

respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**



Este Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 tiene el propósito de seguir avanzando en la estrategia de mejora de la humanización de la asistencia sanitaria mediante diferentes líneas de actuación agrupadas en cuatro ejes estratégicos que ponen el foco en la persona como centro de la atención, en las infraestructuras, entornos y espacios donde se desarrolla esta atención, en los profesionales como agentes clave de humanización, así como, en el impulso del liderazgo y de una organización humanizada.

Se trata de un modelo dinámico y continuo, revisable en el tiempo, con el que la Consejería de Sanidad busca continuar impactando en la cultura de la humanización con el fin de que impregne a toda la organización.

En su elaboración han participado activamente los agentes implicados y su diseño se originó desde la detección de necesidades y expectativas de las personas clave en la organización: pacientes y sus personas significativas, profesionales, gestores, personas que cuidan y ciudadanía en general.

II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025

respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad

II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025

respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad

respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**



Dirección General de Humanización y Atención al Paciente
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Comunidad de Madrid

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad

II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025



respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**



Dirección General de Humanización
y Atención al Paciente
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Humanización y Atención al Paciente

Coordina: Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.

@ Textos: Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.

@ Ilustraciones: Big Creativos.

@ Créditos de las imágenes utilizadas:

Sara de Antonio Feu. Residente 4º. Hospital del Henares (pág. 15)

Imagen base mapa de Freepik.com (pág. 45)

Imagen de Freepick.com (pág. 61)

Aula Hospitalaria de Oncología. Hospital Niño Jesús (pág. 67)

Imagen de yanalovephoto de Pixabay (pág. 71)

@ Comunidad de Madrid.

Edita: Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.

Diseño y maquetación: BIG Creativos, S.L.

Edición: 1/2022

Tirada: 200 ejemplares

ISBN: 978-84-451-3976-9

Depósito legal: M-8406-2022

Impreso en España / Printed in Spain

1. Presentación	5
2. Introducción	15
3. Metodología	19
4. Análisis de situación	25
4.1. Análisis interno de la evolución de la Estrategia de Humanización	27
4.1.1. Descripción de la estructura organizativa para impulsar la estrategia de humanización	27
4.1.2. Evaluación del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019	28
4.1.3. Resultados de la formación centralizada en humanización	34
4.1.4. Resultados de la Escuela Madrileña de Salud	34
4.1.5. Resultados del Modelo de Evaluación de Criterios de Excelencia en Humanización de la Comunidad de Madrid SER+HUMANO	35
4.1.6. Resumen Red de experiencias “Iniciativas que humanizan”	37
4.1.7. Análisis de la percepción de los pacientes	39
4.2. Análisis externo	43
4.2.1. Descripción de las experiencias internacionales	43
4.2.2. Descripción de las experiencias nacionales	45
5. Reflexión estratégica	51
5.1. Misión, visión y valores	53
5.2. Análisis DAFO y CAME	53
5.3. Ejes y Líneas estratégicas	58
6. Ejes, líneas, objetivos y acciones	59
6.1. Eje 1. Atención centrada en la persona	61
Línea 1.1. Atención personalizada	62
Línea 1.2. Capacitación en salud de las personas	64
Línea 1.3. Integración de la voz de los pacientes y la ciudadanía	65
Línea 1.4. Recursos telemáticos y telemedicina	65
6.2. Eje 2. Infraestructuras, entornos y espacios	67
Línea 2.1. Accesibilidad física, cognitiva y comunicativa	68
Línea 2.2. Información y señalización	68
Línea 2.3. Espacios humanizados	69
6.3. Eje 3. Profesionales como agentes de humanización	71
Línea 3.1. Sensibilización y formación	72
Línea 3.2. Acogida y reconocimiento	73
Línea 3.3. Profesionales y equipos saludables	73
6.4. Eje 4. Liderazgo y organización humanizada	75
Línea 4.1. Cultura de humanización	76
Línea 4.2. Liderazgo en humanización	77
Línea 4.3. Estructura organizativa para la humanización	77
Línea 4.4. Modelo de excelencia en humanización	78
Línea 4.5. Alianzas	79
7. Difusión, implantación, seguimiento y evaluación	81
7.1. Difusión y comunicación del Plan	83
7.2. Diseño y planificación de la implantación del Plan	83
7.3. Seguimiento y evaluación	83
8. Participantes	85
9. Bibliografía	93
ANEXO. Tablas resumen	99



1. Presentación

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

La salud es uno de los bienes más importantes que tenemos. Enfermar dificulta nuestra vida diaria. Necesitamos a los profesionales que con tanta profesionalidad nos diagnostican, nos tratan y nos cuidan en todo el proceso. Ahí es cuando somos más conscientes que nunca de lo importante que es tener un sistema sanitario en el que confiar.

Es clave seguir innovando en sanidad, reforzar la investigación y contar con la última tecnología, que también ayuda a ofrecer tratamientos más humanizados.

La atención al paciente, un sistema sanitario cercano, entornos amables donde sanar, escuchar mucho a los pacientes y a sus familiares, hacen mejorar nuestra Sanidad.

Para la Comunidad de Madrid todo esto es prioritario. Y contamos con el compromiso personal de cada uno de los profesionales del Servicio Madrileño de Salud.

En la Sanidad madrileña tenemos excelentes medios técnicos, pero, por encima de todo, contamos con los mejores profesionales. Son un orgullo para todos los ciudadanos de esta región.

Y lo son por su gran experiencia y formación, por su vocación de servicio público y sus conocimientos en los tratamientos más avanzados.

La pandemia ha hecho todo esto todavía más visible. Siempre tendremos con ellos una deuda de gratitud, por su enorme y excepcional compromiso.

Cada una de estas pequeñas acciones han dejado una gran huella. Nos han demostrado una vez más la importancia de la humanización en la atención sanitaria.

Por eso, en la Comunidad de Madrid queremos consolidar este modo de gestionar, organizar y desarrollar nuestro sistema.

Los centros sanitarios han trabajado de forma ejemplar dando cumplimiento a los objetivos marcados en el primer Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Se han liderado iniciativas verdaderamente innovadoras.

Pero queda mucho camino por recorrer: necesitamos respuestas nuevas, ágiles, y flexibles.

Con ese objetivo hemos elaborado el Plan de Humanización 2022-2025.

Este Plan seguirá dando al paciente el protagonismo en la toma de decisiones sobre el proceso de su enfermedad. Y, a la vez, seguirá valorando el importante papel que juega en la salud de los pacientes una sonrisa, una caricia, una mirada o una palabra.

Ya en el año 460 antes de Cristo, Hipócrates, considerado el fundador de la Medicina, afirmó que “donde quiera que se ama el arte de la Medicina, se ama también la Humanidad”.

Siglos después, ésta es también nuestra manera de acercarnos y atender al paciente: curar, cuidar y acompañar.

Gracias a todos los que hacen posible que la Comunidad de Madrid tenga un sistema sanitario humanizado. Mi enhorabuena por vuestra entrega y responsabilidad con quienes más lo necesitan. Y, sobre todo, por contribuir a mejorar la calidad asistencial.

Isabel Díaz Ayuso

Presidenta de la Comunidad de Madrid



Humanizar es personalizar la atención que precisa el paciente. Cada persona enferma tiene sus preocupaciones y sus necesidades para afrontar la patología. Y el sistema sanitario debe estar preparado para que se sienta seguro y protegido.

Hablamos de un proceso que afecta a la organización y su estructura; así como al conjunto de profesionales que forman parte de ella. Es un objetivo compartido.

Se trata, además, de una manera de actuar que forma parte de la sanidad desde hace siglos, que implica a la totalidad de especialidades y profesiones sanitarias.

A lo largo de la historia, la prestación sanitaria ha atravesado por diferentes etapas. Hasta finales del siglo XIX se cuenta con escasos medios diagnósticos y terapéuticos para curar a los pacientes. Pero entonces, el descubrimiento de los Rayos X, los antibióticos, las transfusiones o la anestesia modifican el foco de la mirada hacia la prueba y no hacia el enfermo. Una situación que se mantiene durante muchos años, hasta que se constata la importancia de centrarse en el paciente, en cuidar su salud, su calidad de vida y en tratar su enfermedad.

En este escenario se enmarca la apuesta firme de la Comunidad de Madrid por la humanización. En el año 2016 fuimos pioneros en el desarrollo de un primer Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Iniciativa que centró el interés en las necesidades del paciente en el ámbito de las emociones, la información, el acompañamiento, las visitas, la Salud Mental y los cuidados al final de la vida.

Además, fue vital la puesta en marcha de la Escuela Madrileña de Salud. Un espacio de participación ciudadana que promueve la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, que fomenta la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud. Y que ha sido muy bien recibida, como el conjunto de este Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Y, tras su evaluación, podemos decir que sus objetivos han sido ampliamente alcanzados.

Ahora, con la experiencia del trabajo realizado y la detección de nuevas necesidades nace este Plan de Humanización 2022-2025, con un objetivo claro: la atención centrada en la persona, con mayor protagonismo en la toma de decisiones sobre el proceso de su enfermedad. Para ello, se plantean grandes líneas de trabajo, entre las que destacan la creación de Consejos de Pacientes, es decir, órganos colegiados para la participación ciudadana. También la potenciación de la Escuela Madrileña de Salud como instrumento de información y capacitación para ciudadanos, pacientes, familias y profesionales. Y el impulso de la formación de los profesionales como agentes de humanización.

Hablamos, en total, de 15 líneas estratégicas y 127 acciones para conseguir 33 objetivos en hospitales, SUMMA 112 y centros de salud de Atención Primaria.

Es decir, el conjunto del Servicio Madrileño de Salud busca ser más humano, con empatía hacia el paciente y su familia, garantizando su acceso al sistema y logrando que su estancia en él sea lo más confortable posible. Y lo lograremos.

Enrique Ruiz Escudero
Consejero de Sanidad

En estos tiempos se escuchan todo tipo de noticias sobre el mundo sanitario. Se habla mucho de lo malo, pero yo creo que hay que hablar también de lo bueno. De hecho, nos deberíamos fijar más en lo bueno pues yo, que he estado ingresada 8 meses en los Hospitales Clínico San Carlos, en Madrid, y La Fuenfría, en Cercedilla, por el COVID-19, puedo dar fe de la cantidad de profesionales maravillosos que me he encontrado en el peor momento de mi vida.

Primero estuve en la UVI, en el Clínico, y no solo es que me salvaran la vida, sino que, en esos momentos de tanta incertidumbre y miedo, ellos fueron mi familia. En cuanto me movía lo mínimo, venían a verme, me hablaban cariñosamente, acariciaban mi cabeza, me atendían, me cuidaban con un mimo increíble. Me daban “calor de familia”. Cuando pasé a planta, las enfermeras, auxiliares, celadores, médicos, las limpiadoras... todos... cuidaron de mí día y noche. Siempre, siempre, estaban ahí. Este maldito COVID-19 ha hecho que los sanitarios hayan tenido que trabajar en condiciones muy extremas y, aun así, sus pacientes hemos sido su auténtica prioridad. Pasé ingresada la Navidad y ellos convirtieron mi habitación de hospital en mi segunda casa y recuerdo que, el día de mi cumpleaños, entraron cantándome “Cumpleaños Feliz”. ¿Cómo no les voy a querer?

Una vez fuera de peligro, llegó el duro momento de la rehabilitación y me trasladaron a La Fuenfría. El virus me ha dejado muchos “regalitos”, y llegar a un lugar nuevo, sin caminar y sin poder hacer nada por mí misma, me asustaba muchísimo. Pero llegué a un hospital precioso, en un lugar de ensueño, y sobre todo tuve un recibimiento cariñosísimo por parte de todos. Eso me tranquilizó de inmediato. Las enfermeras, auxiliares, celadores, terapeutas, fisioterapeutas, médicos... se convirtieron, igual que los del Clínico, en mi familia. Gente maravillosa que también me han demostrado la gran calidad humana, digna de gritarlo a los cuatro vientos, que tienen nuestros profesionales sanitarios. Pasaron horas y horas conmigo, no me soltaron de la mano y me animaban cada día durante el largo proceso de recuperación.

He visto como cada paciente es algo más que un número de habitación, y ellos cuidan por supuesto de nuestra salud física, pero sin olvidarse jamás de nuestro bienestar emocional, de nuestros sentimientos, de nuestras circunstancias personales... y les aseguro que para ello hacen todo, absolutamente todo lo que puedan hacer. ¡Si hasta me llevaron un teclado a mi habitación para que empezase a tocar otra vez el piano con mis manitas maltrechas! ¡Si hasta hemos cantado juntos a los pacientes del hospital! No solo yo, sino médicos, enfermeras, ayudantes de cocina, limpiadoras, celadoras, terapeutas... ¿Qué personas sacan tiempo cuando acaban de trabajar para preparar un concierto? Si tuviese que mencionar a todos esos ángeles que me han cuidado, la lista sería infinita. Tendría que vivir cinco vidas para agradecer tanto a tantos.

Por todo esto, porque cuento lo que he vivido en primera persona, quiero hacer público el trabajo, el gran trabajo, que realizan nuestros profesionales sanitarios y por esa grandísima humanidad que tienen y que cada día regalan a sus pacientes. ¡GRACIAS!... con todo mi corazón... Y EN MAYÚSCULAS.

Chusa Martín Martínez

Expaciente del Hospital Clínico San Carlos y Hospital de La Fuenfría

Madrid, segunda mitad del siglo XX. Un día de invierno, uno cualquiera, un periodista de los de entonces, uno de aquellos con bolígrafo y libreta en ristre, consiguió una entrevista con el ilustre doctor Don Gregorio Marañón. Tras la introducción y preguntas de rigor, le dijo que cuál era, a su juicio, el mayor invento médico de toda la historia, ese que él consideraba el más revolucionario. El maestro se tomó unos segundos para pensarlo, le miró al periodista fijamente a los ojos y le dijo: "Mire, joven, sin duda... la silla". Una respuesta que, se pueden imaginar, descolocó al periodista. El esperaba que hubiera dicho... la penicilina, a lo mejor los Rayos X, la primera vacuna... pero, ¿la silla?

El doctor Marañón le explicó que, así era porque gracias a ella, a la silla, se establece la verdadera comunicación y relación sanitario-paciente y que con ella los médicos son capaces de llegar al diagnóstico acertado en toda su dimensión. Es el momento de la verdadera complicidad entre los dos. Y es que la silla, ese invento maravilloso, es el pilar de la Humanización en la prestación sanitaria, y hoy la silla ha recobrado el protagonismo. La Medicina del siglo XXI se debe asentar en la Humanización.

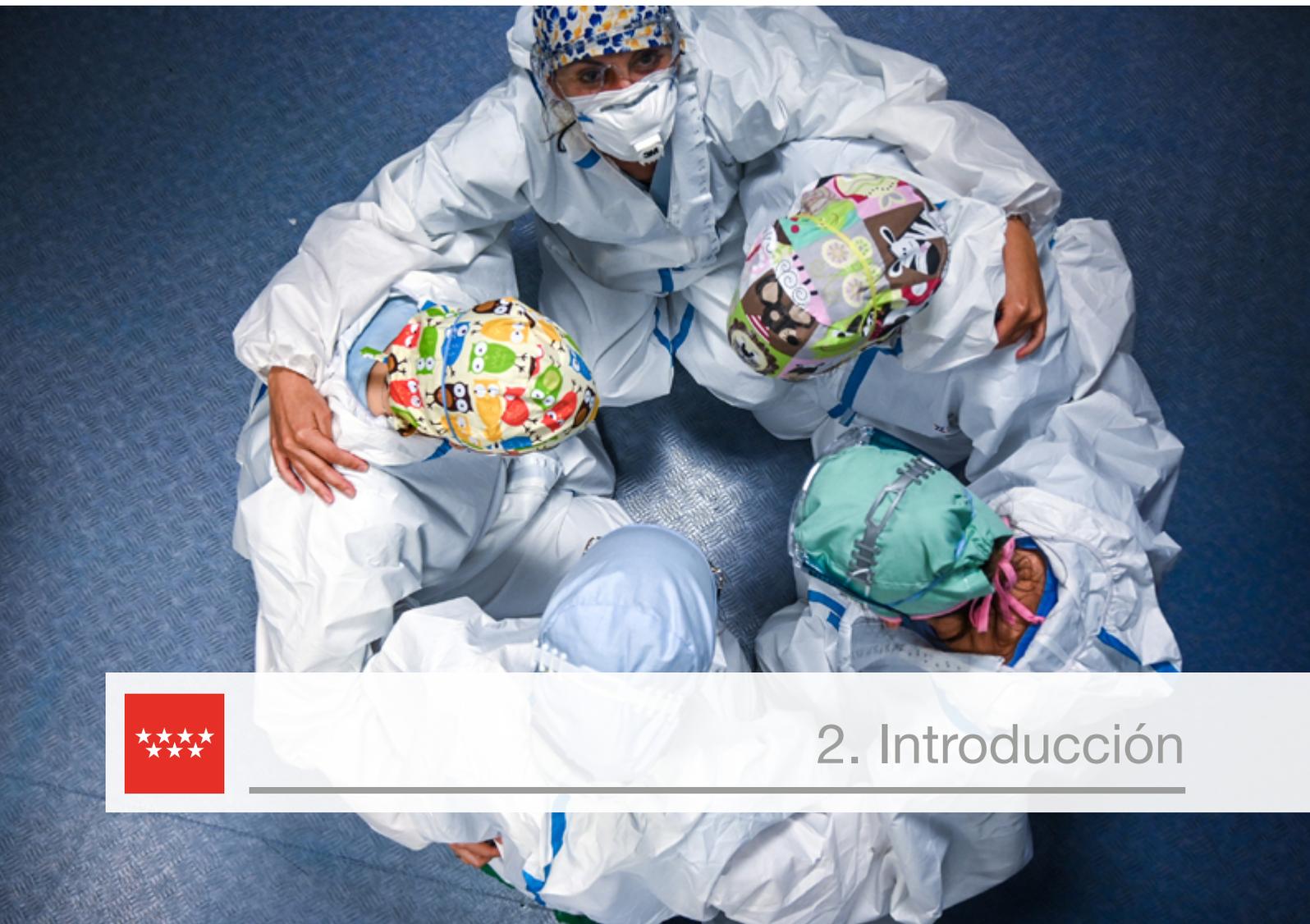
Cuando aparecen situaciones en las que la comunicación es deficiente o inadecuada se produce una falta de confianza en el profesional sanitario. La relación se "deshumaniza". Como profesional sanitario, tengo claro que las claves de una correcta relación sanitario-paciente se deben fundamentar en mejorar nuestra empatía, realizar una escucha activa y trabajar la asertividad.

La empatía consiste en atender a la totalidad del mensaje que nos transmite, prestando atención al contenido y a los mensajes no verbales. Empatizar implica entender lo que le pasa, cómo entiende su enfermedad, qué siente y cómo la admite. La escucha activa pasa por pararnos a pensar y reflexionar sobre lo que nos dice, y para eso hay que mantener una postura atenta, abierta y relajada, mirando al paciente, indicándole con nuestros gestos que estamos ahí para escucharle y que lo que nos dice nos parece interesante y necesario, pero sin acaparar el protagonismo en la entrevista clínica. Y, la asertividad... comunicarse de forma asertiva significa hablar siempre de forma considerada y respetuosa, procurando no desestimar ni juzgar ninguna de sus opiniones.

Se trata, en definitiva, de establecer una relación profesional-paciente basada en una reciprocidad en su sentido aristotélico, es decir: una relación "entre dos virtuosos iguales". Se trata, en definitiva, de curar desde luego, pero también de cuidar y acompañar en todo ese difícil y desconocido proceso por el que atraviesan nuestros pacientes.

Pedro Gargantilla

Jefe de Medicina Interna. Hospital El Escorial



2. Introducción

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

La humanización como concepto en la atención sanitaria gira en torno a dar una respuesta individualizada, de forma integral y holística a las necesidades de las personas, tanto físicas como emocionales, sociales o espirituales, teniendo en cuenta su dignidad y unicidad. Alcanza no sólo a la atención de las necesidades del paciente, sino también a las de su familia u otras personas significativas, y de las personas que cuidan, así como a la atención de los profesionales de la salud, en su consideración como personas y como agentes fundamentales de la humanización. En este sentido, y atendiendo a los distintos tipos de relaciones personales y afectivas que se pueden dar, a lo largo de este Plan se utiliza el concepto “personas significativas” para referirse a aquellas personas vinculadas al paciente, pertenezcan o no a su familia, cuya participación y apoyo es, a criterio del paciente, importante en su proceso de salud-enfermedad.

Así, el compromiso con las personas vulnerables debido al padecimiento de una enfermedad conforma el engranaje necesario para humanizar su atención, poniendo en primer término su dignidad, haciéndonos eco de sus necesidades de ayuda y permitiendo que participe activamente en lo concerniente a su salud y a su enfermedad. Igualmente es necesario reconocer el protagonismo de sus seres queridos, de las personas que cuidan y de los propios profesionales.

Si miramos dentro y fuera de nuestro entorno, podemos afirmar que la humanización de la asistencia sanitaria se ha convertido en una realidad actual que ha creado un relato social y está generando una nueva tendencia en la manera de prestar los servicios sanitarios desde la ética del cuidado pero, sobre todo, dando respuesta a una demanda constante de los ciudadanos, de los usuarios del sistema sanitario y también de los profesionales de la salud, que reclaman volver a reconectar y dar visibilidad al aspecto humano en la relación asistencial, de manera que el sistema sanitario contribuya a su vez a que la sociedad sea más humana y saludable.

El nuevo escenario producido por la pandemia de COVID-19, que tanto ha tensionado nuestro sistema sanitario, ha venido a constatar la implicación de los profesionales en la humanización de la asistencia sanitaria, así como la importancia de la vivencia del paciente y de sus personas significativas en una situación de especial vulnerabilidad como es la enfermedad, más aún en este contexto pandémico.

Desde la actitud humanística de los profesionales se ha cuidado especialmente la atención a las personas que se encontraban en un entorno de soledad y aislamiento, así como aquellas en situación de enfermedad avanzada o final de vida; en estos casos ha sido fundamental el apoyo emocional a pacientes y sus personas significativas y, en caso de fallecimiento, ha facilitado el proceso de duelo para una mejor aceptación. Del mismo modo, se ha intensificado la comunicación e información con los pacientes y ciudadanía en general a través del uso de la tecnología, ofreciendo atención telefónica y telemática.

Los profesionales de la sanidad madrileña, han trabajado en primera línea en este contexto pandémico, dando lo mejor de sí. Han sido, y son, un ejemplo de profesionalidad y de compromiso. Si bien la pandemia ha supuesto una crisis sanitaria sin precedentes, también ha servido para poner de manifiesto el valor de la personalización en la atención prestada desde la perspectiva de la humanización, a partir de la empatía y compasión de los profesionales en su relación e interacción con las situaciones vividas y compartidas con los pacientes y con sus personas significativas.

En los últimos años, en el marco de la Consejería de Sanidad y del Servicio Madrileño de Salud, se han puesto en marcha numerosas actuaciones de alto impacto en el ámbito de la humanización, y ya es visible el cambio iniciado en nuestra organización. Sin embargo, debemos seguir avanzando en la continuidad de la estrategia emprendida con la configuración de este nuevo Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, a través del cual proseguir impulsando, promoviendo y desarrollando estrategias e intervenciones hacia la excelencia de la humanización de la atención sanitaria, con una orientación integral hacia las personas, en los centros, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

Por ello, el presente Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, cuya vigencia abarcará desde el año 2022 al año 2025, pretende alcanzar a todos los centros, servicios y unidades de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (centros de atención hospitalaria, centros de atención primaria, SUMMA112 y servicios centrales) y que la consecución de sus objetivos tenga un impacto directo en los pacientes, sus seres queridos, personas que cuidan, profesionales y la sociedad civil, a través del establecimiento de un conjunto de medidas que permitan avanzar y profundizar en el concepto y valor de la humanización durante la asistencia sanitaria, centrándose en la persona desde su perspectiva holística, así como adaptándose a sus necesidades reales.

Este nuevo Plan ve la luz con el propósito de seguir avanzando en la estrategia de mejora de la humanización de la asistencia sanitaria, como un modelo dinámico y continuo, revisable en el tiempo, que busca seguir contando con la alta implicación de los profesionales para continuar impactando en la cultura de la humanización y con el fin de que impregne a toda la organización. Este Plan parte de la experiencia aprendida del Plan anterior, tanto desde el punto de vista metodológico como del avance de las iniciativas y buenas prácticas en humanización puestas en marcha en este tiempo, y de forma aliada con el resto de Planes Estratégicos de la Consejería de Sanidad.

Como resultado de esta madurez, en su planificación se han contemplado actividades y acciones que quieren dar respuesta a las necesidades detectadas, facilitando el cumplimiento de éstas y su posterior evaluación, desde la premisa de que sean priorizadas y contextualizadas teniendo en cuenta la idiosincrasia de cada ámbito y centro asistencial. Por ello, este Plan contiene objetivos estratégicos y propuestas de actuación, sin contemplar objetivos operativos específicos. Para facilitar su implantación, se realizará una programación anual de acciones a poner en marcha, ajustada a cada ámbito asistencial.

Otra característica del presente Plan, además de su carácter estratégico, es la participación activa de los agentes implicados y que se origina desde la detección de necesidades y expectativas de las personas clave en la organización: profesionales, gestores, pacientes y sus personas significativas, personas que cuidan y ciudadanía en general. Se ha mantenido la premisa de cocreación seguida en el anterior Plan, contando con la participación de profesionales, pacientes en primera persona, representantes de asociaciones de pacientes, familiares y personas que cuidan, de manera que el Plan se configura como un documento de consenso entre las distintas partes implicadas en la asistencia sanitaria.

Como resultado de este enfoque participativo, en este Plan Estratégico hemos tomado en consideración que para continuar con el cambio hay que seguir trabajando sobre los propios líderes, la cultura y la organización, sobre la identificación de percepciones, vivencias, necesidades y expectativas como base para proveer una atención real centrada en la persona, sobre la necesidad de poner el foco en el cuidado de los profesionales para favorecer su papel e implicación en la humanización de la asistencia sanitaria, así como sobre la adecuación del entorno a las características y necesidades de las personas para hacer posible una vivencia más humana sobre la atención prestada.

En definitiva, con este Plan, se pretende consolidar la política de humanización del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, a través del marco referencial y organizativo, de manera que la cultura de humanización sea un motor de cambio permanente que forme parte de nuestra filosofía de trabajo y se incluya en cada tarea que realicemos.

Para ello, vamos a continuar apostando por la transformación de nuestro sistema sanitario, extendiendo las actuaciones de sensibilización y orientación a la organización y a sus directivos, técnicos y profesionales; poniendo en valor la participación de la ciudadanía y de los profesionales, escuchando sus opiniones y aportaciones al proyecto; con un enfoque basado en el establecimiento de alianzas y en la interdisciplinariedad; favoreciendo la corresponsabilidad y el establecimiento de sinergias; potenciando del papel de la humanización como uno de los pilares de la responsabilidad social sociosanitaria; así como, poniendo en marcha nuevos retos y acciones de mejora para posicionar a la organización sanitaria pública de la Comunidad de Madrid como referente de la excelencia en humanización.



3. Metodología

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

La planificación estratégica es una herramienta que facilita a las organizaciones el cumplimiento de su misión y avanzar hacia su visión teniendo en cuenta sus valores, definiendo objetivos y líneas de actuación a partir del análisis de la situación actual, con la identificación de sus fortalezas y áreas de mejora, así como la descripción de sus amenazas y oportunidades.

Una de las principales premisas que se han tenido en cuenta en el diseño de este plan estratégico ha sido la inclusión en el análisis de situación de la percepción de las personas, teniendo en cuenta la escucha activa y la empatía, para conocer su opinión e identificar sus necesidades, con el fin de poder ofrecer una atención personalizada poniendo en valor la dimensión humana de la atención sanitaria.

FASES DEL DISEÑO DEL PLAN

El método seguido para el diseño del presente Plan se sustenta en la formulación estratégica en la que, partiendo de la misión, visión y valores, se ha basado en la realización de un análisis de situación, para elaborar una matriz DAFO/CAME que ha permitido identificar el camino a seguir para alcanzar la visión formulada, a través del establecimiento de las líneas estratégicas agrupadas en cuatro ejes. En la siguiente figura, se sintetizan las fases y la participación establecidas en la metodología:

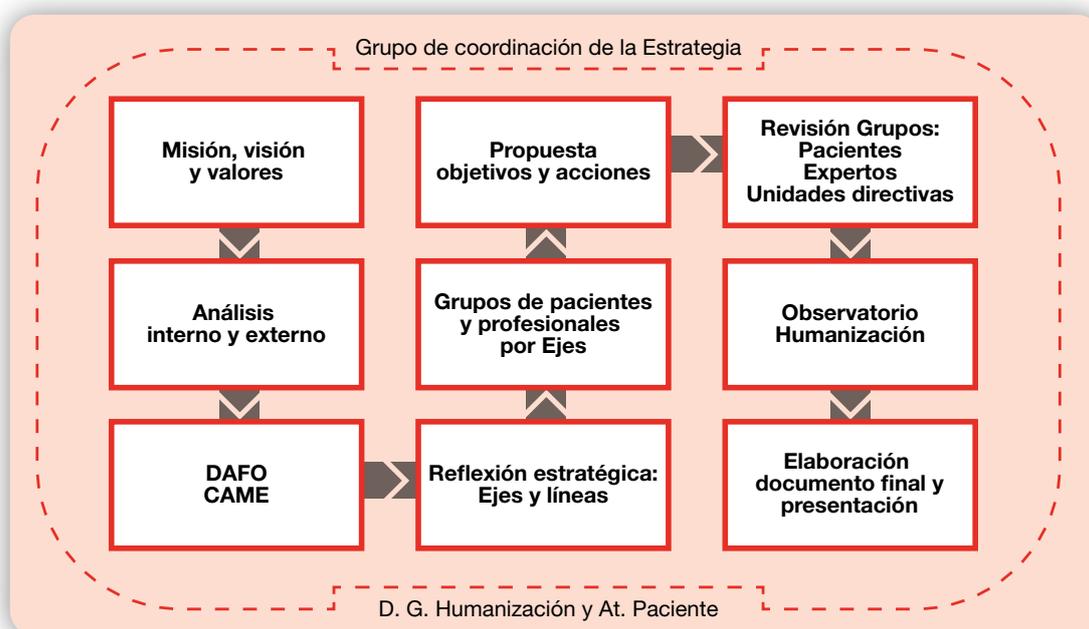


Figura 1. Fases de la planificación estratégica de Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025.

