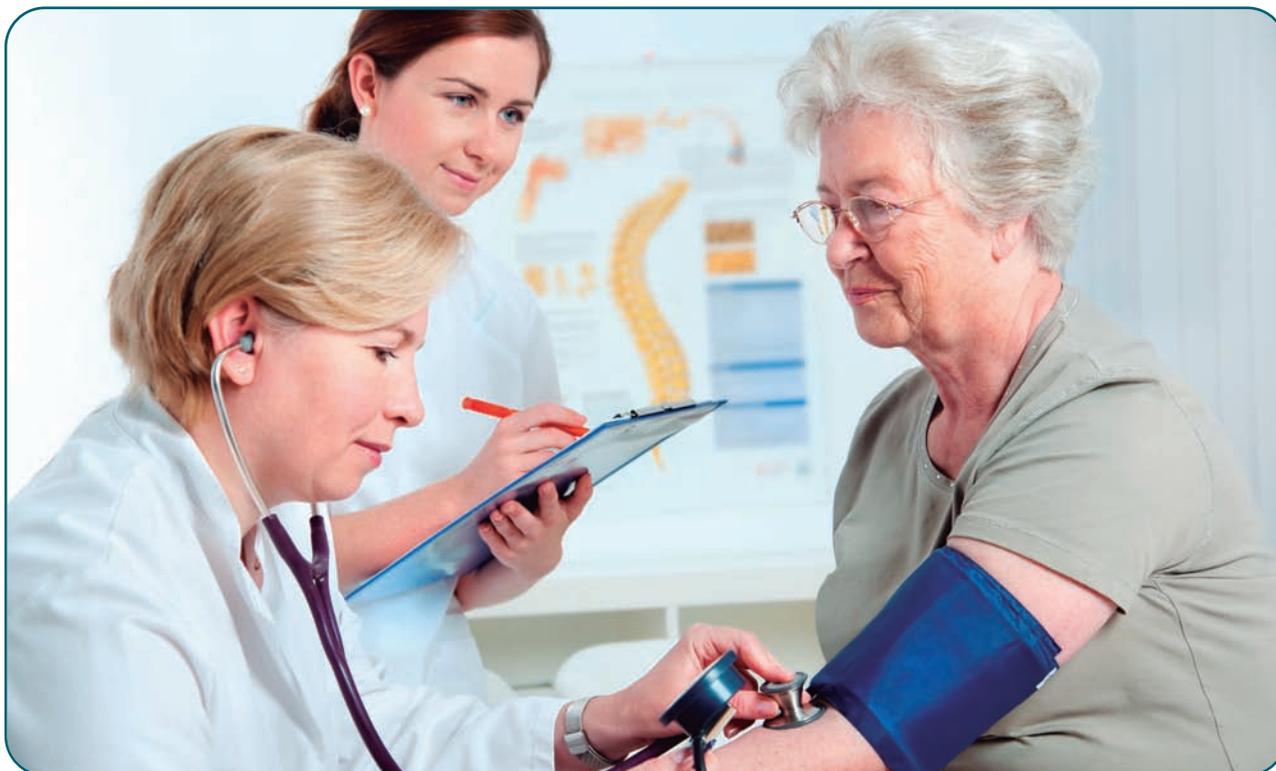
Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Informe de la Defensora del Pueblo (2015). Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2015-Las-urgencias-hospitalarias-en-el-Sistema-Nacional-de-Salud-derechos-y-garant%C3%ADas-de-los-paciente-ESP.pdf>.



LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Medida nº 4

ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES DE ONCOLOGÍA EN PRIMERAS CONSULTAS



“No siempre podemos garantizar un buen resultado, pero podemos y debemos ayudar a los pacientes a navegar en nuestros complejos y fragmentados sistemas de salud de la forma más segura posible.”

Richards T. *Who is at the Helm on Patient Journeys?*



FUNDAMENTACIÓN

Actualmente las enfermedades oncológicas presentan una importante repercusión en términos de Salud Pública. Si bien la supervivencia de las personas afectadas de cáncer es cada vez mayor, las características de este tipo de patologías precisan de una alta frecuentación en servicios hospitalarios muy diversos, especialidades varias, pruebas diagnósticas, farmacia hospitalaria, hospital de día, etc. En definitiva, se trata de procesos y tratamientos complejos donde intervienen un amplio abanico de profesionales.

Las personas enfermas de cáncer deben enfrentarse a una situación de incertidumbre respecto a su enfermedad y a su evolución, en momentos en los que se encuentran especialmente debilitadas, y no solo desde el punto de vista físico. El Plan Dignifica contempla precisamente también la atención en los aspectos emocionales y psicosociales de pacientes y familias. Se trata de medidas importantes frente a las reacciones lógicas de miedo, ansiedad, tristeza, impotencia y cierto bloqueo mental.

Esta ficha concreta de Acompañamiento va orientada específicamente al apoyo durante los 2-3 días iniciales desde que se diagnostica la enfermedad, para poder recibir la información necesaria sobre los trámites, el conocimiento y la ubicación de los diferentes servicios, la gestión de las citas, etc. Ello contribuye a reducir el impacto que supone el diagnóstico, resolver dudas, asumir y normalizar la vivencia de la enfermedad en la medida de lo posible, y evitar desplazamientos innecesarios.

En definitiva, se trata de ayudar a pacientes y familias, procurando que con ese acompañamiento no se sientan a la deriva en un sistema sanitario cuyos canales y recursos se desconocen muchas veces, garantizándoles una asistencia de calidad y facilitándoles el inicio de este proceso.



FICHA TÉCNICA Nº 4

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES DE ONCOLOGÍA EN PRIMERAS CONSULTAS.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 1. Información y comunicación.

COLABORACIÓN: Consultas externas de Oncología, SIAP, Asociaciones contra el Cáncer.

DESTINATARIOS/AS: PACIENTES DE ONCOLOGÍA EN PRIMERAS CONSULTAS.

OBJETIVO:

- 1 Acoger al o a la paciente en su primera visita a consultas externas de Oncología.
- 2 Facilitar la información necesaria para el conocimiento sobre la ubicación de los diferentes servicios dentro del ámbito hospitalario.
- 3 Potenciar el sentimiento de cercanía, atención personalizada y seguridad en la persona enferma a través de la información transmitida.

DESCRIPCIÓN:

Acompañar a pacientes de oncología en su primera consulta a los servicios que mas frecuentará durante el proceso clínico (servicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Día, Servicio de Citaciones, Farmacia hospitalaria,... etc.) e informar del funcionamiento de los mismos.

El acompañamiento se realiza por personal de Información y Atención a Pacientes (Personal de Administración, Profesionales de Enfermería o la persona responsable del área de Trabajo Social).

Circuito:

- 1 Identificación del o de la paciente.
- 2 Acompañamiento a los diferentes Servicios, Trabajo Social y en su caso Asociación.
- 3 Cita rápida sin esperas. El personal que acompaña a este tipo de pacientes se encargará de gestionar las primeras citas, pruebas radiológicas, analíticas y consulta de resultados.

INICIADO EN: Hospital de Talavera.

INDICADORES: 1. Porcentaje de pacientes que fueron acompañados/as.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lizarraga Mansoa S, Ayarra Elía M, Cabodevilla Eraso I. (2006). *La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. Atención primaria*, 38(Supl. 2), 7-13.

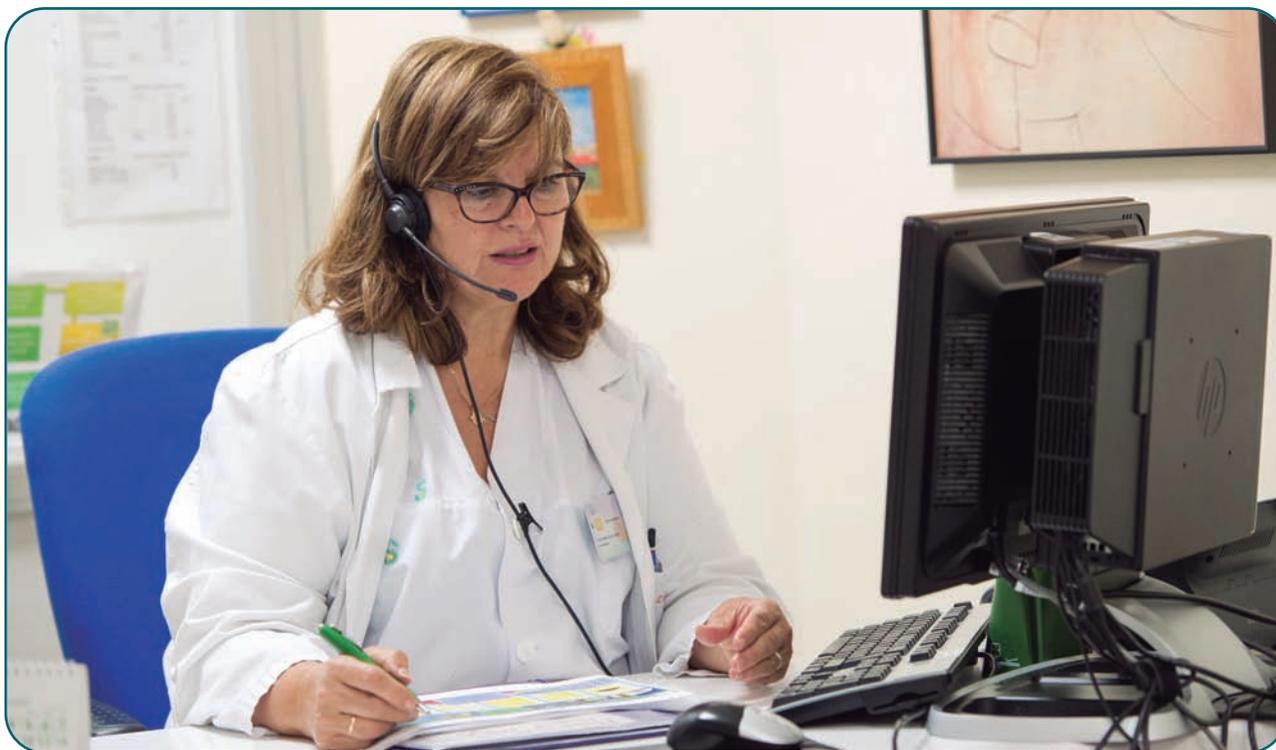
Gutiérrez LM, de Castro EK, Fernández-Conde MG. (2014). *El proceso de comunicación en oncología: Relato de una experiencia. Psicooncología*, 11(2/3), 403.

Pérez Álvarez D. (2016). *Experiencia enfermera en el acompañamiento al paciente oncológico tras la comunicación de malas noticias. (Bachelor's thesis)*.

Fernández B, Bejar E, del Mar Campos M. (2012). *Primer impacto: programa de detección de distrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. Psicooncología*, 9(2/3), 317.



LLAMADA DE CONFIRMACIÓN PREQUIRÚRGICA



“La ciencia moderna no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”

Sigmund Freud



FUNDAMENTACIÓN

El colectivo de pacientes en **lista de espera quirúrgica** de nuestro sistema sanitario merece una atención y una especial sensibilidad. En ocasiones estas personas se encuentran incapacitadas para realizar normalmente su vida laboral y familiar, e incluso las tareas básicas de la vida diaria. La espera hasta que son intervenidas supone un periodo de incertidumbre y angustia, que a veces se prolonga en exceso.

Esto se produce a consecuencia de un desajuste entre la oferta y la demanda de los servicios sanitarios. Sobre esos factores estructurales muchas veces no podemos actuar, pero sí podemos hacerlo desde el punto de vista humano, es decir, hacer que la persona enferma perciba que *‘no nos hemos olvidado de ella’*.

Esta medida tiene doble utilidad. En primer lugar, informarles de cuándo van a ser intervenidas y de todos los aspectos que debe conocer relativos a su intervención. En segundo lugar, la llamada es tranquilizadora, en el sentido de reducir la ansiedad y la incertidumbre derivadas de carecer en gran medida de información sobre su proceso.

Cada Gerencia podrá establecer el protocolo de llamada, que facilite a los y las pacientes la mejor información, y en la forma más adecuada, comprensible y no sesgada, sobre las opciones de aplazamientos, posibilidad de intervención en otros centros, tiempo aproximado de espera, días de ingreso requeridos, etc.

Asimismo se consigue disminuir la preocupación de los y las pacientes, que hasta ahora acudían para solicitar información al SIAP, incluso a presentar una reclamación por permanecer en la lista de espera sin que nadie le informara acerca de su proceso.



FICHA TÉCNICA Nº 5

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: LLAMADA PRE-QUIRÚRGICA.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 1. Información y comunicación.

COLABORACIÓN: SIAP y Servicio de Admisión.

DESTINATARIOS/AS: PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.

OBJETIVO:

- 1 Confirmar con el o la paciente la asistencia al Quirófano, el día programado de la intervención quirúrgica.
- 2 Reducir el número de intervenciones suspendidas.
- 3 Facilitar toda la información necesaria para el conocimiento sobre la ubicación del bloque quirúrgico, persona de contacto, (Informador/a de Quirófano), etc.
- 4 Recordar al o a la paciente la preparación previa (normas de higiene, ayunos, etc.).
- 5 Potenciar el sentimiento de cercanía, atención personalizada y seguridad en el o la paciente a través de la información transmitida.
- 6 Tranquilizar a pacientes que se encuentran en lista de espera durante un largo periodo de tiempo.
- 7 Reducir el estrés prequirúrgico.

DESCRIPCIÓN:

La llamada de confirmación de asistencia a la intervención quirúrgica, se realizará en las 48 horas previas a la misma a pacientes programados/as. Se les informa del funcionamiento del bloque quirúrgico, y todos los aspectos relativos a la preparación, estancia aproximada, etc. El circuito es el siguiente:

- El Servicio de Admisión facilita previamente los partes de quirófano de pacientes programados/as.
- Se realiza la llamada telefónica a el o la paciente según el protocolo establecido.
- Confirma la asistencia a la intervención el día programado, le recuerda las instrucciones del Servicio de Anestesia y la preparación prequirúrgica.

INICIADO EN: Hospital de Talavera.

INDICADORES:

1. Disponibilidad de protocolo de llamada (Servicio de Admisión).
2. Formación de profesionales en habilidades de comunicación.
3. Existencia de encuestas de satisfacción sobre el tema; resultados de las mismas.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anguita-Palacios MC, Talayero-San-Miguel M, Herrero-Cereceda S, Martín-Cadenas M, Pardo-Cuevas P, Gil-Martínez A. (2016). *Comportamientos de miedo y ansiedad prequirúrgicos e intensidad de dolor percibida tras una artroscopia de rodilla*. *Enfermería Clínica*, 26(4), 227-233.

Cánovas MR, Moix J, Cos R, Foradada C. (2001). *Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía*. *Clínica y Salud*, 12(1), 71-89.

Madrigal G, Moreno C, Rubio V, Ibáñez G, López S, Martínez G. (2005). *Respuesta al estrés prequirúrgico en la cirugía sin ingreso: efectos sobre las poblaciones linfocitarias de un procedimiento de psicoprofilaxis quirúrgica*. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim*, 52(7), 383-388.

González JMG. (2015). *Efectividad de una intervención enfermera para la adaptación quirúrgica del paciente hipertenso*. *Nure Investigación*, 12(74).

Queraltó JM. (1994). *Emotion and Surgery*. *Annals of Psychology*, 10(2), 167-176.



LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Medida nº 6
HOSPITAL VERDE



“Lo que estamos haciendo a los bosques del mundo es un espejo de lo que nos hacemos a nosotros mismos y a los otros”.