CREACIÓN DEL GRUPO DE COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Con el objetivo de coordinar el diseño y elaboración del nuevo Plan, así como para la revisión, validación y priorización de las propuestas de los grupos técnicos, se estableció un grupo coordinador en el seno de la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.

FASE 1. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

Partiendo de la planificación estratégica establecida para el desarrollo del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019, y la evolución conseguida durante la vigencia del mismo, se han revisado y actualizado, la definición de la misión, de la visión y de los valores de la organización, en relación con la humanización de la atención sanitaria.

En este sentido, se elaboró una primera propuesta y se solicitó a las dieciséis unidades directivas de la organización participantes en la estrategia que realizasen una revisión de la misma. Con sus aportaciones se establecieron las definiciones que se han establecido para este documento.

FASE 2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTERNO Y EXTERNO

Para el análisis de situación se ha desarrollado una recopilación de información mediante una triangulación metodológica, que permitió analizar los datos provenientes de distintas fuentes:

- Análisis de la información existente en nuestra organización, en materia de humanización de la asistencia sanitaria.
- Análisis de la situación actual a nivel nacional e internacional.
- Búsqueda y análisis de fuentes documentales con el fin de valorar experiencias similares ya implementadas.

Con el resultado de estas fuentes se han elaborado, por una parte el análisis interno, que ha incluido un resumen de las diferentes actuaciones realizadas durante la vigencia temporal del Plan anterior, y por otra, el análisis externo, que incorpora experiencias de fuentes internacionales y nacionales, centradas especialmente en los Planes de Humanización de otras Comunidades Autónomas.

FASE 3. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

Con la información del análisis de situación, se ha elaborado la matriz DAFO/CAME y a continuación, utilizando su resultado se ha realizado la traducción del CAME en líneas estratégicas agrupadas en cuatro ejes para corregir debilidades, afrontar amenazas, mantener fortalezas y explotar oportunidades.

FASE 4. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y GRUPOS TÉCNICOS DE REFLEXIÓN

Con el fin de contar con la aportación de pacientes y sus personas significativas, representantes de asociaciones de pacientes, personas que cuidan y profesionales sanitarios y no sanitarios pertenecientes a los ámbitos de Atención primaria, SUMMA 112, Hospitales y Unidades Directivas, se conformaron nueve grupos nominales de reflexión: tres sobre el primer y segundo eje (Atención centrada en la persona e Infraestructuras, entornos y espacios), tres sobre el tercer eje (Profesionales como agentes de humanización) y tres sobre el cuarto eje (Liderazgo y organización humanizada).

Para la creación de los grupos se realizó un muestreo intencionado y estratificado que cumpliera con los criterios de representatividad y heterogeneidad, y se desarrollaron sesiones de trabajo de 90 minutos de duración llevadas a cabo de forma virtual a través de las plataformas Teams y Zoom debido a la situación provocada por la pandemia de COVID-19, utilizando la Técnica de Grupos Nominales (TGN) y de Diseño Centrado en la Persona (DCP).

En conjunto se contó con un total de 201 participantes, 96 de forma directa en los diferentes grupos y 105 personas en calidad de colaboradores, aportando sus opiniones y aportaciones a través de la persona designada de su centro de trabajo.

Las propuestas y opiniones de los participantes sirvieron de base para la elaboración de objetivos y actuaciones, de acuerdo con su posterior valoración y adaptación, en relación con su adecuación y factibilidad, por parte del grupo de coordinación institucional, incluyendo las aportaciones de miembros de la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.

FASE 5. REVISIÓN Y PARTICIPACIÓN DE PACIENTES, EXPERTOS Y UNIDADES DIRECTIVAS

Una vez elaborado un primer borrador con todos los elementos citados anteriormente, se establecieron tres grupos de revisión de los ejes, líneas, objetivos y actuaciones. En concreto los grupos fueron los siguientes:

- **Grupo de Asociaciones de Pacientes.** Se contó con la participación de seis entidades, seleccionadas entre las que tienen una mayor representatividad en el sector sanitario.
- **Grupo de expertos en humanización.** Formado por expertos en humanización seleccionados entre los incluidos en el Observatorio de Humanización y profesionales del Servicio Madrileño de Salud.
- **Grupo de Unidades directivas.** Se seleccionaron 16 unidades directivas de la Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud, de acuerdo con su relación competencial con el contenido del Plan.

A los tres grupos se les realizó una presentación del enfoque del Plan y se les facilitó documentación para que pudieran realizar sus aportaciones. Como respuesta, se recibieron 476 propuestas y se introdujeron 138 modificaciones, incluyendo la supresión de 11 de las acciones inicialmente previstas. Además, se modificaron los títulos de tres líneas estratégicas y de un objetivo. Los cambios en el número de acciones incluidas, se presentan segmentadas por los cuatro ejes establecidos en la formulación estratégica, en la siguiente tabla:

Tabla I. Contenido final de las acciones del Plan		
Ejes	Nº Acciones	Nº Acciones previstas inicialmente
Primero	42	47
Segundo	19	20
Tercero	22	20
Cuarto	44	44
Total	127	131

Con el resultado de estas aportaciones, se elaboró un nuevo borrador del documento, para ser presentado al Observatorio de Humanización.

FASE 6. PRESENTACIÓN AL OBSERVATORIO DE HUMANIZACIÓN

Una vez elaborado el borrador del documento de planificación estratégica, contando con las aportaciones de los grupos de revisión y consultando, en caso de ser necesario, a unidades directivas, se presentó al Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid el día 14 de diciembre de 2021.

FASE 7. REVISIÓN FINAL Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO DEFINITIVO

Por último, y con todas las aportaciones recibidas en las distintas fases establecidas en la metodología, se realizó una revisión del borrador del texto y se elaboró el documento definitivo del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que se presenta a continuación.



4. Análisis de situación

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

Para describir la situación actual, vamos a comenzar presentando, de forma resumida, los resultados de las actuaciones desarrolladas en la Comunidad de Madrid a lo largo del tiempo de vigencia del anterior Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

4.1. ANÁLISIS INTERNO DE LA EVOLUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN

La humanización de la asistencia sanitaria es, en el momento actual, un valor propio de los servicios de salud, integrada como un eje de su gestión y desplegada como una estrategia de mejora continua.

Dicha estrategia ha ido evolucionando en los últimos años en la Comunidad de Madrid, apoyándose en varios elementos, como el establecimiento de una estructura organizativa para impulsarla, la implantación del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019, la formación centralizada para profesionales sobre esta materia, el desarrollo de la Escuela Madrileña de Salud, la creación del Modelo de Evaluación de Criterios de Excelencia en Humanización de la Comunidad de Madrid SER+HUMANO, la puesta en marcha de una encuesta “online” dirigida a profesionales respecto a su conocimiento de la estrategia y la cultura de humanización de nuestra organización, la Red de experiencias “Iniciativas que humanizan”, los distintos mecanismos empleados para recoger la opinión y la experiencia de los pacientes respecto al sistema de salud y también el aprendizaje derivado de la experiencia de implementación de la estrategia.

El análisis de esta evolución nos ha permitido identificar sus fortalezas, así como las áreas que tienen un mayor recorrido de mejora. A continuación, se expone un análisis de estos elementos.

4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA IMPULSAR LA ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN

Uno de los factores clave de la estrategia de humanización, en la Consejería de Sanidad, ha sido el establecimiento de una estructura organizativa que tiene entre sus competencias la promoción, desarrollo y despliegue de aquellas actuaciones institucionales que promuevan la humanización de la asistencia sanitaria a través de la personalización de la atención en los diferentes niveles y a lo largo de todo el proceso asistencial.

Al objeto de facilitar la monitorización de las acciones de humanización en los centros se constituyeron Comisiones en todos los niveles asistenciales con la siguiente distribución:

- **Una Comisión de Humanización** en cada una de las gerencias de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (34 Comisiones).
- **Una Subcomisión de Calidad Percibida y Humanización en la Gerencia de Atención Primaria**, junto con las siete Comisiones Locales de Calidad ya existentes en las Direcciones Asistenciales, para liderar el despliegue de la estrategia en los centros de salud.
- **Una Comisión de Humanización** en el Servicio de Urgencia Médica SUMMA 112.

En conjunto, en estas Comisiones participan un total de 603 personas de distintas unidades y disciplinas, cuya labor ha sido fundamental para el desarrollo de las actividades de la estrategia.

Por otro lado, en 2018 se constituyó el Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que es un órgano colegiado de carácter consultivo cuyo objetivo es promover el desarrollo de las acciones que mejoren la humanización de la asistencia sanitaria.

Este órgano se configura como un espacio de diálogo que, además de su presidencia, dos vicepresidencias y secretaria, cuenta en su composición con veintisiete vocalías ostentadas por representantes de quince unidades de la Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud (algunos de ellos responsables de la puesta en marcha de actividades de carácter centralizado del Plan de Humanización), seis representantes de Colegios Profesionales, tres expertos de reconocido prestigio en la materia, un representante de las organizaciones sindicales con presencia en la Mesa Sectorial de Sanidad, un representante de asociaciones de pacientes y otro de asociaciones de ciudadanos, en ambos casos dentro de las que son más representativas en la Comunidad de Madrid. (Para la representación de las tres últimas vocalías citadas se establecen turnos rotatorios anuales).

Las funciones del Observatorio son la recopilación y análisis de iniciativas y buenas prácticas, así como de indicadores relacionados con la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad de Madrid, la promoción de estudios y líneas de investigación que contribuyan a la difusión de la cultura de humanización y el

establecimiento de protocolos y recomendaciones destinados a la mejora de la humanización. Para hacer efectivas estas funciones, el Observatorio se compone de Pleno y Comisión Permanente y se ha venido reuniendo dos veces al año desde su creación, excepto durante la pandemia por COVID-19.

La estructura organizativa y la coordinación institucional establecidas han permitido el liderazgo y el impulso de la estrategia, al igual que han facilitado la implantación de las actividades programadas, la puesta en marcha de los cauces para la recogida de información sobre su desarrollo, así como la coordinación, el seguimiento y el control de la estrategia.

En esta línea, desde el año 2016, exceptuando el año 2020 debido a la situación de crisis sanitaria provocada por COVID-19, se vienen incluyendo indicadores específicos relacionados con la mejora de la humanización de la atención sanitaria, en el Contrato Programa Institucional que se establece anualmente, como herramienta para la gestión en todos niveles asistenciales (Atención Primaria, SUMMA 112 y Hospitales), reforzando la importancia que la organización otorga a la humanización como una de sus acciones clave.

Los indicadores han ido orientados a personalizar la asistencia sanitaria (homogenización de las Guías de Acogida, Información al Alta e Información para familiares de pacientes fallecidos o implementación de acciones de mejora en relación con el Proceso de Atención Integral al Paciente Oncológico), comprometer al equipo directivo del centro en el impulso de la humanización de la asistencia sanitaria fomentando una organización saludable (presentación a los profesionales de la misión, visión y valores de la humanización, la carta de compromisos y el decálogo de humanización, desarrollo de actividades formativas para mejorar la capacitación en humanización y disminución del estrés de los profesionales, o puesta en marcha de mecanismos para escuchar la voz de los profesionales), mejorar la información y el acompañamiento en el ámbito hospitalario (implantación de protocolos de información asistencial y protocolos de acompañamiento o creación de la figura de “coordinador” de información en casos de atención multidisciplinar en unidades de hospitalización).

Por otra parte, también se han incluido otras actividades para la mejora de aspectos concretos de humanización (facilitación de la implicación de los familiares en el proceso de atención de salud mental de sus allegados, implementación de iniciativas para minimizar los desplazamientos del paciente oncológico o identificación de fuentes de ruido que puedan interrumpir el descanso de los pacientes hospitalizados).

En definitiva, podemos decir que la estructura organizativa y la coordinación institucional establecidas en esta estrategia han permitido su liderazgo e impulso, al igual que han facilitado la implantación de las actividades programadas, la puesta en marcha de los cauces para la recogida de información sobre su desarrollo y la coordinación, el seguimiento y el control de la misma.

De igual manera, la experiencia y conocimiento de las personas integradas en las distintas unidades y órganos de esta estructura, en relación con la humanización de la asistencia sanitaria y con el despliegue y seguimiento del Plan anterior, ha sido uno de los inputs imprescindibles para la elaboración del nuevo Plan. Sus opiniones, sugerencias y propuestas se han tenido en cuenta tanto a modo de planteamiento previo a su diseño como dentro del análisis de situación.

En este sentido, es fundamental analizar la evaluación del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019, que se expone a continuación.

4.1.2. EVALUACIÓN DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA 2016-2019

Como se ha indicado en el apartado anterior, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid apostó por implantar una estrategia destinada a visibilizar y potenciar la humanización de la asistencia sanitaria en aras de ofrecer a los ciudadanos un sistema sanitario más cercano que ponga en valor la dimensión humana de la atención sanitaria y la personalización de la asistencia.

Con ese fin se elaboró el primer Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, con la participación activa de diversos grupos de interés en su elaboración, en la que colaboraron 232 personas, entre las que se encontraban profesionales de distintos ámbitos y disciplinas, pacientes, familiares, personas que cuidan, representantes de asociaciones de pacientes y ciudadanos, con la premisa de incluir sus vivencias, necesidades y expectativas para conseguir la co-creación de la estrategia. Su puesta en marcha dio visibilidad a las acciones que se venían realizando en el día a día para mejorar la humanización y ayudó a la implantación de todas sus actuaciones.

El Plan contemplaba 10 líneas estratégicas, dentro de las que se definieron 372 actividades, de las cuales finalmente se programaron 360. En la **Tabla II** se muestran las líneas estratégicas y la distribución de objetivos y actividades en cada una de ellas.

Tabla II. Líneas estratégicas. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019

LÍNEA ESTRATÉGICA	Número de objetivos	Número de actividades
1. Cultura de Humanización	12	29
2. Información personalizada y acompañamiento	20	44
3. Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia	7	26
4. Humanización en la atención de urgencias	10	37
5. Humanización en la hospitalización	31	63
6. Humanización en las unidades de cuidados intensivos	30	102
7. Humanización en la atención de la salud mental	5	22
8. Humanización y paciente oncológico	8	16
9. Humanización ante el final de la vida	9	21
10. Escuela Madrileña de Salud		
TOTAL	132	360

Cabe destacar que la Escuela Madrileña de Salud se configuró como la décima línea estratégica, pero debido a su importante alcance y envergadura, sus actividades se han implantado y evaluado de manera autónoma y en la actualidad sus actividades están reguladas por la Orden 552/2021, de 30 de abril, de la Consejería de Sanidad. (B.O.C.M. Núm. 116, 17 de mayo).

El objetivo de la **línea 1 (Cultura de humanización)** era impulsar en nuestra organización una cultura que fuera calando en toda la organización, donde los líderes actúen como modelo de referencia. Englobaba actividades como la creación, ya reseñada anteriormente, de las Comisiones de Humanización, la comunicación de la carta de compromisos con la humanización, el decálogo de humanización y la misión, visión y valores, el establecimiento de mecanismos para escuchar la voz de pacientes y profesionales y la programación de sesiones de sensibilización y adquisición de las recomendaciones de estilo con los profesionales.

La **línea 2 (Información personalizada y acompañamiento)** se ocupaba de desarrollar procesos destinados a mejorar la asistencia personalizada en todos los ámbitos, a través de la humanización, potenciando la integración de la información, una relación adecuada y respetuosa que refuerce el papel activo del paciente y su familia, así como el desempeño satisfactorio del profesional. También establecía mecanismos para facilitar que el paciente pueda permanecer acompañado por la persona elegida, con las limitaciones propias de la actividad asistencial, permitiendo el debido apoyo de su familia.

En esta línea destacan la utilización del servicio de tele-traducción, la entrega de informes y documentos necesarios para la continuidad de la asistencia junto a la guía de información al alta, y la adecuación de espacios en el centro, servicio o unidad, para facilitar la información clínica que garanticen la confidencialidad, intimidad, protección de datos y confort.

La **línea 3 (Humanización en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia)** tenía como objetivo impulsar la atención humanizada desde el final del embarazo y primeras etapas de la vida hasta la adolescencia, mejorando la calidad del proceso del nacimiento, periodo neonatal, infancia y adolescencia, centrando la atención en el paciente y su familia. En esta línea destaca la potenciación de la hospitalización a domicilio en aquellos centros en que lo recoge su cartera de servicios, el establecimiento del plan personalizado de parto, el desarrollo de estrategias y talleres para la promoción de lactancia materna, el procedimiento para facilitar el acompañamiento de los pacientes por familiares o allegados y el desarrollo de acciones de voluntariado.

La **línea 4 (Humanización en atención de urgencias)** se orientó a contribuir a mejorar la atención de los pacientes, familiares y/o allegados y de los profesionales en los servicios/ unidades de urgencias, así como, a proporcionar una atención personalizada en ellos. Entre las actividades que recoge destacan la elaboración de protocolo para detección y atención de casos de agresión sexual y sumisión química, la adecuación de espacios para facilitar información garantizando la confidencialidad, la sensibilización y formación de los profesionales sobre intimidad y confidencialidad, y la accesibilidad al sistema de interpretación de lengua de signos.

La **línea 5 (Humanización en hospitalización)** tenía como objetivo mejorar la humanización en relación con los 10 programas que la componían, que son mejora de la accesibilidad, humanización en la atención a familiares y acompañantes, acompañamiento/ revisión de traslados de pacientes ingresados a los que se van a realizar pruebas, calidad del descanso de los pacientes hospitalizados, humanización de espacios sanitarios, información al paciente y familiares o acompañantes durante el ingreso, preservación de la intimidad del paciente, menús a pacientes y acompañantes de pacientes especiales, minimización de sufrimiento en la asistencia y entretenimiento y cortesía.

Los ámbitos de intervención de la **línea 6 (Humanización en las unidades de cuidados intensivos)** se definieron en sus programas, que son UCI de puertas abiertas, comunicación, bienestar del paciente, presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos, cuidados al profesional, prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos, infraestructura humanizada y cuidados al final de la vida.

El objetivo de la **línea 7 (Humanización en salud mental)** fue articular y potenciar la humanización de los procesos de atención integral a las personas con problemas de salud mental, sobre la base de un modelo biopsicosocial y comunitario, comprometido con el respeto a los derechos humanos y con los principios de individualización e implicación y participación activa. También buscó orientar la atención integral de las personas con problemas de salud mental hacia la autonomía y apoyo a la recuperación, mejorando la relación con las familias y cuidadores y fortaleciendo la capacitación de los profesionales, en el marco de una práctica colaborativa. Como hitos de esta línea destacan las actividades destinadas a la lucha contra el estigma en salud mental y la protocolización de sujeciones terapéuticas.

La **línea 8 (Humanización y paciente oncológico)** se orientó a definir, impulsar y favorecer la implementación de actuaciones e iniciativas dirigidas a proporcionar al paciente oncológico y su familia una atención integral y personalizada durante todo el proceso de la enfermedad, ofrecerles la mejor atención sanitaria y psicosocial, y posibilitarles una mejor aceptación y vivencia de la enfermedad. Entre sus actividades más destacadas se encuentra, el diseño de rutas asistenciales para la gestión compartida de casos entre atención hospitalaria y atención primaria.

Finalmente, el objetivo de la **línea 9 (Humanización ante el final de vida)** fue proporcionar atención integral y multidisciplinar a las personas en duelo, antes y después de la muerte, en todos los ámbitos asistenciales, en lo que ha tenido gran impacto la actualización de la guía de atención al duelo.

El resultado global de cumplimiento del Plan a 31 de diciembre de 2019, que era el fin de su vigencia, se recoge en el siguiente gráfico que incluye el desglose del nivel de ejecución de las actividades programadas:



Gráfico 1: Nivel global de ejecución de actividades del Plan de Humanización

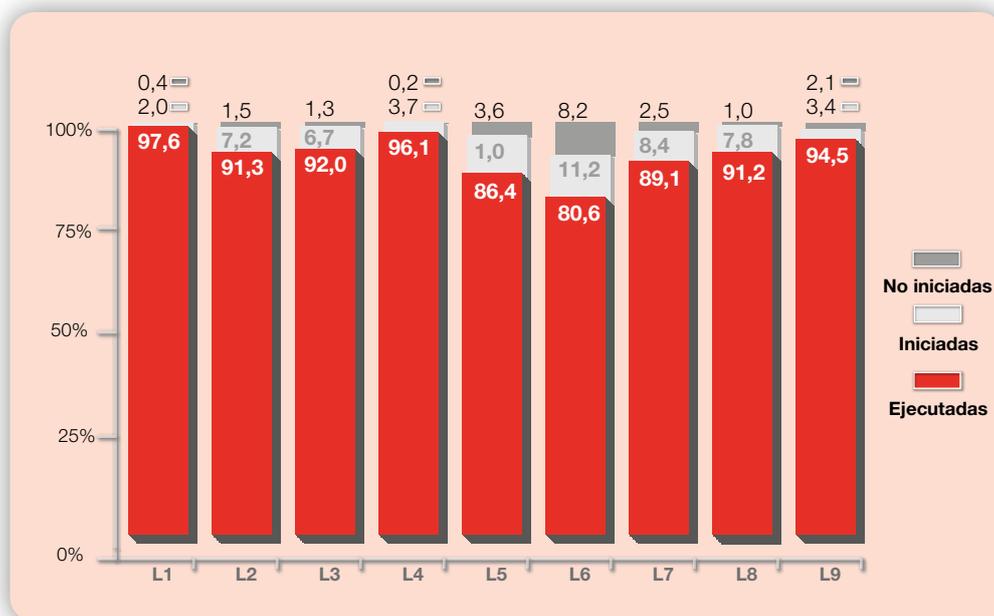
Como se puede apreciar, si sumamos las actuaciones puestas en marcha, el nivel global de desarrollo (actividades iniciadas+ejecutadas) ha sido de un 98,5%, destacando que un 92,1% de las actividades programadas han sido ejecutadas de acuerdo con el estándar definido.

Este alto nivel de cumplimiento global se corresponde con el grado de ejecución en cada nivel asistencial según podemos apreciar en la siguiente tabla, que incluye todos los ámbitos, tanto los asistenciales como el que corresponde con las unidades centralizadas que han sido responsables del despliegue de actividades definidas en el Plan.

Tabla III. Grado de ejecución global del PHAS en todos los ámbitos				
Ámbito	Nivel de ejecución de actividades			Puestas en marcha (ejecutadas+ iniciadas)
	No iniciadas	Iniciadas	Ejecutadas	
Hospitalario	3,5%	8,3%	88,2%	96,5%
Atención Primaria	--	2%	98%	100%
SUMMA 112	--	2,4%	97,6%	100%
Centralizado	2,6%	12,7%	84,7%	97,4%

En el ámbito hospitalario se pusieron en marcha el 96,5% de las actividades programadas, a nivel centralizado el 97,4% y en Atención Primaria y SUMMA 112 el nivel de puesta en marcha fue de un 100%.

Junto con el cumplimiento global y por niveles asistenciales, el grado de desarrollo de cada línea estratégica viene determinado por el nivel de ejecución de las acciones programadas que se integran en cada una ellas, como se puede observar en el siguiente gráfico:



L1: Cultura humanización; L2: Información y acompañamiento; L3: H. primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia; L4: H. urgencias; L5: H. en la hospitalización; L6: Humanización en las unidades de cuidados intensivos; L7: Humanización en la atención de la salud mental; L8: Humanización y paciente oncológico; L9: Humanización ante el final de la vida.

Gráfico 2: Nivel global de ejecución de las líneas estratégicas del Plan de Humanización

Todas las líneas estratégicas del Plan se pusieron en marcha, alcanzando un nivel avanzado de desarrollo (>75%), y en la actualidad se continúa con la consolidación de estas acciones. Como hemos comentado previamente, este nivel de avance se debe, fundamentalmente, a las actividades ejecutadas.

En concreto, la línea con un mayor nivel de ejecución fue la primera (Cultura de humanización), con un 97,6%; esta línea, enfocada a que la cultura de humanización impregne a toda la organización, es el núcleo de la estrategia, por lo que la totalidad de las actividades propuestas fueron de aplicación en todos los ámbitos asistenciales.

Por otra parte, la línea con un mayor recorrido de mejora es la 6 (Humanización en las unidades de cuidados intensivos) en la que observamos que el 8,2% de sus actividades no se han iniciado y un 11,2% se encuentran en situación de “iniciadas”, si bien su nivel de ejecución también ha sido elevado (80,6%), teniendo en cuenta que gran parte de las actividades que han tenido un menor cumplimiento se corresponden con acciones que precisaban una importante inversión presupuestaria o un mayor tiempo para su ejecución.

Dentro de las actividades del Plan programadas a nivel centralizado se diseñó una encuesta “online” dirigida a todos los profesionales de nuestra organización, cuyo fin era evaluar la percepción y el grado de conocimiento que éstos tienen de la estrategia y cultura de humanización, evaluar su impacto e impulsar acciones de mejora.

La encuesta estuvo habilitada en la intranet Salud@ en el periodo comprendido entre los días 16 de septiembre y el 31 de octubre de 2019, y para aumentar la difusión y favorecer el acceso y cumplimentación de la encuesta por parte de los profesionales, durante el tiempo de disponibilidad de la herramienta, al iniciar los equipos informáticos aparecía un cuadro emergente informando sobre su existencia y acceso a la misma.

La población a la que se dirigió la encuesta fue de 74.283 profesionales (72.562 profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollaban su labor en los distintos ámbitos asistenciales y 1.721 profesionales que desarrollaban su actividad en los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad).

La participación en esta iniciativa ascendió a 17.563 encuestas cumplimentadas, lo que supone una respuesta de un 23,7% de los profesionales a los que estaba dirigida. Un 51% de profesionales que la cumplimentaron correspondían a Atención Primaria, un 21% estaban adscritos a SUMMA112, un 16% prestaban servicio en Hospitales y el 12 % restante desarrollaba su labor en Servicios Centrales. A continuación, se muestran las conclusiones de este trabajo:

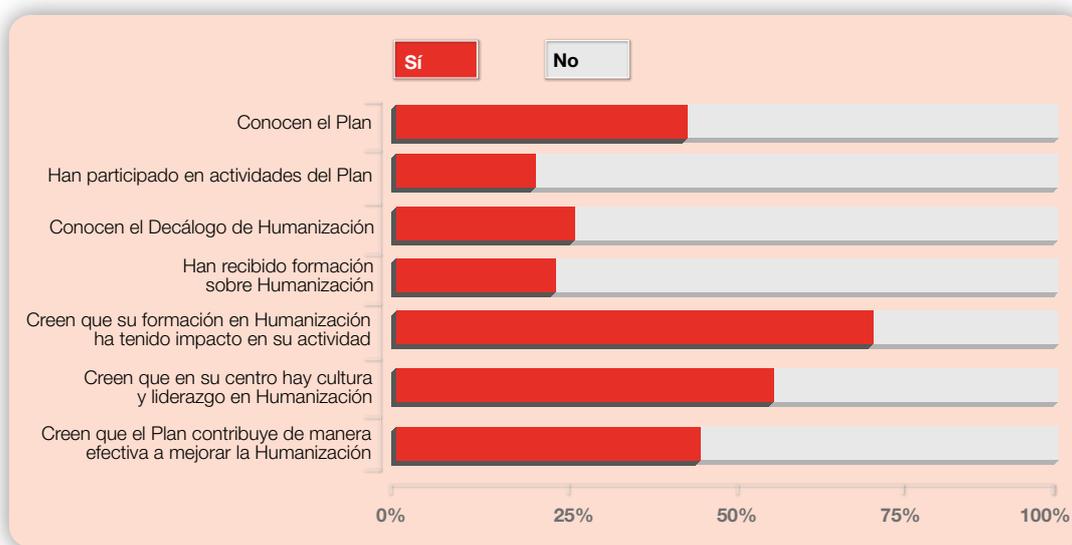


Gráfico 3. Conclusiones de la encuesta a profesionales 2019

Como resumen podemos destacar que un 44% de los profesionales conocía en Plan de Humanización antes de cumplimentar la encuesta frente a un 56% que no lo conocía (en la propia encuesta se incluía un link al Plan), mientras que un 21% de los encuestados habían participado activamente en actividades del Plan y un 27 % conocían el Decálogo de Humanización antes de hacer la encuesta.

En cuanto a la cultura de humanización, un 57% de las personas encuestadas consideró que su centro de trabajo cuenta con una cultura de humanización y un liderazgo humanizado y un 46% opinaba que el Plan de Humanización contribuía de manera efectiva a la humanización de la asistencia sanitaria.

Por último, en relación con la formación, un 24% habían recibido formación sobre humanización y un 72% de estos creían que esta formación había tenido un impacto real en su actividad profesional. En el siguiente gráfico, se indican los temas más abordados en las acciones formativas relacionadas con la humanización en las que han participado los profesionales encuestados.

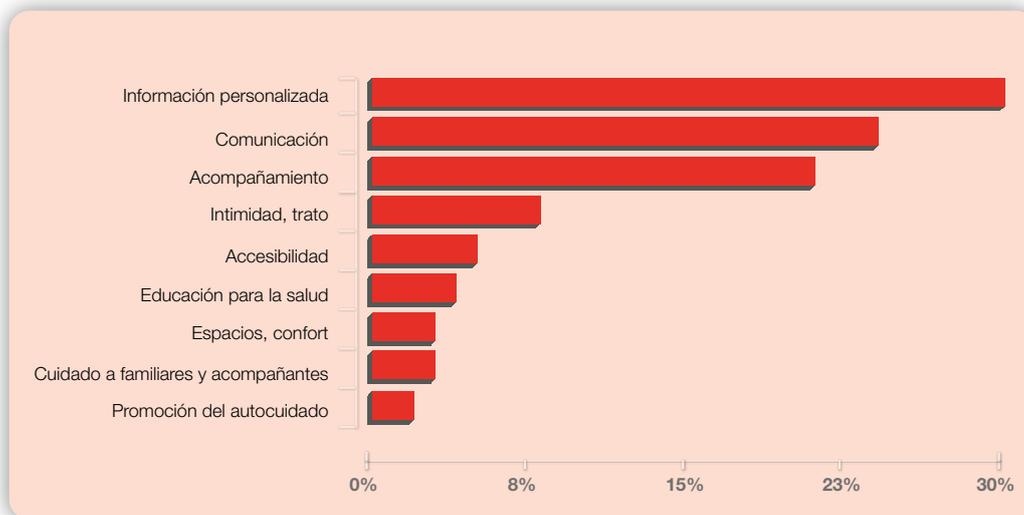


Gráfico 4. Temas abordados en acciones formativas de Humanización (Encuesta profesionales 2019)

Como se puede comprobar, como temas más frecuentes se encuentran la información personalizada, la comunicación y el acompañamiento.

Otra de las cuestiones abordadas en la encuesta fue la identificación de ámbitos de mejora en la estrategia de humanización que percibieron los profesionales, mostrados en el siguiente gráfico:

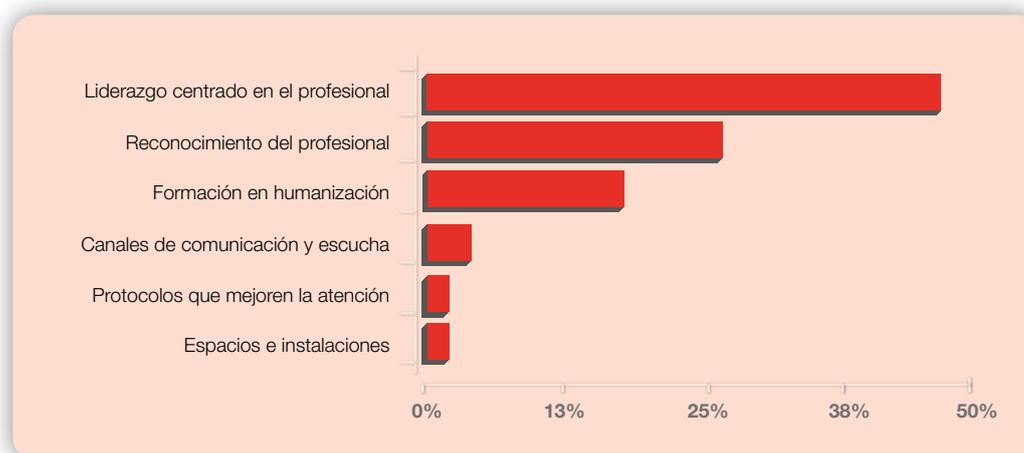


Gráfico 5. Ámbitos de mejora identificados. (Encuesta profesionales 2019).

Como conclusión, los ámbitos de mejora que los profesionales consideraron prioritarios estaban en relación con el liderazgo centrado en el profesional, reseñado por un 47% de los encuestados, el reconocimiento de los profesionales, por un 27%, y la formación en humanización, con un 18%.

En definitiva, el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019 dio visibilidad a las acciones que se venían realizando en el día a día para mejorar la humanización y ayudó a la implantación de nuevas actividades.

4.1.3. RESULTADOS DE LA FORMACIÓN CENTRALIZADA EN HUMANIZACIÓN

En el proceso de humanización, que concierne a todos los ámbitos de la organización sanitaria, se consideran esenciales las actividades formativas dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios que están en contacto con los pacientes y sus personas significativas en algún momento de su proceso asistencial, por lo que se organiza de forma continuada una oferta formativa dirigida a dichos profesionales para fomentar una atención más personalizada.

Por esta razón, desde el año 2016 al 2019 se han organizado 59 actividades formativas distribuidas en horario de mañana y de tarde para facilitar la participación de los profesionales, dispuestas en diferentes áreas temáticas: liderazgo humanizado, gestión de la planificación en humanización, atención plena al servicio de la asistencia sanitaria, ayuda entre iguales, estigma y salud mental, desarrollo adolescente, gestión y planificación en humanización, acompañamiento en el duelo, habilidades de comunicación, autocuidado del profesional sanitario y prevención del desgaste profesional en el ámbito sanitario.

Tabla IV. Resultados formación profesionales

Año	Actividades formativas	Horas lectivas	Número de asistentes	Valoración global
2016	14	177	336	8,26
2017	15	183	300	8,61
2018	16	180	347	8,72
2019	14	167	291	8,60
Total	59	707	1.274	8,54

Como se muestra en la tabla III, los datos sobre la valoración global de cada año oscilan entre 8,26 y 8,72 sobre 10, siendo la valoración media de la oferta formativa 8,54 sobre 10.

4.1.4. RESULTADOS DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD

La Escuela Madrileña de Salud (EMS), inaugurada el 25 de octubre de 2017, es una iniciativa de participación comunitaria y de aprendizaje compartido dirigida a los ciudadanos, con el objetivo de promover la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y fomentar la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud y en la autogestión de su enfermedad. Favorece el intercambio de conocimientos y experiencias y ofrece a la población información de calidad y formación presencial y virtual relacionada con la salud.

En la Escuela, se ofertan actividades, cursos y talleres gratuitos dirigidos a los ciudadanos, a los pacientes, a las personas que cuidan y a los profesionales, que impulsan la capacidad de las personas de cuidar de su salud, de su bienestar y de su vida. También promueve la alfabetización sanitaria o cultura de salud, proporcionando a la ciudadanía información básica sanitaria actualizada, contrastada y veraz que pretende servir de apoyo para la toma de decisiones dirigidas a promover y mantener una buena salud.

Las actividades de la Escuela Madrileña de Salud son presenciales o virtuales, a través de su plataforma digital de aprendizaje que se puso en marcha en abril de 2019. A continuación, resumimos sus resultados:

1. Formación presencial

En la formación presencial han participado 1.156 profesionales como profesores y 1.090 colaboradores expertos. Además, 337 organizaciones (asociaciones, universidades, fundaciones...) han participado en el co-diseño de las intervenciones y se han establecido alianzas con 472 organizaciones, con los siguientes resultados:

Tabla V. Resultados formación presencial EMS

Cursos realizados	Sesiones docentes	Personas participantes	Porcentaje de recomendación	Índice de satisfacción
490	1.089	13.062	99,99%	8,8 (escala 0-10)

2. Formación digital “online”

La plataforma digital de aprendizaje (abierta en abril de 2019) cuenta con 4388 personas registradas, 347 recursos educativos virtuales con una biblioteca de documentación saludable, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla VI. Resultados formación “online” EMS				
Recursos disponibles	Personas participantes	Índice de aprovechamiento	Porcentaje de recomendación	Índice de satisfacción
47 cursos virtuales, 231 vídeos multimedia, 31 aulas virtuales, 3 juegos, 35 otros recursos	7.441	8,85 (escala 0-10)	96,88%	8,85 (escala 0-10)

Por último, en la Escuela Madrileña de Salud se han presentado 89 trabajos a congresos y jornadas, se ha diseñado y pilotado un programa de paciente experto: “Paciente 360° “ y se han desarrollado 8 estudios de investigación, siendo los más relevantes: “Estudio del nivel de alfabetización en la salud de la población de la Comunidad de Madrid”, “Estudio de necesidades y expectativas de las personas con trastorno mental grave y de sus familias”, “Estudio de necesidades formativas de los madrileños frente al COVID-19”, “Estudio de necesidades y expectativas de los adolescentes y adultos jóvenes con epilepsia y de sus familias”.

4.1.5. RESULTADOS DEL MODELO DE EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE EXCELENCIA EN HUMANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID SER+HUMANO

El Modelo establece un sistema de evaluación del cumplimiento de criterios de excelencia en los centros y servicios sanitarios del Servicio Madrileño de Salud respecto a su compromiso con la humanización de la asistencia sanitaria, fomentando una cultura de mejora continua en esta materia.

El modelo SER+HUMANO está compuesto por 5 áreas: el liderazgo para la humanización, la gestión basada en la humanización, la asistencia sanitaria centrada en la persona, el cuidado del profesional y la humanización de los espacios. En la siguiente tabla, se describen las áreas que componen el Modelo y se muestran las dimensiones que contempla cada área:

Tabla VII. Áreas y dimensiones. Modelo SER+HUMANO. 2018

Áreas	Dimensiones
Área 1. Liderazgo para la Humanización. Las organizaciones excelentes tienen líderes que actúan como modelo de referencia de sus valores y principios éticos; refuerzan, impulsan y ponen en valor la cultura de humanización entre las personas de la organización y gestionan el cambio de manera eficaz.	Cultura de humanización
	Estructura organizativa
	Expectativas y necesidades
	Formación
	Estrategia
Área 2. La gestión basada en la Humanización. Las organizaciones excelentes desarrollan su misión y visión a través de una estrategia centrada en sus grupos de interés.	Cultura de humanización
	Evaluación
	Organización saludable
	Coordinación
	Alianzas externas
Área 3. La asistencia sanitaria centrada en la persona. Las organizaciones excelentes responden de forma constante y eficaz a las necesidades y expectativas cambiantes de los usuarios/pacientes/familiares, usando como herramientas fundamentales la comunicación afectiva y efectiva y la relación de ayuda.	Información
	Comunicación
	Intimidad
	Accesibilidad
	Acompañamiento
	Atención psicológica
	Atención espiritual
	Satisfacción
	Cultura de la humanización
	Formación
Reconocimiento	
Área 4. Cuidar al Profesional. Las organizaciones excelentes valoran a las personas que las integran y dan reconocimiento a los esfuerzos para motivar a las personas. Los profesionales son los principales agentes de humanización de la asistencia. La organización se enfoca a cuidar del profesional y prevenir el “síndrome de desgaste profesional” (“Burnout” o “Síndrome de estar quemado”).	Prevención de riesgo psicosocial
	Cooperación sanitaria al desarrollo y acción humanitaria
	Señalización
	Confortabilidad
Área 5. Humanización de los espacios. Las organizaciones excelentes tienen estructuras y entornos amigables. El ruido/silencio, los horarios, la hostelería, las salas de descanso, las salas de espera, la temperatura, la limpieza, la accesibilidad, la información, etc., hacen que los pacientes, los familiares y los profesionales se sientan seguros.	Infraestructuras

Con la finalidad de facilitar su evaluación, se diseñó la herramienta “Cuestionario de autoevaluación criterios de excelencia en humanización”, elaborando un documento específico para cada ámbito asistencial. Para ello se formó un grupo de trabajo en el que participaron profesionales de Humanización de la Asistencia Sanitaria, Atención Primaria, Atención Hospitalaria, SUMMA 112, Información y Atención al Paciente, Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria y Relaciones Institucionales.

En este sentido, el cuestionario elaborado para Hospitales recoge 70 ítems, los destinados a Centros de Salud y Direcciones Asistenciales de Atención Primaria incluye 57 ítems y el cuestionario relativo a SUMMA 112 cuenta con 58 ítems.

Además, de forma inicial, se decidió que el pilotaje y el primer análisis de resultados del Modelo SER+HUMANO se realizaran mediante una autoevaluación de los propios centros y servicios. Así, en el segundo semestre de 2018 se recogieron los datos del 100% de los 304 centros y servicios del SERMAS a los que era aplicable (SUMMA 112, 34 hospitales, 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y 262 centros de salud). En la siguiente tabla se muestran los resultados globales de la evaluación:

Tabla VIII. Tabla de resultado consolidado global. Evaluación Modelo SER+HUMANO. 2018

Áreas	Puntuación máxima	Puntuación obtenida	Grado consecución
1. Liderazgo para la humanización	75	53	71%
2. La gestión basada en la humanización	75	51	68%
3. La asistencia sanitaria centrada en la persona	175	101	58%
4. Cuidar al profesional	125	77	62%
5. Humanización de los espacios	50	26	52%
Total	500	309	62%

Una vez analizados los datos se comprobó que el grado de avance alcanzado en el proceso de autoevaluación del Modelo de Excelencia de la Humanización Sanitaria con carácter global era de un 62%.

En concreto, y de acuerdo a las áreas identificadas en el Modelo, las áreas 1 (Liderazgo para la humanización) y 2 (Gestión basada en la humanización) alcanzaron un resultado general más elevado, con un 71% y 68% respectivamente.

Además, el área 3 (Asistencia sanitaria centrada en la persona) es la que tiene un mayor peso relativo respecto al global del modelo, con un 35%, por lo que se considera el área principal del mismo y corazón del Modelo de Excelencia. Con carácter global, esta área fue la segunda con mayor recorrido de mejora, con un 58% de objetivo alcanzado, si bien hay que tener en cuenta que contempla un número de ítems a analizar mucho mayor que el resto de áreas. Por último, el área con menor resultado del Modelo fue la 5 (Humanización de los espacios), con un 52%.

4.1.6. RESUMEN RED DE EXPERIENCIAS “INICIATIVAS QUE HUMANIZAN”

Dentro de la apuesta por el reconocimiento de buenas prácticas y experiencias de éxito innovadoras incluida en el Plan de Humanización 2016-2019, y alineada con el Modelo SER+HUMANO, en 2019 se puso en marcha esta Red de experiencias. Se trata de un repositorio Web alojado en la Intranet Salud@ y creado con el objetivo de dar visibilidad a los proyectos que promueven e impulsan estas acciones, aumentando su valor y pudiendo ser trasladados a otras unidades asistenciales. (<https://saludanv.salud.madrid.org/Humanizacion/Paginas/IniciativasQueHumanizan.aspx>)

En él se incluyen iniciativas ya implantadas que previamente han sido evaluadas en el seno de la Comisión de Humanización que corresponda en cada ámbito asistencial (hospitales, SUMMA 112 y Atención Primaria), con la finalidad de disponer de un mapa de iniciativas ya existentes, favorecer la participación de los profesionales y establecer un canal de información entre ellos.

Las Comisiones de Humanización de los centros son las encargadas de seleccionar las iniciativas que consideren de interés para el conocimiento de otros profesionales del Servicio Madrileño de Salud. Las áreas en las que se pueden encuadrar las iniciativas presentadas se basan en las recogidas en el Modelo SER+HUMANO: liderazgo de gestión humanizada, asistencia sanitaria centrada en la persona, cuidado del profesional y humanización de los entornos.

La inclusión en la Red supone un reconocimiento a las acciones de humanización puestas en marcha de manera proactiva por los profesionales a la vez que recopila buenas prácticas que inspiren a otras personas a desarrollarlas en sus centros.

Dentro de “Iniciativas que humanizan” se ha habilitado un espacio específico denominado “Experiencias COVID-19”, con el objetivo de dar visibilidad y la posibilidad de compartir dentro de nuestra organización aquellas acciones creativas e innovadoras. Cumpliendo en cada momento las indicaciones de la Dirección General de Salud Pública, los profesionales, de manera proactiva, han sido los agentes clave en la humanización, dando su mejor nivel científico-técnico y humano. Como ejemplo, han acompañado a los pacientes ingresados cuyas personas significativas no podían estar presentes en sus últimas horas de vida. En siguiente gráfico, se pueden observar ejemplos de “Experiencias COVID-19” en cada una de las áreas:

Liderazgo de gestión humanizada	La asistencia sanitaria centrada en la persona	Cuidar al profesional	Humanizar los entornos
Readaptación de procesos	Ayuda psicológica a pacientes y familiares	Habilitación de salas de desconexión y relajación	Transformación de zonas hospitalarias según necesidades
Envío de fármacos a domicilio	Acompañamiento a familiares/personas significativas durante el duelo	Apoyo psicológico a los profesionales	Habilitar espacios para reunir pacientes ingresados de la misma familia
Hospitalización domiciliaria en Salud Mental	Acercamiento digital entre pacientes y familiares/personas significativas: video-llamadas	Talleres de estiramiento muscular impartidos por fisioterapeutas	Adaptación de espacios para mantener el distanciamiento social
Protocolos de visitas de familiares/personas significativas a los centros sanitarios	Ocio y entretenimiento	Expresión de mensajes en murales	
Coordinación entre niveles asistenciales y socio-sanitarios	Cartas que curan la soledad y dibujos de ánimo	Actualización de la información por correo electrónico y en la intranet de los centros	
Continuidad asistencial con residencias de mayores	Reparto de libros	Campañas de aliento a profesionales sanitarios y otros colectivos	
Responsabilidad social	Fomento de ejercicio físico con vídeos e infografías		
Reparto de alimentos desde los centros hospitalarios	Información a familiares/personas significativas vía telefónica		

Figura 2: Ejemplos de Experiencias COVID-19.

Se han reinventado circuitos para poder cubrir las necesidades de pacientes que precisaban atención domiciliaria y que en esos momentos no podían acudir presencialmente a los centros sanitarios.

Durante esta pandemia, el sector sanitario ha buscado formas de poder seguir realizando actividades de humanización, incorporando en su trabajo diario las tecnologías de la información y comunicación, como en el caso de la información a personas significativas del paciente o consultas de forma telefónica y la formación “online”, entre otros, y se ha favorecido el trabajo en colaboración con otros colectivos y entidades sociales como Protección Civil, asociaciones de pacientes, trabajo social comunitario, Policía, etc.

Las iniciativas innovadoras puestas en marcha se producen a través del esfuerzo colectivo y están dirigidas tanto a los pacientes y sus personas significativas, como al cuidado de los profesionales, y a continuación, se puede ver el porcentaje de iniciativas recibidas por áreas tanto de “Iniciativas que humanizan” como de “Experiencias COVID-19”:

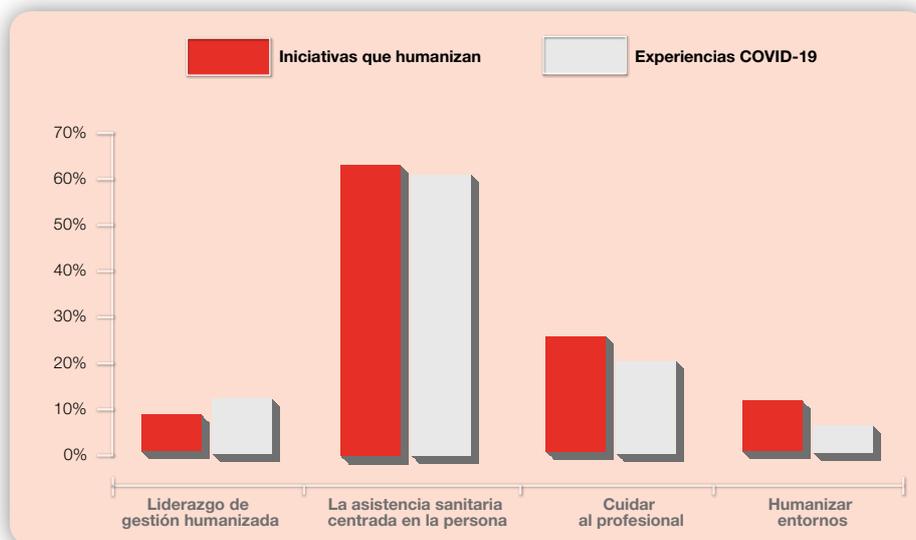


Gráfico 6: Porcentaje por áreas de Iniciativas que humanizan y Experiencias COVID-19.

Como se puede ver en el gráfico anterior, el mayor número de iniciativas realizadas por los profesionales se ubican en el repositorio de Atención centrada en la persona, ya sea en una situación de normalidad o en plena campaña pandémica.

Por otra parte, disminuyen durante el año 2020 la humanización de entornos y el cuidado al profesional. Este último dato, relacionado con el periodo pandémico, denota que los profesionales se han volcado en el cuidado de los pacientes y es predecible que en los próximos años el cuidado del profesional será una necesidad para evitar la fatiga por compasión, además de otros síndromes añadidos, producida por la COVID-19. Del mismo modo es llamativo el crecimiento del Liderazgo de gestión humanizada durante la pandemia, seguramente porque para poder llevar a cabo muchas acciones extraordinarias ha sido imprescindible el apoyo de los líderes de los centros sanitarios.

En conjunto cabe destacar que el área sobre el cual se desarrollan la mayoría de las iniciativas incluidas en el repositorio es la atención centrada en la persona y por esta razón, es importante conocer la opinión de los pacientes. En el siguiente apartado se abordan los mecanismos que ayudan a escuchar la voz del paciente y a considerarla como una oportunidad de mejora.

4.1.7. ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES

El impacto de la estrategia de humanización en pacientes, sus personas significativas, personas que cuidan y sociedad en general se traduce en valores intangibles difíciles de evaluar de manera precisa; sin embargo disponemos de indicadores que nos pueden ayudar a valorar su opinión, como son la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, el análisis de las reclamaciones del Servicio Madrileño de Salud y la realización de un estudio específico sobre la valoración de la vivencia de los pacientes afectados por la situación generada por la COVID-19, en relación con la humanización.

Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid

En consonancia con el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019, se incluyó en el año 2016 un nuevo indicador en la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, con la finalidad de conocer y valorar la percepción con determinados atributos relacionados con la humanización durante proceso asistencial, que se abordan en el mencionado estudio.

En este sentido, se elaboró un Índice de Satisfacción con la Humanización (ISH) para cada uno de los segmentos asistenciales del Servicio Madrileño de Salud que se analizan en el estudio anual de evaluación de satisfacción de sus usuarios: atención primaria, cuatro segmentos de la atención a pacientes atendidos en nuestros hospitales (hos-

pitalización, urgencias, cirugía ambulatoria y consultas externas) y tres dispositivos del SUMMA 112 (UAD: Unidades de Atención Domiciliaria; VIR: Vehículo de Intervención Rápida; y UVI móvil: Unidad de Vigilancia Intensiva).

Para elaborar el ISH se seleccionaron las preguntas de los cuestionarios utilizados en la encuesta, para cada uno de los segmentos asistenciales, que recogen la satisfacción de los usuarios con aspectos relacionados con la humanización, como son: el trato y la amabilidad de los profesionales, la información facilitada en diferentes momentos de la asistencia, el tiempo y dedicación de los profesionales, el respeto a la intimidad, el silencio por la noche, el tratamiento del dolor y la participación en las decisiones de tratamiento y cuidados.

El cálculo del ISH se realiza a partir del porcentaje de usuarios satisfechos y muy satisfechos en cada una de las preguntas seleccionadas, siendo el resultado del ISH la media de la satisfacción de las citadas dimensiones clave relacionadas con la humanización, que agrupan las preguntas seleccionadas en cada ámbito asistencial.

En cuanto a la evolución de los resultados de este índice desde 2016 hasta 2019 (últimos datos disponibles, puesto que en 2020 no se realizó la encuesta de satisfacción por la situación derivada de la pandemia por SARS-CoV-2), se muestran en la siguiente tabla:

Tabla IX. Evolución del Índice de Satisfacción con la Humanización (ISH)				
	ISH 2016	ISH 2017	ISH 2018	ISH 2019
Atención Primaria	82,1%	82,5%	80,5%	81,9%
Hospitalización	87,1%	88,3%	87,7%	88,3%
Cirugía ambulatoria	89,8%	91,3%	90,0%	91,1%
Consultas externas hospitalarias	84,6%	84,0%	83,5%	84,4%
Urgencias hospitalarias	82,5%	83,5%	81,1%	81,1%
SUMMA 112*	UAD	-	84,5%	85,8%
	VIR	-	88,3%	90,1%
	UVI móvil	-	90,9%	90,9%

* En el ámbito del SUMMA 112 no se realizó encuesta en el año 2016. Los resultados se muestran por cada dispositivo (UAD: Unidades de Atención Domiciliaria), VIR (Vehículo de Intervención Rápida) y UVI móvil (Unidad de Vigilancia Intensiva)

Cómo se pueden observar, en todos los ámbitos asistenciales se alcanzan valores del ISH elevados, por encima del 80%, sin variaciones significativas a lo largo de todo el periodo. Destacan el segmento de cirugía ambulatoria con valores superiores al 90% en los tres últimos años, así como las UVI móvil en el ámbito del SUMMA 112. Los valores más bajos se observan en urgencias hospitalarias (oscilando entre 81,1% y 83,5%) y en Atención Primaria (entre 80,5% y 82,5%).

Análisis de las reclamaciones del Servicio Madrileño de Salud

Las reclamaciones de los ciudadanos son una fuente importante de información espontánea para medir el grado de conformidad y conocer su percepción con los servicios prestados por los servicios sanitarios.

Para su análisis se han tenido en cuenta aquellos motivos de reclamación que guardan mayor relación con la humanización de la asistencia, como el trato personal, la información clínica facilitada por los profesionales o la habitabilidad de las instalaciones.

En concreto, en el periodo que se corresponde con el despliegue de la Estrategia de humanización (2016 a 2019) y sin incluir los datos del año 2020 que han estado influidos por la pandemia, la evolución de las reclamaciones de los ciudadanos ha sido la siguiente:

Tabla X. Tabla de evolución de las reclamaciones

Años	2016	2017	2018	2019
Atención Primaria	13.018	13.429	15.671	15.856
Hospitales	48.073	45.105	45.870	42.141
SUMMA 112	3.244	3.929	5.539	6.137
Total	67.477	67.407	71.960	69.807

Como se puede observar ha existido un pequeño incremento en los dos últimos años evaluados con respecto a los primeros, si bien en el último año la tendencia ha vuelto a bajar. Por otra parte, a nivel global, se observa una tendencia descendente en hospitales y ascendente en el SUMMA112.

Si se desglosan estos datos por cada nivel asistencial (Atención Primaria, Atención Hospitalaria y SUMMA112) y se tiene en cuenta los motivos más relacionados con la humanización, se puede hacer un análisis más detallado de estos resultados:

Tabla XI. Tabla de evolución de las reclamaciones relacionadas con la humanización en Atención Primaria

Atención Primaria	2016	% sobre total	2017	% sobre total	2018	% sobre total	2019	% sobre total
Trato personal	1.334	10,25%	1.316	9,80%	1.522	9,71%	1.568	9,89%
Información clínica	97	0,75%	113	0,84%	133	0,85%	140	0,88%
Habitabilidad	351	2,70%	470	3,50%	504	3,22%	335	2,11%

En Atención Primaria, el trato personal se sitúa año tras año en el tercer lugar entre los motivos de reclamación, y se mantiene en un 10 %, casi de forma constante sobre el total señalado en la tabla anterior, mientras que el resto de los motivos indicados resultan mucho menos relevantes.

Si revisamos los mismos motivos a nivel de los hospitales, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla XII. Tabla de evolución de las reclamaciones relacionadas con la humanización en Hospitales

Hospitales	2016	% sobre total	2017	% sobre total	2018	% sobre total	2019	% sobre total
Trato personal	2.145	4,46%	2.218	4,92%	2.246	4,90%	2.208	5,24%
Información clínica	1.542	3,21%	1.485	3,29%	1.494	3,26%	1.474	3,50%
Habitabilidad	547	1,14%	601	1,33%	559	1,22%	524	1,24%

En Atención Hospitalaria, al contrario que en Atención Primaria, el trato personal está en quinto o sexto lugar de importancia, y suele suponer un 5 % del total de reclamaciones, muy cerca de la Información Clínica, que es casi testimonial en Primaria.

Por último, presentamos los resultados referidos al SUMMA 112:

Tabla XIII. Tabla de evolución de las reclamaciones relacionadas con la humanización en el SUMMA112

SUMMA 112	2016	% sobre total	2017	% sobre total	2018	% sobre total	2019	% sobre total
Trato personal	172	5,30%	143	3,64%	161	3,64%	170	2,77%
Información clínica	1	0,03%	0	0,00%	1	0,00%	0	0,00%
Habitabilidad	18	0,55%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

En el SUMMA 112, como se puede observar, el único motivo a tener en cuenta es el trato personal, que ha experimentado una reducción importante en los últimos ejercicios, pasando de un 5,3% sobre el total de reclamaciones del año 2016 a un 2,77% en el año 2019, mientras que los otros dos motivos resultan irrelevantes.

Estudio para la valoración de la vivencia de los pacientes afectados por la situación generada por la COVID-19, en relación con la humanización

Para hacer una valoración de la vivencia del paciente afectado por esta situación, en relación con la humanización, se realizó un estudio en forma de encuesta telefónica, cuyo trabajo de campo fue ejecutado en diciembre de 2020.