Mahatma Gandhi



FUNDAMENTACIÓN

Independientemente de la función asistencial desarrollada en nuestros centros, desde una perspectiva más global, el objetivo de este proyecto es promover una mayor sostenibilidad y salud ambiental en el ámbito sanitario, reduciendo la huella ecológica generada y evitando la paradoja de agravar los problemas de salud ambiental al tiempo que se trata de curar sus consecuencias en la salud de las personas. Para ello, se pretende involucrar a la totalidad de profesionales de las Gerencias, buscando su participación activa, de tal manera que se traslade al o a la paciente en particular y a la sociedad en general este compromiso con la salud medioambiental y se fomente un comportamiento sostenible en las personas usuarias del servicio sanitario.

La Red Global de Hospitales Verdes y Saludables es una red internacional de centros sanitarios comprometidos con el medio ambiente, creada en el año 2012. Cuenta con 639 miembros de 36 países de todo el mundo que representan los intereses de 20.705 hospitales y centros de salud. La sede está ubicada en Brasil, y a nivel europeo, en Bruselas. En España hay 10 integrantes de esta Red.

Pertenecer a esta Red Global implica un compromiso directo con el medio ambiente, con la sostenibilidad y la corresponsabilidad de todos para mantener un planeta más sano y más saludable. Entre los objetivos de la Red se encuentra cumplir la Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables, un documento que ofrece un marco integral a los hospitales y a los sistemas de salud de todo el mundo para que logren funcionar de un modo más sustentable y contribuyan a mejorar la salud ambiental pública. Integran este marco diez objetivos relacionados en la ficha que se adjunta.



FICHA TÉCNICA Nº 6

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: HOSPITAL VERDE.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 1. Información y comunicación.

COLABORACIÓN: Multidisciplinar. La totalidad de profesionales de la Gerencia.

DESTINATARIOS/AS: Profesionales, compromiso de pacientes y la sociedad en general.

OBJETIVO:

Promover una mayor sostenibilidad y salud ambiental, lo que a su vez, repercutirá favorablemente en la salud de toda la población.

DESCRIPCIÓN:

El método seguido es la adopción y seguimiento de la Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables, con diez objetivos, relacionados entre sí:

- 1 Liderazgo: Priorizar la salud ambiental.
- 2 Sustancias Químicas: Reemplazar las sustancias químicas nocivas con alternativas más seguras.
- 3 Residuos: Reducir, tratar y disponer de manera segura los residuos de establecimientos de salud.
- 4 Energía: Implementar la eficiencia energética y la generación de energías limpias renovables.
- 5 Agua: Reducir el consumo de agua.
- 6 Transporte: Mejorar las estrategias de transporte para pacientes y personal.
- 7 Alimentos: Proporcionar y fomentar el consumo de alimentos saludables.
- 8 Productos farmacéuticos: Gestionar y disponer los productos farmacéuticos en forma segura.
- 9 Edificios: Apoyar el diseño y la construcción de hospitales verdes y saludables.
- 10 Compras: Comprar productos y materiales más seguros y sustentables.

Para ello, entre otras acciones, se constituye un grupo multidisciplinar, se organizan jornadas de fomento y concienciación, junto con la implantación de una política de información sobre sustancias químicas preocupantes, fomento de separación de residuos, “basura cero”, cambio progresivo a luces LED, transformación de calderas de gasóleo a gas natural, estudio de las opciones de transporte público, mayor presencia de fruta y verdura en menús y cafetería, etc.

INICIADO EN: Hospital de HELLIN.

INDICADORES: 1. Formalización de la adhesión a la Red de Hospitales Verdes.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables. Disponible en www.saludsindanio.org y www.hospitalesporlasaludambiental.net.

Criollo SMR. (2016). *Hospitales reformando al mundo verde*. Ciencia y Cuidado, 13(2), 121-136.

Hernández HEG., Ambiental, P. D. P. P. (2012). Economía verde. *Boletín CF+ S*, 52(53), 241-244.

Hospital verde: midiendo la salud del planeta Gárate Pérez S, Acaiturri Ayesta MT, Altuna Gandarias A, Arriaran Azpiri A, Gómez Inhiesto E, Herrero Pastor JA, León Araujo C, Llorente Uriaguereka A, Ortega Salazar A, Resines Galaz E Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao, Bizkaia.

Uribe, D. F., Arboleda, A. F. (2015). Centros Especializados de San Vicente Fundación; hospital verde con certificación LEED/SPECIALIZED CENTERS OF SAN VICENTE FUNDACIÓN; LED-CERTIFIED GREEN HOSPITAL/CENTROS ESPECIALIZADOS DE SAN VICENTE FUNDAÇÃO; HOSPITAL VERDE COM CERTIFICAÇÃO LED. *Revista Ingeniería Biomédica*, 9(18), 51.

Uribe DF, Arboleda AF. (2015). SPECIALIZED CENTERS OF SAN VICENTE FUNDACIÓN: LEED-CERTIFIED GREEN HOSPITAL. *Revista Ingeniería Biomédica*, 9(18), 51-56.

Carreras M, Sáez Aldana F, García Loizaga A, Muñoz I, Cortés AM, Antoñanzas P, Oronoz S. (2003). *Hospital solidario con el medio ambiente: resultados de la aplicación de un plan de gestión medioambiental*. *Revista de Calidad Asistencial*, 18(6), 350-356.



TALLERES DE ESTÉTICA Y SALUD



“No perdamos nada de nuestro tiempo; quizá los hubo mas bellos, pero éste es el nuestro”.

Jean Paul Sartre



FUNDAMENTACIÓN

Durante el proceso de un tratamiento oncológico, la necesidad de cuidar la propia imagen se hace más patente y necesaria para recuperar la autoestima, y llevar adelante la enfermedad con mayor confianza y seguridad. A ello contribuyen principalmente cuatro factores que ayudan a que las y los pacientes se sientan mejor:

- La alimentación
- El ejercicio físico
- El descanso
- El cuidado de la piel

A este último factor se viene dedicando la Fundación STANPA, como organización sin ánimo de lucro, promovida por la Asociación Nacional de Perfumería y Cosmética, que persigue apoyar a las mujeres con cáncer, ayudándoles a restablecer su propia imagen y llevar adelante su lucha contra la enfermedad, a través del programa internacional: ***“Ponte guapa, te sentirás mejor”***.

Durante el tratamiento oncológico, el cuerpo, el cabello y la piel, sufren cambios que hay que abordar, tratándo de adaptar los cuidados a las nuevas necesidades. Las alteraciones dermatológicas más frecuentes son el picor, la sequedad, las infecciones, las manchas marrones faciales y corporales, las dermatitis, imperfecciones faciales como la pérdida de luminosidad, incremento de la flacidez, manchas vasculares, hipersensibilidad al sol, etc. Externamente estas modificaciones ponen de manifiesto la enfermedad, pero, al mismo tiempo presentan un impacto sobre la calidad de vida, y pueden conllevar otro tipo de alteraciones psicológicas y funcionales difíciles de afrontar en solitario.

Estos talleres constituyen un espacio agradable para las personas que participan, ya que cuidar el aspecto, además de mejorar el estado de ánimo, disminuye el nivel de ansiedad y facilita la interrelación con los demás.

Se propone secundar la iniciativa en colaboración con la Fundación STANPA, que viene trabajando con grupos de mujeres afectadas de cáncer y, en la medida de lo posible, hacerlo extensible progresivamente también a los pacientes oncológicos masculinos que lo requieran. Por este motivo la medida se denomina “Talleres de Estética y Salud”, sin distinción alguna respecto al sexo.



FICHA TÉCNICA Nº 7

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: TALLERES DE ESTÉTICA Y SALUD.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 2. Asistencia Sanitaria Integral e Integrada.

COLABORACIÓN: Servicio de Oncología, Enfermería del Hospital de Día, Fundación STANPA y Esteticistas.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes del Hospital de Día Oncohematológico.

OBJETIVO:

- Mejorar la calidad de vida y autoestima de pacientes con procesos oncohematológicos.
- Proporcionar a las personas en tratamiento contra el cáncer una formación práctica sobre el cuidado de la piel y el maquillaje en sus especiales circunstancias que les ayude a recuperar un aspecto natural y saludable.
- Fomentar este tipo de voluntariado.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

- Consiste en un programa de voluntariado basado en talleres gratuitos de cosmética y maquillaje con productos donados altruistamente y atendidos de forma altruista por profesionales de la estética, para atender a personas que se encuentran en tratamiento oncológico de acuerdo a unos criterios establecidos por el Servicio de Oncología del Hospital.
- Los talleres se organizan en grupos de 8-10 personas.
- Se realizará un taller mensual, pero la frecuencia podrá ajustarse a la demanda.
- La actividad se realizará en un periodo de un año, renovable de acuerdo con las partes.
- Los talleres se impartirán por esteticistas profesionales voluntarios/as, a quienes se habrán impartido una formación específica de voluntariado, de cuyo reclutamiento se encargará la Fundación STANPA.

INICIO EN: Gerencias de MANZANARES, CIUDAD REAL, ALBACETE Y TALAVERA.

INDICADORES:

1. Nº de talleres realizados.
2. Nº de personas atendidas sobre el total de propuestas por Oncología.
3. Grado de satisfacción de participantes en los talleres.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Web de la Fundación STANPA: <http://www.fundacionstanpa.com/>

Fernández AI. (2004). *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos*. *Psicooncología*,1(2), 169-180.

Osorio G, Bernabéu J, Echevarría M, Conejo-Mir J. (2009). *Acuaporinas: moléculas revelación en cosmética y oncología cutánea*. *Piel*, 24(4), 192-199.

Velázquez PP. (2007). *Presente y futuro de la dermatología oncológica*. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 5(4), 186-187.

Cabezas LP. (2010). *Maquillaje corrector: una herramienta en la práctica dermatológica*. *Más dermatología*, (10), 17-21.



ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL



“El dolor del duelo es tan parte de la vida como lo es la alegría del amor; es, quizás el precio que pagamos por el amor, el coste del compromiso”

Colin Murray Parkes



FUNDAMENTACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la muerte perinatal es la pérdida del bebé, durante el periodo que comprende el embarazo a partir de la semana 22^a de gestación hasta los siete días posteriores a su nacimiento.

Normalmente la llegada de una hija o un hijo a una familia es recibida con alegría, ilusión y expectativas. Sin embargo, la pérdida de esa esperada criatura, bien durante el embarazo, en el momento del parto, o una muerte durante los primeros días de vida, frecuentemente supone una situación traumática. A ello se suma el hecho de que este tipo de duelo recibe escasa consideración, ya que no suele ser reconocido por la sociedad, amistades y familiares, lo que hace que la madre y, en su caso, su pareja, experimenten una profunda soledad ante un escenario y un entorno que no sabe qué decir ni cómo actuar después de esta pérdida. Son duelos que plantean situaciones de difícil manejo para las y los profesionales de la sanidad y que pueden complicarse de forma patológica.

Esta medida pretende destacar que el duelo perinatal tiene unas características que lo diferencian de duelos de otros tipos: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para quienes supone en muchos casos el primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso. Hay que añadir que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real, basada en sus necesidades y deseos ¹⁵.

En cualquier caso, el duelo perinatal, al igual que otro tipo de duelo por pérdidas de seres queridos, produce un sufrimiento y puede complicarse con síntomas psiquiátricos si concurren algunos factores de riesgo, tales como una historia de pérdidas recurrentes, antecedentes de depresión, falta de descendencia, o que la pérdida coincida con otros problemas vitales importantes.

Cada persona es diferente, como lo es la forma de afrontar la pérdida. El aprendizaje de los y las profesionales para desenvolverse en estas situaciones tiene que ver con saber estar, saber escuchar y comprender la pena ajena. Sin embargo, hay que ser conscientes de que “las personas dolientes no olvidan nunca la comprensión, el respeto y el calor genuino que ofrecieron las personas cuidadoras, que llega a ser tan duradero e importante como los recuerdos materiales del embarazo perdido y de la corta vida de su bebé.”¹⁶

¹⁵ Mander R. *Loss and bereavement in childbearing*. Oxford: Blackwell Publishing. 1994.

¹⁶ Lopez Garcia de Madinabeitia AP. (2011). *Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio*. Enfermera especialista en Salud Mental “Gasteiz Centro”



FICHA TÉCNICA Nº 8

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 2. Asistencia Sanitaria Integral e Integrada.

COLABORACIÓN: Servicio de Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Matronas de Atención Primaria, Asociaciones y grupos de apoyo a la pérdida perinatal.

DESTINATARIOS/AS: Personas usuarias y personal de la sanidad.

OBJETIVO:

- 1 Elaborar una Guía de actuación que unifique la atención profesional en la comunicación de malas noticias, prenatales o neonatales, con el objeto último de HUMANIZAR la asistencia.
- 2 Sensibilizar sobre la transcendencia de la forma de comunicar la noticia.
- 3 Proporcionar recursos y conocimientos a profesionales.
- 4 Colaborar y garantizar la continuidad de la asistencia entre el Hospital y el Centro de Salud de referencia.
- 5 Favorecer el duelo normal de progenitores y familiares.
- 6 Potenciar la autonomía de la mujer en la toma de decisiones.
- 7 Favorecer herramientas de apoyo y facilitar puesta en contacto con grupos de ayuda.

DESCRIPCIÓN:

Se trata de la elaboración de una Guía que permita mejorar la atención en la pérdida y el duelo perinatal, facilitando el proceso doloroso y asegurando la continuidad de la asistencia. El esquema de trabajo será el siguiente:

- 1 Comunicación de la noticia.
- 2 Duelo.
- 3 Atención hospitalaria.
- 4 Procedimientos legales.
 - a. Acompañamiento.
 - b. Despedida.
 - c. Inhibición de la lactogénesis.
5. Seguimiento al alta.

INICIADO EN : Gerencia de Atención Integrada de Talavera.

INDICADORES:

1. Disponibilidad de la guía.
2. Número de madres y padres a quienes se aplica.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

González Castroagudín S, Suárez López I, Polanco Teijo F, Ledo Marra M, Rodríguez Vidal E. (2013). *Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal*. *Cad Aten Primaria* 19(1), 113-117.

De Madinabeitia, AP. LG. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 31, 53-70.

Fernández-Alcántara M, Cruz-Quintana F, Pérez-Marfil N, Robles-Ortega H. (2012). *Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal*. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52.

Pastor Montero, S. M., Romero Sánchez, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas Jaén, A. G., & Rodríguez Tirado, M. B. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals perspective. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(6), 1405-1412.

Paneque MDCM (2012). *Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos*. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (79), 52-55.



LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Medida nº 9
PARITOUR



“El nacimiento de un niño es algo tan cotidiano, algo que estamos tan acostumbrados a ver, que a menudo olvidamos la grandeza, la magia de ese acto inaudito. Crear un alma.”

Lauren Gounelle



FUNDAMENTACIÓN

El parto normal es, además de un proceso fisiológico natural, un acontecimiento trascendental para la vida de la mujer, con implicaciones emocionales, de establecimiento del vínculo afectivo e influencia en el posterior inicio de la lactancia.

Por este motivo, consideramos importante que las gestantes se familiaricen con el entorno en que tendrá lugar, y reduzcan de esa forma la ansiedad y el miedo escénico.

El parto hospitalario actualmente se basa en la aplicación de una guía de BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN PERINATAL, acordes con el nivel de conocimiento científico-técnico y en una estructura donde la humanización es el hilo conductor que responde a las necesidades sociales y se adaptan al nivel socioeconómico disponible. Todo ello en un contexto ético de respeto a las personas, a la autonomía de la mujer y a los derechos de la persona recién nacida.

Dentro de este contexto, los talleres y cursos de educación maternal aportan a las gestantes y, en su caso, a sus parejas, tranquilidad y seguridad para afrontar el momento en que se inicia “la aventura” de la maternidad y la paternidad.

Cuando no es posible realizar la visita guiada, se ofrece la posibilidad de proyectar un vídeo explicativo de todo el proceso, en los centros de Salud.



FICHA TÉCNICA Nº 9

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PARITOUR.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 2. Asistencia Sanitaria Integral e Integrada.

COLABORACIÓN: Atención Primaria. Servicio de Obstetricia.

DESTINATARIOS/AS: Embarazadas y acompañante.