La muestra fue de 6.000 pacientes atendidos en hospitales, Atención Primaria y SUMMA 112 de la Comunidad de Madrid y entre sus objetivos estaba que valoraran aspectos relacionados con las necesidades emocionales, el acompañamiento, la información o la posibilidad de toma de decisiones compartidas.

El estudio se realizó a través de once preguntas de múltiples opciones de respuesta y tres preguntas abiertas que se formularon en la parte final de la encuesta, ofreciendo la posibilidad a los pacientes de aportar su valoración global y sugerencias de mejora (Indíqueme qué es lo que ha valorado más positivamente durante la asistencia que ha recibido, Dígame si recuerda algún detalle personal hacia usted por parte de los profesionales que le atendieron y ¿qué cree que puede ser mejorado?). El resultado de las preguntas cerradas se presenta en la siguiente tabla:

Tabla XIV. Resultados del estudio “Valoración de la vivencia de los pacientes afectados por la situación generada por la COVID-19, en relación con la humanización”

Preguntas cerradas	Percepción media	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	NS/NC
1. ¿Los distintos profesionales que estuvieron a su lado le dieron un trato acogedor y amable?	4,57	4,24%	6,32%	89,09%	0,16%
2. ¿La comunicación que mantuvo con los profesionales que le atendieron en relación a su estado de salud y su tratamiento fue fluida?	4,15	6,13%	21,27%	71,94%	0,67%
3. ¿Los profesionales se preocuparon por cómo se sentía emocionalmente en la situación que estaba atravesando?	3,84	14,28%	24,76%	54,05%	4,20%
4. ¿Se respetó su intimidad y confidencialidad en todo momento?	4,72	2,91%	3,02%	92,82%	1,26%
5. ¿Pudo expresar su voluntad sobre el tratamiento y los cuidados de su problema de salud?	4,15	7,41%	13,58%	76,36%	2,66%
6. ¿Pudo contar con la ayuda de los profesionales que le atendieron para tomar las decisiones sobre el tratamiento y los cuidados de su problema de salud?	4,20	7,26%	11,81%	78,57%	2,35%
7. ¿Durante su estancia en el hospital, en los momentos en los que estuvo aislado de sus seres queridos, se sintió acompañado/a por los profesionales que le atendieron?	4,35	7,91%	9,69%	73,82%	8,58%
8. ¿Su familia estuvo informada mientras usted se encontraba ingresado/a?	4,14	7,07%	5,56%	81,5%	5,86%
9. ¿Los profesionales se preocuparon por el estado emocional de su familia en el tiempo en el que no pudo recibir su visita?	4,19	12,73%	10,93%	64,35%	11,98%
10. ¿Le proporcionaron asistencia espiritual en caso de necesitarla?	3,23	18,38%	16,54%	40,8%	24,26%
11. ¿Le ofrecieron alguna actividad de entretenimiento durante su ingreso?	3,81	25,06%	9,72%	57,22%	8,00%
Global	4,18	10,32%	12,11%	71,2%	6,36%

Como resumen, en todos los ítems la puntuación superó los 4 puntos sobre 5 y la puntuación global fue de 4,18 sobre 5. En cuanto a las puntuaciones generales, los aspectos mejor valorados fueron la intimidad y confidencialidad recibida, el trato acogedor y amable y el acompañamiento que los profesionales les proporcionaron cuando estaban aislados de sus seres queridos. Por otro lado, los aspectos con mayor recorrido de mejora fueron la asistencia espiritual y las actividades de entretenimiento durante el ingreso del paciente.

Del análisis del estudio se desprende que los pacientes con resultados más bajos, en sus valoraciones fueron los tramos etarios más inferiores y según se incrementaba el tramo de edad las puntuaciones sobre las cuestiones realizadas eran más altas en relación con la atención y los servicios recibidos.

El trato y la atención de los profesionales del ámbito de la salud, los cuidados proporcionados y el posterior seguimiento, han sido aspectos muy bien valorados que se repitieron en casi todas las conversaciones y en conjunto, y a pesar del contexto pandémico los profesionales fueron muy bien valorados por los pacientes en relación a la humanización de su atención.

4.2. ANÁLISIS EXTERNO

Para analizar la situación actual, vamos a describir de forma diferenciada, las experiencias a nivel nacional y a nivel internacional, comenzando por estas últimas:

4.2.1. DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

En los últimos años, estamos viviendo un cambio de modelo de los sistemas sanitarios a nivel mundial en el que se coloca a las personas en el centro de las organizaciones y donde es necesario acoger, escuchar, entender y facilitar no solo a los individuos enfermos, también hay que cuidar a las familias y a los profesionales sanitarios.

A principios del siglo XXI, en Estados Unidos, el Instituto de Medicina añadió el significado de “atención centrada en el paciente y familia”. Esto significó la transformación del modelo paternalista clásico a un modelo de atención respetando la autonomía y voluntad de los pacientes. Así, en 2010 la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio de EEUU creó el Instituto de Investigación de Resultados centrados en Pacientes (PCORI), para dar peso a la perspectiva de atención centrada en los pacientes y realizar investigaciones sobre la efectividad comparativa de las intervenciones clínicas. Su misión incluye el compromiso para promover investigaciones guiadas por pacientes, cuidadores y médicos.

Posteriormente, las asociaciones profesionales de médicos de Atención Primaria en EEUU acordaron en 2017 un concepto organizativo de Atención Primaria llamado Casas Médicas Centradas en el paciente (Patient-Centered Medical Homes)

Junto a las asociaciones profesionales, las asociaciones de pacientes han adquirido mayor protagonismo a nivel mundial y así la OMS reconoce una variedad de enfoques para asegurar la participación comunitaria, incluyendo la participación de las asociaciones de pacientes y usuarios de los servicios a nivel nacional y local, como una oportunidad para el fortalecimiento de la abogacía de la atención centrada en las personas a través de la influencia de estos grupos en la financiación, planificación y provisión de servicios

El concepto de participación en los sistemas sanitarios comenzó a desarrollarse a partir de las propuestas de salud que, en los años 1970, trataban de promover la capacidad de las personas para adoptar voluntariamente comportamientos que les permitiesen alcanzar y mantener un estado de salud personal y colectivo, y fue ampliamente elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la estrategia “Salud para todos”, y reitera la importancia de la participación en los procesos de salud tanto individuales como de ámbito colectivo y en contextos locales y regionales.

La participación puede ser diferente dependiendo del lugar; así en EEUU han promulgado formas específicas de organización comunitaria y activismo, fuertemente influenciadas por los primeros movimientos laborales y posteriores por los derechos civiles. A modo de ejemplo podemos citar la iniciativa Medicina Familiar para la Salud de Norte América (“Family Medicine for America’s Health”), formada por las principales organizaciones de medicina de familia de EEUU, que identificó la participación de los pacientes como una prioridad en su estrategia.

Se han elaborado planes y estrategias a nivel mundial, entre los que podemos citar los ejemplos de Brasil (especialmente con pacientes frágiles o donde el riesgo de deshumanización es elevado como en UCI) y Estados Unidos.

En Europa, también existen diferentes iniciativas para mejorar la humanización de la asistencia, y así la Unión Europea recomienda rediseñar las estrategias de salud teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios de los sistemas de salud.

En relación con iniciativas concretas, podemos destacar el programa desarrollado por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido cuyo objetivo principal es poner a la persona en el centro de la atención sanitaria. Profundiza en seis valores denominándolo “las seis C”: Cuidados, Compasión, Coraje, Comunicación, Competencia y Compromiso (“Cares, Compassion, Courage, Comunicación, Competence y Commitment”), para construir una cultura de atención humanizada basada en estos seis valores.

En este escenario europeo, también es importante considerar el papel de los pacientes y en concreto, para impulsar sus derechos se creó la Red de Ciudadanía Activa, que fue sustituida por el Foro Europeo de Pacientes, que ha conseguido ser considerada como interlocutor válido para Parlamento Europeo, la Comisión y la Agencia Europea de los Medicamentos.

En relación con esta participación, el ya citado Consejo de Europa realizó recomendaciones respecto a la participación ciudadana en salud: los gobiernos deben desarrollar políticas y estrategias que promuevan la participación en la toma de decisiones en el cuidado de la salud, y proveer para su difusión, seguimiento y actualización, así como un entorno que apoye la participación y la responsabilidad de las personas en la toma de decisiones en el cuidado de la salud.

Como ejemplos de esta participación podemos citar a Alemania, donde la participación social para la promoción de la salud municipal se está integrando a través de sectores gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y grupos de acción ciudadana, mientras que en el Reino Unido, se han establecido “Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care” (CLAHRC), cuyo papel es reunir a las universidades, las organizaciones locales de salud y atención social, el Servicio Nacional de Salud y los ciudadanos, que apoyan la participación pública.

Actualmente, la transformación y el desarrollo tecnológico constituyen una oportunidad de mejora para que pacientes y profesionales se acerquen dentro del sistema sanitario. Ejemplos como la incorporación de las APPs en dispositivos móviles y tabletas para gestión de citas, visualización de la propia historia clínica, las citas telefónicas, nos confirman que las nuevas tecnologías y las nuevas formas de realizar la actividad asistencial han llegado para ser facilitadores en la humanización de la asistencia sanitaria.

Las nuevas tecnologías han demostrado ser útiles para abordar barreras geográficas y del lenguaje en zonas remotas. Del mismo modo, ha demostrado facilitar el cuidado de enfermedades crónicas, los resultados clínicos y la experiencia del paciente y su cuidador.

Existen estudios que demuestran que el acceso de los pacientes a su historia clínica mejora la toma de decisiones compartidas, el autocuidado y la satisfacción del paciente. Así mismo, cuando los pacientes reportan sus resultados de salud a los profesionales sanitarios se ha demostrado que mejora la relación, el diagnóstico, la calidad de la atención clínica y el manejo de las condiciones de salud.

Enlazando con esta situación, también están desarrollándose cambios jurídicos, a través de la tramitación o aprobación de diferentes normas. Como ejemplo, tenemos la Resolución del Parlamento Europeo, de 18 de diciembre de 2019, sobre la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable [2019/2804(RSP)].

En este sentido, la relación entre el desarrollo tecnológico y el modelo de prestación de atención centrada en la persona ha permitido identificar oportunidades de la utilización de las tecnologías de la comunicación y en red para conectar a pacientes y profesionales sanitarios, existiendo ejemplos de varias experiencias en Estados Unidos (Por ejemplo “Sanford Health” o “Sanford Cancer Center”).

En este escenario, existe el riesgo de focalizarse en la búsqueda de los mejores avances científico-técnicos de la asistencia sanitaria, olvidándose de otros aspectos fundamentales que son los relacionados con la esfera familiar y personal del paciente y usuarios.

Es por todo esto que, en la actualidad, es cada vez más necesario volver a enfocar la sanidad en la atención al paciente y sus familiares como personas, siendo clave que todo profesional sanitario reúna conocimientos científicos, unidos a conocimientos y habilidades de humanización.

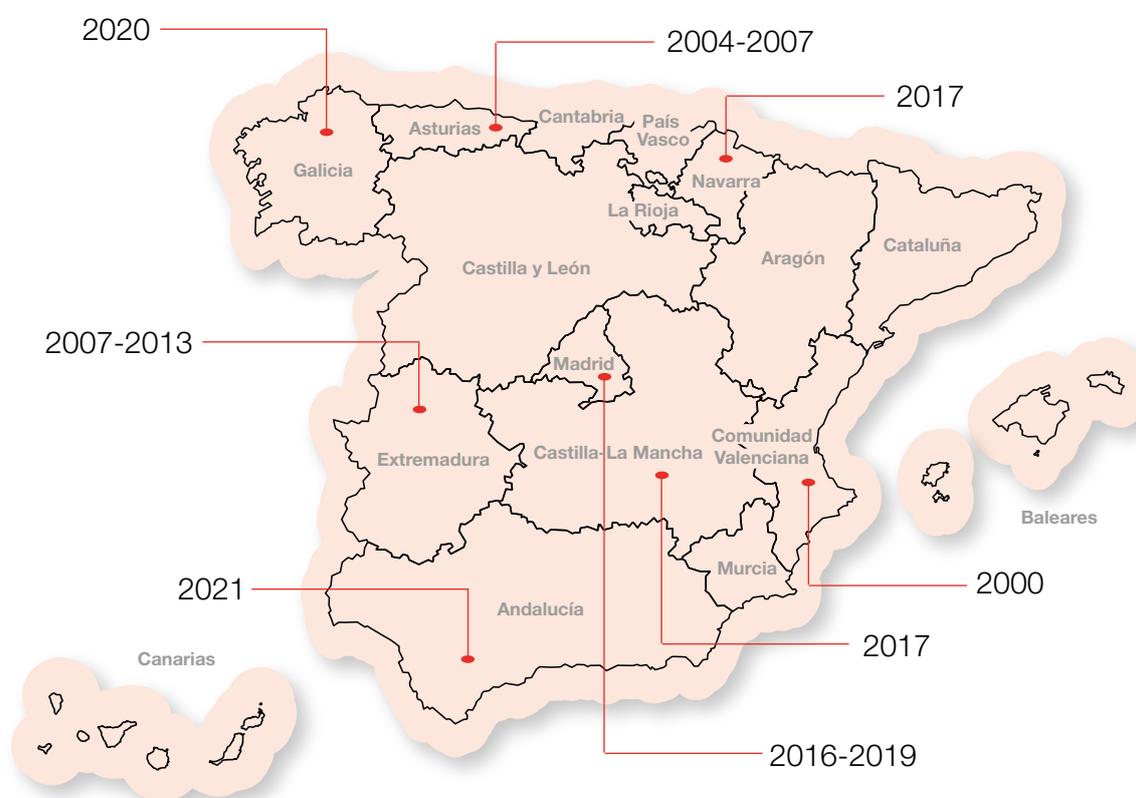
4.2.2. DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS NACIONALES

A nivel nacional, en 1984, el Sistema Nacional de Salud crea el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria del INSALUD, donde se recogen conceptos de humanización para contemplar las solicitudes de los ciudadanos, e incorporarlos a la organización sanitaria.

Este plan preveía la creación del Servicio de Atención al Paciente y una Comisión de Humanización de la Asistencia, la citación previa en consultas externas, la ampliación del horario de visitas en los hospitales y adopción de medidas para que la madre o el padre puedan acompañar a su hijo/a ingresado/a en el hospital el mayor tiempo posible.

Además, anunciaba realizar encuestas post-hospitalización para controlar la calidad de la asistencia, presencia de profesorado en hospitales infantiles, la posibilidad de elegir entre tres comidas diferentes, la creación de bibliotecas para pacientes y la sensibilización sobre donaciones de órganos. Desarrolló igualmente una Carta de Derechos y Deberes identificando 16 derechos y 8 obligaciones de pacientes.

A partir de entonces, como se puede ver en la siguiente ilustración, en nuestro país se han desarrollado varios planes de humanización en el seno de las políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas.



Fuente: Elaboración propia

Ilustración 1: Fechas de publicación planes de humanización

Como podemos observar y tomando como punto de corte el Plan de la Comunidad de Madrid, nos encontramos con tres experiencias previas (Valencia, Asturias y Extremadura) y cuatro posteriores (Castilla La Mancha, Navarra, Galicia y Andalucía), que vamos a resumir a continuación:

- La Comunidad Valenciana publicó en el año 2000, su Plan de Humanización de la Atención Sanitaria que se estructura en 6 líneas estratégicas: la atención sanitaria y la información al paciente, la asistencia sanitaria, la formación, el ámbito de las infraestructuras y la hostelería, una línea de acciones específicas y otra referida al voluntariado.
- Posteriormente, e inmerso en el plan de Calidad Total, se ha desarrollado el Plan de Humanización de la Atención sanitaria en la Comunidad Valenciana del 2004, cuyo objetivo más importante es lograr la confianza de los ciudadanos en el sistema sanitario, en los servicios asistenciales y en los profesionales. Pensando en los pacientes se impulsaron actividades para mejorar la calidad percibida y la satisfacción de los pacientes cuando acuden a los centros sanitarios.

- Del desarrollo de estas actividades derivan la Carta al Paciente, los programas de acogida y despedida del paciente en régimen hospitalario, la regulación de la Comisión de Consentimiento Informado, Consejo Asesor de Bioética, Comités de Bioética Asistencial y Comisión de Reproducción Humana Asistida, así como la creación del registro y documento de voluntades anticipadas de la Comunidad Valenciana.

El Principado de Asturias estableció un Plan de confortabilidad del Servicio de Salud (2004-2007), que contaba con 4 líneas estratégicas:

- La primera línea se basa en Humanización de los servicios sanitarios y calidad de trato, referido a la calidad de trato y calidad de la información que se le ofrece al ciudadano cuyo objetivo es intentar dar una atención lo más personalizada posible, mediante el establecimiento de un verdadero “plan de los pequeños detalles” a fin de incrementar la calidad percibida por los usuarios y mejorar la satisfacción de los mismos con los servicios sanitarios.
- La segunda línea es la encaminada a la Mejora de la accesibilidad externa e interna a los centros y servicios sanitarios como elemento básico del principio de equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias eliminando barreras y creando circuitos de fácil acceso, y facilidad de comunicación entre niveles de atención.
- La tercera es la Mejora en el confort de las condiciones hosteleras y de uso de que disfrutaban los pacientes y ciudadanos en los centros sanitarios, ya que las mismas constituyen unos elementos esenciales de la calidad percibida por éstos en la atención recibida.
- La cuarta línea estratégica se dedica a los Espacios libres de humo: Aire saludable; en esta línea se actuaba sobre el hábito de fumar en los centros sanitarios para responder a una demanda legal y social de aire limpio en sus instalaciones, ya que se prohibió completamente en los interiores de los centros sanitarios desde el 2005.

El Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE) 2007- 2013 incluye un enfoque estratégico que confluye en tres planos. El proceso de atención a la salud y a la enfermedad, las dimensiones de la humanización y los ejes estratégicos del propio Plan.

El primer plano viene representado por el proceso de atención a la salud y a la enfermedad del SSPE, con cuatro grandes cometidos: conservar la salud, mejorar o curar la enfermedad y vivir con enfermedad o discapacidad. El segundo plano, viene representado por las dimensiones de la humanización identificadas en los estudios realizados durante el proceso de elaboración del Plan. El tercer plano, representa los cinco ejes estratégicos del Plan, donde se encuadran los objetivos y líneas de actuación del mismo: La atención e información al paciente/usuario, la asistencia sanitaria integral, los profesionales, agentes activos de la humanización, infraestructuras y hostelería y la implicación y participación ciudadana.

Con una orientación más integral, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha aprueba en 2017 el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Plan Dignifica. Sus cinco líneas estratégicas y veinticinco medidas 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 socio-sanitarias, grupos de autoayuda o colectivos de familiares y personas afectadas.

También en el año 2017 el Sistema Navarro de Salud da a conocer su Estrategia de Humanización. Como objetivos específicos, la Estrategia persigue reorientar el sistema sanitario hacia la atención a la persona, dignificar el trato ofrecido, fomentar la cultura de la humanización dentro del sistema sanitario, crear las condiciones necesarias para desarrollarla y ofrecer apoyo a los profesionales. Incluye cinco líneas de actuación: cultura de la humanización, calidez de trato, información-comunicación, adecuación del entorno y directrices para la gestión. El Gobierno foral incorporó indicadores de humanización en los pactos de gestión y en los cuadros de mando. Al mismo tiempo se constituyeron comités en diferentes ámbitos de atención en los que participan más de 150 personas, entre voluntarios, pacientes y familiares, que aportan su visión como usuarios.

En enero de 2020 la Xunta de Galicia presentó su Estrategia de humanización de la asistencia sanitaria con cuatro ejes fundamentales:

- El primero, llamado de “Relación entre las personas”, programa medidas como facilitar a los pacientes el acceso a la documentación, desarrollar un catálogo específico de formación continuada para profesionales del Sergas, la realización de jornadas de humanización sanitaria en los distintos centros de salud o medir de forma periódica el nivel de satisfacción de la ciudadanía respecto a los distintos servicios asistenciales.
- El segundo eje, denominado “Procesos de atención integrales y centrados en las personas”, propone la implantación de mejoras que permiten el descanso en los pacientes, facilitar a las familias un horario de información o desarrollar protocolos de apoyo emocional a los familiares, simplificar los trámites administrativos y poder realizar todas sus citas en un día.
- El tercer eje se refiere a los “Espacios y servicios de apoyo a las personas”, el ocio, los menús y el ruido.
- Por último, el plan plantea un eje de “Integración con la sociedad”, con medidas para mejorar la conciliación laboral y familiar y propone abrir los espacios sanitarios a la ciudadanía, promover la participación social, una alianza con los medios de comunicación para la educación en salud y apoyar a otras organizaciones en planes de promoción de vida saludable.

En abril de 2021 se publica el Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La identificación de las líneas estratégicas parte de la propuesta de las siguientes áreas transversales: área organizacional (Generar una cultura de humanización que impregne a toda la Organización), área estructural (Promover espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto por la dignidad del paciente), área asistencial (Potenciar una atención de calidad, personalizada, que contemple todas las dimensiones de la persona y aporte resultados tangibles para el paciente) y área relacional (Centrar la atención sanitaria en un marco de escucha activa, comunicación, decisiones compartidas y corresponsabilidad con la el Sistema Sanitario Público de Andalucía), desde un enfoque holístico donde las áreas están interrelacionadas.

En la siguiente figura se pueden ver las líneas o ejes estratégicos de los planes de las comunidades posteriores al de la Comunidad de Madrid y anteriormente referidos.

Castilla La Mancha	Navarra	Galicia	Andalucía
Información y comunicación	Cultura de huanización	Relación entre las personas	Generar una cultura de humanización que impregne a toda la organización
Asistencia sanitaria integral e integrada	Calidad de trato	Procesos de atención integrales y centrados en las personas	Promover espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto por la dignidad del paciente
Profesionales, parte activa de la humanización	Información y comunicación	Espacios y servicios de apoyo a las personas	Potenciar una atención de calidad personalizada que contemple todas las dimensiones de la persona y aporte resultados tangibles para el paciente
Servicios generales, espacios y confort	Adecuación del entorno	Integración con las sociedad	Centrar la atención sanitaria en un marco de escucha activa, comunicación, decisiones compartidas y corresponsabilidad con el SSPA
Participación ciudadana	Directrices para la gestión		

Fuente: Elaboración propia

Figura 3: Planes y líneas estratégicas autonómicos 2017-2021.

Como puede advertirse, aunque la preocupación de todos ellos es abarcar la atención sanitaria enfocada en el paciente, la información que este recibe o la amabilidad de los entornos, con el tiempo las estrategias de humanización han ido incorporando conceptos como cambios en la cultura organizacional, la incorporación ciudadana y asociativa, la importancia de la participación de las personas significativas para el paciente y la necesidad del cuidado de los profesionales añadiendo conceptos como el salario emocional y la formación en autocuidado para evitar el desgaste profesional.

En este sentido, y para poder apreciar la evolución de las diferentes líneas de trabajo establecidas en algunos de los distintos planes autonómicos a lo largo de todos estos años, a continuación, presentamos una tabla con los mencionados.

Tabla XV: Comparativa temas de líneas de los distintos planes autonómicos 2000-2021

Comunidad Autónoma	Valencia	Asturias	Extremadura	Castilla La Mancha	Navarra	Galicia	Andalucía
Líneas / Año	2000	2004-2007	2007-2013	2017	2017	2020	2021
Cultura					X		X
Atención centrada en el paciente (relación personalizada, trato, información, etc.)	X	X	X	X	X	X	X
Formación	X						
Actividades específicas	X						
Profesionales			X	X			
Infraestructuras, espacios y entornos	X	X	X	X	X	X	
Asistencia sanitaria (accesible, integral, con decisiones compartidas, etc.)	X	X	X	X		X	X
Innovación tecnológica aplicada a la humanización							X
Participación ciudadana, sociedad (incluido voluntariado)	X		X	X		X	
Gestión humanizada					X		

Fuente: Elaboración propia

Tal y como se observa en la tabla anterior, todos los planes de humanización centran en las personas sus estrategias y aunque en el enunciado de sus ejes no se encuentren explícitamente alguna de estas líneas, todos ellos tienen objetivos y acciones dirigidas a la atención sanitaria centrada en las personas, pacientes y profesionales, los entornos y espacios y un avance en la cultura de humanización con una necesaria implicación de un liderazgo humanizado.

Asimismo, en otras Comunidades Autónomas, aunque no cuenten con un plan estratégico específico, la humanización forma parte sus planes de salud o se encuentran en fase de elaboración del mismo y, del mismo modo, colectivos y asociaciones profesionales realizan iniciativas y proyectos en esta materia (Por ejemplo, la Guía de Humanización de la Sociedad española de farmacia Hospitalaria, accesible en:

<https://www.sefh.es/guia-humanizacion/docs/guia-humanizacion-espanol.pdf>

Estas iniciativas de promoción y desarrollo de la humanización también incluyen al ámbito no sanitario y así, los empresarios deben cuidar que su empresa se mantenga socialmente sana, humanamente respetuosa y económicamente rentable.

Por otra parte, también en nuestro país, la participación ciudadana y las actuaciones de las asociaciones de pacientes se entienden como un elemento clave de la política actual, junto con la transparencia y la rendición de cuentas.

Así en el año 2003, treinta y siete asociaciones de pacientes aprobaron la Declaración de Barcelona y, para dar cohesión a estas asociaciones organizadas por patologías y sin un vínculo común, se constituyó en el año 2004 el Foro Español de

Pacientes (FEP), con la finalidad de promover la participación de los afectados por la enfermedad en los procesos de toma de decisiones que les afectan y trasladar la democracia formal a las políticas públicas y al gobierno de los centros sanitarios.

Esta iniciativa precursora del movimiento asociativo de los pacientes en nuestro país, fue continuada años por la constitución de nuevas organizaciones transversales como la Alianza General de Pacientes (AGP) o la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).

Además, en España, el Sistema Nacional de Salud incorporó, mediante la Ley 41/2002, “el reconocimiento explícito de la capacidad de elección e influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen”.

En resumen, los pacientes del siglo XXI no solo tienen acceso a la información, sino que la comparten generando su enfoque y experiencia, y en este nuevo modelo, son capaces de tomar sus propias decisiones en cuanto a la gestión de su enfermedad o, simplemente, la incorporación de hábitos saludables a su estilo de vida.



5. Reflexión estratégica

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

La reflexión estratégica parte de la misión, visión y valores de la misma. Con ellas, y después de realizar un análisis interno y externo a nuestra organización sobre la situación de la humanización, se elaboró la matriz DAFO-CAME para establecer las líneas estratégicas.

5.1. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

Como base de nuestra estrategia de humanización de la asistencia sanitaria y de acuerdo con la evolución de los últimos años, hemos revisado la misión, visión y los valores de nuestra organización estableciendo las que se expresan a continuación:

MISIÓN

Somos una organización sanitaria con el propósito de curar, cuidar y acompañar a las personas a lo largo del proceso asistencial, teniendo en cuenta sus necesidades y circunstancias, mediante un abordaje personalizado y holístico.

VISIÓN

Alcanzar la excelencia en humanización para todos los agentes de interés, desarrollando una atención centrada en las personas, que sea de referencia para otras organizaciones y servicios sanitarios.

VALORES

- **Respeto:** Reconocimiento, consideración y tolerancia hacia todas las personas
- **Compasión:** Percepción y comprensión del sufrimiento de las personas.
- **Empatía:** Comprensión del universo emocional de las personas, escuchando y aceptando su situación sin juzgarla.
- **Honestidad:** Comportamiento íntegro, honrado, ético, justo y sincero.
- **Compromiso:** Cumplimiento responsable de la labor profesional desarrollando al máximo las capacidades y las actitudes, tanto en aspectos científico-técnicos como en las relaciones interpersonales.
- **Trato excelente:** Conducta de respeto e interacción humanizada con las personas.
- **Solidaridad:** Poner las capacidades individuales al servicio de los demás.
- **Equidad:** Compromiso para facilitar el acceso a los distintos recursos, potenciando la escucha y atendiendo a las necesidades de las personas, evitando las diferencias por razón social, económica, género, cultura y etnia.

5.2. ANÁLISIS DAFO Y CAME

Como resultado del análisis de situación previo se realizó un diagnóstico estratégico mediante la metodología DAFO-CAME.

En primer lugar, el ejercicio DAFO nos permitió realizar un análisis interno de las debilidades y fortalezas de la humanización de la asistencia sanitaria en nuestra organización, así como un análisis externo de las amenazas y oportunidades que se presentan en este ámbito, entendidas como factores que no dependen directamente de la organización pero que nos afectan.

Partiendo del análisis DAFO se elaboró una matriz de priorización CAME, con el fin de definir las acciones y estrategias que nos ayuden a establecer una estrategia de reorientación para corregir las debilidades, una estrategia de supervivencia para afrontar las amenazas, una estrategia defensiva para mantener las fortalezas y una estrategia ofensiva que nos ayude a explotar las oportunidades.