OBJETIVO:

Esta actividad forma parte de un proyecto más amplio llamado “Parto Humanizado”, cuyo objetivo es impulsar la atención individualizada y humana a la mujer en las distintas etapas de la atención perinatal, garantizando su seguridad y la de su bebé.

DESCRIPCIÓN:

Dentro de la preparación al parto que se imparte en los distintos Centros de Salud, en el tercer trimestre del embarazo, las Matronas o los Matrones proponen a las gestantes una visita guiada por las distintas estancias del Hospital que les prestarán atención una vez llegado el momento del nacimiento de su bebé.

Durante la visita, las futuras madres pueden acudir con un o una acompañante, y son recibidas por la persona encargada de la Supervisión de la Unidad de Tocología, Paritorio y Matronas de Área, que las acompañarán en todo el recorrido, además de por su matrona o matron del Centro de Salud. Las áreas visitadas son:

- Unidad de Neonatología.
- Servicio de Paritorio.
- Planta de Maternidad.

PROPUESTA DE: AREA INTEGRADA DE TALAVERA DE LA REINA.

INDICADORES:

1. Porcentaje de embarazadas, del total de citadas, que realizan la visita.
2. Número de visualizaciones de los vídeos.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. (2009). *Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia*. *Matronas profesión*, 10(2), 5-11.

Biurrun-Garrido A., Goberna-Tricas J. (2013). *La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto*. Revisión de la bibliografía. *Matronas profesión*, 14(2), 62-66.

Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina naturista*, (10), 120-132.

Martínez-Galiano JM., Delgado-Rodríguez M. (2013). *Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos*. *Ginecol Obstet Mex*, 81(12), 706-710.

Sánchez JA, Roche MEM, Viguera MDN, Peña EB, López RM, Munárriz LÁ. (2012). *Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia*. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.

Valenzuela Mujica MT, Uribe Torres C, Contreras Mejías A. (2011). *Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno*. *Index de Enfermería*, 20(4), 243-247.

Ayala Gutiérrez GL. (2015). *Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. Enero-Febrero 2015.



SUEÑO EN MI HOSPITAL



“Estamos hechos de la misma materia que los sueños y nuestra pequeña vida termina durmiendo.”

William Shakespeare



FUNDAMENTACIÓN

Existe evidencia científica sobre los factores que impiden el descanso nocturno de pacientes ingresados/as en un hospital, por ejemplo, las interrupciones nocturnas, despertarse y acostarse más tarde de lo habitual, la luz excesiva, los ruidos, la incomodidad de la cama o el dolor o malestar derivado del proceso de enfermedad.

Todo ello contribuye a que el descanso no sea el adecuado, ni el sueño logre su efecto reparador tan necesario e imprescindible, especialmente en las personas hospitalizadas.

Esta medida, en línea con el Proyecto SueñÓN, impulsado desde el Instituto de Salud Carlos III (ver enlace al final de la ficha) pretende programar los cuidados para que permitan un mayor descanso.

Sin embargo, el respeto al sueño nocturno no debe impedir que se realicen ingresos de pacientes con cama asignada procedentes de la Urgencia Hospitalaria, ya que el bienestar y descanso de estos pacientes es igual de importante que el de pacientes que ya se encuentran ingresados en la unidad de hospitalización. En estos casos se realizará todo el proceso lo más silenciosamente posible. El descanso de los y las pacientes que se encuentran en Urgencias es tan importante como el de las personas ingresadas.

La aplicación de esta medida, se ha iniciado en Centros hospitalarios del SESCAM, si bien hay que tener en cuenta que existen alteraciones del sueño que, en ocasiones, son inevitables.



FICHA TÉCNICA Nº 10

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: SUEÑO EN MI HOSPITAL.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 2. Asistencia Sanitaria Integral e Integrada.

COLABORACIÓN: Urgencias hospitalarias. Unidades de Hospitalización.

DESTINATARIOS/AS: Personas hospitalizadas.

OBJETIVO:

Fomentar el sueño y descanso nocturno de pacientes ingresados/as.

DESCRIPCIÓN:

Se trata de concienciar a los y las profesionales sobre la importancia de la calidad del sueño de las personas ingresadas como elemento que contribuye a su bienestar y su pronta recuperación. Esto supone un cambio de mentalidad por parte de los y las profesionales y una adecuación de la organización del trabajo nocturno con el fin de evitar actuaciones innecesarias y favorecer el descanso de pacientes.

Necesidades:

- Hospital silencioso por la noche.
- Organización del trabajo nocturno para disminuir ruidos.
- Linternas para evitar encender luces, siempre que esto sea posible.
- Realizar los ingresos nocturnos de forma silenciosa.
- Revisión de protocolos de cuidados nocturnos.

INICIADO EN: Gerencia Atención integrada Albacete.

INDICADORES:

1. Incluir en las Encuestas de satisfacción una pregunta sobre el descanso nocturno.
2. Resultados de dichas encuestas a pacientes que han sido hospitalizados/as, sobre este tema.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Nicolás A, Aizpitarte E, Iruarrizaga A, Vázquez M, Margall MA, Asiain MC. (2002). *Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos*. *Enfermería intensiva*, 13(2), 57-67.

Basco Prado L, Fariñas Rodríguez S, Hidalgo Blanco MÁ. (2010). *Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos*. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 0-0.

Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. (2004). *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*. *Psicooncología*, 1(2), 211-230.

Angulo JC, García MT. (2002). *El descanso de nuestros pacientes. ¿Se puede descansar en el hospital?* *Enfermería global*, 1.

Medina Cordero A, Feria Lorenzo DJ, Oscoz Muñoa G. (2009). *Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso*. *Enfermería Global*, (17), 0-0.

Tineo T, Montero A, Trujillo MJ, Rodríguez P, Gómez M, Valdivieso H, et al. *¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos?* *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2011; 34(2): 39-45

Proyecto SueñOn. Instituto de Salud Carlos III.
<http://www.suenon.recursosencuidados.es/index.html>



ATENCIÓN DIGNA EN LA ÚLTIMA ETAPA DE LA VIDA



“Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours.”

(“Curar a veces, aliviar a menudo, cuidar siempre”)

C. Bernard et A. Gubler



FUNDAMENTACIÓN

La atención a pacientes en fase terminal es un derecho reconocido por diferentes organismos internacionales y una prestación sanitaria claramente descrita en la legislación española, incluido como prestación básica en la “Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud” y recogido dentro de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. La humanización de la Atención Sanitaria se vuelve más necesaria aún si cabe, al final de la vida. Dentro de la Estrategia Regional de Cuidados Paliativos, se encuadra esta medida, cuya creación permitirá homogeneizar la atención integral, centrada en la unidad paciente-familia, y sus necesidades, para garantizar una atención digna para pacientes y acompañantes.

El sufrimiento físico y emocional y la sensación de proximidad de una pérdida, produce un gran impacto también en la familia o en su entorno más cercano. Es por ello que se plantea esta medida para abordar los últimos días de la persona hospitalizada. Siempre que sea posible, los y las profesionales que atienden a estas personas han de valorar y prevenir de forma temprana la situación. El final de la vida puede acompañarse de un deterioro del estado general de la persona enferma u otros síntomas que indican que la muerte es inminente. Es importante la atención integral a quienes sufren este proceso, lo cual implica un cambio de actitud para comunicarse con pacientes y familiares.

En estos momentos, se debe consultar si el o la paciente ha realizado el documento de Voluntades Anticipadas. En todo caso, es fundamental el respeto a las decisiones que haya tomado la persona, y tener en cuenta también las de su familia.

Por lo general las instituciones hospitalarias están pensadas para personas con capacidad de recuperación y no para personas enfermas en proceso de muerte. Se plantea como prioritario proporcionar el confort y el ambiente íntimo, recomendándose el ingreso en habitaciones individuales destinadas a este tipo de pacientes y facilitando el acompañamiento por sus familiares y personas allegadas, a quienes se atenderá en el duelo.

Esta medida también pretende favorecer al resto de personas hospitalizadas, que se ven obligadas en ocasiones a presenciar el fallecimiento de otra persona con la que compartían habitación, con el consiguiente impacto emocional.



FICHA TÉCNICA Nº 11

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATENCION DIGNA EN LA ÚLTIMA ETAPA DE LA VIDA.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 2. Asistencia Sanitaria Integral e Integrada.

COLABORACIÓN: Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes terminales, familiares y acompañantes.

OBJETIVO:

Proporcionar un ambiente íntimo y tranquilo a pacientes en la última etapa de su vida de forma que puedan despedirse dignamente de sus seres queridos.

DESCRIPCIÓN:

Individualización de habitaciones para este tipo de pacientes en la Unidad de Hospitalización en la que se encuentren, siempre que esto sea posible, facilitando el acompañamiento y proporcionando la intimidad y el confort necesario tanto a la persona, como a sus familiares y personas allegadas, para afrontar esta fase final de la vida.

Tener en cuenta las decisiones que haya tomado la persona, si ha expresado sus Voluntades Anticipadas y, en su defecto, tener en cuenta las decisiones de su familia para esos momentos.

Facilitar la información y documentación necesaria a la familia en el momento del fallecimiento.

Promover la formación de los y las profesionales en la atención al final de la vida y sobre la gestión del duelo.

Elaborar pautas de actuación en caso de duelo complicado.

INICIADO EN: Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

INDICADORES:

1. ¿Se han realizado acciones formativas sobre gestión del duelo?
2. Porcentaje de pacientes terminales que han podido ingresar en habitación individual.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mansoa SL, Elia MA, Eraso IC. (2005). *Acompañamiento al final de la vida*. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 12(7), 471-481.

Taboada P. (2000). *El derecho a morir con dignidad*. Acta bioethica, 6(1), 89-101.

Del Río, MI, Palma A. (2007). *Cuidados paliativos: historia y desarrollo*. Boletín escuela de medicina UC, Pontificia universidad católica de Chile, 32(1), 16-22.

Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. (2003). *Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones*. Medicina clínica, 121(3), 95-97.

Júdez Gutiérrez FJ, Carballo Álvarez F. (1997). *¿Morir en el hospital? El SUPPORT y reflexiones para una investigación en bioética*. La Bioética en la encrucijada. Madrid: AstraZéneca Farma, 241-4.

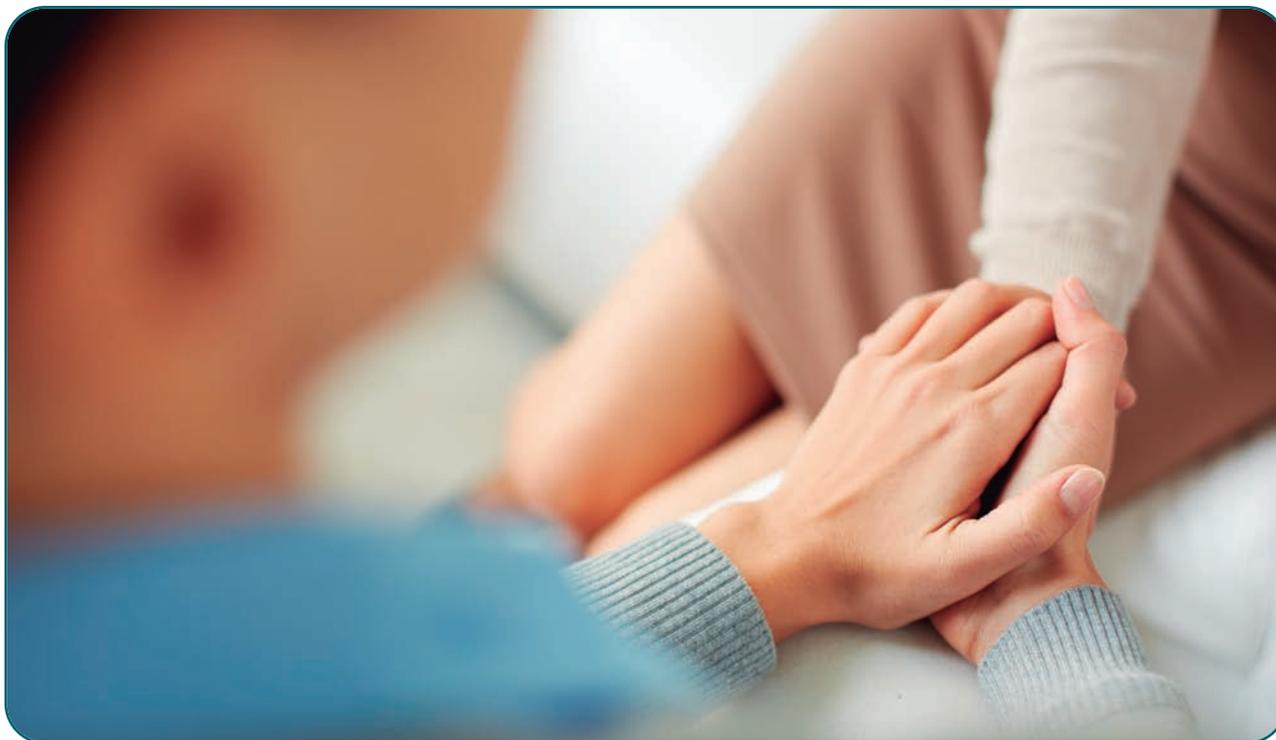
Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, (30), 39-50.

Díaz Agea, J. L. (2006). Morir en un hospital. Reflexiones y comentarios a la obra de Philippe Ariés. *Cultura de los cuidados, año X, nº 19, 1er semestre 2006; pp. 10-15*.

Ramón I, Alonso J, Subirats E, Yáñez A, Santed R, Pujol R. (2006). *El lugar de fallecimiento de las personas ancianas en Cataluña*. Revista Clínica española, 206(11), 549-555.



UNIDADES ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS



“Humanizar y dignificar la muerte, consiste en impregnarla de valores genuinamente humanos, se trata de un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona. No es una técnica, ni un método que se pueda aprender o practicar fácilmente por medio la lectura de una norma. Se trata de un arte que va mas allá del saber hacer: el arte de saber ser.”

María Galvez González



FUNDAMENTACIÓN

El término “paliativo” deriva de pallium, palabra latina que significa “capa”, capote, etimológicamente significa proporcionar una capa para calentar a “los que pasan frío”, una vez que no pueden ser curados. Los cuidados paliativos se centran en el alivio del dolor y del sufrimiento en pacientes que están en la fase final de su vida, sea cual sea la causa o enfermedad inicial.

En 1990 la OMS definió cuidados paliativos como *“el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento”*. Tiene prioridad el control del dolor, de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de vida para pacientes y familiares.

El proceso por el que atraviesa una persona al final de la vida requiere de una atención especializada y eficaz, donde un equipo especializado de profesionales pueda dar cobertura a las necesidades sanitarias, psicológicas, espirituales y sociales con las que se encuentra el o la paciente, proporcionando ayuda y soporte a la persona encargada de los cuidados y a la familia. Para ello, ha de promoverse una respuesta integral, reorganizando y haciendo uso de los recursos actualmente existentes y consiguiendo una utilización más adecuada de los mismos. Con este fin se ha creado la Red de Expertos de Cuidados Paliativos de Castilla la Mancha, que ha elaborado y aprobado la Estrategia Regional en este campo. Entre los principios generales de esta Estrategia se encuentra garantizar a pacientes en fase terminal los cuidados paliativos y asegurar una respuesta coordinada entre los niveles asistenciales.

Asimismo, se pretende orientar la atención a domicilio de pacientes como lugar idóneo para seguir su evolución, control, apoyo y tratamiento. Igualmente, se incidirá en la formación adecuada del personal, junto con la implantación de estándares de calidad para asegurar que la persona enferma reciba un tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas, que se le proporcione una información completa y verdadera, salvo en el caso en que no quiera recibir información y, garantizando, en todo caso, su derecho a la autonomía y participación como protagonista y no como parte pasiva en la toma de decisiones de su proceso asistencial.



FICHA TÉCNICA Nº 12

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: UNIDADES ASISTENCIALES DE CUIDADOS PALIATIVOS.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 2. Asistencia Sanitaria Integral e Integrada.

COLABORACIÓN: Atención Primaria y Atención Especializada.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes con enfermedad avanzada incurable.

OBJETIVO:

- Mejorar la calidad de vida de pacientes susceptibles de cuidados paliativos, de sus familiares y de las personas encargadas de las tareas de cuidado.
- Potenciar la autonomía funcional, la independencia socio-familiar y la responsabilidad mediante el apoyo y la formación de la familia de estas personas.
- Integración en los niveles asistenciales que atienden a este tipo de pacientes.

DESCRIPCIÓN:

- Creación de un grupo de trabajo de Cuidados paliativos que integre Atención Primaria, especializada y Servicios Sociales.
- Creación de la Unidad de Cuidados paliativos con un Equipo de soporte hospitalario y un Equipo de atención a domicilio.
- Crear protocolos de coordinación, de derivación, y ante el ingreso y alta hospitalaria. El o la paciente debe tener un continuo de cuidados.
- Crear un registro compartido de pacientes en situación avanzada terminal del área.
- Establecer mecanismos de comunicación y acceso a la información ágiles (teléfonos, fax, correo electrónico, historia electrónica,... etc.)
- Evitar tanto ingresos hospitalarios, como visitas innecesarias a Urgencias.
- Canalizar la atención domiciliaria tanto desde los servicios de urgencias como desde la hospitalización, tratando de reducir en este caso el número de días de ingreso.
- Actividades formativas e investigadoras compartidas. Reciclaje y puesta al día continua, con sesiones multidisciplinares comunes de área y revisión de casos.
- Crear indicadores que permitan evaluar los resultados de la atención prestada a pacientes.

INICIADO EN: Hospital de Hellín.

INDICADORES: Los mismos que contemple la Estrategia Regional de Cuidados Paliativos.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guía de Cuidados Paliativos, S. E. (2014). Guía de cuidados paliativos.<http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>.

PALIATIVOS, C. (2000). Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 7(3), 101-105.

del Rincón, C., Martino, R., Catá, E., & Montalvo, G. (2008). Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico. *Psicooncología*, 5(2/3), 425.

Resumen estrategia regional de cuidados Paliativos de Castilla la Mancha. Diciembre 2016. Disponible en: infocuidadospaliativos.com/.../RESUMEN-ESTRATEGIA-REGIONAL-CUIDADOS

Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.

Monografías SECPAL: Nº 1. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad europea de Cuidados Paliativos. Nº9. Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos de España. 2016

Román Maestre B. *Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo*. *Med Paliat.* 2013; 20(1):19-25. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-para-humanizacion-atencion-sanitaria-los-S1134248X12001139>.

Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla-La Mancha 2016-2020. Red de Expertos y Profesionales de Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 2017.

Unidades de Cuidados Paliativos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2009.



OFICINA DE ATENCIÓN A PROFESIONALES



“Los clientes no son lo primero. Lo primero son tus empleados. Si cuidas de tus empleados, ellos cuidarán de tus clientes.”

Richard Branson



FUNDAMENTACIÓN

La Cultura de una Organización se puede definir como el conjunto de normas, actitudes, creencias, formas de pensar, usos, reglas y formas de comportarse, compartidas y tácitamente aceptadas por todos los miembros de la misma. Los componentes básicos de la Cultura de la Organización son **la Misión, la Visión y los Valores**.

La Administración Sanitaria por naturaleza es una de las organizaciones que se han ido haciendo más complejas en el transcurso del tiempo. En este contexto tan tecnológico y cambiante, el personal también puede sufrir la deshumanización, debido a numerosas causas externas e internas. Entre estos factores se encuentran pacientes y familiares excesivamente demandantes, que se sienten vulnerables y con alto nivel de expectativas, la saturación que se sufre en ocasiones, las cargas de trabajo, los turnos, las competencias poco claras, la excesiva actividad regulatoria y protocolos confusos, burocracia excesiva,... etc. Todo ello genera cansancio, tensión y desmotivación. A veces el personal percibe que se encuentra en un entorno amenazante, y esta situación puede generar *burnout*.

La Oficina de Atención a Profesionales supone un espacio donde puedan trasladarse información y conocimientos, fomentar hábitos positivos, integrar al personal de nuevo ingreso y mejorar su implicación con el centro mediante un trato personalizado, amable y cercano. Esta oficina estará vinculada al Servicio de Personal y cada Gerencia la dotará de contenido según sus necesidades específicas.



FICHA TÉCNICA Nº 13

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: OFICINA DE ATENCION A PROFESIONALES.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 3. Profesionales: Como parte activa de la Humanización.

COLABORACIÓN: Dirección de Gestión. Servicio de Personal.

DESTINATARIOS/AS: Profesionales de las Gerencias de todas las categorías.

OBJETIVO:

- Crear un único punto de referencia donde el personal pueda obtener información general en cuanto a los requisitos de cada procedimiento e información concreta del estado de tramitación en que se encuentra un procedimiento o solicitud que le afecte.

DESCRIPCIÓN:

La Cartera de servicios detalla los procesos administrativos que se tramitarán en dicha oficina:

- Certificados.
- Permisos, excedencias y reingresos.
- Bolsa de contratación.
- Recogida de partes por enfermedad.
- I.R.P.F. Cambio de situación administrativa.
- Baja laboral.
- Variación de datos.
- Acción social con efectos económicos.
- Recogida de documentación para convocatorias internas.
- Servicio de Agenda: concertar cita para un tema puntual con la persona concreta.

Asimismo, esta oficina podrá encargarse de otros aspectos de tipo lúdico relativos al personal del Centro, como organización de eventos deportivos, culturales, etc.

INICIADO EN : Gerencias de Almansa y Tomelloso.

INDICADORES:

1. ¿Existe esta Oficina?
2. ¿Se ha dado a conocer a los y las profesionales?
3. Número de profesionales atendidos/as.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. (2003). *La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria*. *Atención primaria*, 31(4), 227-233.

Atance Martínez JC. (1997). *Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario*. *Revista española de salud pública*, 71(3), 293-303.

Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. (2004). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid*. *Revista española de salud pública*, 78(4), 505-516.

Izquierdo MG, Navarro MCS. (2000). *Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental*. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones* 16(2), 215-228.

Benavides FG, Moya C, Segura A, de la Puente ML, Porta M, Amela C. (2006). *Las competencias profesionales en salud pública*. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 239-243.

Rodríguez JL, Gallastegi EA. (2014). *Dirección estratégica de los recursos humanos*. Ediciones Pirámide.



LÍNEA ESTRATÉGICA 3

Medida nº 14

SINADIG

(Sistema de información, notificación y aprendizaje sobre Dignidad)



“...Si todos callan

Ya no habrá nadie, con quien poder contar.”

Alberto Cereijo “Si todos callan”



FUNDAMENTACIÓN

La dignidad emana del respeto a los derechos fundamentales de todo ser humano y tiene que ver por tanto con todos los aspectos de la vida diaria, incluyendo la privacidad, la autonomía y la autoestima. Aunque puede ser difícil de definir, la gente nota (sabe) cuando no ha sido tratada con dignidad y respeto. La dignidad tiene que ver tanto con procesos y sistemas como con los comportamientos interpersonales. Algunos ejemplos de personas que sintieron que su **dignidad** no fue respetada serían:

- Cuando han tenido la sensación de encontrarse desatendidas o de ser ignoradas al recibir cuidados.
- Cuando se les hace sentir inútiles o que son una molestia.
- Cuando son tratadas más como un objeto que como una persona.
- Cuando sienten que su intimidad no se respeta durante el aseo o los cuidados íntimos, por ejemplo, -en el hospital- obligarles a usar una silla o cuña para orinar, en lugar de facilitarles un andador o una silla de ruedas y prestarle ayuda para ir al baño.
- Cuando perciben una actitud poco respetuosa del personal al dirigirse a ellas de una manera poco amable, por ejemplo, al llamarle con un nombre excesivamente familiar o con diminutivos supuestamente *cariñosos*.
- Cuando tienen que usar baberos para bebés en vez de facilitarles una servilleta y ayuda para comer.
- Tener que comer con los dedos en lugar de tener ayuda para comer con cubiertos.
- Ser tratadas de manera apresurada y no sentirse escuchadas.

Durante la jornada laboral, todo el personal que trabaja en un centro sanitario puede percibir o presenciar situaciones en las que la dignidad de la persona se ve vulnerada o está totalmente ausente. La totalidad de pacientes que se someten a hospitalización, pruebas, tratamientos o intervenciones, puede verse afectada en algún momento por la despersonalización, la cosificación, la pasividad, el aislamiento, falta de intimidad, etc. Para evitar este tipo de situaciones o disminuir sus efectos, es necesario conocerlas y analizar sus causas.

Cualquier trabajador o trabajadora tiene capacidad de comunicar un evento adverso de este tipo. En numerosas ocasiones es el personal de empresas externas, por ejemplo personal de limpieza, mantenimiento, cocina etc., quien detecta una situación en la que se ve vulnerada la dignidad de una persona. Si establecemos un cauce de comunicación con las personas responsables de Humanización del Centro, es posible que esta situación se analice y se pueda abordar con alguna medida de mejora.



FICHA TÉCNICA Nº 14

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: SINADIG.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 3. Profesionales: Como parte activa de la Humanización.

COLABORACIÓN: Dirección de Gestión. Empresas externas.

DESTINATARIOS/AS: Todo el personal vinculado a los centros sanitarios.

OBJETIVO:

- Detección de todas las situaciones relacionadas con la pérdida de dignidad de la persona en el ámbito de nuestras instituciones incorporando la metodología del Sistema de Declaración de Incidentes Adversos relacionados con la Seguridad del Paciente (SINAPS).

DESCRIPCIÓN:

La notificación la puede realizar cualquier profesional, perteneciente o no al SESCAM, que desde su posición sea capaz de identificar un incidente que, a su juicio, vulnera la dignidad de la persona.

Se establecen dos vías de declaración:

- Uno para el personal propio del SESCAM, mediante un buzón electrónico en la INTRANET del Centro correspondiente, enlace PLAN DIGNIFICA.
- Otra mediante un buzón físico identificado al efecto para facilitar la declaración a profesionales de las empresas externas que no tienen acceso a la INTRANET.

En ambos casos se trata de una declaración anónima con **un enfoque constructivo**, siguiendo como hemos mencionado, la metodología del SINAPS. Por lo tanto, se someterá al análisis de causalidad por parte de la Comisión Dignifica del Centro que procederá a informar periódicamente de las disfunciones detectadas y las medidas correctoras adoptadas. En ningún caso la notificación tendrá carácter punitivo ni disciplinario, puesto que ya existen otros procedimientos con este fin. Solo se considera como herramienta de mejora.

INICIADO EN: Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo.

INDICADORES:

1. ¿Se ha instaurado el SINADIG en la Gerencia?
2. ¿Se ha divulgado entre los y las profesionales?
3. Número de notificaciones recibidas.
4. Porcentaje de notificaciones que generan un análisis causa-raíz.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

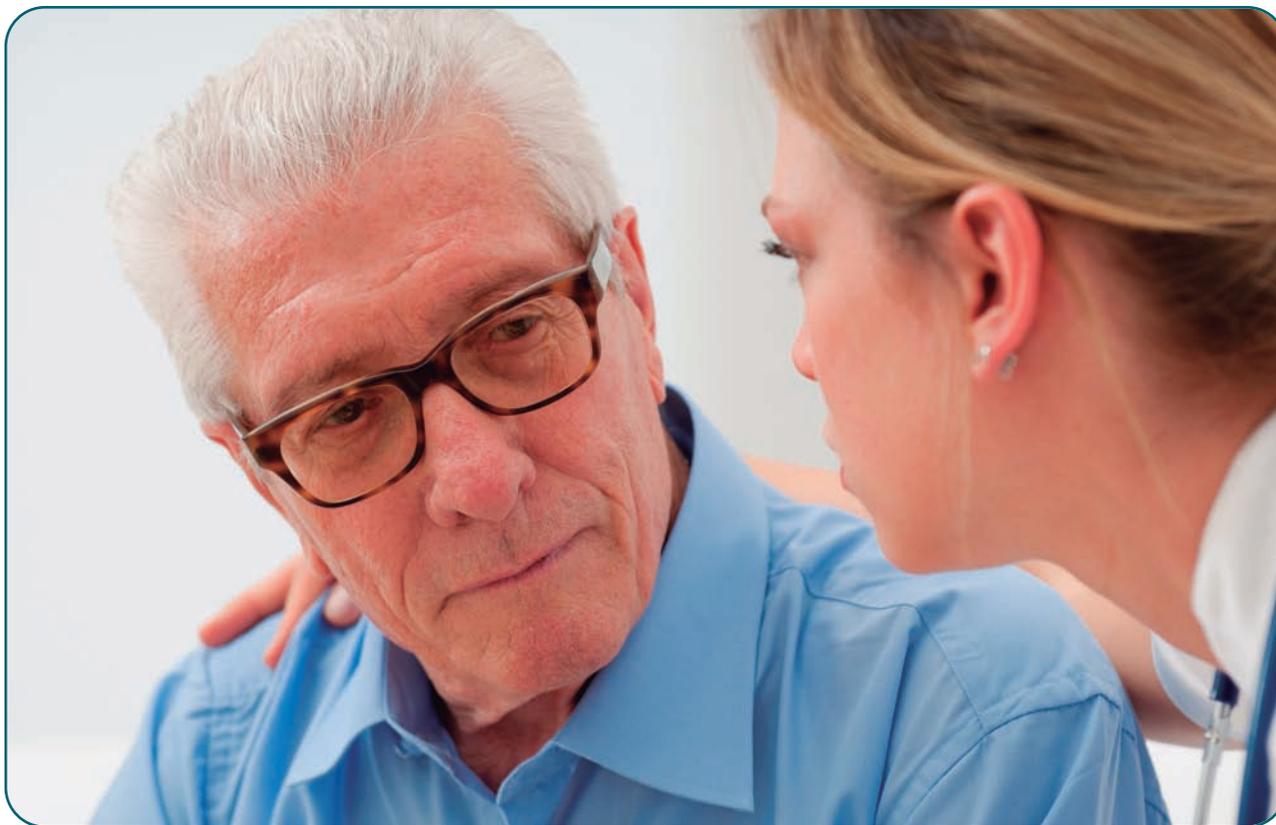
Sistema de notificación y aprendizaje de eventos adversos en Seguridad del paciente (SINAPS) Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/.../Sistema%20de%20Notificacion%20y%20ap%>.

Análisis causa – raíz: Metodología para investigar y resolver incidencias: <http://www.pdcahome.com/7642/analisis-de-causa-raiz-metodologia-para-investigar-y-resolver-incidencias/>

Mira J.J . La Comunicación Interna en el hospital [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500714/n10.8_Comunicaci__n_Interna_Hospital.pdf



FORMACIÓN EN COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS



«La sabiduría inoportuna es una locura, del mismo modo que es imprudente la prudencia mal entendida.»

Erasmus de Rotterdam



FUNDAMENTACIÓN

El concepto de “mala noticia” abarca un amplio abanico de diagnósticos y pronósticos, algunos más y otros menos severos. En ocasiones lo que para el médico o la médica puede ser una información banal, para el o la paciente puede llegar a ser preocupante, estresante o inoportuna. Además si en el ámbito profesional se carece de habilidades, la comunicación de la mala noticia puede generar un sufrimiento añadido para pacientes o familiares.

Las reacciones a una mala noticia dependen de muchos factores, siendo para pacientes y familiares un tanto subjetivas. No obstante, se suele asociar una mala noticia a enfermedades como el cáncer, enfermedades graves o terminales, donde las expectativas de futuro y/o calidad de vida, se ven alteradas negativamente.

Tras la sustitución del modelo paternalista antes vigente por un modelo más autonomista, prima el derecho a la información de las y los pacientes. Una información clara, honesta y comprensible, les permitirá tomar las decisiones sobre su asistencia, de acuerdo con sus criterios y valores personales. Asimismo, se respetará su derecho a no recibir información si así lo manifestase.