Las matrices resultantes se presentan en las siguientes figuras:

ANÁLISIS DAFO			
DEBILIDADES	Implantación cultura y liderazgo	Sobrecarga física y emocional por el impacto de la pandemia por COVID-19	AMENAZAS
	Reconocimiento de la labor de los profesionales	Situación de crisis socio-económica	
	Nivel de conocimiento del plan de humanización	Dificultad para la sostenibilidad del sistema sanitario	
	Participación en actividades de humanización	Impacto de los posibles cambios legislativos y estructurales	
	Formación en humanización	Tendencia a la despersonalización de la atención al paciente	
	Infraestructuras, entornos y espacios sanitarios	Priorización de aspectos científico-técnicos frente a los de humanización	
FORTALEZAS	Estructura organizativa humanización	Enfoque de la atención centrada en el paciente	OPORTUNIDADES
	Objetivos de humanización en los contratos de gestión	Planes y actuaciones estratégicas nacionales e internacionales	
	Creación y desarrollo de la Escuela Madrileña de Salud	Relevancia del papel de las asociaciones de pacientes	
	Modelo Excelencia en Humanización SER+HUMANO	Interés del paciente en toma de decisiones y corresponsabilidad en el cuidado de su salud	
	Mecanismos para escuchar la voz de pacientes y profesionales	Desarrollo tecnológico	
	Satisfacción con la humanización (índice de humanización y COVID-19)	Concepto humanización extendido a ámbitos no sanitarios	
ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	

Figura 4: Análisis DAFO.

Una vez establecidos los componentes del análisis DAFO, presentamos su traducción en la matriz CAME y concretamente en el establecimiento de las correspondientes líneas estratégicas.

ANÁLISIS DAFO - CAME			
		AMENAZAS	OPORTUNIDADES
		Sobrecarga física y emocional por el impacto de la pandemia por COVID-19	Enfoque de la atención centrada en el paciente
		Situación de crisis socio-económica	Planes y actuaciones estratégicas nacionales e internacionales
		Dificultad para la sostenibilidad del sistema sanitario	Relevancia del papel de las asociaciones de pacientes
		Impacto de los posibles cambios políticos y estructurales	Interés del paciente en toma de decisiones y corresponsabilidad en el cuidado de su salud
		Tendencia a la despersonalización de la atención al paciente	Desarrollo tecnológico
		Priorización de aspectos científico-técnicos frente a los de humanización	Concepto humanización extendido a ámbitos no sanitarios
		ESTRATEGIA DEFENSIVA MANTENER FORTALEZAS	ESTRATEGIA OFENSIVA EXPLOTAR OPORTUNIDADES
FORTALEZAS	Estructura organizativa humanización	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consolidación de la estructura de humanización. ■ Capacitación de los pacientes y ciudadanos. ■ Desarrollo del Modelo de Excelencia en Humanización SER+HUMANO. ■ Promoción de estudios de la percepción de los profesionales. ■ Impulso del conocimiento de la Escuela Madrileña de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción de mecanismos de participación de pacientes y ciudadanía. ■ Impulso de acciones para que el paciente exprese su voluntad y se favorezca la toma de decisiones compartida. ■ Utilización de los avances tecnológicos en la mejora de la humanización. ■ Estudios sobre la vivencia de los pacientes en relación con la humanización. ■ Establecimiento de alianzas. ■ Potenciación de una atención centrada en la persona.
	Objetivos de humanización en los contratos de gestión		
	Creación y desarrollo de la Escuela Madrileña de Salud		
	Modelo Excelencia en Humanización SER+HUMANO		
	Mecanismos para escuchar la voz de pacientes y profesionales		
Satisfacción con la humanización (índice de humanización y COVID-19)			
DEBILIDADES	Implantación cultura y liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impulso del cuidado de los profesionales como agentes de humanización. ■ Fomento de una organización saludable. ■ Formación y sensibilización de profesionales en humanización. ■ Promoción de la mejora de la experiencia del paciente. ■ Adaptación de los entornos sanitarios a las necesidades de las personas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción de la cultura de humanización en la organización. ■ Fomento del liderazgo en humanización de los equipos directivos. ■ Comunicación y difusión de las actividades de humanización. ■ Establecimiento de sistemas de reconocimiento de iniciativas innovadoras y buenas prácticas. ■ Mejora de la información y comunicación. ■ Establecimiento de entornos humanizados.
	Reconocimiento de la labor de los profesionales		
	Nivel de conocimiento del plan de humanización		
	Participación de los profesionales en actividades de humanización		
	Número de profesionales con formación en humanización		
Infraestructuras, entornos y espacios sanitarios			
		ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA AFRONTAR AMENAZAS	ESTRATEGIA DE REORIENTACIÓN CORREGIR DEBILIDADES

Figura 5: Análisis DAFO-CAME.

Como resultado del análisis DAFO-CAME, nos encontramos con diferentes líneas de actuación que hemos agrupado en cuatro ejes de acuerdo a la siguiente figura en la que representamos cuatro círculos de la humanización partiendo del más nuclear centrado en la relación con las personas que atendemos en los servicios sanitarios, a continuación los entornos o espacios donde realizamos esta atención, los profesionales cómo agentes básicos de estas actuaciones y en la capa más externa, los aspectos relacionados con nuestra organización incluyendo el liderazgo.

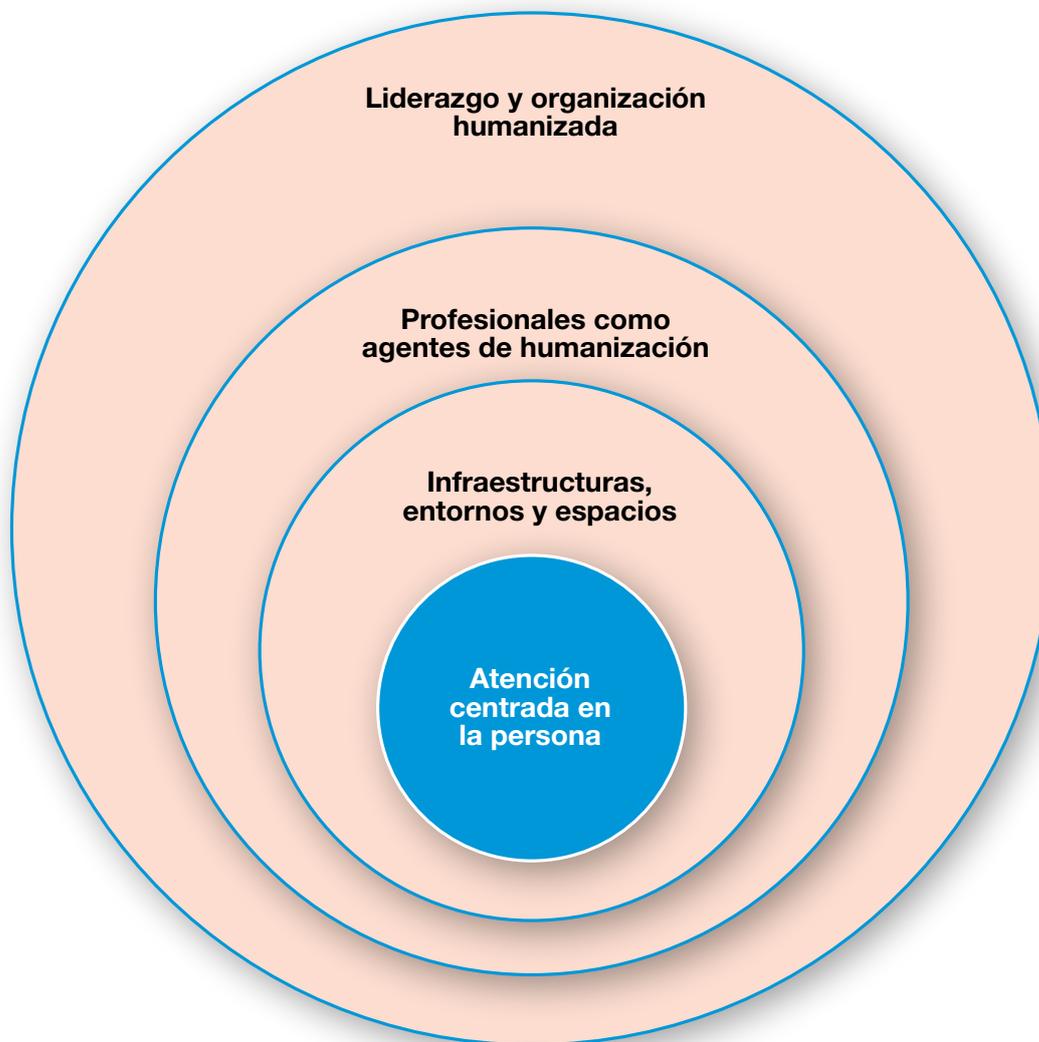


Figura 6: Círculos de la humanización

Por lo tanto, nuestras líneas estratégicas de actuación se incluirán en cuatro grandes ejes que responden a estos cuatro círculos:

- I.** Atención centrada en la persona
- II.** Infraestructuras, entornos y espacios
- III.** Profesionales como agentes de la humanización
- IV.** Liderazgo y organización humanizada

En conjunto toda esta reflexión estratégica incluyendo la misión, visión, valores y estos cuatro ejes de actuación, los vemos representados en la siguiente figura:

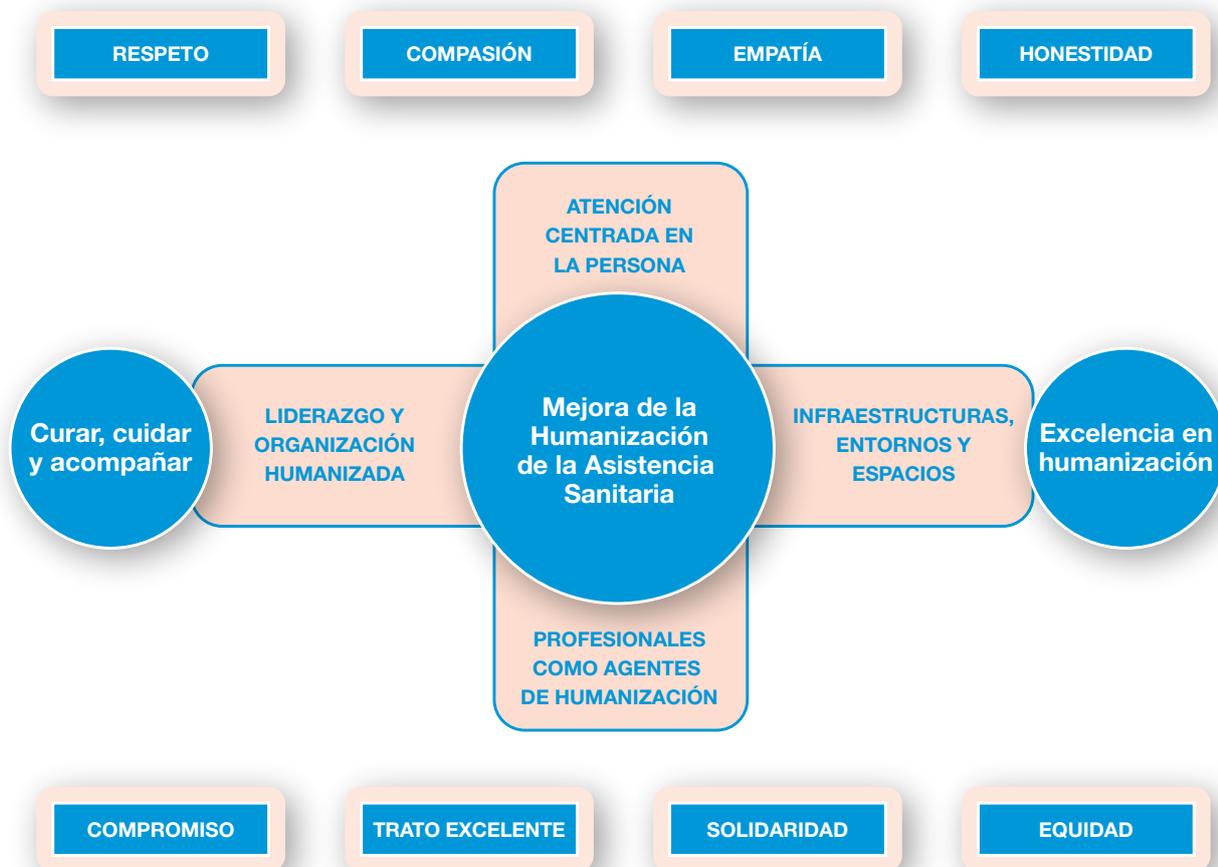


Figura 7: Elementos de la reflexión estratégica

Con todos estos elementos y teniendo en cuenta las estrategias de actuación identificadas en el análisis CAME para mantener nuestras fortalezas y corregir nuestras debilidades internas, afrontando las amenazas y explotando las oportunidades externas que se nos presentan, se establecen las siguientes líneas estratégicas:

5.3. EJES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las líneas estratégicas se agrupan en los cuatro ejes establecidos con la siguiente distribución:

EJE 1. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- **Línea 1.1.** Atención personalizada.
- **Línea 1.2.** Capacitación en salud de las personas.
- **Línea 1.3.** Integración de la voz de los pacientes y de la ciudadanía.
- **Línea 1.4.** Recursos telemáticos y telemedicina.

EJE 2. INFRAESTRUCTURAS, ENTORNOS Y ESPACIOS

- **Línea 2.1.** Accesibilidad física cognitiva y comunicativa.
- **Línea 2.2.** Información y señalización.
- **Línea 2.3.** Espacios humanizados.

EJE 3. PROFESIONALES COMO AGENTES DE HUMANIZACIÓN

- **Línea 3.1.** Sensibilización y formación.
- **Línea 3.2.** Acogida y reconocimiento.
- **Línea 3.3.** Profesionales y equipos saludables.

EJE 4. LIDERAZGO Y ORGANIZACIÓN HUMANIZADA

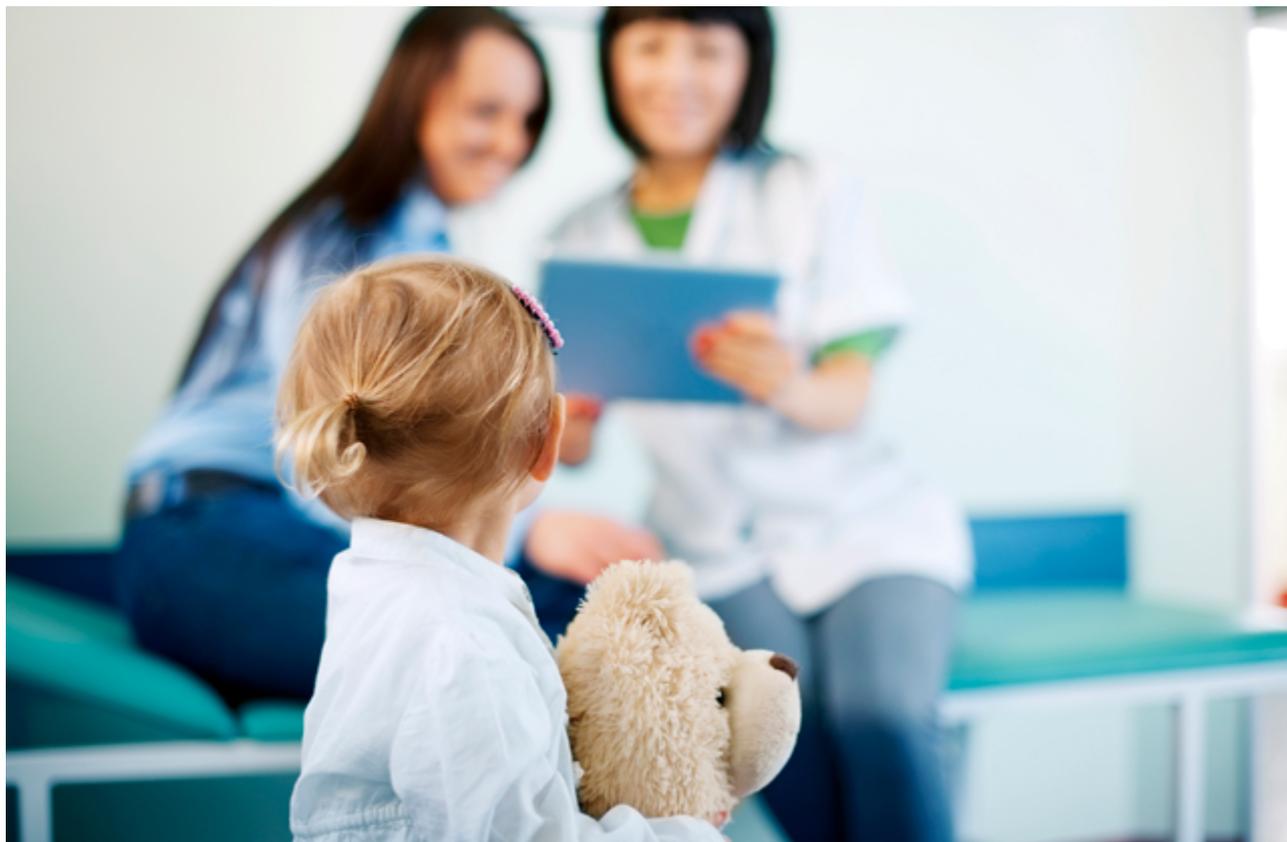
- **Línea 4.1.** Cultura de humanización.
- **Línea 4.2.** Liderazgo en humanización.
- **Línea 4.3.** Estructura organizativa para la humanización.
- **Línea 4.4.** Modelo de excelencia en humanización.
- **Línea 4.5.** Alianzas.



6. Ejes, líneas, objetivos y acciones

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

A **continuación**, se describen para cada uno de los cuatro ejes, sus líneas estratégicas y dentro de ellas, sus objetivos y las actuaciones para su consecución.



6.1. EJE 1. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

La atención centrada en la persona consiste en proporcionar atención y cuidados atendiendo a su concepción holística como ser único, dando respuesta no solo a sus necesidades físicas, sino atendiendo también su esfera mental, emocional, social y espiritual; se diferencia de otros modelos de atención en que en éste se reconoce de manera efectiva el papel central del paciente, pero también prestando atención a sus personas significativas, e implicándoles activamente en los procesos que les atañen.

Este modelo va más allá de la perspectiva del paciente, pues comprende también la salud de la persona en su propia comunidad, en los diferentes niveles de atención, durante toda la vida y de una forma sostenible y rentable (Declaración de Ginebra el 30 de abril de 2014 sobre la Atención Integral de Salud para Todos).

En este Eje, se ha considerado la importancia de diferentes elementos que se consideran como claves de la atención centrada en la persona:

- En primer lugar, **acoger**, que implica mejorar tanto la accesibilidad de pacientes y usuarios al sistema sanitario como su experiencia a lo largo de todo el proceso asistencial.
- En segundo lugar, **escuchar**, que tiene como objetivo fundamental ampliar la implicación y participación de las personas en las decisiones que afectan a su salud, garantizando su autonomía.
- En tercer lugar, **entender**, que busca avanzar en una comprensión más integral del paciente, para así mejorar su experiencia; esto comprende varios aspectos, como la consideración del paciente desde una óptica biopsicosocial y humanista, teniendo en cuenta la información sobre su situación familiar y socioeconómica, y la reevaluación de procesos asistenciales a partir de la información facilitada por los pacientes y sus personas significativas sobre su experiencia y qué es lo que valoran en mayor medida a lo largo de la misma.
- Por último, **facilitar**, que requiere un enfoque más personalizado e integral, así como la implicación de todos los agentes en el cuidado y seguimiento de los pacientes y la consolidación de logros y mejoras en la atención prestada.

Por ello, la filosofía de este Plan está marcada por la escucha de la voz de las personas, la consideración de sus derechos, la recogida de su vivencia, la atención de sus necesidades y la implantación de un modelo de relación afectivo-efectivo, que deben ser los principios que guíen la atención centrada en la persona.

En conjunto, se trata de establecer una base de valores que permitan prestar una atención individualizada, integral y humanizada, en la que la persona sea protagonista de su proceso de salud. Con ello, se tiende a que las unidades de servicios centrales y los centros y servicios sanitarios se adapten a las personas, tanto pacientes y usuarios como sus personas significativas, personas que cuidan, profesionales y la ciudadanía en su conjunto, con el fin de avanzar en la construcción de un sistema sanitario acorde con la realidad social actual.

LÍNEAS, OBJETIVOS Y ACCIONES

Este eje se configura en las siguientes cuatro líneas estratégicas: “Atención personalizada”, “Capacitación en salud de las personas”, “Integración de la voz de los pacientes y de la ciudadanía” y “Recursos telemáticos y telemedicina”.

Línea 1.1. Atención personalizada

En los últimos años se ha avanzado progresivamente en una adaptación del funcionamiento de la organización sanitaria a las características propias de nuestros pacientes, como por ejemplo, pediátricos, crónicos o con patología oncológica, y a determinados procesos asistenciales, como pueden ser los partos y los ingresos en unidades de cuidados intensivos.

Profundizando en esta cuestión, una de las dimensiones clave de una atención centrada en la persona es la personalización del proceso asistencial de manera que se adapte a las necesidades individuales, con especial cuidado en el momento de la acogida, la facilitación de información de calidad, la preservación de la intimidad de los pacientes y la mejora del seguimiento y continuidad de sus procesos, así como prestando atención a la experiencia personal.

En el proceso de acogida a pacientes y sus personas significativas en un centro hospitalario se les debe proporcionar información sobre los aspectos organizativos del centro que ayuden a facilitar su estancia; para ello es fundamental actualizar de forma periódica las guías de acogida y potenciar el papel del personal de acogida e información.

Con el fin de mejorar la acogida, se facilitará el acompañamiento de los pacientes por parte de sus personas significativas y se establecerán circuitos de atención prioritaria para pacientes con necesidades especiales debidas a su fragilidad, discapacidad, a que padezcan enfermedades poco frecuentes o hayan sido víctimas de agresión o violencia, entre otras situaciones.

Otro aspecto de especial relevancia a lo largo de todo el proceso asistencial es la facilitación de información clínica y no clínica, tanto a los pacientes como a sus personas significativas. La mejora de este aspecto incluye la evaluación de instrumentos que faciliten el acceso a la información clínica y a procedimientos y actuaciones en salud. La información escrita y visual existente en los centros debe ser diseñada para ser captada y entendida de forma plena y eficaz, en especial si va dirigida a personas mayores o con algún tipo de discapacidad. En el caso de la información proporcionada personalmente, la comunicación debe realizarse con un trato cálido, afectivo y cercano, adecuado a la capacidad de comprensión y comprobando que se ha entendido la información que hemos proporcionado.

De igual manera, una dimensión a tener en cuenta dentro de la personalización de la asistencia es la preservación del derecho a la intimidad de los pacientes, que incluye una vertiente enfocada a la protección de la confidencialidad de los datos relativos a su salud y otra encaminada a la protección de su intimidad física y psíquica. La propia arquitectura de los centros sanitarios, algunos recursos y procedimientos, la actitud de los profesionales o la instrumentaria facilitada a los pacientes son algunos de los aspectos a cuidar de cara a preservar su intimidad; por ello es importante mantener unas normas mínimas básicas de respeto a la intimidad del paciente.

Con objeto de mejorar la experiencia personal, debemos identificar e incorporar en el proceso de atención aquello que tiene valor para los pacientes y sus personas significativas. Dentro de este objetivo se incluyen acciones como la programación de actividades de ocio grupal (música, cine, teatro...), también para personas significativas de los pacientes, o de visitas presenciales o virtuales para dar a conocer los centros a pacientes y/o ciudadanos, de manera que ayude a que les resulte un espacio más acogedor. Estas acciones potencian el bienestar de las personas desde su entrada hasta su salida del sistema sanitario, mejorando su calidad de vida.

Los objetivos y acciones contemplados en esta línea son los siguientes:

■ **Objetivo 1. Mejorar la accesibilidad y la acogida en los centros**

Acciones

- Elaboración y difusión de recomendaciones sobre procedimientos de accesibilidad y acogida a pacientes y sus personas significativas en los distintos ámbitos asistenciales.
- Identificación y promoción de circuitos de atención prioritaria y acompañamiento para personas en situación de fragilidad, con discapacidad, necesidades especiales, o víctimas de agresión o violencia.
- Revisión y actualización de las guías institucionales de acogida en hospitalización y en centros de salud mental, de información al alta y de atención al duelo, con adaptación para personas con capacidades diferentes.
- Identificación periódica de la necesidad de elaboración de nuevas guías institucionales.
- Difusión y seguimiento de las actuaciones contempladas en el “Manual de apoyo del personal de acogida, información y acompañamiento”.
- Disponibilidad de personal de acogida, información y acompañamiento, según necesidades de cada ámbito asistencial.
- Consolidación del programa de acompañamiento del paciente durante el proceso asistencial por parte de sus personas significativas.

■ **Objetivo 2. Proporcionar información efectiva a pacientes, sus familias y/o personas significativas y personas que cuidan**

Acciones

- Homogeneización y normalización de la información gráfica y visual sobre recursos y normas de funcionamiento de los centros, con adaptación para personas con capacidades diferentes.
- Establecimiento de actuaciones que faciliten la información a pacientes y usuarios sobre procedimientos y actuaciones en salud.
- Facilitación del acceso de los ciudadanos a su información clínica, acorde con criterios normativos y éticos.
- Revisión y actualización de la Resolución 477/2015 por la que se dictan instrucciones para facilitar información clínica personalizada a pacientes, familiares o allegados.
- Seguimiento y evaluación de los instrumentos para facilitar información personalizada a las personas significativas autorizadas por el paciente.

■ **Objetivo 3. Preservar la intimidad de los pacientes**

Acciones

- Identificación y adecuación de zonas críticas en las que se puede vulnerar la intimidad del paciente.
- Establecimiento de espacios específicos para proporcionar información clínica y no clínica preservando la intimidad y la confidencialidad.
- Elaboración y difusión de las normas básicas de respeto a la intimidad del paciente y confidencialidad de sus datos.
- Facilitación de ropa adecuada a los pacientes para respetar su intimidad.

■ **Objetivo 4. Mejorar la experiencia del paciente**

Acciones

- Fomento del análisis periódico de la experiencia del paciente.
- Impulso de la utilización de indicadores de resultados que aporten valor a los pacientes.
- Promoción de la programación de actividades lúdicas y de acompañamiento para pacientes y sus personas significativas.
- Promoción de visitas presenciales o virtuales para dar a conocer el centro a pacientes y/o ciudadanos.

Línea 1.2. Capacitación en salud de las personas

La capacitación en salud es primordial para que las personas dispongan de los conocimientos y herramientas necesarios que les ayuden en la corresponsabilidad y en la toma de decisiones que afectan a su proceso de salud, así como a conseguir una autonomía efectiva.

En los últimos años se ha observado una creciente involucración de pacientes, familias y personas que cuidan, tanto en la prevención de enfermedades como en sus cuidados. Esto conlleva una ampliación de la alfabetización en salud que a su vez implica que las personas aumenten el control sobre su propia salud y esta mejore, por lo que podría ser un determinante en salud.

Para ayudar a dicha alfabetización, la organización debe establecer medidas que favorezcan el acceso y la comprensión de información veraz y fiable sobre salud dirigida a la población. La consolidación y extensión de iniciativas de educación y ayuda entre iguales como la “Escuela Madrileña de Salud”, “Grupos de Ayuda Mutua” y los programas de “Paciente Experto” y de “Persona que Cuida Experta”, entre otros, está contribuyendo a ello en gran manera.

Otro de los valores que inspiran la humanización de la asistencia sanitaria es el respeto por la autonomía del paciente para decidir sobre las cuestiones que afectan a su salud, garantizando su dignidad y facilitando la planificación compartida de la atención cuando sea posible. Para ello se tratará de facilitar a las personas que así lo deseen, que expresen de forma voluntaria, con antelación suficiente y en el momento en que estén en condiciones de hacerlo, cuáles son sus preferencias y sus decisiones respecto a la atención sanitaria que recibirán como pacientes.

En este sentido, se ayudará a que los pacientes comprendan su enfermedad y las intervenciones que autorizan o rechazan desde una perspectiva global, no sólo terapéutica, considerando sus valores y creencias en la toma de decisiones respecto a su salud. Esto incluye de forma complementaria la toma de decisiones compartidas, la planificación compartida de la atención y las Instrucciones Previas, y este proceso debe tener un enfoque comunicativo y deliberativo, no sólo normativo. De igual manera se trabajará para difundir y promover el cumplimiento de las recomendaciones para la aplicación adecuada de medidas de sujeción física, con el fin de que estas medidas sean proporcionadas y respeten los derechos fundamentales de las personas.

A continuación, se desarrollan los objetivos y acciones que componen esta línea:

■ Objetivo 1. Potenciar la alfabetización en salud de las personas y su capacidad para autocuidarse

Acciones

- Información y formación a las personas sobre autocuidado, hábitos saludables y autogestión de sus enfermedades.
- Promoción del programa “Paciente experto”.
- Promoción del programa “Persona que cuida experta”.
- Promoción del conocimiento y acceso de la ciudadanía a las actividades y recursos de la Escuela Madrileña de Salud.

■ Objetivo 2. Promover la autonomía efectiva del paciente

Acciones

- Definición del marco normativo que regule la planificación compartida de la atención.
- Promoción de la toma de decisiones clínicas compartidas.
- Elaboración de recomendaciones para la planificación compartida de la atención.
- Difusión y promoción del cumplimiento de las recomendaciones para la aplicación adecuada de medidas de sujeción física, de acuerdo a la Resolución 106/2017 por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones en los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.
- Establecimiento de actuaciones para favorecer la deliberación y, en su caso, el otorgamiento de las Instrucciones Previas.

Línea 1.3. Integración de la voz de los pacientes y la ciudadanía

Otro de los aspectos considerado esencial dentro del paradigma de la atención centrada en la persona es el establecimiento de mecanismos para escuchar la voz de pacientes y ciudadanía, con el fin de conocer y entender su vivencia, así como la promoción de estructuras que favorezcan su participación. Estos aspectos son cruciales para avanzar en una comprensión más holística e integral de las personas y facilitar una atención adaptada a sus necesidades, que permita mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, el reconocimiento de que los pacientes pueden ser expertos en su propia enfermedad posibilita una opción de participación real en salud, con un papel más activo en las decisiones e iniciativas puestas en marcha por el servicio sanitario.