Saber manejar las malas noticias puede disminuir el primer impacto emocional en la persona enferma en el momento de recibir información sobre su estado, permitiéndole asumir la nueva realidad poco a poco y, al mismo tiempo, afianzar la relación profesional-paciente. La forma en que se comunica una mala noticia, influye significativamente en la percepción que tienen pacientes y familiares de su enfermedad, en la relación con los y las profesionales que le atienden y, a largo plazo, en la satisfacción de ambas partes.



FICHA TÉCNICA Nº 15

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: FORMACION EN COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 3. Profesionales: Como parte activa de la Humanización.

COLABORACIÓN: Equipo de dirección. Departamento Formación y Docencia.

DESTINATARIOS/AS: Personal médico, otro personal sanitario y personal de información.

OBJETIVO:

Elaboración adaptada al centro de un Protocolo de comunicación de malas noticias, tipo EPICEE. Es necesario comunicar bien, especialmente en casos de diagnósticos o pronósticos desfavorables.

DESCRIPCIÓN:

El protocolo que se desarrolle debe contemplar los siguientes puntos: (EPICEE).

E: ENTORNO: lugar privado, buen contacto ocular, tiempo necesario, control de interrupciones.

P: PERCEPCIÓN: Conocimientos previos del o de la paciente, nivel de comprensión información personalizada.

I: INVITACIÓN: ¿Hasta dónde saber? Detectar la negación como un mecanismo de adaptación. Detectar frases clave como: “lo dejo en sus manos” o “¿Qué quiere decir doctor/a?”.

C: CONOCIMIENTO: Adaptación al nivel. Evitar franqueza brusca y optimismo engañoso.

E: EMPATÍA: Identificar la emoción. Comprender, respetar, prestar apoyo.

E: ESTRATEGIA. Resumen de todo. Recapitulación. Comprobar que ha entendido y diseñar un plan de trabajo y seguimiento, en su caso.

INICIADO EN: CONSEJERÍA DE SANIDAD.

INDICADORES:

1. Número de acciones formativas sobre comunicación de malas noticias.
2. Número de asistentes a la formación.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. (2014). *Entrega de malas noticias en la práctica clínica*. Revista médica de Chile, 142(10), 1306-1315.

Saborido JAR, Martín AM. (2013). *Comunicación de malas noticias, una técnica que se puede aprender*. Hygia de enfermería: revista científica del colegio, (84), 41-45.

Sánchez CIA, Zaragoza RC, del Campo Acosta MG, Segovia ROO, Ortega JG. (2014). *Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud*. Acta Universitaria, 24(5), 20-26.

Buckman R *How to break bad news. A guide for health care professionals*. Baltimore: Ed. John Hopkins, 1992.

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302.

Rodríguez Salvador J.J. *Comunicación Clínica: Cómo dar Malas Noticias* Médico de Familia. Centro de Salud de Ortuella (Bizkaia). OSAKIDETZA.



FORMACIÓN CONTINUADA EN HUMANIZACIÓN



«A la vez que se está produciendo un progreso científico sin precedentes, no debería olvidarse la importancia del humanismo asociado a la práctica de la medicina.»

«Cuando una persona se relaciona con el Sistema Sanitario busca no sólo la competencia técnica de los profesionales, también espera encontrar personas capaces de transmitirle SEGURIDAD, CONFIANZA y RESPETO acerca de sus decisiones. »

Albert J. Jovell



FUNDAMENTACIÓN

La actividad sanitaria es intrínsecamente humana, ya que tiene como objetivo básico ayudar a otros seres humanos vulnerables en su enfermedad, atender sus necesidades, prevenir su sufrimiento, recuperar su equilibrio y restablecer su calidad de vida y su salud en la mayor medida posible.

Junto con el desarrollo de la técnica se ha producido un proceso de deshumanización, no debido exclusivamente a la técnica en sí, ya que en este proceso han contribuido una serie de factores como la complejidad del sistema, la superespecialización, problemas profesionales, desmotivación, criterios mercantilistas, etc. Por ello, recuperar los valores como la confianza, la empatía, el contacto, el trato individualizado, sin olvidar las buenas prácticas, es un reto para la atención sanitaria en nuestros días.

Es necesario entender la asistencia sanitaria de forma integral u holística, contemplando no solo el aspecto científico técnico de la misma, sino también otros elementos como la comunicación, el trato personal, la empatía, la accesibilidad, la confianza, la intimidad, es decir, se trata de **CENTRAR LA ATENCION EN LA PERSONA**, como un todo. Para ello es necesario un cambio de **ACTITUD**, donde el enfoque cambie, de tratar a pacientes a tratar a **personas**.

La formación recibida por los y las profesionales de la sanidad ha abundado en su aspecto científico y técnico, con una mínima o nula preparación humanística. Por esta razón se encuentran con frecuencia sin recursos para manejar las dificultades en la relación con pacientes, familiares, e incluso entre profesionales. Se hace necesario adquirir competencias “blandas” relacionadas con la inteligencia emocional y las habilidades de comunicación, tales como empatía, asertividad, seguridad, confianza, calidez en el trato, empoderamiento, transparencia, etc.

La humanización de la Atención Sanitaria debe cuidarse desde la formación de profesionales de la salud, ya sea en pregrado, postgrado o en formación continuada.



FICHA TÉCNICA Nº 16

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: FORMACION CONTINUADA EN HUMANIZACION.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 3. Profesionales: Como parte activa de la Humanización.

COLABORACIÓN: Equipo de dirección. Departamento Formación y Docencia.

DESTINATARIOS/AS: Profesionales.

OBJETIVO:

- Formar a profesionales para impulsar y recordar la Humanización de los cuidados y de la atención.
- Cambiar la actitud de los y las profesionales hacia la atención integral de pacientes y sus familias, atención holística.
- Garantizar unos cuidados eficaces y de calidad partiendo de pilares básicos como la empatía, el respeto o la amabilidad.

DESCRIPCIÓN:

El programa formativo contempla cursos que abordan diferentes temas que se han considerado de interés para cubrir este ámbito de formación.

Los cursos serán impartidos por profesionales docentes con experiencia dilatada.

INICIADO EN: Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

INDICADORES:

1. Existencia de Comisión de Humanización en la Gerencia.
2. Número de acciones formativas en Humanización.
3. Número de Jornadas organizadas sobre el tema.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arango Dávila CA, Floyd Aldana, M. (2013). Humanización en Salud. *Carta de la salud*; 211.

Bermejo JC. (1997). *Humanizar la salud: Humanización y relación de ayuda en enfermería*. San Pablo.

Ariza Olarte C. (2012). *Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria*. *Enfermería universitaria*, 9(1), 41-51.

Walker MR. (2016). *Educación en salud y humanización*. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*,35(1), 63-71.

Bermejo JC. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Editorial Desclée.

Guillén, D. M. G. (1989). *Fundamentos de bioética*. Eudema Universidad.

Andorno, R. (1998). *Bioética y dignidad de la persona* (p. 54). Madrid: Tecnos.

Berlinguer G. (2002). *Bioética cotidiana*. Siglo XXI.



PLAN DE ACOGIDA AL NUEVO PERSONAL



“Nunca hay una segunda oportunidad, para causar una buena primera impresión”
Oscar Wilde



FUNDAMENTACIÓN

Una buena acogida por la Organización y por los compañeros y compañeras de trabajo constituye una motivación muy importante para el personal de nuevo ingreso. Cuidar a los trabajadores y a las trabajadoras, especialmente en estas primeras fases de incertidumbre es fundamental para mejorar la implicación, la identificación y comprensión de los objetivos el fomento de hábitos positivos y buenas prácticas y la integración en un equipo de trabajo.

Sin embargo en numerosas ocasiones esta acogida no sucede, debido a la falta de tiempo, falta de medios u otros factores, por lo que la persona recién llegada se ve obligada a aprender a situarse en un puesto de trabajo desconocido de forma un tanto aislada, lo que dificulta la adaptación al equipo y a la organización.

Por este motivo se plantea a cada Gerencia la elaboración de una Guía de Acogida de forma protocolizada que, establezca las pautas principales para efectuar la recepción, las presentaciones, la entrevista de acogida y cuya función sea de bienvenida y orientación. Esta Guía de Acogida junto con la Oficina de Atención a Profesionales, servirá de ayuda e información básica en el proceso de incorporación e integración de profesionales de cualquiera de las categorías laborales del SESCOG. Un buen comienzo es muy significativo para lograr la mejora del ambiente de trabajo y el clima laboral.



FICHA TECNICA Nº 17

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PLAN DE ACOGIDA AL NUEVO PERSONAL.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 3. Profesionales: Como parte activa de la Humanización.

COLABORACIÓN: Gerencia. Departamento de Personal.

DESTINATARIOS/AS: Personal de nueva incorporación.

OBJETIVO:

Establecer el sistema de incorporación de profesionales de nuevo ingreso como un acto integrado de recepción, de presentación y de apoyo en la adaptación del personal en el ingreso en su puesto de trabajo. Es un proceso transversal en el que se implica a toda la organización (RRHH, Calidad, Dirección, Departamentos de destino del nuevo personal, etc.) desde su llegada (incluido el proceso de selección) hasta su completa integración en el servicio de destino.

DESCRIPCIÓN:

Utiliza como soporte la Unidad de Atención a Profesionales, que tiene como principal característica la integración de todas las acciones, tanto logísticas, burocráticas o de tipo administrativo, que se requieren ante una nueva incorporación, al objeto de facilitar su rápida integración.

En el Plan de acogida se establecen las pautas principales para facilitar en un solo acto personalizado, la recepción, recopilación de documentación, asignación de accesos informáticos, gestión de vestuarios y uniformes, presentaciones con representantes de la dirección y de responsables del servicio.

INICIADO EN: Gerencia de Villarrobledo.

INDICADORES:

1. Existencia o no del Plan de Acogida a profesionales.
2. ¿El Plan incluye una encuesta de satisfacción a profesionales?
3. Resultados de dicha encuesta.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Muñoz, M. L. M. (2010). Valoración de la eficacia del manual de acogida para el personal de nueva incorporación. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2(1).

Sánchez, T. L., Cabrera, M. L. A., & Doctor, M. P. (2012). Elaboración de un plan de acogida a los profesionales de nueva incorporación en la unidad de pacientes renales hospitalizados.

Mira J.J . La Comunicación Interna en el hospital. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013

Manual de acogida al nuevo profesional. Complejo Asistencial Universitario de Leon. Sacyl, 2014.

Plan de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación. Hospital San Joan de Alicante. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.



LÍNEA ESTRATÉGICA 4

Medida nº 18

ACONDICIONAMIENTO DE ESPACIOS PARA MEJORAR LA INTIMIDAD



“Al buen hacer, jamás le falta premio”
Miguel de Cervantes



FUNDAMENTACIÓN

El derecho a la intimidad se encuentra recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas 1948), y también en numerosos tratados y acuerdos internacionales.

En la Constitución Española se encuentra recogido como un Derecho Fundamental en el artículo 18. Asimismo se recoge en todas las normativas sanitarias desde la ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, hasta la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 de 14 de noviembre.

Las disposiciones legales antes mencionadas solo dan una idea de la importancia del derecho a la intimidad, especialmente en situaciones en las que las personas se encuentran frágiles y vulnerables.

No obstante en el ámbito sanitario, en ocasiones este derecho es ignorado por falta de una estructura adecuada, por descuido, o por excesiva familiaridad en el trato por parte de profesionales. Asimismo, se hace preciso salvaguardar la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso del o de la paciente y su estancia en las instituciones sanitarias.

Pero no solo se trata de un derecho innegable que debemos proteger, sino es una demanda de la sociedad, que cada vez exige mayores garantías en este sentido, las cuales no siempre se pueden satisfacer, dada la estructura de nuestros hospitales, dotados en su mayoría de habitaciones dobles, salas de observaciones abiertas, pasillos por donde transitan personas y camillas a la vez, etc.

Esta medida va encaminada a evaluar nuestros recursos, espacios y estructuras, con el fin de establecer planes de mejora posibles para salvaguardar este derecho de los y las pacientes.



FICHA TECNICA Nº 18

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ACONDICIONAMIENTO DE ESPACIOS PARA LA INTIMIDAD.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 4. Humanización de Espacios y Confort.

COLABORACIÓN: Gerencia. Dirección de Gestión.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes, familiares y acompañantes.

OBJETIVO:

- Detectar en todo el hospital las zonas susceptibles de encontrarse pacientes en condiciones de verse vulnerado su derecho a la intimidad, y corregir dichas carencias en la medida de lo posible. En este sentido se abordaron dos acciones concretas en el Hospital:
 - o Preservar la intimidad de pacientes en las salas de observación de urgencias.
 - o Mejorar la ubicación de pacientes que esperan para ingresar.

DESCRIPCIÓN:

La medida puede consistir, en las siguientes acciones siguientes, entre otras:

- Instalación de cortinas a medida entre las camas de observación de urgencias, si anteriormente no disponían de ellas, evitando la exposición de pacientes al resto de personas.
- Instalación de cortinas de separación en las habitaciones.
- En caso de pacientes que esperan para ingresar, o para la realización de una prueba, buscar ubicaciones donde puedan permanecer de forma apropiada, evitando su espera en los pasillos de tránsito.

INICIADO EN: Gerencias de Cuenca y Toledo.

INDICADORES:

1. Existencia o no de espacios adaptados al respeto de la intimidad.
2. Número de actuaciones destinadas a incrementar el confort de pacientes y acompañantes.
3. Porcentaje de pacientes que se han ubicado de forma adecuada.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Duarte J M., Lahoz JM., Noaín AG., Mirallas MJM, Moros, R. W. F., Hernández M. J. R. (2013). *Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón*. *Emergencias*, 25, 445-450.

Fernández Ruiz-Gálvez, E. (2014). *Intimidad y confidencialidad en la relación clínica*.

Ruiz-Gálvez, E. F. (2015). *Intimidad y confidencialidad en la relación clínica*. *Revista Persona y Derecho*, (69), 53-101.

Aragó, S. S. (2017). *Enfermería e intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias*. *NURE Investigación*, 14(86).

Sanchez Caro,J. *El derecho a la intimidad de los pacientes*. *Bioética y cuidados de enfermería*. 2014:149-158.

Sánchez Caro J. *Bioética*. En: Antequera Vinagre J.M. *Derecho sanitario y sociedad*.1ªed: Diaz de Santos; 2006.p.67-78

Mira J.J, Lorenzo S, Vitaller J,Guilabert M. *Derechos de los pacientes*. Algo más que una cuestión de actitud. *Gaceta sanitaria*.2010;24(3):247-250

Oliver, Joan Guix, Joan Fernández Ballart, and Joan Sala Barbany. *Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad*. *Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes*. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(6):465-472.





“La tarea del educador solo puede tener como base la normalización del niño y así conseguir la normalización del hombre y la renovación de la sociedad”.

Maria Montessori



FUNDAMENTACIÓN

Si bien en el momento actual el panorama es distinto, hasta no hace muchos años a los hospitales de nuestro país se les denominaba “Instituciones sanitarias cerradas”. Esta denominación hacía alusión, aún sin pretenderlo, a su aspecto misterioso, en cierta forma oculto al resto de la sociedad, en contraposición a las personas enfermas, quienes debían estar en cierta forma separadas del resto.

Con esta medida se pretende dar a conocer el entorno hospitalario a la población infantil y a la juventud, explicar in situ la labor de profesionales de la sanidad y resto de personal, entender el mecanismo y el funcionamiento del sistema hospitalario, así como la importancia de cada una de las áreas y servicios, como si se tratase de una cadena en la cual cada pieza tiene vital importancia.