Conocer las expectativas y percepciones de los pacientes, de sus familias y/o personas significativas y de las personas que les cuidan resulta muy valioso a la hora de diseñar los espacios e infraestructuras, establecer acciones formativas y reevaluar procesos asistenciales, protocolos o tratamientos que les afectan.

Asimismo, la consolidación de canales de comunicación y cooperación permitirá asesorar a la organización en aspectos relevantes para los pacientes y ciudadanía en general, lo que redundará en una mejora de la salud y bienestar de la población.

Esta línea se compone de los objetivos y acciones que se indican a continuación:

■ Objetivo 1. Promover mecanismos de participación de los pacientes y la ciudadanía

Acciones

- Promoción de la incorporación de pacientes, personas que cuidan, Asociaciones de Pacientes y ciudadanía en aquellos órganos de asesoramiento y participación relacionados con la humanización.
- Promoción de la creación y desarrollo de los Consejos o Comités de Pacientes.

■ Objetivo 2. Conocer la vivencia y percepción de los pacientes y la ciudadanía

Acciones

- Realización de estudios para conocer la percepción de los pacientes en relación con la humanización en las organizaciones sanitarias.
- Realización de estudios para conocer las necesidades, expectativas y demandas de la ciudadanía en relación a la propuesta de valor de la Escuela Madrileña de Salud.

Línea 1.4. Recursos telemáticos y telemedicina

La importante implantación de recursos telemáticos y de la telemedicina está suponiendo una oportunidad de acercar el sistema sanitario a la ciudadanía, tanto a la hora de desarrollar y agilizar procedimientos, como de evitar desplazamientos innecesarios o de facilitar el uso de sistemas alternativos para personas con dificultades para la comunicación; a la vez, favorece el contacto de los pacientes con sus personas significativas, así como facilita la realización de actividades de acompañamiento y ocio que ayuden a minimizar el impacto de la soledad no deseada.

Por otro lado, estos recursos, tienen un elevado potencial para mejorar la accesibilidad y la eficacia en la información, como en el caso de la información proactiva y periódica a personas significativas de los pacientes en aquellas situaciones que suponen una espera prolongada (como en el caso de atención en urgencias o intervenciones quirúrgicas...).

La mejora en este aspecto debe ir unida a una adecuada información en habilidades digitales dirigida a los usuarios, para mejorar la colaboración mutua y la accesibilidad, minimizando el impacto que podría tener la existencia de una brecha digital.

Los objetivos y acciones establecidos en esta línea se presentan a continuación:

■ **Objetivo 1. Formación y divulgación sobre habilidades y recursos telemáticos**

Acciones

- Información y formación a las personas sobre habilidades digitales dirigidas a mejorar su conocimiento y relación con las instituciones sanitarias.
- Difusión del catálogo de recursos telemáticos de acompañamiento y lúdicos.

■ **Objetivo 2. Aplicar las tecnologías a la humanización**

Acciones

- Promoción del uso de la telemedicina para la prestación de asistencia sanitaria.
- Implementación progresiva de medios telemáticos accesibles en el proceso de información de pacientes y sus personas significativas.
- Desarrollo de mecanismos para personalizar el servicio de información, comunicación, acompañamiento y entretenimiento durante la estancia hospitalaria de acuerdo a las necesidades del paciente y sus personas significativas.
- Consolidación de sistemas alternativos de comunicación para personas con discapacidad sensorial y personas de habla no hispana.
- Potenciación de la utilización de iniciativas para la citación de pacientes a través de medios telemáticos.
- Establecimiento de mecanismos coordinados entre niveles asistenciales para el seguimiento presencial y/o telefónico tras el alta hospitalaria.
- Promoción del conocimiento y acceso a los recursos digitales de la Escuela Madrileña de Salud.



6.2. EJE 2. INFRAESTRUCTURAS, ENTORNOS Y ESPACIOS

La humanización de las infraestructuras, entornos y espacios de los centros sanitarios trata de organizar de forma más accesible y confortable su estructura y distribución. Este eje busca minimizar barreras arquitectónicas y sensoriales, cuidar la señalización para facilitar la movilidad dentro del centro, mejorar el confort físico y ambiental de los espacios (ya sean áreas de trabajo, habitaciones, zonas de descanso o salas de estar) y promover espacios y herramientas que faciliten el ocio y la continuidad de la actividad escolar o laboral de los pacientes hospitalizados.

Los entornos deben poder ser utilizados por todas las personas con independencia de las características funcionales que posean, por lo que se facilitará la accesibilidad de todas las personas, y especialmente a aquellas con algún tipo de discapacidad, mayores o personas que de manera temporal tienen necesidades especiales, como en el caso de mujeres embarazadas o de pacientes que sufran una lesión que limite su movilidad.

Los centros sanitarios pueden ser complejos y desorientadores para cualquier persona que acude a ellos, mucho más para personas vulnerables que pueden confundir el lugar en el que se encuentran. Además, estas visitas se realizan frecuentemente en una situación de estrés, por lo que el uso de cualquier tipo de panel de direccionamiento, ya sea a través de un directorio, de pantallas o de las recientes aplicaciones para dispositivos móviles, ayudará a que la comunicación, señalización y orientación sean lo más efectivas posible.

Existen diversos factores del entorno que impactan en la salud, como pueden ser la disponibilidad de habitaciones individuales, un control del nivel de ruido que permita creación de ambientes silenciosos, la posibilidad de conexión visual con el exterior o la entrada de luz natural o iluminación apropiada que favorezca la orientación temporal y los ciclos circadianos. Una intervención adecuada sobre estos aspectos implica una mejora del bienestar y descanso del paciente y un entorno de trabajo más seguro y saludable para los profesionales.

En relación con lo anterior, y con el fin de aumentar el silencio y favorecer el descanso de pacientes ingresados, en los últimos años se ha hecho especial hincapié en la importancia de mejorar en la identificación de fuentes que pueden interrumpir el descanso, la disminución de actividades sobre los pacientes durante el sueño, la medición de los niveles de ruido ambiental con dosímetros acústicos, la evaluación de la calidad del descanso percibida por los pacientes hospitalizados y la elaboración y puesta en marcha de planes de acción de mejora para favorecer el descanso.

En otro orden de cosas, durante el periodo de hospitalización la persona ingresada hace un paréntesis en su vida cotidiana y pasa largos periodos de tiempo sin nada que hacer, por lo que se puede producir un déficit de actividades recreativas y de estimulación. Con el fin de favorecer su distracción y acompañamiento se habilitarán zonas y herramientas que ayuden al entretenimiento y a la continuación de su vida laboral o académica. En este sentido, un punto en el que se ha avanzado es el aprovechamiento de patios interiores y cubiertas para hacer zonas ajardinadas y de ocio. Esto permite que los pacientes que puedan acceder a ellos puedan mejorar su percepción y, por otro lado, la existencia de ventanales con visión de estos espacios también tiene un efecto relajante en los pacientes que no puedan acceder a ellos debido a su estado de salud.

La puesta en marcha de este eje estratégico implica contraer el compromiso de humanizar los entornos cuidando el bienestar y el confort de pacientes, sus personas significativas, personas que cuidan, acompañantes y profesionales.

LÍNEAS, OBJETIVOS Y ACCIONES

Este eje se configura en 3 líneas estratégicas: “Accesibilidad física, cognitiva y comunicativa”, “Información y señalización” y, por último, “Espacios humanizados”.

Línea 2.1. Accesibilidad física, cognitiva y comunicativa

Esta línea está orientada a conseguir que los centros y servicios sanitarios sean utilizables en condiciones de confort, seguridad e igualdad por todas las personas y, en particular, por aquellas que tienen alguna discapacidad.

Por ello, apuesta por el “diseño para todos” de los espacios y equipamientos, facilitando de manera práctica la accesibilidad física interna y externa de los centros sanitarios por parte de personas con movilidad reducida o cualquier otra dificultad para la deambulación, que se desplazan con sillas de ruedas, andador o alguna otra ayuda. También se pretende la supresión de barreras cognitivas y comunicativas con el fin de que todas las personas puedan acceder a los centros y deambular por ellos de manera autónoma y segura. Como ejemplos podemos citar, entre otros, aspectos como el emplazamiento de información auditiva o táctil, pavimento táctil o botoneras con altorrelieve en braille en ascensores para ayudar a personas con discapacidad visual, franjas-guía de orientación y elementos con información visual para facilitar la accesibilidad a personas con discapacidad auditiva, o pictogramas para personas con trastornos del espectro autista.

Otra cuestión a abordar respecto a la accesibilidad, es la valoración de medidas que faciliten el aparcamiento en los hospitales, de forma que mejore el itinerario de conexión para el acceso al centro.

Los objetivos y acciones contemplados en esta línea son los siguientes:

■ Objetivo 1. Avanzar en la accesibilidad de los centros sanitarios

Acciones

- Establecimiento de medidas de promoción de la accesibilidad física y supresión de barreras arquitectónicas.
- Establecimiento de medidas de mejora de la accesibilidad de personas con discapacidad sensorial, comunicativa o cognitiva.
- Promoción de actuaciones para la mejora del aparcamiento en los hospitales públicos.

Línea 2.2. Información y señalización

Si bien la señalización general de los centros y servicios sanitarios públicos está predeterminada según lo establecido en el manual de imagen corporativa del Servicio Madrileño de Salud, es necesario establecer procedimientos para una revisión periódica de la misma, así como la verificación y detección de áreas de mejora. Así mismo, la señalización debe ser concisa y fácil de entender para facilitar la orientación dentro del recinto del centro por parte de los usuarios. Para ello se utilizarán directorios, cartelería, información audiovisual en pantallas y/o aplicaciones para dispositivos móviles, de manera que el establecimiento de unos recorridos de comunicación bien señalizados y actualizados mejoren la orientación de las personas y ayuden a disminuir el estrés que produce en ellas la visita a un centro sanitario.

En ese marco es de vital importancia que los puntos de información sean fáciles de localizar y dispongan de materiales informativos adecuados.

A continuación, se desarrollan los objetivos y acciones que componen esta línea:

■ **Objetivo 1. Mejorar la información y orientación en el acceso a los centros**

Acciones

- Disposición de directorios actualizados en los puntos de acceso.
- Habilitación de puntos de información fácilmente identificables y accesibles.
- Actualización y difusión de la información sobre la distribución de las instalaciones.
- Desarrollo e implantación de aplicaciones para dispositivos móviles que faciliten la orientación.

Línea 2.3. Espacios humanizados

La adaptación de espacios a las necesidades de las personas busca una transformación de los espacios con el fin de que resulten más amables, acogedores y confortables para los pacientes y sus personas significativas, a la vez que se habilitan espacios de trabajo seguros y confortables para los profesionales.

Para ello, es importante identificar y tener en cuenta los requisitos que deben cumplir los espacios y el equipamiento para mejorar la vivencia de las personas. Esto incluye medidas como disponer de mobiliario conforme a las necesidades de los usuarios, buscar una decoración armoniosa con colores adecuados, imágenes de la naturaleza o mensajes positivos, crear espacios de descanso y socialización o permitir la personalización de las habitaciones/boxes de pacientes hospitalizados.

Dentro de las acciones encaminadas a la habilitación de estructuras y entornos más confortables para que las personas se sientan más seguras y cómodas, cabe destacar el cuidado del confort térmico, lumínico y acústico; este último punto está íntimamente relacionado con la necesidad de adoptar medidas destinadas a evaluar y mejorar la calidad del descanso de los pacientes hospitalizados, que se puede ver comprometida por varios factores.

En este sentido cobra importancia la identificación de aquellas fuentes que afectan al descanso, como son las actividades de comunicación de los profesionales, algunas dinámicas de trabajo, aspectos relacionados con las infraestructuras o visitas a los pacientes ingresados, para posteriormente elaborar unas recomendaciones que ayuden a favorecerlo.

La mejora del entorno sanitario incluye también aspectos que favorezcan la distracción y acompañamiento de los pacientes hospitalizados, de manera que existan zonas y herramientas que ayuden al entretenimiento y a disminuir su sensación de aislamiento y estrés, así como que faciliten la continuidad de su vida laboral o académica.

Para adecuar estas medidas a las necesidades reales de las personas y tenerlas en cuenta a la hora de planificar obras y cambios estructurales, es fundamental hacer un análisis previo y establecer vías de participación que permitan detectar dichas necesidades desde la esfera de la humanización.

Esta línea se compone de los objetivos y acciones que se indican a continuación:

■ **Objetivo 1. Adaptar los espacios de los centros a las necesidades de las personas**

Acciones

- Establecimiento de vías de participación para detectar necesidades desde la esfera de la humanización en obras y cambios estructurales.
- Análisis de los espacios asistenciales y de uso común de los centros para avanzar en la adaptación a las necesidades de las personas.
- Elaboración y difusión de una guía de recomendaciones para la adaptación de los espacios a las necesidades de las personas.

■ **Objetivo 2. Mejorar el confort ambiental**

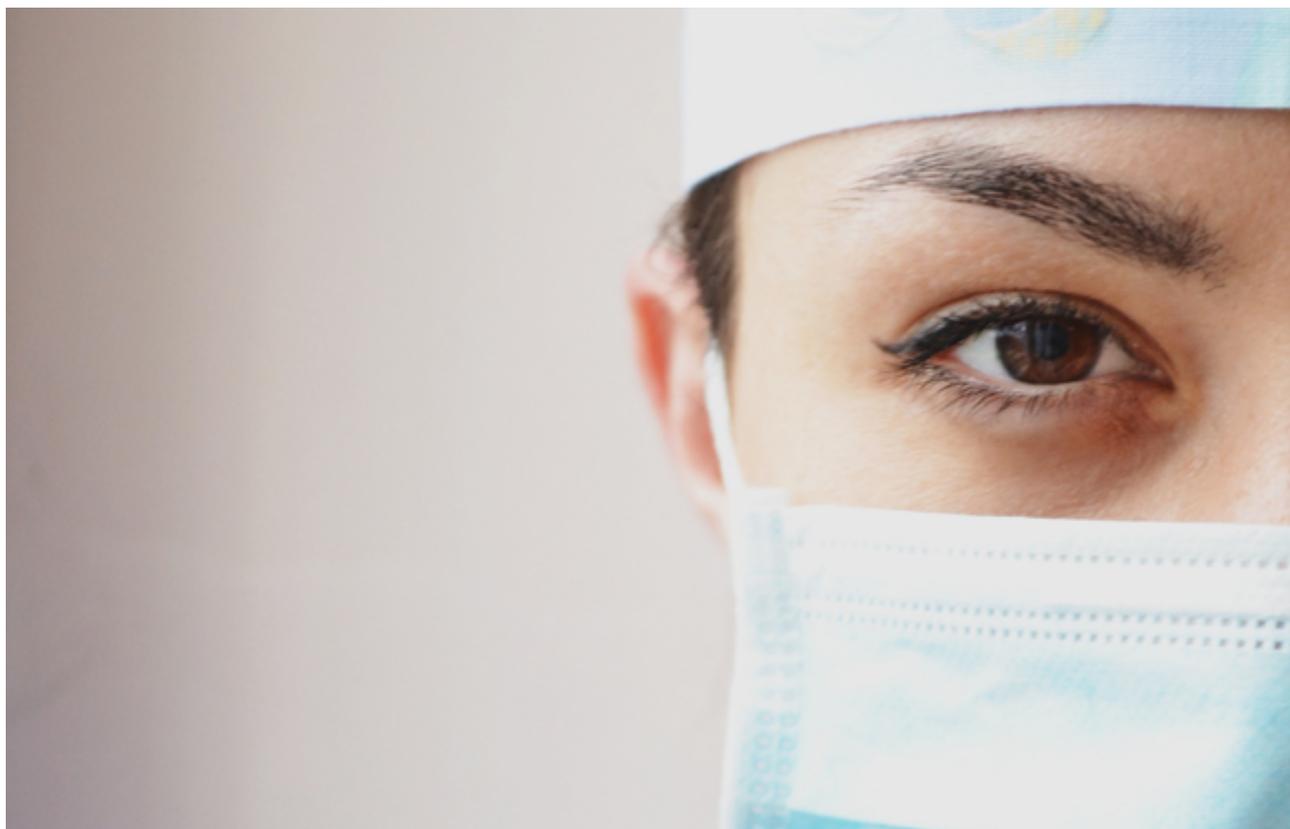
Acciones

- Puesta en marcha de medidas para favorecer el confort térmico, lumínico y acústico en las distintas áreas del centro.
- Análisis de situación de la calidad del descanso de pacientes ingresados.
- Elaboración y difusión de recomendaciones para favorecer el descanso en las unidades de hospitalización.

■ **Objetivo 3. Facilitar herramientas de ocio y continuidad de la vida académica y laboral durante el ingreso**

Acciones

- Habilitación de espacios de ocio, ejercicio y relajación en hospitalización.
- Fomento de la salida de pacientes hospitalizados, cuando su situación clínica lo permita, a patios o espacios exteriores.
- Promoción del acceso a material divulgativo, cultural y de entretenimiento.
- Promoción del acceso gratuito a TV.
- Fomento de la instalación de circuito de TV para retransmisión de contenidos de Educación para la Salud, culturales y actividades lúdicas.
- Promoción del acceso gratuito de cortesía a WiFi.



6.3. EJE 3. PROFESIONALES COMO AGENTES DE HUMANIZACIÓN

La fortaleza más señalada de nuestra organización son los profesionales que, con su alto nivel competencial y su demostrada responsabilidad, son los principales agentes de la humanización de la asistencia sanitaria. Su implicación y dedicación son las claves del éxito de esta estrategia.

Si bien el paciente es considerado como centro de todo el proceso de salud, la humanización pone también el foco de atención en los profesionales que los atienden, a los que es preciso cuidar, promoviendo su formación y sensibilización, fomentando su participación, reconociendo sus esfuerzos y logros, y favoreciendo su integración en equipos de trabajo saludables; en definitiva, poniendo en valor su profesionalidad y compromiso.

La sensibilización y formación de los profesionales en materia de humanización ayuda a desarrollar buenas prácticas y a hacerles sentir parte de un proyecto común. Esta concienciación incide sobre la importancia de aspectos como la empatía, la cercanía y el acompañamiento en la relación con el paciente, así como el respeto a la involucración de los pacientes en su proceso de salud o la progresiva adaptación del funcionamiento de la organización a sus necesidades.

Una coyuntura que será clave en la integración de los profesionales en nuestra organización es el momento de la acogida en su puesto de trabajo. La incorporación supone un reto para el profesional, que tiene que adquirir un conjunto de actividades imprescindibles para integrarse en el equipo, y también para la organización. Con el fin de optimizar este proceso se promoverá la revisión de los planes de acogida a profesionales, con la intención de favorecer su integración en la cultura y valores del centro, así como de incrementar su motivación y satisfacción.

En esta misma línea, el reconocimiento a la labor de los profesionales supone un refuerzo para su motivación, aumenta su compromiso y sentido de pertenencia a la organización, mejora su autoestima y satisfacción laboral e incide en su habilidad para gestionar situaciones laborales estresantes. Por otro lado, dar visibilidad a las buenas prácticas puede servir de modelo a seguir para otros profesionales que puedan tener interés en implementar esas iniciativas innovadoras.

Además, la organización debe facilitar el cuidado y bienestar de los profesionales, promoviendo entornos de trabajo seguros y explorando mecanismos que lo faciliten, como por ejemplo el seguimiento y “feedback” con los profesionales de nueva incorporación, aprovechando el conocimiento y experiencia de los más veteranos para su orientación y apoyo o el acompañamiento al profesional desde el principio hasta el final de la relación laboral.

Para que los equipos de trabajo sean saludables es importante mantener una visión transversal de los “equipos naturales”; esto quiere decir que el equipo lo forman todas las personas que trabajan para el paciente, de manera que se permita la asunción de responsabilidades y de nuevos retos por parte de los miembros del equipo, contando con los perfiles adecuados para las diferentes necesidades de los pacientes a lo largo del proceso asistencial.

En resumen, una atención más humanizada no sólo aporta beneficios al paciente y sus personas significativas, sino que también ayuda a facilitar la tarea de los profesionales. Los profesionales son los principales agentes de humanización y es fundamental promover su cuidado y el desarrollo de equipos de trabajo saludables en los que se integren.

LÍNEAS, OBJETIVOS Y ACCIONES

Este eje se configura en tres líneas estratégicas: “Sensibilización y formación”, “Acogida y reconocimiento” y, por último, “Profesionales y equipos saludables”.

Línea 3.1. Sensibilización y formación

En esta línea se incluye la sensibilización a los profesionales sobre las pautas de calidad y calidez en el trato y de respeto al paciente y sus personas significativas a la vez que se incide en la importancia de cuestiones recogidas en las Recomendaciones de Estilo del Servicio Madrileño de Salud y el Decálogo de Humanización, como la presentación de los profesionales explicando su identidad o el cuidado de la comunicación para que las personas no sólo asimilen la información sobre su proceso, sino que se refuerce la empatía y el respeto a la situación de vulnerabilidad, fragilidad, incertidumbre o ansiedad de las personas a las que se atiende.

La experiencia del anterior Plan de Humanización ha puesto de manifiesto la importancia de conocer las necesidades formativas de los profesionales en relación con la humanización y de diseñar un itinerario formativo en función de los resultados que se obtengan de la información recogida para ello. Este itinerario se adecuará a los distintos perfiles profesionales de nuestra organización y estará dirigido tanto a personal con experiencia como a profesionales de reciente incorporación.

En conjunto, se apuesta por una estrategia formativa que incluya como mínimo aspectos clave en humanización y herramientas para el autocuidado, favoreciendo la realización de talleres de buenas prácticas que refuercen estas cuestiones. Dentro de estos aspectos clave destacarían las habilidades de relación y comunicación que ayuden a escuchar y comprender a las personas y a mejorar la comunicación de información relevante y malas noticias; asimismo se contemplarán cuestiones como la promoción de decisiones compartidas, el acompañamiento a las personas significativas del paciente o la atención en situación de final de vida.

Los objetivos y acciones contemplados en esta línea son los siguientes:

■ Objetivo 1. Sensibilizar a los profesionales sobre aspectos de humanización

Acciones

- Elaboración y difusión de una guía de recomendaciones para la sensibilización de los profesionales sobre aspectos de humanización.
- Difusión de las “Recomendaciones de estilo del Servicio Madrileño de Salud”.
- Revisión y difusión del Decálogo de Humanización.

■ Objetivo 2. Formar a los profesionales sobre aspectos de humanización

Acciones

- Identificación de necesidades formativas en materia de humanización.
- Diseño de un itinerario formativo sobre aspectos de humanización.
- Desarrollo de acciones formativas sobre aspectos clave de la humanización.
- Desarrollo de acciones formativas para el autocuidado en los profesionales.
- Desarrollo de acciones formativas en relación con la planificación compartida de la atención.

Línea 3.2. Acogida y reconocimiento

La organización debe preocuparse por las personas que la integran, favoreciendo que utilicen sus capacidades y conocimientos, así como otorgando reconocimiento a sus esfuerzos para aumentar su motivación y satisfacción.

Un punto clave en la integración de los profesionales en la organización es el proceso de acogida al personal de nuevo ingreso o que se reincorpora tras una ausencia prolongada, mediante planes de acogida efectivos que faciliten su adaptación.

Por otro lado, el desarrollo de mecanismos de reconocimiento institucional expreso y particularizado a sus logros y esfuerzos supone un incentivo para que los profesionales, tanto los que están en contacto directo con los pacientes como los que no lo están, trabajen en busca de la mejora continua y permite que ese conocimiento se comparta con la organización. En este sentido hay que tener en cuenta que aspectos como la formación o la conciliación pueden ser considerados también como herramientas de motivación y reconocimiento del compromiso.

A continuación, se desarrollan los objetivos y acciones que componen esta línea:

■ Objetivo 1. Acoger a las personas en la organización

Acciones

- Revisión y actualización de las instrucciones generales para la elaboración de planes de acogida para profesionales.
- Implementación efectiva de los planes de acogida específicos para cada ámbito asistencial.
- Inclusión de aspectos de formación y sensibilización en humanización en los procedimientos de acogida a profesionales.

■ Objetivo 2. Reconocer la labor de los profesionales

Acciones

- Promoción de acciones de reconocimiento de los logros y esfuerzos de los profesionales, en humanización.
- Identificación y difusión de buenas prácticas en humanización.
- Actualización periódica del Repositorio sobre experiencias en humanización.

Línea 3.3. Profesionales y equipos saludables

Los profesionales de la salud necesitan desarrollar mecanismos de autocuidado y de gestión de las emociones para afrontar situaciones de estrés y prevenir el desgaste profesional; con este fin, la organización facilita la existencia de canales, espacios o recursos que les protejan y permitan abordar sus distintas situaciones emocionales, mejorando su bienestar y facilitando, si fuera preciso, la atención a problemas de salud mental.

Los aspectos clave del desarrollo de equipos de trabajo saludables son los valores comunes, la información compartida, la escucha activa y la comunicación constructiva; estas dimensiones ayudan a establecer roles de forma más clara y repartir responsabilidades equitativamente, lo que a su vez permite una adecuada planificación y coordinación de tareas.

La potenciación de canales de escucha y participación de los profesionales permitirá la incorporación de su perspectiva en el rediseño de los procesos y de los espacios. Por otro lado, el respeto mutuo entre los integrantes de los equipos y la habilitación de espacios y tiempos para conversar y sugerir aspectos de mejora, así como para el humor y la relajación, facilitan la cohesión del grupo y mejoran el clima laboral.

Esta línea se compone de los objetivos y acciones que se indican a continuación:

■ Objetivo 1. Promover el cuidado del profesional

Acciones

- Realización de campañas institucionales para sensibilizar sobre la importancia de cuidar al profesional.
- Promoción de entornos de trabajo seguros y confortables.

- Identificación y puesta en marcha de mecanismos para la mejora del cuidado y el bienestar de los trabajadores del Servicio Madrileño de Salud.
- Establecimiento de acciones que promuevan el autocuidado en salud mental para el personal sanitario, así como posibilidad de apoyo e intervención por equipos de Salud Mental.
- Puesta en marcha de medidas para facilitar una mejor atención a los profesionales que presentan problemas de salud mental a través de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental y del Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE).
- Difusión del Manual de Prevención del Desgaste Profesional en centros del SERMAS.

■ **Objetivo 2. Desarrollar equipos saludables**

Acciones

- Elaboración y difusión de una guía de recomendaciones para favorecer el desarrollo de equipos saludables.
- Habilitación de mecanismos de escucha de la voz de los profesionales para incorporar su perspectiva en el rediseño de los procesos y de los espacios.



6.4. EJE 4. LIDERAZGO Y ORGANIZACIÓN HUMANIZADA

Nuestra organización pone el conocimiento, las capacidades y las fortalezas de sus profesionales al servicio de las personas, resaltando la dignidad humana. La implantación de esta cultura de humanización se configura como la propuesta de valor y las razones que motivan a los profesionales para adherirse a esta estrategia con convencimiento, con el fin de aportar valor a la sociedad a través de la excelencia en humanización, como seña de identidad de todos nuestros procesos.

El fin de este eje es continuar la promoción de la cultura de humanización, impregnando la organización en forma de “cascada”, de manera que los líderes muestren a través de sus acciones los avances en la transformación en una organización más humanizada con una base compartida de valores y de habilidades o competencias esenciales.

El impulso de un liderazgo de “puertas abiertas”, que escucha al resto de profesionales y potencia su talento, puede tener un impacto muy positivo en la cultura de humanización de la asistencia sanitaria. El compromiso de los líderes con la humanización es un catalizador para el resto de profesionales, que influye en la cultura de la organización y en el clima laboral de los equipos, de manera que la transformación vaya alineada y hacia un mismo horizonte, con el fin de convertirnos en una organización más transversal, colaborativa y con una comunicación más fluida.

Una atención humanizada y orientada a las necesidades de pacientes y usuarios requiere a su vez que la organización sea capaz de dar respuesta de forma proactiva a dichas necesidades, contando con estructuras específicas que ayuden a la implantación de buenas prácticas y a la mejora continua en humanización. Para ello es importante cohesionar todas las áreas, ya sean asistenciales o no, y potenciar la conexión entre ámbitos asistenciales.

En este marco, se persigue fortalecer las estructuras creadas para promover las iniciativas de humanización, como las Comisiones de Humanización, cuya consolidación es fundamental para la continuidad del despliegue de la estrategia y el refuerzo de la cultura de humanización, o el Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, como órgano colegiado de carácter consultivo, cuyo objetivo es promover el desarrollo de las acciones que mejoren la humanización de la asistencia sanitaria.

A la hora de potenciar una organización más humanizada se programarán acciones enfocadas a aumentar la flexibilidad del sistema sanitario en aspectos clave para los pacientes y sus personas significativas. Algunos de los momentos que suponen un mayor reto son la etapa de incertidumbre en busca de diagnóstico, las transiciones a lo largo del proceso asistencial (de

paciente pediátrico a paciente adulto, entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, entre distintos centros, del ingreso a la atención domiciliaria, etc).

En este sentido, es muy importante la coordinación y conocimiento mutuo entre distintos ámbitos asistenciales que ayude a colaboración planificada y comunicación más directa y eficaz, y que garantice un seguimiento eficaz del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial. Para ello, se deben de identificar y compartir a todos los niveles cuáles son los momentos clave en la experiencia del paciente como usuario, para adecuar de forma eficaz los esfuerzos e iniciativas en humanización.

Otro aspecto a tener en cuenta es la importancia de continuar desarrollando el modelo de excelencia en humanización, revisando y actualizando sus criterios y estableciendo un sistema progresivo de reconocimiento.

Finalmente, la organización debe aprovechar las sinergias que se puedan establecer con otras entidades y organizaciones para lograr un mayor impacto en la humanización de la asistencia sanitaria.

LÍNEAS, OBJETIVOS Y ACCIONES

Este eje se configura en cinco líneas estratégicas: “Cultura de humanización”, “Liderazgo en humanización”, “Estructura organizativa para la humanización”, “Modelo de Excelencia en Humanización” y, por último, “Alianzas”.

Línea 4.1. Cultura de humanización

La cultura de humanización de nuestra organización parte de su misión, visión y valores y busca motivar a todos los agentes de humanización para que estén alineados y comprometidos con ellos. Con el fin de conseguir un mayor alcance y constancia en la difusión de la cultura de humanización se hace necesario informar a los profesionales de los avances que se vayan consiguiendo, contemplar aspectos de humanización en otros planes y estrategias y promover la investigación en esta materia, lo que ayudará a generar cambios a nivel individual y de los equipos, que a su vez favorecerán la transformación de toda la organización.

De igual modo, la incorporación de los objetivos estratégicos de humanización a los contratos de gestión, con su correspondiente medición, evaluación y reconocimiento, así como mejorar la comunicación al respecto entre los equipos directivos y el resto de profesionales ayudará a tener una visión compartida y asumida por todos.

Los objetivos y acciones contemplados en esta línea son los siguientes:

■ Objetivo 1. Fomentar una cultura de humanización

Acciones

- Inclusión de aspectos de humanización en los planes y estrategias.
- Inclusión de objetivos de humanización en los contratos de gestión.
- Elaboración y difusión de guía de recomendaciones para incluir aspectos de humanización en la definición de nuevos procesos o en la revisión de los actuales.
- Promoción del conocimiento y acceso de los profesionales a las actividades y recursos de la Escuela Madrileña de Salud.
- Promoción de la inclusión de contenidos de humanización en jornadas y foros sobre otras temáticas sanitarias.
- Promoción de la realización de estudios de investigación sobre aspectos relacionados con la humanización.

■ Objetivo 2. Promover la comunicación

Acciones

- Divulgación institucional de aspectos relacionados con la humanización.
- Promoción de la comunicación sobre aspectos relacionados con la humanización de forma descentralizada. (sesiones, noticias en la web...).
- Facilitación de información al paciente sobre recursos complementarios no asistenciales.

Línea 4.2. Liderazgo en humanización

Con el fin de dar continuidad a la cultura de humanización en nuestra organización los líderes deben actuar como un modelo de referencia inspirador y motivador. Un liderazgo más humanizado requiere de líderes que desarrollen dicho estilo y de un contexto tanto cultural como organizativo que lo favorezca. Para ello es necesario transmitir a los líderes la importancia y necesidad de que ayuden a generar una cultura de humanización y la trascendencia de su rol como ejemplo para los demás, con cualidades básicas como la escucha o la empatía.

Para promover e incentivar el liderazgo en humanización se establecerán acciones formativas que permitan pasar de lo intangible al desarrollo de competencias y habilidades específicas, se ofrecerán ejemplos de buenas prácticas relacionadas con el liderazgo en humanización y se fomentará la implicación de los equipos directivos. Dentro de este apartado, se incluye la realización de rondas de humanización, como vía de comunicación entre el personal asistencial, los mandos intermedios y el equipo directivo, con el objetivo de conocer sus percepciones y contribuir a crear cultura de humanización.

A continuación, se desarrollan los objetivos y acciones que componen esta línea:

■ Objetivo 1. Promover el liderazgo en humanización

Acciones

- Establecimiento de formación específica sobre liderazgo en humanización.
- Identificación y difusión de buenas prácticas en liderazgo en humanización.
- Establecimiento de reconocimientos específicos en liderazgo en humanización.
- Inclusión de experiencias sobre liderazgo en humanización en jornadas o reuniones.

■ Objetivo 2. Desarrollar el liderazgo en humanización

Acciones

- Elaboración y difusión de un decálogo del líder en humanización.
- Participación de miembros del equipo directivo en las Comisiones de Humanización.
- Inclusión de la comunicación, despliegue y seguimiento del Plan de Humanización en las reuniones y actividades de los equipos directivos.
- Realización de rondas de humanización.

Línea 4.3. Estructura organizativa para la humanización

Dentro de la estructura organizativa creada para impulsar la humanización destacan las Comisiones de Humanización, que son una pieza clave en el despliegue colaborativo de las acciones de humanización, por lo que fortalecer estas estructuras ayudará al avance de la estrategia. A este respecto, se busca ampliar su rol para impulsar las iniciativas definidas en el Plan, para la recogida y difusión de buenas prácticas, así como para ejercer de enlace con las distintas áreas asistenciales. Además, para facilitar el enlace entre la Comisión y el conjunto de profesionales del centro, se establece la figura de los “Referentes de Humanización” de servicio o unidad.

Otra pieza principal en la estructura, es el Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Este órgano se configura como un espacio de diálogo cuyas funciones son la recopilación y análisis de iniciativas y buenas prácticas, así como de indicadores relacionados con la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad de Madrid, la promoción de estudios y líneas de investigación que contribuyan a la difusión de la cultura de humanización y el establecimiento de protocolos y recomendaciones destinados a la mejora de la humanización.

En otro orden de cosas, es importante identificar áreas críticas en las que una intervención adecuada ayudaría a potenciar una organización humanizada; dentro de este apartado, podemos destacar el valor de la comunicación entre ámbitos asistenciales y/o socio-sanitarios para conseguir un mejor seguimiento y continuidad de los cuidados, las actuaciones orientadas a atender al paciente de manera holística, así como la información sobre los recursos sociales y complementarios a los asistenciales con los que se cuenta para recibir una atención integral.

Por otro lado, se realizará coordinación y seguimiento de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia Materna (IHAN) y se potenciará la coordinación entre los centros sanitarios y la Escuela Madrileña de Salud.

Esta línea se compone de los objetivos y acciones que se indican a continuación:

■ **Objetivo 1. Fortalecer las Comisiones de Humanización**

Acciones

- Elaboración de una guía de recomendaciones sobre el funcionamiento y desarrollo de las Comisiones de Humanización.
- Creación de la figura del "referente de humanización de Servicio/Unidad".
- Impulso de la colaboración intrainstitucional con otros comités y estructuras de la organización.

■ **Objetivo 2. Desarrollar el Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid**

Acciones

- Coordinación y seguimiento de las acciones previstas en el marco del Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Elaboración y difusión de una memoria de actividad del Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Revisión y actualización y difusión de la información del Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria alojada en la web institucional y en la intranet Salud@.

■ **Objetivo 3. Potenciar una organización humanizada**

Acciones

- Identificación de áreas críticas y establecimiento de acciones de mejora de la humanización.
- Monitorización y despliegue de las actuaciones de humanización establecidas en los diferentes servicios y unidades del centro.
- Promoción de actuaciones para mejorar la facilitación y agrupación de citas.
- Establecimiento de mecanismos para mejorar los procesos de pre-alta hospitalaria.
- Promoción de los circuitos de comunicación entre ámbitos asistenciales y/o socio-sanitarios.
- Promoción de la incorporación de información sobre funcionalidad, calidad de vida y situación social, económica y familiar en la Historia Clínica.
- Desarrollo de actuaciones para la detección precoz del riesgo social.
- Realización y difusión centralizada de un inventario de recursos sociales disponibles.
- Coordinación y seguimiento de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia Materna (IHAN).
- Establecimiento de mecanismos de coordinación, colaboración y comunicación de los centros y la Escuela Madrileña de Salud.

Línea 4.4. Modelo de excelencia en humanización

La búsqueda de la excelencia en humanización supone el desarrollo de acciones de valor que refuerzan la cultura de humanización. En este proceso de mejora continua, el Modelo de evaluación de criterios de excelencia en humanización SER+HUMANO permite el reconocimiento del grado de implantación de buenas prácticas en los centros y servicios sanitarios en relación con la humanización de la asistencia, así como orientar la implantación de áreas de mejora.

Para consolidar la aplicación del Modelo SER+HUMANO se hará una revisión de su contenido que permita actualizarlo y realizar evaluaciones periódicas. A partir del resultado de esta evaluación se identificarán buenas prácticas, se formularán e implantarán acciones de mejora y se pondrá en marcha un sistema de reconocimiento a aquellos centros que consigan una mayor valoración.

Los objetivos y acciones establecidos en esta línea se presentan a continuación:

■ **Objetivo 1. Actualizar y desplegar el Modelo SER+HUMANO**

Acciones

- Revisión y actualización del Modelo de evaluación de criterios de excelencia en humanización SER+HUMANO.
- Evaluación periódica mediante el Modelo de evaluación de criterios de excelencia en humanización SER+HUMANO.
- Formulación y puesta en marcha de acciones de mejora derivadas de la autoevaluación.

■ **Objetivo 2. Desarrollar un sistema de reconocimiento a partir del Modelo SER+HUMANO**

Acciones

- Establecimiento de un sistema de reconocimiento.
- Identificación y difusión de buenas prácticas.

Línea 4.5. Alianzas

El sistema sanitario es cada vez más abierto y la organización interactúa con múltiples entidades externas, lo que requiere el desarrollo de competencias organizativas que garanticen la fluidez y la interlocución entre todos los actores implicados para que esas sinergias sean efectivas y mejoren las experiencias de los pacientes y sus personas significativas.

Dentro de estas alianzas, estratégicas para la organización sanitaria, se encuentran las establecidas con las Asociaciones de Pacientes. Éstas proporcionan apoyo, ayuda, formación, recursos asistenciales y acompañamiento a los pacientes y a sus personas significativas para contribuir a mejorar su calidad de vida, promueven la investigación y facilitan la sensibilización social.

Por otro lado, se ha incrementado su participación, mediante la formulación de propuestas e iniciativas para la mejora de los procesos y las estrategias asistenciales. El sistema sanitario mantiene relación con las Asociaciones de Pacientes con el fin de conocer sus necesidades y expectativas, así como para ofrecer colaboración y ayuda para la realización de sus actividades.

Por otro lado, los cambios sociales y de organización sanitaria dan cada vez más sentido a la presencia de las entidades de acción voluntaria en el entorno sanitario, de manera que el voluntariado se ha convertido en una pieza clave en la humanización de la asistencia sanitaria, especialmente en la puesta en marcha de programas de acogida o acompañamiento y de carácter lúdico. Desde la organización se trabaja para mejorar la integración del voluntariado en ella y dar a conocer sus actividades.

El abordaje integral de las necesidades de los pacientes y sus personas significativas también requiere de una coordinación efectiva de recursos e información entre las distintas Administraciones y sus áreas de actuación, así como la búsqueda de sinergias con otras entidades con ámbitos de interés comunes como pueden ser centros tecnológicos o grupos de investigación, por ejemplo.

Esta línea recoge los siguientes objetivos y acciones:

■ **Objetivo 1. Promover la colaboración con las asociaciones de pacientes**

Acciones

- Impulso de la colaboración con las Asociaciones de Pacientes.
- Difusión institucional de la labor de las Asociaciones de Pacientes.

■ **Objetivo 2. Promover la colaboración con las entidades de acción voluntaria**

Acciones

- Fomento de la participación del voluntariado en los procesos de la organización.
- Promoción de la acogida y formación del voluntariado.
- Difusión institucional de la labor de las entidades de acción voluntaria.

■ **Objetivo 3. Establecer sinergias con otras organizaciones**

Acciones

- Promoción de la coordinación con otras administraciones y entidades en el desarrollo de acciones de humanización.



7. Difusión, implantación, seguimiento y evaluación

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

7.1. DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN DEL PLAN

Dentro de la estrategia de difusión y comunicación se llevarán a cabo actividades de comunicación interna, dirigidas a la organización, y externa, dirigidas a asociaciones de pacientes, ciudadanos y otros grupos de interés.

Una vez realizada la presentación institucional del Plan, los responsables de las diferentes gerencias asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (Hospitales, Atención Primaria y sus Direcciones Asistenciales y SUMMA 112), con la colaboración de sus comisiones de humanización, deberán realizar la presentación del documento a sus profesionales.

En este sentido, el equipo directivo será el responsable de establecer el plan de comunicación y difusión interno liderando la difusión del Plan en sus centros, servicios y unidades.

Para facilitar esta difusión, la edición del documento del Plan en formato electrónico se publicará en el portal PublicaMadrid y en el Portal de Transparencia de la Comunidad de Madrid y, asimismo, se potenciará su difusión a través del espacio específico de Humanización alojado en la intranet Salud@ y de la Web institucional de la Comunidad de Madrid.

7.2. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN

Para realizar una implantación progresiva del Plan hay que determinar una programación de acciones atendiendo a los siguientes criterios:

- Establecer una programación por unidad directiva, teniendo en cuenta también los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Hospitales y SUMMA 112), teniendo en cuenta las acciones que les son de aplicación.
- Establecer un desarrollo progresivo de las actuaciones a lo largo de los años de vigencia a través de planes de acción anuales. Las actuaciones no ejecutadas al finalizar los periodos anuales y que no hayan sido canceladas, serán reprogramadas.

Para la coordinación y apoyo de esta implantación, se establecerá un Comité Operativo de la Estrategia, como estructura funcional de asesoramiento permanente para impulsar la implantación efectiva de las actuaciones, así como la evaluación y seguimiento de la estrategia.

El Comité Operativo, incluirá representantes de las unidades responsables de los diferentes objetivos y actuaciones, propuestos por el órgano administrativo con competencias en la promoción y despliegue de las actuaciones institucionales que garanticen la humanización de la asistencia sanitaria, que será el encargado de su coordinación.

Sus principales funciones son:

- Actuar como órgano asesor y consultivo respecto a la implantación y seguimiento.
- Revisar, apoyar e impulsar las actuaciones establecidas en la estrategia.
- Proponer modificaciones en el desarrollo de la estrategia.
- Aquellas otras funciones, que determine el titular del órgano administrativo con competencias en la promoción y despliegue de las actuaciones institucionales para la humanización de la asistencia sanitaria.

La propuesta de programación anual de acciones establecida por el Comité Operativo, se analizará y valorará en el seno de la Comisión Permanente del Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Una vez refrendada la planificación anual de actuaciones, serán los responsables de las diferentes unidades directivas y gerencias asistenciales, apoyados por sus Comisiones de Humanización, las encargadas de canalizar la implantación, así como la necesaria coordinación institucional que garantice un circuito de información fluido para monitorizar el despliegue de las acciones y realizar los balances periódicos.

7.3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento del Plan permitirá conocer el avance y grado de cumplimiento de las actuaciones previstas, concebido como un sistema de recolección continuo y sistemático de información destinado a monitorizar su desarrollo y tomar las decisiones oportunas.

El seguimiento de las líneas establecidas se realizará mediante la evaluación anual del cumplimiento de las actuaciones que se establecerán para cada una de ellas. En este sentido, con periodicidad anual y al final del periodo de vigencia, se realizará una evaluación de su grado de implantación y, en las que sea posible, de su efectividad.

Para poder hacer efectivo este seguimiento se elaborará un cronograma de actuaciones que será revisado de forma anual, a partir de los resultados obtenidos, con objeto de poder gestionar con mayor eficiencia sus acciones y poder establecer, si se consideran necesario, nuevos objetivos o cambios en la definición y desarrollo de los ya existentes.

La unidad con competencias en la promoción y despliegue de las actuaciones institucionales que garanticen la humanización de la asistencia sanitaria será la encargada de coordinar la evaluación del grado de ejecución de las acciones. Partiendo de estos datos, la citada unidad elaborará las correspondientes memorias e informes de evaluación, de acuerdo a la siguiente segmentación del resultado de las actuaciones:

- **Ejecutadas:** Cumplen con el estándar establecido para el indicador.
- **Iniciadas o en desarrollo:** El grado de ejecución de las acciones no alcanza el estándar establecido para el indicador.
- **Puestas en marcha:** Las acciones ejecutadas más las iniciadas o en desarrollo.
- **Canceladas:** Son actuaciones previstas inicialmente, pero debido al escenario actual o a otros factores no tenidos en cuenta al elaborar el Plan, no es necesario que se realicen durante la vigencia del mismo.
- **Reprogramadas:** Son actuaciones programadas para un año del Plan, pero que debido a problemas de diversa índole se decide trasladar su cumplimiento a otros periodos temporales de desarrollo del Plan.
- **No iniciadas:** Las acciones que no se han sido puestas en marcha.

Con estos resultados, se emitirán informes periódicos del balance de actuaciones y de las evaluaciones realizadas, que serán remitidos a las Unidades Directivas y Direcciones/Gerencias, así como a las Comisiones de Humanización.

Por otra parte, se realizará un informe anual de las actuaciones desarrolladas, que una vez que sea presentado y valorado por el Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, será publicado y difundido en la organización.



8. Participantes

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

DIRECCIÓN DEL PLAN

- **María Dolores Moreno Molino.** Viceconsejera de Humanización Sanitaria.
- **Paula Gómez-Angulo Amorós.** Directora General de Humanización y Atención al Paciente.

GRUPO DE COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

- **Alberto Pardo Hernández.** Subdirector General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria.
- **M^a Ángeles Gómez Mateos.** Jefa de Área de Coordinación de Proyectos de Humanización.
- **Margarita Salinero Aceituno.** Coordinadora de Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- **Mercedes Gil Soria.** Técnico de Apoyo.
- **Alicia Sarabia Aránguez.** Técnico de Apoyo.

GRUPOS DE REVISIÓN DE LA ESTRATEGIA

GRUPO DE ASOCIACIONES DE PACIENTES

- Alianza General de Pacientes (AGP)
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)
- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)
- Foro Español de Pacientes (FEP)
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)

GRUPO DE EXPERTOS

- **Bandrés Moya, Fernando. Catedrático.** Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.
- **Bermejo Higuera, José Carlos.** Director del Centro de Humanización de la Salud de los Religiosos Camilos.
- **Cobas Gamallo, Javier.** Subdirector Gerente. Hospital Universitario La Paz.
- **Ferrer Arnedo, Carmen.** Jefa del Servicio de Atención al Paciente. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- **Santano Magariño, Almudena.** Directora de Enfermería. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Zarco Rodríguez, Julio.** Subdirector Gerente. Hospital Clínico San Carlos.

GRUPO DE UNIDADES DIRECTIVAS

- Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento
- Dirección General de Coordinación Socio-sanitaria
- Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria
- Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación
- Dirección General de Salud Pública
- Dirección General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias del SERMAS
- Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del SERMAS
- Dirección General de Sistemas de Información y Equipamientos Sanitarios del SERMAS
- Gerencia Asistencial Atención Primaria
- Gerencia Asistencial de Hospitales
- Gerencia Planificación Estratégica
- Gerencia SUMMA 112
- Subdirección General de Infraestructuras
- Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos
- Oficina Regional de Coordinación Oncológica
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones
- Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes
- Unidad de Continuidad Asistencial

GRUPOS DE REFLEXIÓN

- **Agustín Asensio, Juan Carlos de.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Aleo Luján, Esther.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Álvarez Gómez, Susana.** Subdirección General de Contratación del Servicio Madrileño de Salud.
- **Álvarez Utrera, Julio.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Aparicio López de las Hazas, M^a Ángeles.** Hospital Universitario del Tajo.
- **Baón Pérez, Beatriz.** Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.
- **Borrás López, Agustina.** Presidenta de la Asociación de Atención a personas con Parálisis Cerebral de Madrid (ASPA-CE Madrid).
- **Caballero Nahum, María.** Hospital de Guadarrama.
- **Cabrerizo Fernández, Javier.** Hospital Universitario del Henares.
- **Cabrero López, Ana.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Carrasco González, Isabel.** Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales Servicio Madrileño de Salud.
- **Carretero Lanchas, Yedra.** Gerencia de procesos asistenciales.
- **Carro de Juan, Teresa.** Hospital Universitario del Tajo.
- **Castro San Pedro, Ana Isabel.** Hospital Santa Cristina.
- **Chamón Esteban, Esperanza.** Hospital Universitario 12 de octubre.
- **Colomer Rosas, Asunción.** SUMMA112.
- **Cornejo García, Isidoro.** Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales.
- **Cortijo Recio, Teresa.** Centro de Salud Valle Inclán.
- **Cruz Martos, Ángeles.** Dirección Asistencial Sur, Atención Primaria.
- **Díaz Muñoz Crespo, María Josefa.** Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.
- **Diego Martín, Sandra de.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Domínguez García, María Jesús.** Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- **Escamilla Santiago, María.** Hospital Universitario La Paz.
- **Escobar Manero, Carina.** Secretaria general de UNIMID (Asociación de Personas con Enfermedades Crónicas Inflammatorias Inmunomediadas), y Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) de España.
- **Escudero González, Jesús.** Paciente. Representante de la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH).
- **Eugenio Barroso, Juan Manuel.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Fernán Pérez, Patricia.** SUMMA 112.
- **Fernández Lobato, Rosa.** Hospital Universitario de Getafe.
- **Fernández Tena-Mora, Manuel.** Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Ferreiro Pérez, Pilar.** Dirección Asistencial Este.
- **Flandes Aldeyturriaga, Javier.** Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.
- **Flores Nicolás, José Ignacio.** Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS).
- **García Martín, Rosario.** Hospital Universitario Severo Ochoa.
- **García Triana, Cristina.** Hospital de El Escorial.
- **García-Risco García, Eva María.** Hospital Universitario Infanta Cristina.
- **Garrido Esteban, Sonia.** Hospital Universitario de Torrejón. Coordinadora de la Asociación Parkinson Torrejón.
- **Gil Cordero, Antonio.** Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Gimeno Martín, Raquel.** SUMMA 112.
- **González Hernández, Sonia.** SUMMA 112.
- **Goñi Olangua, Andión.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Helguera Gallego, Antonio.** Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Hernández Gallardo, Teodoro.** Paciente.
- **Hernández Gutiérrez, Alicia.** Hospital Universitario La Paz.
- **Herrera Ventura, Pino.** Servicio de Atención Rural (SAR) Villanueva de la Cañada.
- **Hidalgo Ramos, Sonia.** Hospital de Guadarrama.
- **Ibáñez Pardo, Manuel.** Hospital Universitario del Sureste.
- **Infantes Rodríguez, Juan Ángel.** Dirección Asistencial Sureste, Atención Primaria.
- **Laborda López, Carmen.** Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).
- **López Villas, Bárbara.** Paciente. Representante de la Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia (AMAFE).
- **Macías Maroto, Marta.** Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Magán Tapia, Purificación.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Manrique Díaz, María Cruz.** Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- **Marqués Arias, Cristina.** Hospital Universitario José Germain.
- **Martín Egido, Victoria.** Hospital Universitario Infanta Sofía.

- **Martín García, Ana Isabel.** Hospital de El Escorial.
- **Martínez Gimeno, Pilar.** Presidenta de la Asociación Diabetes Madrid y de la Alianza General de Pacientes.
- **Martino Alba, Ricardo.** Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.
- **Mateos González, Pilar.** Centros de Salud San Juan de la Cruz (Pozuelo II), Somosaguas, Pozuelo - Emisora (Pozuelo I), Condes de Barcelona (Boadilla del Monte) y Consultorio Infante Don Luis de Borbón (Boadilla del Monte).
- **Medina Cuenca, Pedro.** Dirección Asistencial Norte, Atención Primaria.
- **Miluy Chávez, Ángel E.** Paciente.
- **Mira Carballo, Nuria.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Molina Ortiz, José Antonio.** Hospital Universitario de Móstoles.
- **Monereo Alonso, Alfonso.** Hospital Universitario de Getafe.
- **Moreno Ruiz, Carmen.** Hospital Universitario Gregorio Marañón.
- **Mota Carrillo, Ana.** Dirección Asistencial Centro.
- **Oñate Fernández, Teresa.** Presidenta de la Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad (AMAI TLP).
- **Palacios Alzaga, Graciela.** Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Palacios Ruiz, Jesús.** Paciente. Representante de la Asociación Parkinson Madrid.
- **Peña Granger, Mercedes.** Hospital Universitario Gregorio Marañón.
- **Pérez Hernández, Concepción.** Hospital Universitario de La Princesa.
- **Pérez-Aloe Mateos, Daniel.** Hospital Universitario de Getafe
- **Pinar García, M^a Eugenia.** Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Pozo García, Esteban del.** Hospital Dr. Rodríguez Lafora.
- **Recuenzo de Fata, Susana.** Hospital Fundación Alcorcón.
- **Rey Cuevas, Esther.** Hospital Universitario La Paz.
- **Rincón del Toro, Teresa.** Dirección Asistencial Norte, Atención Primaria.
- **Rocha Hurtado, Carmen.** Hospital La Fuenfría.
- **Rodríguez Chico, Carmen.** Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- **Rodríguez de la Pinta, María Luisa.** Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- **Rodríguez Ibáñez, Víctor.** Paciente. Vocal de la Fundación Más que Ideas.
- **Rodríguez Sánchez, Alba.** Hospital Virgen de la Poveda.
- **Rodríguez-Arana Muñoz, Covadonga.** Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- **Rubio Quintanar, Piedad.** Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- **Ruiz Chércoles, Esther.** Centro de Salud María Jesús Hereza.
- **Sáez Vaquero, Teresa.** Hospital Universitario Infanta Leonor.
- **Salazar de la Guerra, Rosa María.** Hospital de Guadarrama.
- **Sánchez Luna, Manuel.** Hospital Universitario Gregorio Marañón.
- **Santano Magariño, Almudena.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Sebastián Ruiz, Martín.** Hospital Universitario del Henares.
- **Serrano Labajos, Ruth.** Paciente. Presidenta de ACCU Madrid (Asociación de enfermos de Crohn y colitis ulcerosa).
- **Silva Rodríguez, Álvaro.** Hospital Universitario del Henares.
- **Soto de Lanuza, Luan Luis.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Suárez Sánchez, Pedro José.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Torralba Gómez-Portillo, Antonio Ignacio.** Paciente. Presidente de Coordinadora Nacional de Artritis ConArtritis.
- **Urosa Moreno, Mercedes.** Hospital Universitario La Paz.
- **Villar Cirujano, Isabel.** CEP Peñagrande. Hospital Universitario La Paz.

COLABORADORES

- **Abad Revilla, Angel.** Gerencia Adjunta de Procesos Asistenciales de Hospitales.
- **Acedo Barrado, Nuria.** Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Adalid Moll, María Adalid.** Hospital Universitario del Henares.
- **Almenara Fernández, Manuel.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Alonso Criado, Pilar.** Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Álvaro Moreno, Aurora.** SUMMA 112.
- **Ansede Cascudo, Juan Carlos.** Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.
- **Aragón Rosco, María Jesús.** Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.
- **Arguedas Galindo, Ainhoa.** Hospital Universitario del Henares.
- **Barra Bermejo, María Jesús.** Hospital Universitario de Móstoles.
- **Barros González, Raquel.** Hospital Universitario del Henares.
- **Blanco Díaz, Yolanda.** Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

- **Blanco Morales, Concepción.** Dirección Asistencial Sur, Atención Primaria.
- **Burgos Saco, Ángel Luis.** SUMMA112.
- **Busca Ostolaza, Pablo.** SUMMA112.
- **Caballero Parejo, María.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Cañadas Laserna, Ana Isabel.** Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- **Carabia Torres, Ruth.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Casado Fernández, Elena.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Casado Pérez, Juan Carlos.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Cordero Montero, Natividad.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Cuesta Sanz, M^a José.** Centro de Salud Miraflores.
- **De la Fuente Casas, Luis.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Díaz Pérez, Cristina.** SUMMA 112.
- **Domínguez Pérez, María Luisa.** SUMMA112.
- **Estacio García, Mónica.** SUMMA112.
- **Esteban Arroyo, Sagrario.** Centro de Salud Las Cortes
- **Estévez de Gamón, Felipe M.** SUMMA 112.
- **Estévez Rodríguez, Flora.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Fernández Belinchón, Cristina.** SUMMA 112.
- **Fernández de Cano Martín, Nuria.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Fernández Delgado, Adela.** Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria.
- **Fernández Espejo, José Manuel.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Fernández Fernández, Gema.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Gacimartín Valle, Paula.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Galindo Martín, Aránzazu.** Hospital Universitario del Henares.
- **García Fernández, Ana.** Hospital Universitario del Henares.
- **García González, Rosa María.** Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- **García Onagoitia, Mikel.** SUMMA112.
- **Garde Merino, Óscar.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Garde Redondo, Victoria Eugenia.** Hospital Universitario de Getafe.
- **Gil Ibáñez, Eduardo.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Gomara Martínez, María José.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Gómez Díaz, Ana María.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Gómez Díaz, Teresa.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Gómez Sebastián, Inés.** Hospital Universitario del Henares.
- **González Álvaro, María José.** Hospital Universitario de Getafe.
- **González García, Rita.** SUMMA 112.
- **González Gómez, María Dolores.** Centro de Salud Las Cortes.
- **González Robledo, M^a José.** Centro de Salud Federica Montseny.
- **Izquierdo Palomares, José Manuel.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Jiménez Gómez, Paulino.** SUMMA 112.
- **Jiménez Monteiro, Vanesa.** SUMMA 112.
- **León Albo, Carolina.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Llorente Pinela, Almudena.** Hospital Universitario La Paz.
- **López Quesada, Teresa.** Hospital Universitario La Paz.
- **López Rodríguez, María Ester.** Hospital Universitario de Getafe.
- **Loro Ferrer, Olga.** SUMMA 112.
- **Lozano Berdasco, Marta.** Hospital Universitario del Henares.
- **Maidagan Andrés, María.** Hospital Universitario La Paz.
- **Mao Martín, Laura.** Hospital Universitario del Henares.
- **Marín Perales, Cristina.** Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- **Martín Fresneda, Soledad.** SUMMA112.
- **Martín González, Mario.** SUMMA112.
- **Martín Rodríguez, José Francisco.** Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Martínez Avilés, Rocío.** Hospital Universitario del Henares.
- **Martínez Chacón, Beatriz.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Martínez Machuca, Sonia.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Mateos Rodilla, Juana.** Escuela Madrileña de Salud.
- **Mediavilla Herrera, Inmaculada.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- **Melgar Borrego, Ana Belén.** Dirección Asistencial Sureste. Atención Primaria.
- **Merlos Chicharros, M^a Isabel.** Centro de Salud Castilla la Nueva.