Entendemos que la tarea del hospital también es abrirse al sistema educativo desde su base, asumiendo el desafío de integrarse satisfactoriamente en la sociedad desde la misma realidad de los niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, no olvidemos la función de las aulas hospitalarias, y de la pedagogía específica que requieren. Para la población infantil hospitalizada supone que en su proceso no solamente reciba un tratamiento médico, sino que pueda continuar con sus estudios y cuente con un espacio lúdico y adecuado.

La necesidad de crear vínculos entre el sistema educativo y el sistema sanitario se hace evidente, y en este sentido va encaminado el objeto de esta medida.



FICHA TÉCNICA Nº 19

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CONOCE TU HOSPITAL.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 4. Humanización de Espacios y Confort.

COLABORACIÓN: Equipo de Atención Educativa Hospitalaria. Profesionales de diversas áreas y servicios del Hospital.

DESTINATARIOS/AS: Escolares de Educación Primaria y Secundaria. Menores ingresados/as.

OBJETIVO

- Informar y preparar a la población infantil frente a un posible ingreso o visita al centro.
- Despertar el interés por el mundo sanitario en general, captando alguna posible vocación.
- Contribuir a la mejora de la calidad de vida de este tipo de pacientes.
- Evitar el aislamiento de pacientes menores.
- Asegurar la continuidad de su proceso de enseñanza-aprendizaje, motivándoles para que salgan de sus habitaciones y no pierdan contacto con el exterior, con sus iguales y con la actividad escolar.
- Desarrollar metodologías activas y motivadoras, abiertas a diversos estilos de aprendizaje, que persigan el éxito escolar, dando respuesta a la diversidad del alumnado.

DESCRIPCIÓN:

Consta de una serie de charlas - talleres donde diferentes profesionales del hospital muestran cuál es su labor dentro del centro y cómo pueden ayudar al buen funcionamiento del mismo.

También se introduce y muestra el material sanitario con el que el niño o la niña podría estar en contacto en algún momento de su vida (desde un fonendo o jeringa, hasta otros instrumentos más sofisticados).

Las visitas se organizan con una periodicidad mensual. A cada visita acude en cada ocasión un aula de un colegio o instituto, previamente concertada, y si existe población infantil ingresada que pueda realizar la actividad, se incorporará a la misma. Cada mes la charla y el recorrido está a cargo de una unidad diferente: Cocina, Informática, Farmacia, Admisión, Fisioterapia, etc. La pequeña excursión se realiza por las instalaciones del centro hospitalario, sin que interfiera en la actividad normal del mismo.

INICIADO EN: Hospital Mancha Centro.

INDICADORES: Número de escolares que realizan la visita anualmente.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Soto, S. A. M. C. (2007). AULA HOSPITALARIA EL AULA HOSPITALARIA UN CAMINO A LA EDUCACIÓN INCLUSIVA. *Investigación Educativa*, 11(19), 153-164.

Serras, M. (2002). *El aula hospitalaria como agente reductor de la ansiedad del niño hospitalizado*. Siglo Cero: revista española sobre discapacidad intelectual, 33(200), 27-31.

Hawrylak, M. F. (2000). *La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario*. Tabanque: Revista pedagógica, (15), 139-150.

Urmeneta, M. (2011). Aulas hospitalarias: una educación singular. *Aula de Innovación Educativa*, 202, 10-14.

del Carmen Fernández, M., Colom, J. (2002). El Aula Hospitalaria de Son Dureta: orígenes y desarrollo. *Educació i cultura*, 15, 119-130.

March JC, Prieto MA, Martínez F, Guerrero C. (2003). *Kid's hospital: la calidad percibida por los niños y niñas de los hospitales de Andalucía*. *Hit Cien Econ Admon*, 23, 25-30.



CAMISONES HOSPITALARIOS DIGNOS



“Si una persona posee una cantidad tolerable de sentido común y de experiencia, su propio modo de llevar su existencia es el mejor, no porque sea el mejor en sí mismo, sino porque es el suyo propio.”

John Stuart Mill



FUNDAMENTACIÓN

Cuando se habla de dignidad de pacientes, con frecuencia se tratan temas importantes y trascendentes, pero a veces nos olvidamos de los detalles pequeños que son los que más se perciben y valoran.

Este es un tema recurrente, y no exclusivo de nuestro sistema sanitario. Habitualmente las personas ingresadas en hospitales, llevan tres tipos de ropa:

- Pijama tradicional (pantalón y chaqueta)
- Camisón cerrado con botones por delante
- Camisón abierto por detrás y con cintas

Este último es el que más rechazan los y las pacientes dado que no es fácil cerrarlo bien y suele provocar que media espalda quede sin tapar, con las molestias que esto supone. Es cierto que este tipo de camisón es habitualmente utilizado en pacientes encamados/as, ya que facilita las exploraciones. Pero también es cierto que por homogeneizar la ropa de lencería (en ocasiones también reducir el gasto) se ha unificado y extendido su uso al resto de pacientes, incluso a los que tienen movilidad completa, argumentando que los botones se pierden, o se rompen en el proceso de lavado, y también que muchas personas tienen dificultad a la hora de abrochar y desabrochar.

Entendiendo que prevalece el derecho a la dignidad de la persona y el respeto a su intimidad, se propone la implantación paulatina de esta medida, a excepción exclusiva de pacientes encamados/as y mujeres gestantes durante el proceso de parto. (Una vez que han pasado a Maternidad, se recomienda camisón abotonado por delante que facilite la lactancia materna y el contacto piel con piel).



FICHA TÉCNICA 20

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CAMISONES HOSPITALARIOS DIGNOS.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 4. Humanización de Espacios y Confort.

COLABORACIÓN: Gerencia, Dirección de Gestión. Servicio de Lencería.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes hospitalizados/as.

OBJETIVO:

- Evitar el uso de camisonos abiertos por detrás para pacientes que no presenten problemas de movilidad, limitando su uso exclusivamente a pacientes encamados/as y a gestantes en proceso de parto.

DESCRIPCIÓN:

En las licitaciones y procedimientos de contratación administrativa que las gerencias publiquen sobre Lencería y ropa hospitalaria, se incluirán los tres tipos de camisonos en los pliegos de prescripciones técnicas. La gerencia puede hacer un estudio para calcular aproximadamente la previsión de porcentaje de personas ingresadas con y sin movilidad, y adecuar ese porcentaje a la cifra de ropa hospitalaria objeto de la licitación.

El Servicio de Lencería dispondrá de los tres tipos de prendas, suministrando por defecto el abierto por delante, con sistema de abotonado o anudado lateral. El uso de camisón abierto por detrás y anudado con cintas, será restringido a pacientes que permanezcan encamados/as sin movilidad y a las gestantes en proceso de parto.

PROPUESTA DE: Consejería de Sanidad.

INDICADORES:

1. ¿La gerencia ha realizado estudio sobre las necesidades de ropa?
2. Disponibilidad de camisonos apropiados y adecuados a cada tipo de pacientes.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Máñez MA. *¿Cuánto vale la dignidad? Por un camión digno.* Blog Salud con cosas. 28 de abril de 2015.

Disponible en:

saludconcosas.blogspot.com/2015/04/cuanto-vale-la-dignidad-por-un-camison.html

Herrera J. . Blog Tribulaciones de un cirujano. 27 enero 2011. Disponible en: <http://tribulacionesdeuncirujano.blogspot.com.es/2011/01/la-dignidad-de-los-pacientes-el-efecto.html>

Mc Donald EG, Dounaevskaia V, Lee TC. *Inpatient Attire. An Opportunity to Improve the Patient Experience.* JAMA Intern Med. 2014; 174(11):1865-1867. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1907001>

Luthra S. *Hospital Gowns Get a Makeover.* The Atlantic. Apr 4, 2015. Disponible en: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/04/hospital-gowns-get-a-makeover/389258/>



LÍNEA ESTRATÉGICA 4

Medida nº 21
BIBLIOTECA SOLIDARIA



“Hay quienes no pueden imaginar un mundo sin pájaros, hay quienes no pueden imaginar un mundo sin agua; en lo que a mí se refiere, no puedo imaginar un mundo sin libros”.

Jorge Luis Borges



FUNDAMENTACIÓN

La BIBLIOTECA SOLIDARIA es un programa que busca HUMANIZAR el tiempo de espera de pacientes y familiares, así como de pacientes ingresados/as, mediante puntos de lectura instalados en lugares adecuados.

Está inspirado, en el programa de Bibliotecas solidarias desarrollado en la Red de Bibliotecas Públicas de Castilla la Mancha, impulsado por la Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Las bibliotecas públicas intentan llegar a toda la ciudadanía; en nuestro caso se intentará paliar la dificultad de llegar a pacientes y sus acompañantes instalándose varios puntos repartidos por el hospital, facilitando así el acceso a los servicios culturales y a la lectura a las personas que reciben asistencia sanitaria en el Hospital.

Se ubican estanterías o expositores con libros en las zonas de mayor tiempo de espera, tales como salas de Espera de zonas Quirúrgicas, Consultas, pruebas diagnósticas, UCI, etc.

Esta medida se materializa mediante donación de libros por Bibliotecas públicas o por particulares, que son catalogados por personal del Hospital, que puede ser Bibliotecario/a, Trabajador/a Social, personal de administración, etc. El procedimiento será establecido por cada Gerencia, que podrá informar por diversos medios al personal sobre las campañas de donación de libros y revistas. Asimismo se elaborarán unas pequeñas instrucciones de uso de cada biblioteca y se expondrá a la vista. Una vez que los libros sean puestos a disposición de pacientes y personas usuarias de los Servicios, los pueden retirar libremente y dejarlos cuando abandonen el Hospital.

Estas bibliotecas podrán ubicarse inicialmente en los puntos donde se considere oportuno, por su accesibilidad, frecuentación de usuarios a modo de pilotaje y paulatinamente ampliar a otras zonas.



FICHA TECNICA Nº 21

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: BIBLIOTECA SOLIDARIA.

LINEA ESTRATÉGICA: Línea 4 Servicios Generales. Espacios y confort.

COLABORACIÓN: Usuarios/as y público. Trabajador/a Social.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes y personas usuarias en general.

OBJETIVO:

La BIBLIOTECA SOLIDARIA es un programa que busca HUMANIZAR el tiempo de espera de pacientes y familiares, así como de personas ingresadas, mediante puntos de lectura instalados en lugares adecuados.

DESCRIPCIÓN:

Se ubican estanterías o expositores con libros en las zonas de mayor tiempo de espera, tales como sala de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), Urgencias, consultas, pruebas diagnósticas, etc. El mecanismo es el siguiente:

- 1 Donación de libros a través de la trabajadora o el trabajador social, u otra persona del centro encargada.
- 2 Se catalogan y clasifican los libros en infantiles y adultos.
- 3 Los libros están al alcance de los y las pacientes. Se puede coger un libro y se deja cuando se vaya de alta. También se admite la posibilidad de coger un libro y dejar otro. El sistema es fluido. Se informa del mismo, mediante un cartelito en la estantería.

INICIADO EN: Gerencias de Cuenca, Toledo, Mancha Centro y Hellín.

INDICADORES:

1. Existencia de bibliotecas.
2. ¿Existe una persona encargada de control de libros, donaciones y préstamos?.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Red de bibliotecas públicas de Castilla la Mancha. Programa “Biblioteca solidaria” Carros de libros en Centros de Salud y Hospitales. Disponible en:

http://biblioclm.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20160705/programa_biblioteca_solidaria.pdf

Muñoz, M. S., Gómez, C. E., López, F. G., & Durán, M. A. (2005). Estudio sobre la satisfacción de los usuarios de la biblioteca del hospital universitario Puerta de Hierro. *Revista española de documentación científica*, 28(3), 349-358.

Merlo Vega, J. A. (2014). Acción ante la recesión: el compromiso de las bibliotecas con los ciudadanos. *Nº: Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecarios*; 104.

Martínez Ayllón, D. (2013). Biblioteca solidaria, biblioteca inclusiva.

Sánchez-García, S., & Yubero, S. (2015). Función social de las bibliotecas públicas: nuevos espacios de aprendizaje y de inserción social. *El profesional de la información*, 24(2), 103-111.



LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Medida nº 22

INFORMACIÓN SOBRE ASOCIACIONES A PACIENTES DE ONCOLOGÍA



“Sé el cambio que quieres ver en el mundo”.

Mahatma Gandhi



FUNDAMENTACIÓN

Decía Albert Jovell: *“todas las asociaciones tienen un valor incalculable porque constituyen la conexión social con la solidaridad, con la esencia existencial del ser humano, son la cara más humana de las enfermedades y, por eso merecen un mayor reconocimiento y apoyo social. La generosidad es su principal valor”*.

La participación ciudadana se define como el proceso donde la ciudadanía asume la responsabilidad de su salud y bienestar, contribuyendo a su desarrollo económico y comunitario, conoce mejor sus problemas y necesidades de salud y puede ser, en colaboración con el sistema sanitario, parte activa en la consecución de resultados más favorables.

El número de personas que de una u otra forma se ven afectadas y las complicaciones médicas, psicológicas y sociales que estas patologías conllevan nos tienen que hacer reflexionar sobre si el Sistema Sanitario por sí solo es capaz de dar respuesta a todas ellas en un futuro inmediato.

Por esta razón consideramos necesario abrir canales de comunicación y encuentro con asociaciones de pacientes, en este caso concreto pacientes de oncología, con el fin de contribuir a través de ellas a normalizar en la medida de lo posible, la vivencia de la enfermedad, a reducir el aislamiento psicosocial, evitar visitas innecesarias a urgencias e impulsar programas de autocuidados para este tipo de pacientes cuyas secuelas se han cronificado.



FICHA TÉCNICA Nº 22

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: INFORMACIÓN SOBRE ASOCIACIONES A PACIENTES ONCOLÓGICOS.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 5. Implicación y participación ciudadana.

COLABORACIÓN: Servicios Oncología, Hematología y SIAP.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes de oncología y acompañantes.

OBJETIVO:

Facilitar información a las personas diagnosticadas de patologías Oncohematológicas sobre la existencia y prestaciones de asociaciones existentes en relación a su proceso de enfermedad, para que puedan acceder a ellas cuando lo consideren oportuno.

DESCRIPCIÓN:

Las asociaciones de pacientes constituyen un apoyo importante a pacientes de oncología, al realizar actividades y prestar atenciones complementarias para pacientes y familiares de las personas afectadas. Para dar a conocer estas asociaciones, se elabora un folleto que contenga el nombre contacto y los enlaces web de cada asociación que tenga sede en la provincia o bien, más concretamente en el área de referencia. La distribución se realiza en el SIAP, y también a través del Servicio de Oncología u otros servicios relacionados con la enfermedad.

Asimismo se facilita por parte del hospital el soporte y apoyo que las asociaciones precisen, siempre que sea posible, (disponibilidad de locales, aulas, recursos,... etc.).

INICIADO EN: Hospital General de Ciudad Real.

INDICADORES:

1. Existencia de folleto informativo.
2. Número de acciones de difusión.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martínez, M. E. G., Moreno, G. P., Corral, O. P., de los Santos, M. T. I., Jiménez, Á. L. M., Espinosa, M. C. E., ... & Barato, A. M. (2016). Análisis de las buenas prácticas de participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de Salud. *Gaceta Sanitaria*.

Mira Solves J.J. Revista de psicología en salud. Nuevos enfoques en la atención a la cronicidad. , ISSN-e 0214-4859, , págs. 202-207

Cabeza, E., March, S., Cabezas, C., & Segura, A. (2016). Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza.... *Gaceta Sanitaria*, 30, 81-86.

Lacruz, M. G., Ollauri, J. M. B., Bravo, S. M., Marquina, A. S. C., & Fuentes, N. I. G. A. L. (2016). Mejorar la salud, una cuestión ciudadana.

Ruiz-Azarola, A., & Perestelo-Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 158-161.

Queraltó, J. M. (2002). El voluntariado hospitalario en España. *Todo hospital*, 21(185), 186-191.



LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Medida nº 23
DIGNIFIC-ARTE



“Trato de aplicar colores como palabras que forman poemas, como notas que forman música”.