- **Millán Susinos, Raquel.** Centro de Salud El Greco.
- **Montserrat-Capella, Dolors.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Moral López, Gema.** Enfermera. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Moreno del Nido, Francisco.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Moreno Sanz, Sergio.** SUMMA 112.
- **Munín Fernández, Carmen.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Navarro Barba, María.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Navarro Santos, Sara.** SUMMA112.
- **Nevado Muñoz, Rafael P.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Orozco Gutiérrez, María Jesús.** Hospital Universitario Infanta Cristina.
- **Ortega Quiles, María Dolores.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Pavalascu, Amelia Marlina.** SUMMA112.
- **Pérez Barba, Yaincoa.** SUMMA 112.
- **Pérez Martínez, Yolanda.** Hospital General Universitario La Paz.
- **Pérez San Pedro, Paloma.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- **Pineda Aparicio, Irene.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Planas García de Dios, M^a José.** Centro de Salud Estrecho de Corea.
- **Plaza Martín, María.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Quintela González, Zita.** SUMMA112.
- **Ramos Román, Herminia.** Hospital Universitario La Paz.
- **Rodríguez García-Abad, Nadia.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Rodríguez Leal, Cristóbal M.** Hospital Universitario del Henares.
- **Rodríguez Nogales, Ana Isabel.** Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda .
- **Rogles Muñoz, Gracia Elena.** Dirección Asistencial Noroeste, Atención Primaria.
- **Sánchez Álvarez, Ana Cristina.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Sánchez Murillo, Cristina.** Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- **Sánchez Sánchez, Carmen.** Hospital Clínico San Carlos.
- **Sobrino Olmedo, Miriam.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Solano Martín, Cristina M^a.** Centro de Salud Las Cortes.
- **Spagnolo, Emanuela.** Hospital Universitario La Paz.
- **Toledano Sacristán, Eva María.** Centro de Salud San Juan de la Cruz.
- **Valero González, Natalia.** Hospital Universitario de Getafe.
- **Villamañán Lobo, David.** Centro de Salud Pavones.
- **Vitores Picón, Paz.** Dirección Asistencial Sur, Atención Primaria.
- **Zapata Hernández, Julia.** Centro de Salud Las Cortes.



9. Bibliografía

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

- IV Plan de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2016. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon.ficheros/706616-IV%20plan%20de%20salud%20.pdf>
- AAFP. The Patient-Centered Medical Home (PCMH). Disponible en: <http://www.aafp.org/practice-management/transformation/pcmh.html> (Citado 11 de octubre de 2017).
- Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto. 2ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2014. 3. Pabón Silva IC, C [acceso 26 de mayo de 2021];
- Catálogo de competencias. Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2018. Disponible en: https://saludanv.salud.madrid.org/gestionporcompetencias/SiteAssets/Paginas/Modelo-degestion/Cat%-C3%A1logo%20de%20competencias%20_2018.pdf
- Chen J. Public Reporting of Health System Performance: Review of Evidence on Impact on Patients, Providers and Healthcare Organisations. Bureau of Health Information. The Sax Institute, 2010.
- Cortés Borra A, Jaén Ferrer, P. La gestión humanizada es posible. RECIEN. 2019; [acceso 11 de mayo de 2021]; 17. <https://doi.org/10.14198/recien.2019.17.02>
- De Souza Corbani NM, Passarela Brêtas AC, Cassuli Matheus MC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? Rev Bras Enferm Reben (Brasilia). 2009; [acceso 23 de mayo de 2021]; 62 (3): 349-54.
- Decálogo de Humanización de la Sanidad. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2018. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20223>
- Estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid 2014-2017 (ampliada 2021). Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2013. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17570>
- Estrategia de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. 2019. Disponible en: <https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/18/Estratexia%20da%20Humanizaci%C3%B3n.pdf>
- Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 2017. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf
- Estrategia de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2015. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17852>
- Estrategia SERGAS 2020. Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. 2019. Disponible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf
- Estudio para la valoración de la vivencia de los pacientes afectados por la situación generada por la COVID-19, en relación con la humanización. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2021.
- Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Informe global de resultados. 2016, 2017, 2018 y 2019. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17977>
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20155>
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20295>
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50141>
- Galvin KT, Pound C, Cowdell F y col. Un proceso de investigación-acción dirigido por la teoría del mundo de la vida para humanizar los servicios: mejorar “lo que importa” para las personas mayores para mejorar la atención humanamente sensible. Int J Qual Stud Health Bienestar. 2020; [acceso 26 de mayo de 2021]; 15 (1): 1817275. doi: 10.1080 / 17482631.2020.1817275
- García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm 2014; [acceso 11 de mayo de 2021]; 17(1): 70-74.
- Gremeaux V, Coudeyre E. The Internet and the Therapeutic Education of Patients: A Systematic Review of the Literature. Ann Phys Rehabil Med. 2010; 53 (10): 669–692. doi: 10.1016/j.rehab.2010.09.003.
- J.C. March. Escuela Andaluza de Salud Pública, Área de ciudadanía, bienestar y salud, Granada, España. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. ELSEVIER. Revista de calidad asistencial. [acceso 10 de mayo de 2021]; Vol.32 Páginas 245-247 (septiembre-Octubre 2017).DOI: 10.1016/j.cali.2017.10.001
- Janet Harris, Tina Cook, Lisa Gibbs, John Oetzel, Jon Salsberg, Carolynne Shinn, Jane Springett, Nina Wallerstejn, Michael Wright , “ Searching for the Impact of Participation in Health and Health Research: Challenges and Methods “, BioMed Research International , vol. 2018 , artículo ID 9427452 , 12 páginas , 2018 . [acceso 11 de mayo de 2021]; <https://doi.org/10.1155/2018/9427452>

- Líneas estratégicas 2017-2020. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. 2018. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas_estrategicas.pdf
- Llanes G, Bejarano D, Márquez LM, Ponce C, Martínez RM. La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2018. 8 [acceso 10 de mayo de 2021];1: 18-26
- López Espuela F, Moreno Monforte ME, Pulido Maestre ML, Rodríguez Ramos M, Bermejo Serradilla B, Grande Gutiérrez J. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. *NURE Inv. [Revista en Internet]* 2010 May-Jun. [acceso 19 de mayo de 2021]; 7(46): Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig_intimidad_46.pdf
- M. Eugenia Gómez Martínez, Guadalupe Pastor Moreno, Olivia Pérez Corral, M. Teresa Iriarte de los Santos, Ángel Luis Mena Jiménez M. Cecilia Escudero Espinosa, Inmaculada García Romera, Martín Germán Blanco García, Amelia Martín Barato. Análisis de las buenas prácticas de participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de Salud. [acceso 24 de mayo de 2021]; <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.003>
- Manual de apoyo del personal de acogida, información y acompañamiento en los centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud. 2021. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/Humanizacion/SiteAssets/Paginas/Información%20personalizada%20y%20acompañamiento/Manual%20de%20apoyo%20del%20personal%20de%20acogida,%20información%20y%20acompañamiento%20en%20los%20Centros%20Hospitalarios%20del%20SERMAS.pdf>
- Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. Humanization of care from the perspective of the Family Health Strategy teams in a city in the Interior of São Paulo, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; [acceso 23 de mayo de 2021]; 18(4):763-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400015>
- Memoria de reclamaciones del Servicio Madrileño de Salud. 2016, 2017, 2018 y 2019. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17975>
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20187>
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20287>
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. La humanización en los lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en salud; 2014. [acceso 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanización%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>
- Modelo de Evaluación de Criterios de Excelencia en Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid SER+HUMANO. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2019. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20291>
- Niwatachai Namwichisirikul Hospital Administration for Humanized Healthcare in Thailand. *World Academy of Science, Engineering and Technology International Journal of Humanities and Social Sciences* Vol:6, No:11, 2012 [acceso 18 de mayo de 2021]; DOI: doi.org/10.5281/zenodo.1059673
- Normas de estilo aplicables a la terminología apropiada para referirse a las personas con discapacidad del CERMI Comunidad de Madrid (Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid). Disponible en: http://cermimadrid.org/sites/default/files/normas_de_estilo_terminologia_-_cermi_comunidad_de_madrid.pdf
- Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>
- Pabón Silva IC, Cabrera Osejo CM. La humanización en el cuidado de pacientes para lograr una atención de alta calidad. *Rev Unimar*. 2008; [acceso 18 de mayo de 2021]; (45): 31-5.
- Piette J., Lun KC, Moura LA Jr, et al. Impacts of E-Health on the Outcomes of Care in Low-And Middle-Income Countries: Where Do We Go from Here? *Bull World Health Organ*. 2012; 90(5): 365-372. doi: 10.2471/BLT.11.099069
- Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. 2004. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36144/Plan+de+confortabilidad+del+SESPA.pdf/f0fae3a7-aec5-746b-afb5-ba94e7c1a1d6?version=1.0>
- Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2016. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17902>
- Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. 2020. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4665-2000.pdf>

- Plan de Salud de Aragón 2030. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón. 2018. Disponible en: <http://plansaludaragon.es/wp-content/uploads/2018/09/Plan-de-Salud-FINAL-EDITADO.pdf>
- Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. 2011. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Plans-de-salut-anteriors/Pla-de-salut-de-Catalunya-2011-2015/pla-de-salut-2011-2015/documents/plan_de_salut_catalunya_es.pdf
- Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. 2019. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/228148/Version+final+Plan_de_Salud_2019-30.pdf/43db1691-4eee-834e-56bd-bb32c937b01e
- Plan Dignifica, humanizando la asistencia. Consejería de Sanidad. Castilla-La Mancha. 2017. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf
- Plan estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2015-2021. Consejería de Salud y Política Sociosanitaria. Gobierno de Extremadura. 2015. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20CALIDAD%20DEL%20SPE%202015-2021.pdf
- Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2018. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20214>
- Plan integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2019. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20297>
- Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de Salud Mental. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2020. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM_2020_0.pdf
- Recomendaciones de estilo para los profesionales del Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2019. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20272>
- Red de experiencias “Iniciativas que humanizan”. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/Humanizacion/Paginas/IniciativasQueHumanizan.aspx>
- Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020. Osakidetza. Gobierno Vasco. 2017. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_ESP.pdf
- Rodríguez L. Cuidados enfermeros y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Revista Enfermería CyL. 2019 [acceso 10 de mayo de 2021]; 11(1):155-171. <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/238>
- Rowe R.E., Garcia J., Macfarlane A.J., Davidson L.L. Improving Communication between Health Professionals and Women in Maternity Care: A Structured Review. Health Expect. 2002; 5(1): 63–83.
- Royer S, Goodwin N. What Impact Does Telehealth have on Long-Term Conditions Management [Prezi presentation] London: The King’s Fund; 2012.
- Sánchez, A. V. (2001). El cooperativismo como fórmula empresarial de futuro para canalizar el espíritu emprendedor colectivo. [acceso 8 de mayo de 2021]; Revista Galega de Economía, 10(1), 0.
- Silva ICP, Osejo CMC. LA HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO DE PACIENTES para lograr una atención de alta calidad. Rev.UNIMAR [Internet]. 26 de marzo de 2014. [acceso 25 de mayo de 2021]; 26(1). Disponible en: <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/unimar/article/view/77>
- Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo H-B, Choi Y-S, et al. A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. HERD Heal Environ Res Des J. 2008 Apr 1;1(3):61–125.
- Van Thiel G and Stolk P. Priority Medicines for Europe and the World. “A Public Health Approach to Innovation”. Update on 2004 Background Paper. Background Paper 8.5. Patient and Citizen Involvement. 2013.
- Victoria Bates (2018) ‘Humanizing’ healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals, Design for Health, 2:1, 5-19, [acceso 7 de mayo de 2021]; To link to this article: <https://doi.org/10.1080/24735132.2018.1436304>



ANEXO. Tablas resumen

respeto honestidad comprensión empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto **honestidad**
comprensión empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad **comprensión** empatía humildad
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía **humildad**
buen trato autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad **buen trato** autonomía calidad
respeto honestidad comprensión empatía humildad buen trato
autonomía calidad respeto honestidad comprensión
empatía humildad buen trato autonomía **calidad**

EJE 1. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

LÍNEA 1.1. ATENCIÓN PERSONALIZADA

OBJETIVO 1.1.1. MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y LA ACOGIDA EN LOS CENTROS

Elaboración y difusión de recomendaciones sobre procedimientos de accesibilidad y acogida personalizados en los distintos ámbitos asistenciales.

Identificación y promoción de circuitos de atención prioritaria y acompañamiento para personas en situación de fragilidad, con discapacidad, necesidades especiales, o víctimas de agresión o violencia.

Revisión y actualización de las guías institucionales de acogida en hospitalización y en centros de salud mental, de información al alta y de atención al duelo, con adaptación para personas con capacidades diferentes.

Identificación periódica de la necesidad de elaboración de nuevas guías institucionales.

Difusión y seguimiento de las actuaciones contempladas en el "Manual de apoyo del personal de acogida, información y acompañamiento".

Disponibilidad de personal de acogida, información y acompañamiento, según necesidades de cada ámbito asistencial.

Consolidación del programa de acompañamiento del paciente durante el proceso asistencial por parte de las personas significativas que autorice éste o su tutor legal.

OBJETIVO 1.1.2. PROPORCIONAR INFORMACIÓN EFECTIVA A PACIENTES, SUS PERSONAS SIGNIFICATIVAS Y PERSONAS QUE CUIDAN

Homogeneización y normalización de la información gráfica y visual sobre los recursos y normas de funcionamiento de los centros, con adaptación para personas con capacidades diferentes.

Establecimiento de actuaciones que faciliten la información adecuada y comprensible a pacientes y usuarios sobre procedimientos y actuaciones en salud.

Facilitación del acceso de los ciudadanos a su información clínica, acorde con criterios normativos y éticos.

Revisión y actualización de la Resolución 477/2015 por la que se dictan instrucciones para facilitar información clínica personalizada a pacientes, familiares o allegados.

Seguimiento y evaluación de los instrumentos para facilitar información personalizada a las personas significativas autorizadas por el paciente.

OBJETIVO 1.1.3. PRESERVAR LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES

Identificación y adecuación de zonas críticas en las que se puede vulnerar la intimidad del paciente.

Establecimiento de espacios específicos para proporcionar información clínica y no clínica preservando la intimidad y la confidencialidad.

Elaboración y difusión de las normas básicas de respeto a la intimidad del paciente y confidencialidad de sus datos.

Facilitación de ropa adecuada a los pacientes para respetar su intimidad.

OBJETIVO 1.1.4. MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Fomento del análisis periódico de la experiencia del paciente.

Impulso de la utilización de indicadores de resultados que aporten valor a los pacientes.

Promoción de la programación de actividades lúdicas y de acompañamiento para pacientes y sus personas significativas.

Promoción de visitas presenciales o virtuales para dar a conocer el centro a pacientes y/o ciudadanos.

LÍNEA 1.2. CAPACITACIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS

OBJETIVO 1.2.1. POTENCIAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS Y SU CAPACIDAD PARA AUTOCUIDARSE

Información y formación a las personas sobre autocuidado, hábitos saludables y autogestión de sus enfermedades

Promoción del programa "Paciente experto"

Promoción del programa "Persona que cuida experta"

Promoción del conocimiento y acceso de la ciudadanía a las actividades y recursos de la Escuela Madrileña de Salud.

OBJETIVO 1.2.2. PROMOVER LA AUTONOMÍA EFECTIVA DEL PACIENTE

Definición del marco normativo que regule la planificación compartida de la atención.

Promoción de la toma de decisiones clínicas compartidas.

Elaboración de recomendaciones para la planificación compartida de la atención

Difusión y promoción del cumplimiento de las recomendaciones para la aplicación adecuada de medidas de sujeción física, de acuerdo a la Resolución 106/2017 por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.

Establecimiento de actuaciones para favorecer la deliberación y, en su caso, el otorgamiento de las Instrucciones Previas.

LÍNEA 1.3. INTEGRACIÓN DE LA VOZ DE LOS PACIENTES Y DE LA CIUDADANÍA

OBJETIVO 1.3.1. PROMOVER MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y DE LA CIUDADANÍA

Promoción de la incorporación de pacientes, personas que cuidan, Asociaciones de Pacientes y ciudadanía en aquellos órganos de asesoramiento y participación relacionados con la humanización.

Promoción de la creación y desarrollo de los Consejos o Comités de pacientes.

OBJETIVO 1.3.2. CONOCER LA VIVENCIA Y PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y LA CIUDADANÍA

Realización de estudios para conocer la percepción de los pacientes en relación con la humanización en la organización sanitaria.

Realización de estudios para conocer las necesidades, expectativas y demandas de la ciudadanía en relación a la propuesta de valor de la Escuela Madrileña de Salud.

LÍNEA 1.4. RECURSOS TELEMÁTICOS Y TELEMEDICINA

OBJETIVO 1.4.1. FORMACIÓN Y DIVULGACIÓN SOBRE HABILIDADES Y RECURSOS TELEMÁTICOS

Información y formación a las personas sobre habilidades digitales dirigidas a mejorar su conocimiento y relación con las instituciones sanitarias.

Difusión del catálogo de recursos telemáticos de acompañamiento y lúdicos.

OBJETIVO 1.4.2. APLICAR LAS TECNOLOGÍAS A LA HUMANIZACIÓN

Promoción del uso de la telemedicina para la prestación de asistencia sanitaria.

Implementación progresiva de medios telemáticos accesibles en el proceso de información de pacientes y sus personas significativas.

Desarrollo de mecanismos para personalizar el servicio de información, comunicación, acompañamiento y entretenimiento durante la estancia hospitalaria de acuerdo a las necesidades del paciente y sus personas significativas.

Consolidación de sistemas alternativos de comunicación para personas con discapacidad sensorial y personas de habla no hispana.

Potenciación de la utilización de iniciativas para la citación de pacientes a través de medios telemáticos.

Establecimiento de mecanismos coordinados entre niveles asistenciales para el seguimiento presencial y/o telefónico tras el alta hospitalaria.

Promoción del conocimiento y acceso a los recursos digitales de la Escuela Madrileña de Salud.

EJE 2. INFRAESTRUCTURAS, ENTORNOS Y ESPACIOS

LÍNEA 2.1. ACCESIBILIDAD FÍSICA, COGNITIVA Y COMUNICATIVA

OBJETIVO 2.1.1. AVANZAR EN LA ACCESIBILIDAD DE LOS CENTROS SANITARIOS

Establecimiento de medidas de promoción de la accesibilidad física y supresión de barreras arquitectónicas.

Establecimiento de medidas de mejora de la accesibilidad de personas con discapacidad sensorial, comunicativa o cognitiva.

Promoción de actuaciones para la mejora del aparcamiento en los hospitales públicos.

LÍNEA 2.2. INFORMACIÓN Y SEÑALIZACIÓN

OBJETIVO 2.2.1. MEJORAR LA INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN EL ACCESO A LOS CENTROS

Disposición de directorios actualizados en los puntos de acceso.

Habilitación de puntos de información fácilmente identificables y accesibles.

Actualización y difusión de la información sobre la distribución de instalaciones.

Desarrollo e implantación de aplicaciones para dispositivos móviles que faciliten la orientación.

LÍNEA 2.3. ESPACIOS HUMANIZADOS

OBJETIVO 2.3.1. ADAPTAR LOS ESPACIOS DE LOS CENTROS A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS

Establecimiento de vías de participación para detectar necesidades desde la esfera de la humanización en obras y cambios estructurales.

Análisis de los espacios asistenciales y de uso común de los centros y, en su caso, adaptación a las necesidades de las personas.

Elaboración y difusión de una guía de recomendaciones para la adaptación de los espacios a las necesidades de las personas.

OBJETIVO 2.3.2. MEJORAR EL CONFORT AMBIENTAL

Puesta en marcha de medidas para favorecer el confort térmico, lumínico y acústico en las distintas áreas del centro.

Análisis de situación de la calidad del descanso de pacientes ingresados.

Elaboración y difusión de recomendaciones para favorecer el descanso en las unidades de hospitalización.

OBJETIVO 2.3.3. FACILITAR HERRAMIENTAS DE OCIO Y CONTINUIDAD DE LA VIDA ACADÉMICA Y LABORAL DURANTE EL INGRESO

Habilitación de espacios de ocio, ejercicio y relajación en hospitalización.

Fomento de la salida de pacientes hospitalizados, cuando su situación clínica lo permita, a patios o espacios exteriores.

Promoción del acceso a material divulgativo, cultural y de entretenimiento.

Promoción del acceso gratuito a TV.

Fomento de la instalación de circuito de TV para retransmisión de contenidos de Educación para la Salud, culturales y actividades lúdicas.

Promoción del acceso gratuito de cortesía a WiFi.

EJE 3. PROFESIONALES COMO AGENTES DE HUMANIZACIÓN

LÍNEA 3.1. SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN

OBJETIVO 3.1.1. SENSIBILIZAR A LOS PROFESIONALES SOBRE ASPECTOS DE HUMANIZACIÓN

Elaboración y difusión de una guía de recomendaciones para la sensibilización de los profesionales sobre aspectos de humanización.

Difusión de las “Recomendaciones de estilo del Servicio Madrileño de Salud”.

Revisión y difusión del Decálogo de Humanización.

OBJETIVO 3.1.2. FORMAR A LOS PROFESIONALES SOBRE ASPECTOS DE HUMANIZACIÓN

Identificación de necesidades formativas en materia de humanización.

Diseño de un itinerario formativo sobre aspectos de humanización.

Desarrollo de acciones formativas sobre aspectos clave de la humanización.

Desarrollo de acciones formativas para el autocuidado en los profesionales.

Desarrollo de acciones formativas en relación con la planificación compartida de la atención.

LÍNEA 3.2. ACOGIDA Y RECONOCIMIENTO

OBJETIVO 3.2.1. ACOGER A LAS PERSONAS EN LA ORGANIZACIÓN

Revisión y actualización de las instrucciones generales para la elaboración de planes de acogida para profesionales.

Implementación efectiva de los planes de acogida específicos para cada ámbito asistencial.

Inclusión de aspectos de formación y sensibilización en humanización en los procedimientos de acogida a profesionales.

OBJETIVO 3.2.2. RECONOCER LA LABOR DE LOS PROFESIONALES

Promoción de acciones de reconocimiento de logros y esfuerzos de los profesionales en humanización.

Identificación y difusión de buenas prácticas en humanización.

Actualización periódica del repositorio sobre experiencias en humanización.

LÍNEA 3.3. PROFESIONALES Y EQUIPOS SALUDABLES

OBJETIVO 3.3.1. PROMOVER EL CUIDADO DEL PROFESIONAL

Realización de campañas institucionales para sensibilizar sobre la importancia de cuidar al profesional.

Promoción de entornos de trabajo seguros y confortables.

Identificación y puesta en marcha de mecanismos para la mejora del cuidado y el bienestar de los trabajadores del Servicio Madrileño de Salud.

Establecimiento de acciones que promuevan el autocuidado en salud mental para el personal sanitario, así como posibilidad de apoyo e intervención por equipos de Salud Mental.

Puesta en marcha de medidas para facilitar una mejor atención a los profesionales que presentan problemas de salud mental a través de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental y del Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE).

Difusión del Manual de Prevención del Desgaste Profesional en centros del Servicio Madrileño de Salud.

OBJETIVO 3.3.2. DESARROLLAR EQUIPOS SALUDABLES

Elaboración y difusión de una guía de recomendaciones para favorecer el desarrollo de equipos saludables.

Habilitación de mecanismos de escucha de la voz de los profesionales para incorporar su perspectiva en el rediseño de los procesos y de los espacios.

EJE 4. LIDERAZGO Y ORGANIZACIÓN HUMANIZADA

LÍNEA 4.1. CULTURA DE HUMANIZACIÓN

OBJETIVO 4.1.1. FOMENTAR UNA CULTURA DE HUMANIZACIÓN

Inclusión de aspectos de humanización en los planes y estrategias.

Inclusión de objetivos de humanización en los contratos de gestión.

Elaboración y difusión de guía de recomendaciones para incluir aspectos de humanización en la definición de nuevos procesos o en la revisión de los actuales.

Promoción del conocimiento y acceso a las actividades y recursos de la Escuela Madrileña de Salud por parte de los profesionales.

Promoción de la inclusión de contenidos de humanización en jornadas y foros sobre otras temáticas sanitarias.

Promoción de la realización de estudios de investigación sobre aspectos relacionados con la humanización.

OBJETIVO 4.1.2. PROMOVER LA COMUNICACIÓN

Divulgación institucional de aspectos relacionados con la humanización.

Promoción de la comunicación sobre aspectos relacionados con la humanización de forma descentralizada. (sesiones, noticias en la web...).

Facilitación de información al paciente sobre recursos complementarios no asistenciales.

LÍNEA 4.2. LIDERAZGO EN HUMANIZACIÓN

OBJETIVO 4.2.1. PROMOVER EL LIDERAZGO EN HUMANIZACIÓN

Establecimiento de formación específica sobre liderazgo en humanización.

Identificación y difusión de buenas prácticas sobre liderazgo en humanización.

Establecimiento de reconocimientos sobre liderazgo en humanización.

Inclusión de experiencias sobre liderazgo en humanización en jornadas o reuniones.

OBJETIVO 4.2.2. DESARROLLAR EL LIDERAZGO EN HUMANIZACIÓN

Elaboración y difusión de un decálogo del líder en humanización.

Participación de miembros del equipo directivo en las Comisiones de Humanización.

Inclusión de la comunicación, despliegue y seguimiento del Plan de humanización en las reuniones y actividades de los equipos directivos.

Realización rondas de humanización.

LÍNEA 4.3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN

OBJETIVO 4.3.1. FORTALECER LAS COMISIONES DE HUMANIZACIÓN

Elaboración de una guía de recomendaciones sobre el funcionamiento y desarrollo de las Comisiones de Humanización.

Creación de la figura del “referente de humanización de Servicio/Unidad”.

Impulso de la colaboración intrainstitucional con otros comités y estructuras de la organización.

OBJETIVO 4.3.2. DESARROLLAR EL OBSERVATORIO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Coordinación y seguimiento de las acciones previstas en el marco del Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Elaboración y difusión de memoria de actividad del Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Revisión y actualización de la información del Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria alojada en la web institucional y en la intranet Salud@.

OBJETIVO 4.3.3. POTENCIAR UNA ORGANIZACIÓN HUMANIZADA

Identificación de áreas críticas y establecimiento de acciones de mejora de la humanización.

Monitorización y despliegue las actuaciones de humanización establecidas en los diferentes servicios y unidades del centro.

Promoción de actuaciones para mejorar la facilitación y agrupación de citas.

Establecimiento de mecanismos para mejorar los procesos de pre-alta hospitalaria.

Promoción de los circuitos de comunicación entre ámbitos asistenciales y/o sociosanitarios.

Promoción de la incorporación de información sobre funcionalidad, calidad de vida y situación social, económica y familiar en la Historia Clínica.

Desarrollo de actuaciones para la detección precoz del riesgo social.

Realización y difusión centralizada de un inventario de recursos sociales disponibles.

Coordinación y seguimiento de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia Materna (IHAN).

Establecimiento de mecanismos de coordinación, colaboración y comunicación de los centros sanitarios y de la Escuela Madrileña de Salud.

LÍNEA 4.4. MODELO DE EXCELENCIA EN HUMANIZACIÓN

OBJETIVO 4.4.1. ACTUALIZAR Y DESPLEGAR EL MODELO SER+HUMANO

Revisión y actualización del Modelo de evaluación de criterios de excelencia en humanización SER+HUMANO.

Evaluación periódica mediante el Modelo de evaluación de criterios de excelencia en humanización SER+HUMANO.

Formulación y puesta en marcha de acciones de mejora derivadas de la autoevaluación.

OBJETIVO 4.4.2. DESARROLLAR UN SISTEMA DE RECONOCIMIENTO A PARTIR DEL MODELO SER+HUMANO

Establecimiento de un sistema de reconocimiento.

Identificación y difusión de buenas prácticas.

LÍNEA 4.5. ALIANZAS

OBJETIVO 4.5.1. PROMOVER LA COLABORACIÓN CON LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES

Impulso de la colaboración con las Asociaciones de Pacientes.

Difusión institucional de la labor de las Asociaciones de Pacientes.

OBJETIVO 4.5.2. PROMOVER LA COLABORACIÓN CON LAS ENTIDADES DE ACCIÓN VOLUNTARIA

Fomento de la participación del voluntariado en acciones de mejora en humanización.

Promoción de la acogida y formación del voluntariado.

Difusión institucional de la labor de las entidades de acción voluntaria.

OBJETIVO 4.5.3. ESTABLECER SINERGIAS CON OTRAS ORGANIZACIONES

Promoción de la coordinación con otras administraciones y entidades en el desarrollo de acciones de humanización.