Joan Miró



FUNDAMENTACIÓN

Esta medida se ha encuadrado dentro de la Línea estratégica 5 sobre Participación e Implicación de la sociedad, debido a la colaboración que supone con Entidades de enseñanzas artísticas, pero perfectamente podría encuadrarse también en la Línea 4 sobre Humanización de espacios y confort. En definitiva se trata de introducir acciones destinadas a un colectivo de pacientes que acuden a nuestros centros, especialmente frágiles como son los niños y las niñas en el contexto hospitalario.

Es conocido que un ambiente agradable y estimulante tiene un impacto altamente positivo en pacientes, especialmente de Pediatría, en cuyo caso los beneficios son más destacables, al transformar un ambiente frío e impersonal en un espacio acogedor y lleno de colores, aumentando la tolerancia a la realización de exploraciones, pruebas y hospitalización.

Se vienen realizando iniciativas en varias gerencias, en colaboración con asociaciones artísticas u organismos privados con el fin de realizar la decoración de los espacios de Atención Pediátrica. En este caso, se expone un proyecto de colaboración iniciado con la Escuela de Arte Antonio López, organismo público cuyo alumnado ha realizado la decoración de salas de espera pediátricas en el Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real), incluyendo esta actividad dentro de sus prácticas lectivas por parte del Centro Educativo.



FICHA TÉCNICA Nº 23

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: DIGNIFIC-ARTE.

ESTRATÉGICA: Línea 5. Implicación y participación ciudadana.

COLABORACIÓN: Gerencia. División de Gestión. Escuelas de Arte locales.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes de Pediatría y familiares.

OBJETIVO:

- Crear un ambiente más cercano, más agradable para la población infantil durante su estancia en el Hospital.
- Disminuir el nivel de miedo, ansiedad y alteración que pueda sentir el niño o la niña durante su ingreso hospitalario.
- Que el ambiente recuerde otros escenarios diferentes al lugar en que se encuentra.
- Que el dibujo y el color les pueda transmitir sensaciones positivas, desarrollo de su imaginación y generar una mayor relajación.

DESCRIPCIÓN:

Decoración de los espacios de Pediatría, habitaciones y salas de espera en general por el alumnado de Escuelas de Arte. Se trata de una colaboración en este caso con la Escuela de Arte Antonio Lopez, que es un organismo público, de forma que la práctica se integra también en la actividad curricular de los alumnos y las alumnas a quienes se ofrece la posibilidad de realizar un proyecto real.

INICIADO EN: Hospital General de Tomelloso.

INDICADORES.

1. Numero de actuaciones para acondicionamiento y decoración de espacios.
2. ¿Existe acuerdo con las Escuelas de Artes y Oficios más próximas u otra entidad artística para la decoración de zonas hospitalarias?.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gordillo León, F., Arana Martínez, J. M., Mestas Hernández, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228-233.

Güell Álvarez de las Asturias Bohorques, R. (2014). Nuevas estrategias para la gestión de la calidad del servicio hospitalario: la decoración del entorno y los efectos de su implantación.

Jiménez Campoverde, E. L. (2010). Ambientación y decoración de la sala de rehabilitación de pediatría del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Magri, M. A., Minatta Baima, M. G. (2015). *Hotelería Hospitalaria*.



ACOMPAÑAMIENTO DE PAYASOS, PAYASAS Y RISOTERAPIA



“La risa es un verdadero desintoxicante moral capaz de curar o por lo menos atenuar la mayoría de nuestros males. Y además, no hay ningún peligro si se supera la dosis.”

Dr. Rubinstein



FUNDAMENTACIÓN

La risoterapia se define como una técnica psicoterapéutica basada en conseguir beneficios a nivel somático y emocional en las personas, a través del fomento de la risa. No se trata de una terapia en sí misma porque no cura una enfermedad, pero sí actúa como complemento de las terapias convencionales ayudando a mejorar. La risa es innata en el ser humano y es considerada como un lenguaje universal, presenta gran cantidad de efectos beneficiosos tanto para pacientes de Pediatría como para la población adulta. Mejora el aspecto psicosocial de la persona y reduce los aspectos dañinos que genera el estrés en la persona ingresada.

El Dr. Madan Kataria, médico de la India escribió en 1995 un artículo titulado *“La risa, la mejor medicina”*, donde sostiene el poder curativo de la risa, basado en diversos estudios científicos.

Uno de los mayores precursores de la risoterapia con fines médicos y terapéuticos fue el Dr. Hunter Doherty (“Patch” Adams), quien entró en conflicto con el enfoque que sostenía que la comunidad médica debe tratar a pacientes, sin tener en cuenta su dimensión personal. El Dr. Doherty, aplicando la alegría y el buen humor como apoyo en la recuperación y el tratamiento de enfermedades obtuvo muy buenos resultados. La mayoría de los modelos de risoterapia utilizados actualmente por asociaciones y fundaciones a nivel mundial, están inspirados en su filosofía de vida, de transmisión de amor, afecto, generosidad y risa.

Los payasos y las payasas consiguen, mediante técnicas de clown y pequeñas escenificaciones, que los niños y las niñas, y aquellas personas que más lo necesitan, incluyendo a profesionales, olviden sus problemas, transformen el ambiente hospitalario por unos momentos, alejen entre risas su rutina, y se sientan con una mayor relajación y optimismo.



FICHA TÉCNICA Nº 24

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ACOMPAÑAMIENTO DE PAYASOS, PAYASAS Y RISOTERAPIA.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 5. Implicación y participación ciudadana.

COLABORACIÓN: Gerencia. Asociaciones lúdicas y de Animación.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes de Pediatría y familiares.

OBJETIVOS:

- Reducir los niveles de estrés, ansiedad y dolor en pacientes y acompañantes de niños y niñas durante su estancia hospitalaria, o bien a quienes se va a practicar procedimientos específicos.
- Mejorar del estado de salud a través de sensaciones placenteras, utilizando para ello el humor y la risa.
- Reforzar la seguridad en sí mismos/as y elevar la autoestima en pacientes deprimidos/as.
- Ayudar a conciliar mejor el sueño.
- Ejercitar la creatividad mediante el juego.
- Generar una actitud positiva y estimulante también en profesionales.

DESCRIPCIÓN:

- Mediante convenio con asociaciones o fundaciones, se realiza la actividad una vez por semana consistente en visitas a las Unidades de Pediatría, principalmente, si bien se puede ampliar a otras unidades de hospitalización.
- De forma opcional pueden realizarse talleres prácticos de risoterapia organizados periódicamente para pacientes con interés en participar, y se considere beneficioso para estas personas.
- Talleres prácticos de risoterapia para profesionales, con la frecuencia que se establezca, (trimestral, semestral)
- Tanto las visitas a las unidades, como la asistencia a los talleres tendrá carácter libre. Las actividades que se realicen no tienen carácter obligatorio.
- Podrá acordarse participación en eventos navideños y festivales que se organicen de forma puntual.

INICIADO EN: Hospital General de Guadalajara y Hospital de Ciudad Real.

INDICADORES:

1. Existencia o no de convenio.
2. Incluir en las encuestas de satisfacción ítems sobre el tema.
3. Resultados de las encuestas.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pulido, B. V. (2014). Sonrisas que sanan: experiencias de un payaso terapéutico. *Educación y Futuro Digital*, (9), 47-53.

Ramos, A. R. (2004). revisión titulado: Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Rev. Soc. Per. Med. Inter*, 17(2), 35.

García, L., Ariel, E., Tovar Valle, J. F., & Rojas Bermúdez, C. A. (2011). Risa y salud: abordajes terapéuticos: [revisión]. *MedUNAB*, 14(1).

Artasona Vegas, S. (2016). *Efectos de la risoterapia en pacientes geriátricos institucionalizados con sintomatología depresiva* (Bachelor's thesis).

Candelaria Brito, J. C., Barrio Ríos, D., & Hernández Rodríguez, Y. (2008). Efectos de la risa sobre variables fisiológicas. *Univ méd pinar*.

Jiménez M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *suma psicológica*, 23(1), 51-59.

Quiles JMO, Marín AR, Soto HÁ, Fuentes MJA, Piñera IS. (2016). *Eficacia de la actuación de los payasos sobre el miedo a procedimientos dolorosos en oncohematología pediátrica*. *Psicooncología*, 13(2/3), 297.

Jerez C, Ullán AM, Lázaro JJ. (2016). *Fiabilidad y validez de la versión española de la escala de evaluación de la ansiedad prequirúrgica pediátrica*. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 63(6), 320-326.

Quiles JMO, Carrillo FXM, Marín AR. (2015). *Hospitalización pediátrica: aplicación de los programas de preparación psicológica*. *Información Psicológica*, (90), 48-59.



LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Medida nº 25
RECETA DEPORTIVA



“La gloria es ser feliz. La gloria no es ganar aquí o allí. La gloria es disfrutar practicando, disfrutar cada día, disfrutar trabajando duro, intentando ser mejor que antes”.

Rafael Nadal



FUNDAMENTACIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen el principal desafío en materia de salud pública, habiéndose convertido actualmente en la principal carga de enfermedad a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que casi las dos terceras partes de las defunciones ocurridas en todo el mundo se deben a enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente cardiovasculares, seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Estas enfermedades comparten factores de riesgo que a su vez están asociados a conductas modificables y características de un estilo de vida que se aleja cada vez más del ideal en relación con la salud y constituyen hoy el principal desafío para los sistemas sanitarios: la dieta no saludable, el sedentarismo, el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol y otros factores culturales y psicosociales son sus principales determinantes. Estos comportamientos favorecen cambios metabólicos y fisiológicos clave que aumentan el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, hiperglicemia e hiperlipidemia.

En este sentido, el ejercicio físico aporta una serie de beneficios y efectos protectores sobre el organismo, pero a ello hay que unir los beneficios a nivel psíquico, con el aumento de la sensación de bienestar, la estabilidad emocional, rendimiento académico e intelectual, disminución de la ansiedad, el estrés, las fobias, etc.

Sin embargo el mal uso del ejercicio físico es también una fuente de riesgos y lesiones, por lo tanto es necesario ponerse en manos de profesionales, para que realicen una evaluación previa y prescriban el ejercicio más adecuado a cada persona.



FICHA TÉCNICA Nº 25

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: RECETA DEPORTIVA.

LÍNEA ESTRATÉGICA: Línea 5. Implicación y participación ciudadana.

COLABORACIÓN: Gerencia. Centros de Atención Primaria y Ayuntamientos.

DESTINATARIOS/AS: Pacientes en general.

OBJETIVOS:

- Dirigido a pacientes que, independientemente de su edad, padecen algunas patologías, susceptibles de mejorar con la práctica de ejercicio físico y que así se prescribe por su médico/a.
- Establecer una estrecha colaboración entre profesionales de la salud y profesionales del deporte.
- Garantizar el acceso a este programa a toda persona que lo necesite.
- **Elevar el nivel de salud de la población creando hábitos de ejercicio físico.**
- Destacar que el programa tiene fecha de comienzo, pero no tiene fecha de finalización ya que podríamos decir que **el objetivo último es que el o la paciente incorpore la actividad física para el resto de su vida.**

DESCRIPCIÓN:

La receta deportiva es un programa que busca mejorar la salud mediante el ejercicio físico adecuado a las características de cada persona. La colaboración se establece entre los Centros de Salud y los Ayuntamientos. El personal técnico del área de deportes municipal solicitará a la persona derivada la receta deportiva expedida desde Atención Primaria, realizándole un cuestionario para poder conocer sus preferencias y las actividad física más adecuada, en función de la indicación facultativa y valorando variables como la intensidad, duración, frecuencia y ritmo de progresión del ejercicio. Asimismo concretará el plan de actividades individualizado y realizará el cronograma de seguimiento, con el fin de obtener los mayores beneficios con los menores riesgos.

PROPUESTA DE: Hospital General de Tomelloso.

INDICADORES:

1. Existencia o no de convenio con Ayuntamientos.
2. Porcentaje de pacientes que realizan la actividad, sobre el total de recetas prescritas.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guillén García F, Castro Sánchez JJ, Guillén García MÁ. (1997). *Calidad de vida, salud y ejercicio físico*. Revista de psicología del deporte, 6(2), 0091-110.

Mora M, Araya G, Ozols A. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud, 1(1).

Weineck J. (2000). Salud, ejercicio y deporte.

Jürgens I. (2006). *Práctica deportiva y percepción de calidad de vida*. International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport, 6(22), 62-74.

Chirivella EC. (2001). *Deporte, salud, bienestar y calidad de vida*. Cuadernos de psicología del deporte, 1.

Márquez S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 48(1), 185-206.





ANEXO DE INDICADORES

13. ANEXO DE INDICADORES

Explicación de los términos utilizados:

ACTUACIÓN: X. Anotar la numeración y la actuación del Plan que pretende medir el indicador.

Nº de INDICADORES PARA SU MEDICIÓN: X (número total de indicadores que se proponen para esta actuación).

Nº de orden del indicador respecto al Plan: A. I.1.1.a (numerar los indicadores que se proponen siguiendo la fórmula: 1 /Línea Estratégica del plan/ Actuación (nº) / 1, 2... haya 2 o más indicadores para una actuación, siguiendo el orden del Plan Dignifica.

Etiqueta o código: Nombre corto que aparece en las bases, viendo si existe alguna anotación normalizada.

Nombre del indicador: Expresión corta que hace referencia al indicador.

Definición: Definición literal del indicador: La que aparecerá en el documento de “Indicadores del Plan”.

Descripción: Todas aquellas observaciones que completan la definición del indicador.

Objetivos: Objetivos de la actuación que se pretende medir con el indicador.

Indicadores relacionados: Indicar el número de los indicadores relacionados.

Ámbito de aplicación: Atención primaria, atención especializada (consultas externas, hospitalización, área quirúrgica, urgencias, etc.),

Tipo de indicador: Atendiendo a la clasificación clásica de Donabedian¹⁷ (estructura, proceso, resultado - especificando si se trata de un indicador centinela-).

Escala de medida: Dicotómico, ordinal, cuantitativo.

Unidad de medida: Describir la forma en la que se expresará el resultado del indicador (% de..., número de..., si/no, otras).

Fuentes de información: Indicar de dónde se obtendrán los datos para medir el indicador (historias clínicas, informe de auditoría, bases de datos informáticas –CMBD, ...- otras).

¹⁷ Molla S. *Measuring the Quality of health Care*. Donaldson Editor. The National Roundtable on Health Care Quality. Division of Health Care Services. Institute of Medicine. www.nap.edu/readingroom. Ver también Rev Calidad Asistencial 2001;16:Supl. 1).



Periodicidad de medición: Especificar la periodicidad de medición (mensual, semestral, anual).

Estándar o valor de referencia: Grado de cumplimiento exigible al indicador o rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad alcanzado (si no existe información previa, el valor de referencia será “monitorizar”, obtener información en la Gerencia sobre la situación actual).

Justificación: Evidencia científica que documenta la relación entre el indicador y el objetivo estratégico. Cuando sea posible, especificar el nivel de evidencia , siguiendo la siguiente tabla¹⁸:

I. Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorizado y controlado diseñado de forma apropiada.

II-1 Evidencia obtenida a partir de ensayos controlados no aleatorizados y bien diseñados.

II-2 Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.

II-3 Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención.

III Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Referencias bibliográficas: Indicar las referencias bibliográficas que dan soporte al indicador y a su estándar..

Elaboración del indicador: Indicar si es de elaboración propia, extraído (literalmente) de un listado ya existente, o adaptado (modificado) de un listado ya existente.

Periodo de vigencia: Hace referencia al periodo de vigencia máxima del indicador, pasado el cual, se deberá revisar y, si es el caso, redefinir.

Versión: Se refiere a la actualización del indicador. Se recoge mediante códigos (V1, V2, ...).

Procedimiento de cálculo: Describir el método de cálculo para la obtención del resultado del indicador. En caso de tratarse de un indicador cuantitativo, describir claramente el numerador y el denominador (definición y fuente origen de los datos), así como las condiciones de cálculo, esto es, los criterios de inclusión y de exclusión. En el caso de tratarse de un indicador ordinal se definirán criterios de buenas prácticas, así como la escala de nivel de cumplimiento de los indicadores dicotómicos que comprendan, especificando los requisitos concretos para asignar cada uno de los grados estimados. Los criterios de buenas prácticas se definirán en forma de preguntas con dos posibles respuestas (si/no), estableciendo para todos ellos el mismo número de criterios.

¹⁸ Jovell AJ, Navarro-Rubio M D. (1995). *Evaluación de la evidencia científica*. Med Clin (Barc), 105(19), 740-3. Tomada de U.S. Preventive Task Force. *Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.



ACTUACIÓN:

MEDIDA NÚMERO:

Nº de INDICADORES PARA SU MEDICIÓN:

CAMPO	CONTENIDO
Nº de orden del indicador respecto al Plan	
Etiqueta o código	
Nombre del indicador	
Definición	
Descripción	
Objetivo estratégico	
Indicadores relacionados	
Ámbito de aplicación	
Tipo de indicador	
Escala de medida	
Unidad de medida	
Fuentes de información	
Periodicidad de medición	
Estándar o valor de referencia	
Justificación	
Referencias bibliográficas	
Elaboración del indicador	
Periodo de vigencia	
Versión	
Procedimiento de cálculo	
Formato de presentación del resultado	
Resultado obtenido	
Responsable	
Observaciones	





BIBLIOGRAFÍA

14. BIBLIOGRAFÍA

Alegre Martínez MA. *La dignidad de la persona como fundamento del ordenamiento constitucional español*. Universidad de León. León, 1996

Berger J. *Un hombre afortunado*. Alfaguara. Barcelona, 2008.

Bermejo, JC. *Humanizar la Asistencia Sanitaria*. Centro de Humanización de la Salud. Ed. Desclée. 2ª ed. Bilbao. 2015

Boladeras M (coord.) *Bioética del cuidar. ¿Qué significa humanizar la asistencia?* Ed. Tecnos. Madrid, 2015.

Broyard A. *Ebrio de enfermedad*. Ed. La uña rota. Segovia, 2013.

Camps V. *La excelencia en las profesiones sanitarias*. Rev Humanitas nº 21 nov 2007. Disponible en: http://www.ehu.eus/SEMDE/archivos_pdf/archivos_pdf/Victoria%20Camps%20La%20excelencia%20en%20las%20profesiones%20sanitarias-1.pdf

Gadamer HG. *El estado oculto de la salud*. Editorial Gedisa. Barcelona, 2017.

Gafo J. *Diez palabras clave en bioética*. Verbo Divino. Estella, 1994

Garí Pérez, Aitana. *En femenino y en masculino, hablamos de salud*. Instituto de la Mujer-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006.

Guía Breve para un uso no sexista del lenguaje en el ámbito sanitario. Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana (2017).

Groopman J. *¿Me está escuchando doctor? Un viaje por la mente de los médicos*. RBA. Barcelona, 2008.

Gutiérrez, R. La Humanización de (en) la Atención Primaria. Rev. Clin. Med. Fam. 2017, 10(1): 29-38.

Hinton J. *Experiencias sobre el morir*. Editorial Ariel. Barcelona, 1974.



Jovell AJ. *Medicina basada en la afectividad*. Med Clin 1999;113:173-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-medicina-basada-afectividad-2828>

Jovell AJ. *Cáncer. Biografía de una supervivencia*. Editorial Planeta. Barcelona, 2008

Jovell AJ. *La confianza. En su ausencia no somos nadie*. Plataforma editorial. Barcelona, 2007

Junquera R (coord.) *Ética y Deontología Públicas*. Editorial Universitas, 2011

Lledó Cunill, Eulàlia. *Guía de lenguaje para el ámbito de la salud*. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. 2009.

López-Triviño Loscos, Nuria; Sánchez de la Ossa, M^a Carmen; Moya Ocaña, M^a Isabel. *Utilización de un lenguaje no sexista en la Administración*. Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha.

Marchesi P.L. *Humanicemos el Hospital*, en: AA.VV. *Humanización en Salud*. Selare. Bogotá, 1993.

Marsh H. *Ante todo no hagas daño*. Ed. Salamandra. Barcelona, 2016.

Noll P. *Palabras sobre el morir*. Ediciones Destino. Barcelona, 1990.

Ortún V. *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Masson, 2004.

Osler W. *Un estilo de vida y otros discursos, con comentarios y anotaciones*. Unión Editorial. Fundación Lilly. Madrid, 2007.

Peabody FW. *The care of the patient*. JAMA Vol. 88, pp. 877-882, Mar. 19, 1927. Disponible en: https://courses.washington.edu/hmed665i/MSJAMA_Landmark_Article_The_Care_of_the_Patient.html

Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984
Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf



Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019. Consejería de Sanidad. D.G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007–2013. Edita: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, 2007. Disponible en: http://www.aupex.org/salud/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=3

Red ACOGE. *Efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables.* Madrid, 2015. Disponible en: http://redacoge.org/mm/file/2015/Jur%C3%ADdico/Informe%20Sanidad%20RED_ACOGE.pdf

Rodríguez P. *La atención integral y centrada en la persona.* Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal nº 1, 2013. Disponible en: <http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>

Román Maestre B. *Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo.* Med Paliat. 2013; 20(1):19-25. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-para-humanizacion-atencion-sanitaria-los-S1134248X12001139>

Rojas Marcos L. *La deshumanización de la medicina.* Tribuna EL PAÍS, 11 junio 1992. Disponible en: http://elpais.com/diario/1992/06/11/opinion/708213606_850215.html

Sacks O. *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero.* Ed. Anagrama. Barcelona, 2009.

Santos Hernández AM. *Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas.* Cuadernos de Bioética vol. 14 nº 50, 2003. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/39.pdf>

Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas.* Muchnick Editores. Barcelona, 1980.

Trujillo JA. *Medicina basada en el humanismo.* Fundación Málaga, 2012.

Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Castilla I, Valcárcel Nazco C, García Pérez L, Linertová R, Serrano-Aguilar P.



Valor Monetario de un Año de Vida Ajustado por Calidad: Estimación empírica del coste de oportunidad en el Sistema Nacional de Salud. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3382aaa2-cb58-11e5-a9c5-a398589805dc/SESCS%202015_Umbral%20C.O.%20AVAC.pdf





AUTORÍA Y COLABORACIONES

15. AUTORÍA Y COLABORACIONES

Dirección:

Rodrigo Gutiérrez Fernández. Director General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

Coordinación y Dirección técnica:

Castro Ramos, Rosa. Coordinadora Regional del Plan Dignifica. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Rubio Casado, María. Responsable de los Servicios de Atención al Usuario. Servicio de Participación y Atención Ciudadana. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Tejero González, Jesús Manuel. Jefe de Sección de Calidad. Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Autoras y Autores:

Aguirre de la Peña, Esther. Coordinadora Plan Dignifica en la Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

Bernabé Jiménez, Carlos. Coordinador Plan Dignifica en la G.A.I de Guadalajara.

Fernández Martín, Juan. Jefe de Servicio de Investigación e innovación. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Fernández Sánchez, Juan David. Coordinador Plan Dignifica en la G.A.I. de Albacete.

Fernández Valverde, María Begoña. Coordinadora Plan Dignifica en la G.A.I. de Cuenca.

Fluriache García- Caro, Pilar. Coordinadora Plan Dignifica en la G.A.I. de Talavera.

Gigante León, Antonio. Coordinador Plan Dignifica en la G.A.I. Mancha Centro.

González López, Pilar. Coordinadora Plan Dignifica en la G.A.I. de Tomelloso.



Izquierdo Alcolea, Begoña. Coordinadora Plan Dignifica en la G.A.I. de Ciudad Real.

León López, Ana Belén. Coordinadora en la G.A.I. de Valdepeñas.

Madrid Franco, Pablo. Coordinador Plan Dignifica en la G.A.I de Puertollano.

Martínez Lozano, Antonio. Coordinador Plan Dignifica en la G.A.I. de Hellín.

Martínez Ojeda, Pilar. Coordinadora Plan Dignifica en la G.A.I. de Manzanares.

Ordúñez del Mazo, Maria Isabel. Coordinadora Plan Dignifica en el Complejo Hospitalario de Toledo.

Serrano Selva, Maria Elia. Coordinadora Plan Dignifica en la G.A.I. de Almansa.

Tendero Alarcón, Andrés. Coordinador Plan Dignifica en la G.A.AI. de Villarrobledo.

Colaboraciones:

Diseño y maquetación:

Gómez de las Heras Miñano, Beatriz. Responsable de Imagen y Diseño del SESCAM.

Martos Sánchez, Almudena. Diseñadora del logotipo del Plan Dignifica.

Revisión lenguaje no sexista:

De Arriba Cereijo, Sandra B. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.





Plan  **IGNIFICA**
Humanizando la asistencia

EPÍLOGO

16. EPÍLOGO

«Al modo humano de enfermar se le debe exigir también un trato humano con la persona enferma.»¹⁹

«Desearía que me trataras como te gustaría que te trataran a ti en una situación similar pero teniendo en cuenta mis valores. Con tus conocimientos, aconséjame como si fueras yo mismo/a.»²⁰

«La humanización real de los cuidados se juzga por la calidad de las relaciones entre las personas que cuidan y las que son cuidadas... y esta calidad de relación no se decide por un Ministerio o por una circular administrativa, sino por la buena voluntad de los actores tanto de los sanitarios como también de los enfermos.»²¹

A estas alturas parece claro que las personas que acuden a un centro sanitario público no sólo esperan recibir una adecuada asistencia desde el punto de vista científico-técnico, también demandan y esperan ser tratadas de una manera digna, con amabilidad, compasión y respeto; esperan encontrar profesionales que sean capaces de transmitirles seguridad y confianza, disponiendo además de comodidades y de otros elementos relativos al confort y a la calidad percibida, a los que consideran que también tienen derecho.

Sabemos que, en general, la ciudadanía es hoy más exigente sobre la atención a su salud y espera prestaciones de mayor calidad, demanda mejores servicios, exige una mejor atención desde el punto de vista hostelero o de confort y, desde luego, un trato más personal y *humanizado*.

Como se ha venido señalando desde distintos foros y en distintos ámbitos, numerosas publicaciones e informes recogen la posición de diferentes organismos europeos, personas expertas y responsables del ámbito político, organizaciones ciudadanas, asociaciones de pacientes, etc., que plantean una serie de reflexiones y recomendaciones a este respecto, cuyo resumen sería el siguiente:

¹⁹ Trujillo JA, *del Decálogo del médico humanista*, en: *Medicina basada en el humanismo*. Fundación Málaga, 2013.

²⁰ Zabala A, Fernández de Sanmamed MJ. *Dodecálogo para la personalización del paciente en el sistema sanitario*. Seminario/Satélite de Innovación en Bilbao 2016. Bilbao, marzo, 2016.

²¹ Fagot-Largeault A, en: Boladeras M (coord.), *Bioética del cuidar: ¿Que significa humanizar la asistencia?* Ed. Tecnos, 2015.



- En la atención sanitaria la satisfacción de pacientes engloba un conjunto de percepciones y sensaciones subjetivas, que van más allá de lo puramente clínico o asistencial: respeto, dignidad, empatía, igualdad y, en definitiva, un trato que pueda considerar como *de calidad*.
- Las principales necesidades que detectan los y las pacientes son: más (y mejor) información y comunicación, tiempo suficiente y un trato más cercano, vale decir más humano y personalizado.
- La atención a las personas enfermas implica el respeto a sus derechos y a sus propios valores, pero también implica saber gestionar las emociones propias y las de la otra persona.
- La atención a las personas tiene mucho que ver con la denominada *calidad personal*, que es la base de todas las otras calidades: la calidad del servicio, de la empresa y del propio sistema sanitario.²²
- En última instancia, la atención sanitaria debe basarse en la ética y en los valores, de forma que se genere *confianza* entre las partes implicadas.

Precisamente sobre la *confianza*²³, decía Albert Jovell que *‘es una necesidad emocional que se expresa de forma racional, permitiendo establecer relaciones sociales e identificando los valores de las personas, las organizaciones y los gobiernos’*, y exponía las diez virtudes de la confianza: competencia, compromiso, respeto, responsabilidad, justicia, humildad, resiliencia, integridad, honestidad e integridad. Al mismo tiempo citaba como diez *pecados* de ella: el cotilleo, la culpa, el egoísmo, la deslealtad, la mentira, la ignorancia deliberada, el resentimiento, la decepción, el cinismo y el miedo.

El **Plan Dignifica** pretende hacer realidad esa atención sanitaria de rostro (más) humano, más cercana, amable, respetuosa y justa, más acorde con los principios y valores de la bioética (no maleficencia, autonomía, equidad y beneficencia). Con todas las personas, pero más en ciertos momentos, en determinadas situaciones, en los que la calidad personal o calidad humana no se puede dejar aparte. En especial la población infantil, las personas de edad avanzada, las que padecen enfermedades crónicas o degenerativas o las que se encuentran en el periodo final de la vida, y también las minorías, necesitan ser atendidas teniendo en cuenta sus especiales circunstancias y sus posibles riesgos. Deben ser atendidas ellas y sus familiares...

²² González Serret MP, Millat Servent S, Sáez-Benito Abad J, Solé Orsola M. *La atención a las personas*. En: VVAA. *Claves para la gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud*. 2ª edición. SEAUS. Barcelona, 2016.

²³ Jovell AJ. *La confianza. En su ausencia, no somos nadie*. Plataforma Editorial SL, 2007.



Las cinco líneas estratégicas del Plan, y las veinticinco medidas iniciales seleccionadas que se recogen en la presente publicación, tienen en cuenta la *información y comunicación* con la persona enferma, una *atención integral e integrada* tomando en consideración todas sus circunstancias personales y familiares, la *participación e implicación activa de profesionales*, la *mejora de los espacios físicos y del entorno* en los centros asistenciales y la *corresponsabilización de la propia ciudadanía* a través de la participación de la sociedad civil, asociaciones sociosanitarias, grupos de autoayuda o colectivos de familiares y personas afectadas. Todo ello debe contribuir a hacer un sistema sanitario público más humanizado, lo que es tanto como decir más sostenible, justo, equitativo y solidario.

Cuando en febrero de 2017 el gobierno mexicano pidió disculpas a tres mujeres de la comunidad indígena hñähñú, injustamente acusadas y encarceladas por un secuestro que no habían cometido, una de ellas, llamada Estela Hernández, pronunció una frase memorable²⁴, que bien podría aplicarse al Plan Dignifica en lo que se refiere a su alcance, puesta en marcha y desarrollo: «*Hasta que la dignidad se haga costumbre*». Ése debiera ser el límite y nuestro único horizonte en este empeño.

Rodrigo Gutiérrez Fernández
Director General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria
Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha

²⁴ http://verne.elpais.com/verne/2017/02/21/mexico/1487716205_897979.html





AGRADECIMIENTOS

17. AGRADECIMIENTOS

Para la práctica asistencial son necesarias virtudes humanas, es decir, aquellas que hacen dar al ejercicio profesional algo más de los mínimos exigidos de la aplicación de la calidad científico técnica, algo más allá de lo estrictamente correcto para producir el máximo bien a las personas: es necesario poner corazón.

Precisamente nuestro Logotipo simboliza ese corazón necesario, de colores institucionales, y compuesto por una serie de mosaicos que representan el trabajo en equipo y la colaboración de todas las categorías profesionales, sin excepción, ya que todas están implicadas en elevar el nivel de humanización de nuestra sanidad.

El Plan Dignifica no sería viable sin todas esas personas que, día tras día, demuestran con su esfuerzo y humanidad que es posible mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus semejantes.





Castilla-La Mancha

Plan  **IGNIFICA**
Humanizando la asistencia

Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha