

Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria

Consejería de Sanidad
de Castilla–La Mancha



el valor de las personas



Introducción

01 ➔

Una mirada...
¿Qué nos ha
traído hasta
aquí?

02 ➔

Un horizonte...
Marco general
e ideas
inspiradoras

03 ➔

De las ideas a
los hechos

04 ➔

Epílogo

05 ➔

Anexos

06 ➔

“Cambiar el mundo no es
ni utopía, ni locura,
es justicia”.

*Don Quijote de La Mancha.
Miguel de Cervantes Saavedra*

Preámbulo

Después de llevar a cabo un amplio y participativo proceso de diagnóstico de la situación de la salud en nuestra región, teniendo en cuenta su particular realidad poblacional y territorial, en 2021 aprobamos el Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025, en el que se identificaron las líneas maestras de la política de salud y de asistencia sanitaria para los próximos años, con el objetivo de conseguir progresivamente más y mejor salud para las y los castellanomanchegos.

La Humanización de la asistencia sanitaria se identificó como una de las líneas estratégicas y de los principios básicos de actuación del Plan de Salud, al tiempo que establecía la calidad y seguridad de la atención, poniendo claramente de manifiesto su relevancia.

En este sentido, el presente Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, resultado también de un amplio y metódico proceso de elaboración en el que han intervenido desde el personal directivo hasta el resto de profesionales de los centros y servicios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), representantes de organizaciones profesionales y sociales y de la población en general, todos ellos usuarios y usuarias de los servicios sanitarios, tiene un claro y evidente impacto y un valor significativo sobre la asistencia sanitaria.

A lo largo del proceso de diseño, el Proyecto Horizonte Humanización ha permitido realizar una actividad de análisis y propuestas, a la vez que se han ido desplegando espacios y órganos específicos de coordinación y seguimiento del Plan, como el Consejo Regional de Humanización, la Comisión Técnica Regional, las comisiones de humanización en cada gerencia asistencial del Sescam y la designación de profesionales responsables en cada una de ellas.

Dar valor a la Humanización de la asistencia sanitaria consiste en no perder la visión de las personas como eje central de nuestro sistema de salud, tanto de profesionales como de pacientes, para que tenga un carácter transversal e impregne la cultura de la organización sanitaria de valores fundamentales como son la empatía, la cercanía o la escucha activa en todos los ámbitos, impulsando actuaciones concretas y la formación continua para apoyar el cambio.

Obviamente uno de los objetivos principales de cualquier organización sanitaria es la mejora de la calidad asistencial, pero también avanzar en medidas que mejoren la identificación con el servicio, con la mejora en la calidad percibida y la motivación profesional, que hagan posible un sistema sanitario público más humanizado. Este Plan será un instrumento y una oportunidad para poder hacerlo realidad.



Jesús Fernández Sanz
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

Prólogo

En Castilla-La Mancha contamos con una dilatada trayectoria en la implementación y desarrollo de programas de humanización en el ámbito sanitario, algunos de los cuales han contribuido de forma muy significativa a impulsar y fomentar el interés por incorporar herramientas y políticas enfocadas a que las personas y sus necesidades de salud se sitúen realmente en el eje central de nuestro sistema sanitario.

En cada una de las etapas de esta trayectoria, los diferentes planes y programas fueron un reflejo del momento concreto en el desarrollo del sistema de salud y, obviamente, del grado de sensibilización y de las necesidades sentidas por las y los pacientes en general, que han ido avanzando en su nivel de autonomía, información, corresponsabilidad y participación en la toma de decisiones. En este sentido, la atención sanitaria que prestamos es también un fiel reflejo de la sociedad en la que vivimos, con sus avances tecnológicos, sus logros, sus retos y -sobre todo- sus incertidumbres.

No hay que olvidar que las organizaciones e instituciones sanitarias siempre han desempeñado una función social de gran relevancia, que incorpora un enorme componente ético. Cabe decir que las profesiones sanitarias son intrínsecamente humanas y humanizadoras, atienden la enfermedad, la vulnerabilidad, el dolor y el sufrimiento. Pero es innegable que la complejidad de los sistemas de prestación de la atención sanitaria, unida a los cambios acaecidos en la sensibilidad de profesionales y pacientes, hacen que resulte imprescindible seguir avanzando en la humanización de estas organizaciones.

En esta nueva etapa, y en el marco de las directrices del Plan de Salud Horizonte 2025, hemos sido muy conscientes de la necesidad de superar modelos de humanización que sean percibidos como una serie de iniciativas aisladas con un sesgo meramente cosmético, aplicando para ello metodologías que permitan una amplia participación de todas las partes implicadas. Desde los primeros encuentros para su elaboración, se detectó esa “sed de humanización”, pero son muchas las personas y profesionales involucrados y con diferentes perspectivas que aún deben sumarse, para lo que se cuenta, además, con un marcado compromiso de los equipos directivos.

Este Plan de humanización incorpora una visión compartida y transformadora a largo plazo, con un impacto significativo en la organización sanitaria, en la ciudadanía, en pacientes y en la sociedad en su conjunto, pero también compromete realidades y actuaciones concretas a corto plazo con cambios reconocibles para la ciudadanía, pacientes y sus familias. El Plan incluye una metodología innovadora que permitirá seguir trabajando desde la inteligencia colectiva para hacer posible ese cambio real y efectivo en el modelo de atención que propicie una asistencia sanitaria más digna, es decir, más cercana, respetuosa y amable.



Mª Teresa Marín Rubio

Directora General de Humanización y Atención Sociosanitaria

¿Qué contiene este documento?

Este documento quiere reflejar un viaje. Un viaje que tiene sus raíces en iniciativas previas, tanto propias como de otras comunidades autónomas, o en iniciativas nacionales. Un viaje que, en los últimos años, ha ido ganando “momentum” en el sentido físico del término: cada vez más deprisa, y tiene más fuerza porque a la humanización de la asistencia sanitaria se están sumando más y más personas, a todos los niveles, y aquí se cuenta qué ha ocurrido para conseguir tantos apoyos.

El viaje que ha de suceder se define aquí mediante cinco vectores de desarrollo y diversas líneas de acción, que nos tienen que acercar de esta realidad llena de retos a un futuro soñado y deseado. Y también se describe en este documento lo que hay que poner en la maleta cuando se va de viaje: guías, herramientas, buenos consejos y mucha ilusión.

¿Qué es (y qué no es) este plan de humanización?

Este plan no sólo es una manera de explicar lo que entendemos por humanización de la asistencia sanitaria, y que esta visión sea comprendida por profesionales y por la sociedad. Es, sobre todo, un marco-guía para enfocar el trabajo de los próximos años, y que se den pasos concretos para avanzar hacia esa visión, respetando lo local, pero de manera coordinada y con un modelo y lenguaje comunes que alineen y optimicen las iniciativas concretas que surjan a partir de este enfoque.

Por el contrario, este plan no es un informe de gestión, ni una rendición de cuentas que miran solo al pasado. Tampoco es un listado de tareas con fechas, responsables y presupuestos (esto ocurrirá cuando comience su implantación). Y esperamos que sea una herramienta clave para pasar de lo general a lo particular. Para evolucionar desde el “curar enfermedades” hasta el “tratar a seres humanos de forma integral y respetuosa”, dentro de lo complejo y delicado que es atender y cuidar de la salud de las personas.

O, como dijo uno de los profesionales que ha participado en su elaboración, *“esto es un buen ejercicio para recordar vivamente los motivos por los que decidí dedicar mi vida a ser médico”*.

Bloques principales que se va a encontrar quién lea este plan

Una mirada...
¿Qué nos ha traído hasta aquí? →

Esto de la humanización no comienza con este plan. En este bloque se revisa lo que se ha hecho con anterioridad sobre esta materia y escuchamos las opiniones y experiencias de algunas personas expertas.

Un horizonte...
Marco general e ideas inspiradoras →

Aquí se comparten algunas reflexiones desde tres planos: conceptual, estratégico y operativo, como base para los bloques siguientes.

De las ideas a los hechos →

Como buena parte de este Plan, algunas iniciativas ya están en marcha. Además, se ha realizado una escucha activa. A partir de ahí, se plantean unos conceptos e ideas clave, unos vectores de desarrollo y las líneas de acción. Y fijamos el marco sobre cómo hacer la implantación.

Epílogo →

Unas palabras como cierre y conclusión del plan.

Anexos →

Algunos contenidos adicionales a los que se hace referencia a lo largo del documento.

“Solo puedes ver claramente
con el corazón.
Lo esencial es invisible
a los ojos”.

Antoine de Saint-Exupéry

Antecedentes de la HAS en Castilla-La Mancha

La Humanización de la Asistencia Sanitaria en Castilla-La Mancha ha ido adquiriendo progresivamente un mayor protagonismo y un lugar importante en la prestación de los servicios sanitarios del Servicio Público de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).

En 2004 se puso en marcha el denominado "Plan de los Pequeños Detalles", cuyo objetivo era *"implantar una serie de iniciativas orientadas a aumentar la calidad percibida y la satisfacción de usuarios y profesionales en aspectos relacionados con la comunicación, instalaciones, organizativos y asistenciales, que conforman la sensación de recibir y dar un servicio prestado de forma ágil, eficaz, en un entorno agradable y cuidado de detalles"*.

Pocos años después, en 2008, la "Estrategia de Confortabilidad" en el Sescam da continuidad al "Plan de los Pequeños Detalles". Entre 2009 y 2011 todas las gerencias del Servicio de Salud desarrollaron su propio Plan de Confortabilidad, que abarcó cinco grandes áreas de trabajo con actuaciones en Atención Primaria, Urgencias y Atención Hospitalaria. Una de estas áreas hacía ya referencia de forma expresa a la *"Humanización, calidad de trato y personalización"*. Durante el proceso de desarrollo e implantación se definieron y priorizaron las actuaciones de mejora, se elaboró un cronograma para su desarrollo y se nombraron responsables para su ejecución.

ARTÍCULO ESPECIAL

Mejora en la calidad percibida: el Plan de los Pequeños Detalles del SESCAM

Rodrigo Gutiérrez, María Rubio, Juan Fernández, Cristina Navarro y Blanca Parra
Área de Atención al Usuario y Calidad Asistencial. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
Toledo. España.



<http://bit.ly/3iIRQE2>



<http://bit.ly/3XLaVj9>

Antecedentes de la HAS en Castilla-La Mancha

En 2015, el Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, Jesús Fernández Sanz, señala la Humanización de la Asistencia Sanitaria y la Sostenibilidad como pilares fundamentales para la gestión sanitaria, incluyendo por primera vez en la estructura orgánica de la Consejería, una Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria, órgano directivo al que se le encomienda, entre otras funciones, el desarrollo de programas y medidas centradas en la prestación de una atención sanitaria holística e integral, el fomento y la articulación de mecanismos de organización que incentiven y hagan efectiva la participación ciudadana y la implementación de medidas que permitan una adecuada comunicación entre el personal sanitario, las y los pacientes y sus familiares.

En este contexto, y desde la gran sensibilidad y voluntad de trabajo de un amplio grupo de profesionales, como motores principales para su diseño y puesta en marcha, ve la luz el llamado Plan DIGNIFICA, dirigido a activar y llenar de valores y contenidos propiamente humanos la asistencia sanitaria, yendo más allá de un uso exclusivo de la ciencia y la técnica, incrementando para ello la sensibilidad de las y los profesionales sanitarios hacia la toma en consideración de las necesidades no solo físicas, sino también emocionales, sociales y culturales de pacientes y familiares en la atención sanitaria prestada y un modo de hacer y cuidar basado en el respeto, la cercanía, la empatía y la DIGNIDAD de las personas.

Bajo el paraguas de esa amplia perspectiva de humanización, y junto al Plan DIGNIFICA, la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha desarrolla paralelamente otras dos actuaciones, que siguen vigentes en la actualidad: las Redes de Expertos y Profesionales y la Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha, involucrando así en un plan de mejora continua de la asistencia sanitaria a profesionales y pacientes.



<http://bit.ly/3AWiuK9>

Antecedentes de la HAS en Castilla-La Mancha

En este sentido, el Plan Dignifica supuso para el Servicio Público de Salud de Castilla-La Mancha el establecimiento de unas bases sólidas sobre las que trabajar el cambio de perspectiva en la organización aportando un modelo de trabajo para situar realmente a las y los pacientes como eje y centro del sistema sanitario.

Se constituyó así un modo de actuación, una herramienta de trabajo y un plan dinámico que, enfocado en diversas áreas, perseguía la prestación de una asistencia sanitaria digna, tanto para las personas usuarias del Sescam, como para el propio personal de la organización.

Los cinco ejes y líneas estratégicas que se definieron en el Plan Dignifica fueron: comunicación e información; asistencia sanitaria integral e integrada; las y los profesionales como agentes activos de salud; la mejora del confort y de las infraestructuras sanitarias y la participación ciudadana.

En el marco de estos cinco ejes, se seleccionaron, de entre un total de 81 propuestas elaboradas por las y los propios profesionales, un conjunto de 25 medidas de humanización para implantar en todos los centros sanitarios de la región, que han alcanzado un nivel de cumplimiento muy elevado, llegando a ser trascendidas en el momento actual.

Entre las medidas llevadas a cabo en el marco del Plan Dignifica, cabe destacar los planes de acogida a pacientes en hospitalización, los proyectos de información a pacientes y acompañantes en los servicios de urgencias, las vías de acceso rápido a la atención especializada, la iniciativa *Paritour*, las unidades asistenciales de cuidados paliativos, los programas de formación continuada en humanización y la formación a profesionales en comunicación de malas noticias, el acondicionamiento de espacios para mejorar la intimidad en la atención a pacientes, proyectos de acompañamiento de payasos a niñas/os ingresados, la colaboración con Escuelas de Arte y los proyectos de información sobre asociaciones a pacientes con patología oncológica, etc.

Logros del Plan DIGNIFICA

En los primeros pasos del Plan DIGNIFICA se han conseguido:

- La mejora de **circuits asistenciales**.
- La mejora del **confort** en los centros sanitarios, tanto para pacientes como para profesionales.
- La mejora de los **tiempos de espera** para el paciente.
- La mejora de la **intimidad** en el trato con el paciente.
- La mejora de la **información** clínica y no clínica.
- La mejora de la **seguridad del paciente**.
- La mejora de la **coordinación entre niveles** asistenciales.
- La mejora de la **calidad**, en general.
- Mayores niveles de **participación e implicación social**.

El Plan Dignifica y sus resultados sin duda “proporcionaron el gran valor de trabajar por las personas, con las y los profesionales y pacientes, así como con sus familias y con las asociaciones”.

Jesús Fernández Sanz

Antecedentes de la HAS en Castilla-La Mancha

Trabajo en equipo, redes, grupos y comunidades de interés, dan forma y hacen posible la base cultural de una organización compleja, basada en el conocimiento y que debe crecer mediante la innovación y el aprendizaje continuo, gracias a todas las personas que lo hacen realidad y a quienes lo valoran con el reconocimiento público.



Toledo, 11 de agosto 2019. (EUROPA PRESS) – El Plan Dignifica de la Consejería de Sanidad, nominado a los premios New Medical Economics. El Gobierno de Castilla-La Mancha celebra la nominación del Plan Dignifica de la Consejería de Sanidad a los premios New Medical Economics 2019 en la categoría de "Mejor labor de humanización sanitaria".

Madrid. 2017. II Edición de los Premios HUMANIZAR, del Centro de Humanización de la Salud. Categoría Iniciativas Institucionales a la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha. Por el diseño e implementación del Plan Dignifica en la Comunidad de Castilla La Mancha para humanizar la asistencia sanitaria.

Toledo, 21 de octubre de 2016.- El proyecto de Humanización de la Asistencia Sanitaria en los hospitales y centros de salud públicos de Castilla-La Mancha, el Plan Dignifica, ha recibido el Premio de la Ciencia que otorga la Fundación Lares, coincidiendo con la celebración de su XII Congreso Nacional.

Antecedentes de la HAS en Castilla-La Mancha

Como en todo nuevo proyecto, el comienzo y el cambio de perspectiva que supuso la puesta en marcha del Plan Dignifica, requirió de grandes dosis de valor y energía a todos los niveles de la organización, para llevar a cabo un cambio que suponía transformar deseos en realidades, especialmente por parte de aquellas/os profesionales coordinadoras/es. Como en todo proceso de cambio hubo dificultades, obstáculos en el camino y sobre todo aprendizaje desde la acción y la experimentación.

Todo ello lo ha convertido en un Plan atemporal “que ha dejado huella”, sirviendo de inspiración y motivación para seguir avanzando y profundizar en la materia dentro de la organización sanitaria. Al mismo tiempo, ha servido como referencia a otras comunidades autónomas para el desarrollo de sus diferentes planes e iniciativas en el cambio hacia un modelo de atención y prestación de unos servicios sanitarios más humanizados.

Contribuyeron igualmente en este camino, y lo siguen haciendo en la actualidad, las Redes de Expertos y Profesionales y la Escuela de Salud y Cuidados, reconocidas a nivel nacional como iniciativas pioneras que facilitan el cambio en el modelo de atención y gestión, ya que atribuye a profesionales y pacientes una labor participativa en la toma de decisiones basadas en el conocimiento y en la experiencia profesional.

Las Redes de Expertos y Profesionales funcionan como unidades que integran tanto a profesionales como a representantes de la ciudadanía en estructuras ágiles, dinámicas y proactivas, generadoras de buenas prácticas y motores de excelencia. En este momento (2022) están en funcionamiento las Redes de Expertos y Profesionales de Urgencias, Imagen Médica, Cuidados Paliativos, Seguridad del Paciente, Educación para la Salud y Escuelas de Cuidados, Salud Mental, Oncohematología Pediátrica y Radiofísica y Protección Radiológica.

La Escuela de Salud y Cuidados crea y amplía, día a día, una red de pacientes formadores que transmiten sus experiencias y conocimiento a otras/os pacientes que tienen su mismo problema de salud, haciendo posible la capacitación e implicación de las personas con enfermedades crónicas y de sus familiares en la mejora de su salud y calidad de vida.

Antecedentes de la HAS en Castilla-La Mancha

Como se ha venido exponiendo, la “humanización de la asistencia sanitaria” constituye una prioridad en la política sanitaria de Castilla-La Mancha. Tras el camino recorrido y los resultados recogidos, hoy aparece como uno de los cuatro pilares fundamentales en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha, Horizonte 2025, publicado en marzo de 2021.

En la concepción y elaboración del Plan de Salud, gracias a la profundización conceptual sobre la materia, y especialmente a la práctica y materialización sostenida de la humanización asistencial, desarrollada en los servicios sanitarios, ésta ha estado presente y así se refleja en el Plan: *“...las personas como eje central del Sistema de Salud, como uno de sus principios básicos de intervención, la Humanización de la Asistencia Sanitaria, como una de sus líneas estratégicas y el desarrollo de un nuevo Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, como uno de los planes específicos”*. Queda así de manifiesto una coherencia y consistencia de la apuesta firme y decidida del Gobierno regional con el reto de *“Humanizar más la Sanidad, que somos y hacemos”*, pretendiendo con ello no tanto cambiar el *“qué”* hacemos, sino más bien cambiar el *“cómo”* lo hacemos, con amabilidad, cercanía y respeto.

Frente a posiciones pretendidamente “adanistas”, sabiendo que (casi) nunca se parte de cero, la experiencia y los aprendizajes del Plan Dignifica sirven como eslabón y palanca para comenzar un nuevo “re-inicio” en este continuo reto de la “Humanización de la Asistencia Sanitaria” en Castilla-La Mancha. Es necesario, pues, seguir apostando con emoción, ilusión, -también con miedos y dudas- pero, sobre todo, con un extraordinario deseo de contribuir a la construcción de una Sanidad de excelencia, basada en el valor de las personas. En este contexto, “re-iniciar” significa “re-estructurar” y “re-diseñar” lo que ya se conoce y hacerlo de una manera distinta, recuperar la confianza en el trabajo profesional y en el sistema, “re-cualificarnos” para prestar la atención y el servicio desde nuestras cualidades más humanas, “re-evolucionar(nos)” para crecer, madurar y cultivar el valor que hace posible avanzar conjuntamente en la prestación de una sanidad más humana, es decir, centrada realmente en los valores de las personas.

“Tal vez esté fuera de nuestra capacidad resolver todos los problemas por completo, pero ¡por lo menos empecemos! Todo comienzo verdadero, es decir, todo comienzo que nos lleve a un cambio permanente, deberá iniciarse con nuestro trabajo más serio y sincero”.

Sfat Emet

“Nadie comete mayor error que aquél que no hace nada porque solo puede hacer un poco”.

Edmund Burke

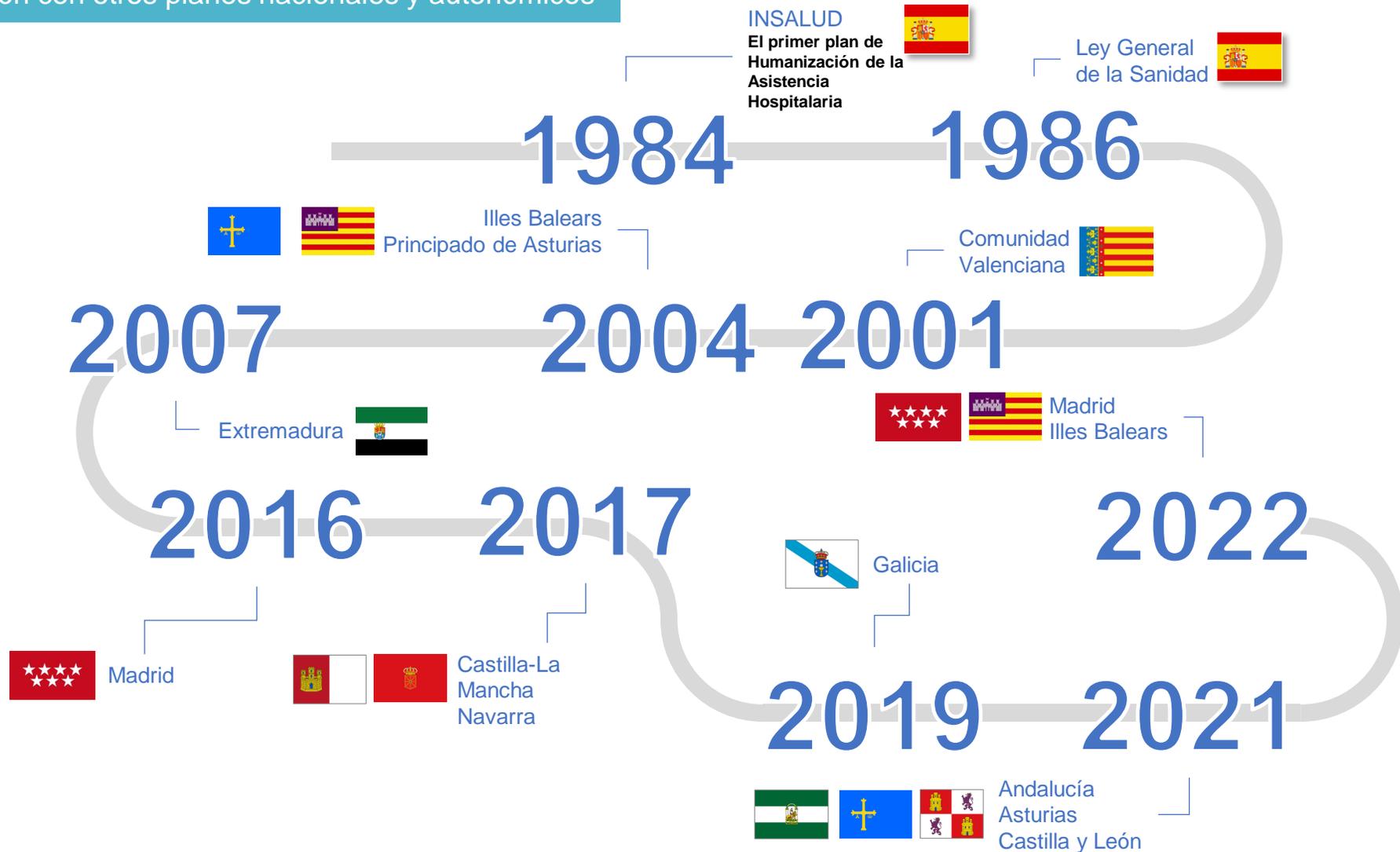
02

Una mirada... ¿qué nos ha traído hasta aquí?

Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

Este plan no es un caso aislado. El movimiento en pro de la humanización de asistencia sanitaria viene tomando cuerpo a lo largo de las últimas décadas.

A continuación, a modo de reconocimiento, y para ampliar el contexto en el que se enmarca este documento, presentamos resumidamente las principales iniciativas en este sentido, sin las cuales, con toda seguridad, no habríamos podido llegar hasta aquí.



Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria



1984



<https://bit.ly/3iSz8nS>

En 1984, antes incluso de que se promulgase la Ley General de Sanidad (1986) y se constituyera el SNS, el INSALUD puso en marcha en toda su red asistencial un Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. En su justificación establecía que la enfermedad genera una situación de indefensión que hace sentirse a la persona desvalida, por lo que necesita un sistema sanitario *“lo más humano posible”*. Expresaba, además, que: *“La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina”*.

Como el mismo Plan refería, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria, se había visto acompañado de un proceso de tecnificación y masificación. Parece como si, en un doble proceso paralelo y simultáneo, hubiera tenido lugar la extensión de la asistencia sanitaria y la deshumanización de la misma. Y en este segundo proceso, podría olvidarse fácilmente que la asistencia se está prestando a una persona que se encuentra en un particular momento de debilidad y cuya respuesta no puede reducirse a una simple intervención técnica, por muy apropiada que ésta sea y muy al alcance que se encuentre.

Francesc Raventós, director general del INSALUD en aquel momento, venía a decir:

“Un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre.

Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado, que proteja y promueva la salud, que corrija las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud”.

El Plan reconocía que la humanización tenía que ver con la propia concepción del sistema, con la gestión y el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, con la competencia profesional y con otros elementos no fácilmente comunicables ni tangibles, como *“el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada”*.

Se entendía también que, para que los centros sanitarios fueran más humanos y existiera un mayor respeto a la dignidad humana, se requería una mejor formación del personal y una adecuada organización de los servicios para una mejor atención de las personas enfermas, informar a las y los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento específico; y procurar que, en su caso, que las personas enfermas pudieran prepararse psicológicamente para la muerte.

Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

Entre las medidas puestas en marcha a nivel estatal, el Plan estableció una Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, creó los servicios de atención a pacientes y una comisión de humanización de la asistencia, estableció la citación previa en consultas externas, ampliación del horario de visitas en los hospitales y la adopción de medidas para facilitar el acompañamiento de madres/padres a sus hijas/os ingresadas/os el mayor tiempo posible. Se inicia la realización de encuestas de calidad percibida post-hospitalización, la presencia de profesorado infantil en los centros, la posibilidad de elegir menús o la creación de bibliotecas para pacientes.

A partir de entonces se han venido desarrollando diversas iniciativas y programas de buenas prácticas en humanización en el ámbito sanitario, que se plasmaron en distintos Planes de Humanización de la Asistencia Sanitaria en algunas Comunidades Autónomas.

Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana



Se estructuraba en 6 líneas de acción fundamentales a desarrollar entre 2001 y 2004:

- La atención sanitaria
- La información al paciente
- La formación
- El ámbito de las infraestructuras y la hostelería
- Una línea de acciones específicas
- Otra referida al voluntariado.

Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

I Plan de Humanización de la atención Sanitaria en la Comunidad de Illes Balears



2004

Su objetivo era ser el primer paso para el establecimiento de criterios de calidad orientados hacia la persona usuaria. Este plan pretendía guiar las actuaciones a desarrollar con una clara vocación dirigida al usuario/a, integrado con el resto de planes vigentes en la Comunidad, especialmente con el Plan de Infraestructuras 2004-2010, que representaba entonces el esfuerzo de la administración autonómica para modernizar y adecuar las infraestructuras de la red asistencial a las necesidades de la ciudadanía de Baleares.

Los principales objetivos alcanzados con ese I Plan de Humanización fueron: mejora de la satisfacción percibida y el acceso a la información a las personas usuarias, favorecer la accesibilidad al sistema sanitario, mejora las vías de comunicación con la administración, incrementando la confortabilidad de los centros, favoreciendo que la relación fuera lo más personalizada posible.

Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias



2004



<https://n9.cl/d28fn>

Sostenía que la humanización del ambiente sanitario y particularmente el medio ambiente hospitalario, era un objetivo necesario para superar la percepción ajena y con frecuencia hostil con que los centros sanitarios se presentan a las personas usuarias.

Por ello, replantear el conjunto de la cadena de valor de la atención sanitaria requería un rediseño de los componentes arquitectónicos, de acogida, de la confortabilidad de las esperas y su duración y de todos los componentes del entorno que acompaña a las y los pacientes.

Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura



Los objetivos generales de este Plan eran consolidar y mejorar la humanización de los servicios sanitarios, desarrollar un marco y enfoque comunes para guiar y asegurar esta mejora de la humanización de los servicios sanitarios y aumentar la corresponsabilidad de todos los grupos de interés (ciudadanía, personal directivo y profesionales) en las acciones de mejora continua en este ámbito.

Sus ejes estratégicos se centraban en 5 áreas:

- La atención e información a usuarios/as y pacientes
- La asistencia sanitaria integral
- Los profesionales como agentes activos de la humanización
- Las infraestructuras y hostelería
- La implicación y participación ciudadana

Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Madrid



<https://bit.ly/3Yeeizd>

Este plan parte del concepto de humanización como un compromiso activo y una responsabilidad. Recoge actuaciones realizables y medibles, encaminadas a la mejora de la humanización de la asistencia, a través de la implantación y desarrollo de una serie de ejes estratégicos por ámbitos específicos:

- Cultura de humanización
- Información personalizada y acompañamiento
- Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia
- Humanización en la atención de urgencias
- Humanización en la hospitalización
- Humanización en unidades de cuidados intensivos
- Humanización en la atención de la salud mental
- Humanización y paciente oncológico
- Humanización ante el final de la vida
- Escuela Madrileña de Salud

Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

Plan Dignifica de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha



2017



<https://bit.ly/3VN1aQ2>

Tiene un enfoque global de la humanización, junto a otras iniciativas como las Redes de Expertos y Profesionales y la Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha.

Recoge cinco líneas estratégicas centradas en:

- Comunicación e Información
- Asistencia sanitaria integral
- Las y los profesionales como parte activa de la humanización
- El ámbito de los servicios generales, espacios y confort
- Participación ciudadana

Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra



2017



<https://bit.ly/3iSywhO>

Entre sus objetivos está mejorar la satisfacción de las personas usuarias del Sistema Sanitario con el trato humano que reciben, reorientar el sistema sanitario hacia la atención a la persona, dignificar el trato, fomentar una cultura de humanización y ofrecer apoyo al conjunto de profesionales.

Cuenta con 5 líneas estratégicas que tratan de dar cumplimiento a estos objetivos y que denominan:

- Cultura de humanización
- Calidez de trato
- Información-comunicación
- Adecuación del entorno
- Directrices para la gestión

Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

Estrategia de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)



2019



<https://bit.ly/3Hk075T>

Reúne una serie de acciones dirigidas a fomentar la buena relación entre las personas, la mejora de las instalaciones con espacios más amables, la racionalización de los trámites administrativos, actuación en áreas especialmente sensibles, obtención de un entorno de trabajo satisfactorio y la mejora de la relación con las personas usuarias.

Todo ello ordenado a partir de 4 ejes estratégicos, varias líneas de acción y acciones concretas en distintas áreas.

Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)



2021



<https://bit.ly/3XnGIFr>

También denominado como “Estrategia de humanización compartida”, su objetivo general es *“Impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el SSPA que respeten la dignidad de las personas y sus derechos; que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, y condiciones de trabajo adecuadas para sus profesionales; que fomenten la escucha y la participación, en un entorno confortable, y en un marco ético, de equidad y de excelencia en la atención”*.

Pretende avanzar en una organización sanitaria realmente centrada en las personas, con empatía hacia pacientes y familiares, siendo referentes en el modelo de atención sanitaria con un enfoque holístico donde se garantice una atención personalizada en base a sus necesidades y expectativas; y el acceso a la atención cuando la necesiten, una atención segura y eficiente, facilitando la continuidad asistencial y la agilidad en la atención; el reconocimiento profesional, como organización cuya principal riqueza es el capital humano y se fomenten valores de respeto y responsabilidad social en todos sus grupos de interés, implicándoles en la toma de decisiones compartidas.

Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

Plan Persona de la Consejería de Sanidad de Castilla y León



2021



<https://bit.ly/3FF6LST>

Con el lema "*Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti*" cuyo objetivo es avanzar en la humanización de la atención sanitaria.

El Plan trabaja para mejorar la calidad humana del proceso de atención a la salud para todas las partes implicadas en el mismo, es decir, tanto para pacientes, familiares y acompañantes; como para las y los profesionales.

Para ello se establecen cinco áreas generales de intervención, dentro de las cuales hay una serie de ámbitos de actuación y de proyectos.

Todo ello en un marco donde integrar múltiples disposiciones e iniciativas previas, incorporando las oportunidades de mejora que demandan las personas usuarias de la red asistencial del Servicio de Salud.

Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias



2021



<https://n9.cl/6o0q9a>

El Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias se elabora en coordinación con el Servicio de Salud del Principado de Asturias y se concibe como un compromiso y una responsabilidad con la ciudadanía. En este sentido, consideran que la humanización debe ser objeto de trabajo, sin que ello suponga poner en duda la humanidad desplegada por las y los profesionales:

“Un sistema sanitario estará humanizado cuando esté al servicio de todas y de todos: pacientes, familiares y profesionales. Se trata de un proceso complejo que incluye aspectos personales, culturales e incluso políticos y que supone cambios organizativos en el Sistema de Salud, por lo que será una tarea que exigirá gran constancia por parte de todas las personas implicadas.”

Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid



2022

<https://bit.ly/3UTsrzi>

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 las personas como centro de la atención, en las infraestructuras, entornos y espacios donde se desarrolla esta atención, en las/os 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.

II Plan de Humanización en el ámbito de la Salud de la Comunidad de Illes Balears



2022

<https://bit.ly/3Hpgeza>

Pretende ser una guía, una herramienta práctica para que el conjunto de profesionales de la sanidad pública de las Islas Baleares conozca los objetivos comunes marcados y su papel para alcanzarlos con éxito.

El Plan incluye líneas de actuación claras encaminadas a fomentar la participación de la ciudadanía, a mejorar los procesos para informar de modo efectivo a las personas usuarias, a favorecer espacios y ambientes saludables y, fundamentalmente, a crear una cultura y una estructura de humanización en la organización, en la que se cuide también a las y los profesionales.

Valores como la empatía, el respeto, el profesionalismo, tan apreciados por las personas usuarias, deben guiar la práctica asistencial diaria para lograr que el sistema sanitario, que dispone cada vez más de mejor tecnología y de fármacos más sofisticados, sea también un sistema más cercano, más cálido, que escuche y que acompañe en los procesos de atención.

Interconexión con otros planes nacionales y autonómicos

Otras comunidades autónomas

En otras comunidades autónomas, la humanización forma parte de sus estrategias, planes de salud, y de la actividad de diferentes unidades o servicios, a pesar de no contar con un plan específico.

La humanización de la asistencia sanitaria ha venido evolucionando en los diferentes servicios de salud del SNS y no solo se dirige a las y los pacientes, sino que también alcanza a su contexto más próximo (familiares) y a las y los profesionales que les atienden.

Como consecuencia se han desarrollado estrategias y proyectos de humanización que involucran a pacientes, familiares, gestores y profesionales de salud para contribuir a los mejores resultados posibles en salud desde una perspectiva integral y holística.



¿Qué opinan personas expertas en la materia? ¿Qué consejos nos dan?



Dr. Ph. José Carlos Bermejo

Director del Centro de Humanización
de la Salud

www.josecarlosbermejo.es
www.humanizar.es

El verbo humanizar se conjuga

“Afortunadamente, en las últimas décadas, asistimos a un incremento de voces que reclaman “conjugar el verbo humanizar”. Podría parecer paradójico, aplicado a profesionales de las ciencias biomédicas, puesto que estas son, en su raíz, genuinamente humanizadoras por promover el cuidado de la vida y de la salud, así como el acompañamiento en el sufrir, el morir y en el duelo.

Sin embargo, sabemos que no es lo mismo ser humano que vivir y comportarse humanamente. Que tenemos riesgos de deshumanización no lo podemos negar. Son riesgos de reducción de las personas a casos (despersonalización), de colonización tecnológica, de limitada realización de las virtudes éticas en planificación, gestión, prestación de servicios, de niveles concretos de burnout, así como de paradigmas biologicistas en el pensar y actuar en salud.

Desde la formación universitaria, a la cultura del enfermar, sanar, curar, rehabilitar, paliar, en la familia, hasta la formación continua –tanto de sensibilización, como profesionalizante y de especialización–, se están dando limitadas respuestas al desafío de humanizar como necesidad de promover el sagrado respeto de la igual dignidad intrínseca de todo ser humano, tan vinculada con su radical vulnerabilidad. Pero todas las iniciativas están siendo bienvenidas porque sensibilizan, dan a luz nuevos proyectos, siembran, definen estrategias, con diferente nivel de implementación en la geografía española.

Vemos cómo unas insisten en la necesidad de considerar las variables sociales y psicológicas en las relaciones en salud. Otras insisten en las necesidades de los profesionales de lograr condiciones motivadoras, recursos suficientes, estructuras pensadas y actualizadas a la naturaleza relacional de pacientes y trabajadores. No falta quien evoca la importancia de gestionar lo intangible, lo emocional. Hay quien reclama el empoderamiento del paciente (incluso con el riesgo de la hipertrofia del principio de autonomía). Todas estas líneas tienen su aporte de valor para construir alianzas terapéuticas.

Tras 30 años dirigiendo el Centro de Humanización de la Salud, considero que la clave de la humanización está en la evocación, formación y despliegue de los valores, de la ineludible dimensión ética del ser humano: buscar cómo hacer bien el bien, con genuinas actitudes empáticas y compasivas. Rescatar referentes humanistas como Laín Entralgo, Gregorio Marañón, Albert Jovell o más en la lejanía, Camilo de Lellis, que exhortaba a “poner el corazón en las manos”, nos haría mucho bien.

“Nada humano nos es ajeno” y vamos todos en la misma barca de construir un mundo más humano, más amable, más entrañable, más saludable, como sanadores heridos que somos. Es posible. A buen seguro, el Plan de Castilla-La Mancha dará cuenta de ello”.

¿Qué opinan personas expertas en la materia? ¿Qué consejos nos dan?



Rodrigo Gutiérrez Fernández

Médico, jefe de servicio de Programas de Humanización de la Consejería de Sanidad, y miembro del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha

Sobre la (re)humanización de la asistencia (socio)sanitaria. Algunas ideas clave.

“Si hubiera que identificar una idea o un concepto que defina con precisión en qué consiste la humanización de la asistencia (socio)sanitaria, sería dignidad. En el proceso de (re)humanización de la asistencia sanitaria, que coincide en gran medida con el enfoque de la atención centrada en la persona, se han propuesto una serie de valores clave que deben ser protegidos y promovidos para prestar una atención digna: amabilidad, compasión y respeto.

Numerosas investigaciones han constatado que a través de la comunicación las y los profesionales que trabajan en la asistencia sanitaria pueden tener una enorme influencia sobre la dignidad de las y los usuarios de los servicios de salud, lo que a su vez puede mejorar la experiencia del paciente y aumentar la satisfacción con la atención recibida. En este sentido, la mejora de las interacciones entre quienes ofrecen y quienes reciben esa atención sanitaria puede producir mejores resultados de salud para los pacientes y una mayor satisfacción para quienes trabajan y prestan la asistencia. Todo ello viene a demostrar la importancia de hacer de la dignidad una meta consciente de la atención sanitaria.

Los planes, actuaciones y medidas sobre humanización que se vienen desarrollando van mas allá del desarrollo de medidas que impactan en capas visibles, colocando elementos

meramente estéticos y de marketing en las instalaciones, ni desde luego en disimular, suplantar o sustituir las necesarias e imprescindibles inversiones en recursos, equipamientos y dotación de personal. Aunque no está de más recordar que ideas tan sencillas como el agradecimiento son marcas inequívocas de humanidad y un medio insuperable, y hasta podríamos decir que único, para fomentar el entusiasmo entre profesionales sanitarios y pacientes en el camino a la (re)humanización de la asistencia sanitaria a todos los niveles, atendiendo con amabilidad, compasión y respeto, es decir con dignidad”.

¿Qué opinan personas expertas en la materia? ¿Qué consejos nos dan?



Gabi Heras

Médico especialista en medicina intensiva.
Creador y director de Proyecto HU-CI.

www.proyectoहुci.com

www.humanizingintensivecare.com

A modo de síntesis sobre la humanización de la asistencia sanitaria:

- *“La humanización es la búsqueda de la excelencia a través de la atención centrada en la persona que se traduce en cambios tangibles a nivel institucional, cultural, formativo y estructural.*
- *Es fundamental considerar y respetar las preferencias, valores y necesidades personales de los/las pacientes, cuidando su bienestar físico, emocional y psicológico, y que formen parte activa del proceso.*
- *Las familias son compañeras en el cuidado y su presencia y participación son fundamentales para mejorar la experiencia. No al ingreso en soledad.*
- *La comunicación es la llave que abre todas las puertas, y se debe entrenar.*
- *Los y las profesionales sanitarias somos "herramientas de humanización". Es imprescindible cuidarlos: desde la estabilidad de los contratos a las condiciones laborales, desde el manejo del estrés a la prevención del burnout, desde el trabajo en equipo al soporte psicológico y emocional.*
- *No solo se trata de sobrevivir. La prevención, detección y seguimiento del síndrome post hospitalización es una necesidad.*
- *Los espacios son fundamentales en un modelo que pretende centrarse en la dignidad de las personas.*
- *Nadie debería morir en soledad. Debemos trabajar en la integración de los cuidados paliativos, el cuidado de lo intangible y la espiritualidad para garantizar unos cuidados adecuados en el proceso de morir”.*

¿Qué opinan personas expertas en la materia? ¿Qué consejos nos dan?



Joan Carles March

Profesor y ex-director de la EASP, Escuela Andaluza de Salud Pública. Médico especialista en medicina preventiva y salud pública y doctor en medicina.

Humanizar con toda dignidad

“Partimos de que la palabra "humanizar" se define por hacer una cosa menos cruel, menos dura para las personas y ligada a la sensibilidad, la compasión y la bondad hacia sus semejantes.

Hablar de humanización no debe ser visto como un acto de “buenismo”, sino que es un valor social que reclama la dignidad intrínseca de toda persona, de sus derechos y de la coherencia entre ellos. Y ello implica romper con la visión parcelar de la salud de las personas para pasar a tener una visión integral de su abordaje.

En esto, las organizaciones sanitarias tienen muchos déficits al atravesar este campo, en un marco con algunas iniciativas muy destacables, como fue el Plan Dignifica de Castilla-La Mancha que deberían generar una auténtica revolución profesional con el apoyo de pacientes para conseguir dar un vuelco a las maneras de hacer en el sistema sanitario público. Esas iniciativas intentan abordar el tema desde un punto de vista no solo cognitivo sino también afectivo, con palabras clave como CUIDADO que es necesario relacionar con DIGNIDAD.

Cuando hablamos de humanizar la gestión y el liderazgo, es necesario pensar en PALABRAS que ayuden a tener en cuenta que ponerle alma, corazón y vida a los proyectos, permite humanizarlos. Y todo ello, porque la técnica sin alma sirve de poco. Es importante trabajar desde la perspectiva de utilizar ese conjunto de palabras como son comunicación, respeto, empatía, motivación, ESCUCHA activa, formación, honestidad, toma de

decisiones, adaptación y coherencia para que nos ayuden a que la humanización sea una clave en el cambio.

Tratar el tema de las interacciones entre usuarias/os y profesionales desde una visión novedosa, que junte los aspectos efectivos y afectivos son una línea fundamental para avanzar y conseguir mejoras en este campo.

Humanizar es un proceso complejo en el que interactúan la política, la cultura, la organización sanitaria, las relaciones entre profesionales y pacientes y su formación.

Ante esto, la pregunta es cuáles son los elementos claves para humanizar la sanidad, los hospitales y la atención primaria: y la respuesta es que la solución es ACTUAR, con mucha ESCUCHA ACTIVA ante profesionales, pacientes y familia. Y con ello hacer un replanteamiento de la organización de los servicios. Necesario, no: IMPRESCINDIBLE.

Sanitarios y pacientes reclaman “rehumanizar” o “revolucionar” el sistema de salud para hacer el proceso clínico más amable a la persona enferma, bajo la idea de que un entorno amable y afable, un ambiente de estima facilita que pacientes y profesionales encuentren la manera de crear un espacio que permita contar las cuestiones más íntimas y que todo lo necesario y humano esté presente en una comunicación basada en que unas y otras personas se sientan partícipes de un proceso compartido”.

¿Qué opinan personas expertas en la materia? ¿Qué consejos nos dan?



Julio Zarco

Especialista en medicina familiar y comunitaria.
Presidente de la Fundación Humans.

<https://fundacionhumans.com/>

“Afortunadamente en los últimos años se ha revitalizado la importancia por centrar los cuidados en las personas y en la experiencia y percepción de sus cuidados. Desde que en los años 80's se desarrolló el primer Plan Estratégico de Humanización de los hospitales españoles no hubo apenas nuevos despliegues en este área hasta que más de treinta años después las comunidades autónomas de Madrid y Castilla-La Mancha desarrollaron sus planes de humanización. En la actualidad todas las comunidades autónomas, y específicamente los hospitales, enarbolan sus planes de humanización a través de la creación de comisiones de humanización y la inclusión de indicadores de calidad percibida en los contratos de gestión. Todo ello nos hace constatar con satisfacción que la humanización ha llegado tarde pero se va a quedar permanentemente. Aun así, hay grandes retos que superar. Es fundamental seguir trabajando en la cultura de las organizaciones, de cara a seguir reflexionando de una manera sistémica sobre cuáles son las necesidades de pacientes y familias, en lo que ha dado en llamarse “mapas de experiencia de los pacientes”.

Por otro lado, es importante poner el énfasis en la humanización de las y los profesionales socio-sanitarios. La situación post-pandémica ha generado una deconstrucción de las organizaciones y de la percepción de su papel por parte de las y los profesionales. Gran parte del personal sanitario vive un estado de anergia que conlleva una desmotivación y una falta de liderazgo que en muchos casos se presenta con múltiples morbilidades psicológicas. Esta situación requiere

que la humanización se centre, no solo en pacientes y familias sino, además, en las/os profesionales sanitarios y socio-sanitarios y requiere trascender la humanización y convertirse en humanismo. Centrar el interés en el humanismo socio-sanitario requiere potenciar el liderazgo afectivo transformacional, el profesionalismo y nuevas fórmulas organizativas que hagan más transversales las organizaciones. Esta nueva situación requiere creatividad, liderazgo e innovación y sobre todo Humanismo con mayúsculas”.

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

Leslie Jamison

Tres planos



A la hora de plantear la estructura de este plan, siempre estuvo claro que el plan no es solo "lo operativo". Lo que se haga tiene que estar conectado con una forma de pensar y con el rol que las instituciones públicas tienen. Por eso, en esta sección se comparten estos planos y cómo se relacionan entre sí.



Para hablar de humanización en la asistencia sanitaria hay que empezar por poner en el centro de todo a las personas, “el sujeto humano que sufre y lucha”.

Oliver Sacks lo explicaba muy bien en uno de sus libros más conocidos, "El hombre que confundió a su mujer con un sombrero", (1985): *“Para situar de nuevo en el centro al sujeto (el ser humano que se aflige, lucha y padece) hemos de profundizar en un historial clínico hasta hacerlo narración o cuento; sólo así tenemos un "quien" además de un "qué", un individuo real, un paciente, en relación con la enfermedad”*.

La humanización pasa por mejorar las relaciones clínico-asistenciales, la comunicación entre profesionales y pacientes y la empatía, pero, sobre todo, por proporcionar un trato digno a las personas atendidas en los servicios sanitarios; entendiendo por dignidad, el derecho de todas las personas, como individuos y como parte de sus comunidades, a ser tratadas con justicia, amor, compasión y respeto.

El proceso de la enfermedad hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que en esas circunstancias resulta fundamental la actitud de las y los profesionales. De ahí que la presencia humana ante las personas enfermas que padecen dolor y sufrimiento sea insustituible: mirar, hablar,

sonreír, mostrar empatía, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión con la situación del otro u otra.

A fin de cuentas, la humanización es una cuestión ética que tiene que ver sobre todo con los valores y con la búsqueda del bien de la persona a la que se atiende. Humanizar las relaciones clínico-asistenciales consiste en utilizar la técnica para hacer frente al dolor y a la enfermedad, dotándolas de los valores y actitudes propia y genuinamente humanas. En un editorial publicado en 1999 en la revista "Medicina Clínica", Albert Jovell sostenía que en la práctica asistencial *“la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente y el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto”*.



Por lo tanto, unos servicios sanitarios y sociosanitarios de alta calidad que respeten la dignidad de las personas y presten una asistencia más humanizada, deben poner en práctica el siguiente:

DECÁLOGO

- Tener tolerancia cero frente a cualquier forma de abuso.
- Apoyar y tratar a las personas con el mismo respeto que cada cual quisiera para sí misma o cualquier miembro de su familia.
- Tratar a cada persona como única, ofreciendo un servicio "exclusivo" y personalizado.
- Garantizar un trato igualitario a hombres y mujeres, eliminando los sesgos de género y las inequidades en el sistema sanitario.
- Procurar mantener el máximo nivel posible de autonomía, independencia, capacidad de elección y control.
- Escuchar y apoyar a las personas a expresar sus necesidades y deseos.
- Respetar el derecho a la privacidad de las personas.
- Asegurar que las personas pueden quejarse sin temor a represalias.
- Implicar a la familia y a las personas cuidadoras como socias (aliadas) en los cuidados.
- Ayudar a las personas a mantener su confianza y un nivel positivo de autoestima.
- Actuar para aliviar el aislamiento y la soledad no deseada de las personas.

Francis W. Peabody escribió en 1927 en uno de los artículos más citados y reproducidos de toda la literatura médica, para la revista JAMA (Journal of the American Medical Association), lo siguiente: *“El buen médico conoce a sus pacientes de arriba abajo, y su conocimiento es muy valorado. El tiempo, la simpatía y la comprensión deben ser generosamente distribuidos, pero la recompensa se encuentra en ese vínculo personal que constituye la mayor satisfacción de la práctica de la medicina. Una de las cualidades esenciales del clínico es el interés por la humanidad, pues el secreto del cuidado del paciente está en cuidar al paciente”.*



Plan de Salud. Horizonte 25

La Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, en su título IV define el Plan de Salud como el instrumento de planificación estratégica, dirección y ordenación del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha. El actual Plan de Salud de Castilla-La Mancha - Horizonte 2025 fue aprobado en Consejo de Gobierno en marzo de 2021 y establece que, a lo largo del proceso de implementación, se incorporarán todas aquellas iniciativas, planes y estrategias que vayan surgiendo como desarrollo del mismo, incluyendo en su alcance el diseño e implantación del presente Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha - Horizonte 25.

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha - Horizonte 25, se articula en torno a las cuatro siguientes líneas estratégicas, en cuyo marco se han definido 17 objetivos estratégicos:

Línea Estratégica 1	Línea Estratégica 2	Línea Estratégica 3	Línea Estratégica 4
Sostenibilidad del sistema sanitario.	Humanización de la asistencia sanitaria.	Las y los profesionales como valor esencial del sistema.	Apuesta por un cambio de modelo organizativo.

Un total de nueve Planes Específicos vertebran el Plan de Salud - Horizonte 25, recogiendo así acciones desde todos los niveles y ámbitos de intervención del sector sanitario, cuyo fin último es mejorar el nivel de salud individual y colectivo de las personas en todas las etapas de la vida.

El Plan de Salud. Horizonte 25 reconoce la igualdad entre géneros como un principio de justicia social, siendo indispensable incorporar la transversalidad del enfoque de género en todas las políticas públicas que lo desarrollen. Esta perspectiva estará integrada en la humanización del sistema sanitario, siguiendo las indicaciones del II Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres de Castilla-La Mancha 2019-2024, en especial aquellas vinculadas al EJE 6: Calidad de Vida y Salud.



Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha-Horizonte 25 (PHASCLM)

El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria se concibe, pues, como una herramienta clave para el despliegue de la política de salud de nuestra región enfocado en la consecución de los siguientes objetivos estratégicos:

- Promover una atención centrada en las personas.
- Desarrollar de manera efectiva y sistemática los derechos y deberes de pacientes y profesionales del ámbito sanitario.
- Mejorar la capacidad de la organización.
- Fomentar la participación ciudadana y avanzar en la corresponsabilidad de las y los pacientes.
- Priorizar proyectos de humanización dirigidos a colectivos de población específicos y en situación de mayor vulnerabilidad.
- Desarrollar habilidades y competencias de las y los profesionales del ámbito sanitario.

En el momento actual, y teniendo muy presente la crisis sanitaria provocada por la COVID-19, se hace más imprescindible si cabe, continuar trabajando con este enfoque y realizar un esfuerzo para ampliar el concepto de Humanización de la Asistencia Sanitaria, considerando para su definición a todos los agentes implicados en los procesos de atención y cuidados desde su vertiente relacional, organizacional y estructural del sistema.

En este sentido, se debe generar una cultura de humanización desde dentro hacia fuera, como palanca de transformación de la organización sanitaria y de la sociedad, evolucionando hacia una nueva forma de hacer las cosas, para que pacientes y familiares, profesionales y la ciudadanía en general, tengan una experiencia cercana, personalizada, que dé respuesta a sus necesidades, viviendo así la salud y la sanidad de una forma más integradora y positiva.



Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha-Horizonte 25 (PHASCLM)

Analizando sus objetivos estratégicos, el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria desde su perspectiva multidimensional y transversal contribuye al desarrollo de todas las líneas estratégicas del Plan de Salud de Castilla-La Mancha - Horizonte 25, anteriormente señaladas, confiriéndole si cabe, un efecto generador e impulsor para el resto de Planes Específicos a desarrollar.

En este sentido, comparte la orientación dirigida a garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario, de la Línea Estratégica 6.1 “Sostenibilidad del Sistema Sanitario” del Plan de Salud, entre otros desde la necesidad de fomentar la corresponsabilidad de las y los pacientes en sus procesos de salud y cuidados.

Por otra parte, se identifica la relevancia de las y los profesionales como el principal activo de la organización, tal y como recoge la Línea Estratégica 6.3 “Las y los profesionales como valor esencial del sistema. La implicación, la motivación y la gestión del talento de las y los profesionales son pilares fundamentales para garantizar la humanización y la calidad de los servicios sanitarios prestados.

De hecho, el Plan de Humanización apuesta por el cuidado y el bienestar de las y los profesionales así como por el fomento de la formación y el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias técnicas y personales que permiten desarrollar la actividad profesional dentro del ámbito sanitario, velando por la dignidad y el respeto hacia el ser humano, así como impulsar la motivación, la participación, implicación y satisfacción del personal, reforzando la idea de pertenencia al Sistema de Salud, su autoestima y autorrealización como palanca principal para reconectar con la auténtica razón de ser de su trabajo, las personas.

Finalmente, el Plan de Humanización contribuye igualmente al desarrollo de la Línea Estratégica 6.4. “Cambio del modelo organizativo del Sistema Sanitario” desde el impulso de estructuras organizativas y de gestión integrada, descentralizada, interdisciplinar y eficiente que permitan impulsar las políticas de humanización en los centros sanitarios de CLM dependientes del Sescam y, al mismo tiempo, mejorar la coordinación, comunicación y la continuidad de la atención entre ámbitos asistenciales, reorientándolas hacia un modelo de atención integral e integrada centrado en las personas.



Eje 1 Sostenibilidad del sistema.

Fomentar la participación ciudadana y avanzar en la corresponsabilidad de las y los pacientes.

Desarrollar derechos y deberes de pacientes y profesionales del ámbito sanitario.

Eje 4 Cambio del modelo organizativo del sistema sanitario.

Promover una atención centrada en las personas.

Priorizar proyectos de humanización dirigidos a colectivos de población específicos y en situación de mayor vulnerabilidad.

Desarrollar habilidades y competencias de profesionales del ámbito sanitario.

Mejorar la capacidad de la organización.

Eje 2 Humanización de la asistencia sanitaria.

Eje 3 Profesionales como valor esencial del sistema.

El PHASCLM y los Objetivos de Desarrollo Sostenible



“Debemos adoptar con decisión las primeras medidas que nos encaminen hacia un futuro sostenible, con dignidad para todos. Nuestro objetivo es la transformación. Debemos transformar nuestras economías, el medio ambiente y nuestras sociedades. Debemos cambiar nuestra forma de pensar, nuestra conducta y nuestros hábitos destructivos. Debemos apoyar la integración de ciertos elementos esenciales: la dignidad, las personas, la prosperidad, el planeta, la justicia y las alianzas”.

El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta. Informe de síntesis del Secretario General sobre la Agenda de Desarrollo Sostenible después de 2015 de la Asamblea General de Naciones Unidas.

El Gobierno Regional de Castilla-La Mancha ha venido manifestando y apoyando su firme compromiso con la Agenda 2030 y la consecución de los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Así, en junio de 2021 el Diario Oficial de Castilla-La Mancha publica la aprobación de la “Estrategia Regional de la Agenda 2030 de Castilla-La Mancha”, (que puede consultarse en el Portal de Transparencia del Gobierno de Castilla-La Mancha).

En su desarrollo contempla medidas desde distintas áreas de trabajo, convirtiéndose en un elemento transversal que implica a las diferentes consejerías, contribuyendo estas desde los diversos planes y políticas que desarrollan.

El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha - Horizonte 25, de la Consejería de Sanidad, se compromete con la Estrategia Regional de la Agenda 2030 de Castilla-La Mancha, mediante el diseño e implementación de actuaciones que incidan en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), especialmente en los cinco estratégicos para el Plan: Salud y Bienestar (ODS 3), Igualdad de Género (ODS5), Trabajo Decente y Crecimiento Económico (ODS 8), Industria, Innovación e Infraestructura (ODS 9) y Paz, Justicia e Instituciones Sólidas (ODS16).



El PHASCLM desarrollará sus actuaciones orientándolas a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas.



El PHASCLM integrará la perspectiva de género en sus actuaciones, eliminando sesgos e inequidades del sistema sanitario.



El PHASCLM apuesta por la calidad y estabilidad del empleo público, garantizar la seguridad y la salud laboral de las y los profesionales, agentes clave para la humanización de la asistencia sanitaria.



El PHASCLM trabajará en la adecuación y modernización de las instalaciones e infraestructuras sanitarias como elemento clave para la prestación de cuidados mas humanizados para la ciudadanía y para profesionales.



El PHASCLM se ha elaborado y evolucionará desde la transparencia, la participación ciudadana y el diálogo social, así como desde la necesaria rendición de cuentas sobre la labor de la administración pública.

Ámbito de actuación del PHASCLM



El Servicio Público de Salud de Castilla-La Mancha, adscrito a la Consejería de Sanidad, tiene como prioridad la salud y el bienestar de la población castellano-manchega. Para ello, presta una atención sanitaria de calidad a través de profesionales con alta cualificación y una extensa red asistencial integrada por 18 hospitales, 11 centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento, 203 centros de salud y 1.125 consultorios locales, en los que se desarrollan actividades relacionadas con la atención sanitaria, investigación, curación y rehabilitación, así como la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

El ámbito de aplicación del presente Plan lo constituyen por tanto tal y como recoge el artículo 3 del Decreto 72/2021, todos los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios donde se presten servicios sanitarios dependientes por cualquier vínculo jurídico con el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha o con la Consejería de Sanidad, así como las personas profesionales sanitarias y no sanitarias, que en ellos prestan su servicio.

El conjunto de profesionales que integran el Servicio de Salud castellanomanchego, se distribuyen en los Servicios Centrales y 18 gerencias que son los órganos responsables de la gestión de la asistencia sanitaria primaria y hospitalaria en los diferentes ámbitos de actuación territoriales de Castilla-La Mancha.

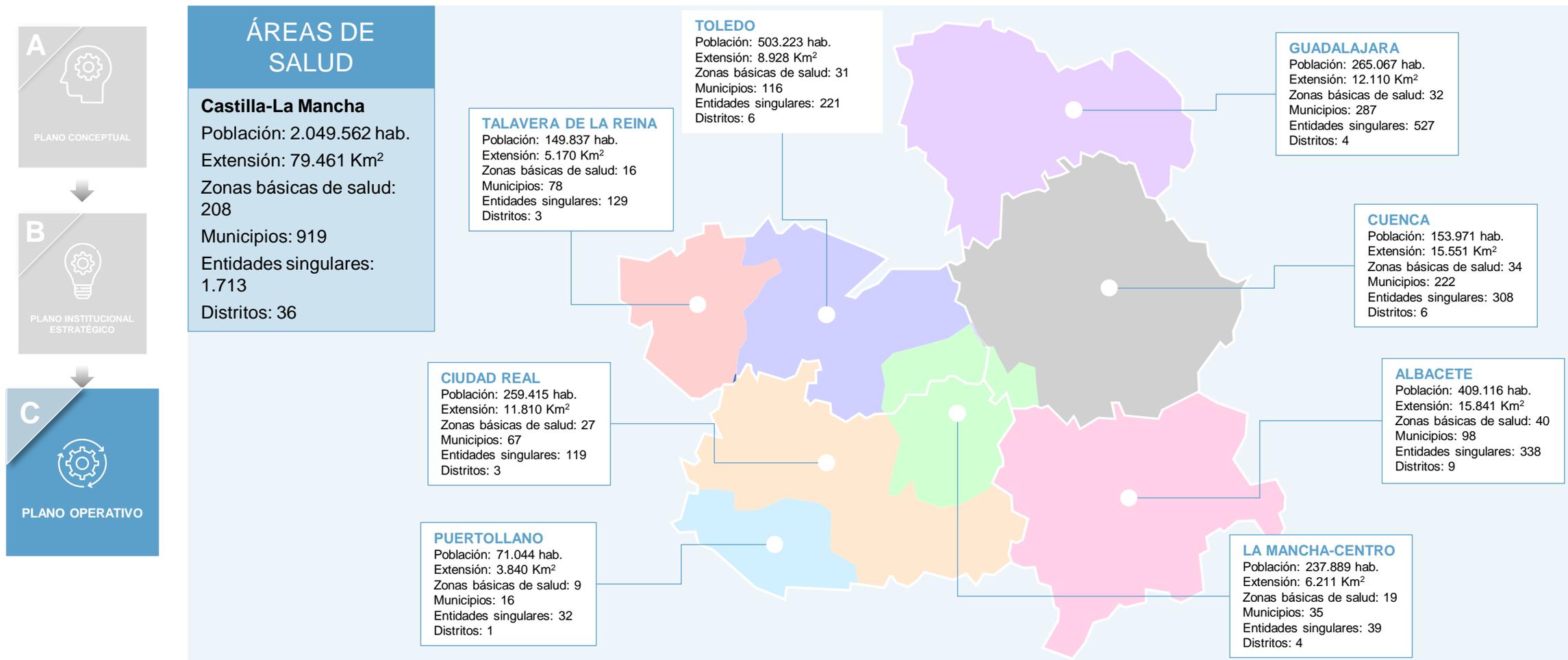
La ordenación territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha se estructura así en:

- 8 Áreas de Salud: Albacete, La Mancha-Centro, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Talavera de la Reina, Toledo y Puertollano.
- Zonas Básicas de Salud (ZBS): unidades territoriales básicas de la atención primaria de salud. En ellas desarrollan su actividad los equipos de atención primaria (EAP) dentro del centro de salud y los consultorios locales.

Con carácter general, la organización funcional del Sistema Sanitario de CLM se articula a través de las Gerencias de Atención Integrada (GAI), que gestionan en su ámbito, de modo unitario, recursos sanitarios (centros sanitarios y recursos humanos y materiales) dependientes del Sescam que pertenecen a los ámbitos asistenciales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria para posibilitar la continuidad asistencial, procurando la máxima integración de la información.

Existen así en la región las Gerencias de Atención Integrada de Albacete, Alcázar de San Juan, Almansa, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Hellín, Manzanares, Puertollano, Talavera de la Reina, Tomelloso, Valdepeñas y Villarrobledo, con sus hospitales de referencia. Esta ordenación funcional se completa con la Gerencia de Atención Primaria (GAP) y la Gerencia de Atención Hospitalaria (GAE) de Toledo, la Gerencia de Coordinación e Inspección, la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS) y la Gerencia del Hospital Nacional de Parapléjicos (HNP).

Ámbito de actuación del PHASCLM



03

Un horizonte..., marco general e ideas inspiradoras

Ámbito de actuación del PHASCLM



GUETS Gerencia Regional de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario

GCI Gerencia Regional de Coordinación e Inspección

“Todo parece imposible,
hasta que se hace”.

Nelson Mandela



Introducción

Actuaciones
previas

Diagnóstico
situacional

Conceptualización

Estructura para la
acción

Implantación

El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha ha sido un trabajo de co-creación a través de la escucha y participación de pacientes, familiares, profesionales, agentes sociales y ciudadanía en su conjunto, recogiendo sus aportaciones y sugerencias con el fin de reflexionar e identificar respuestas a los desafíos a los que nos enfrentamos en los próximos años para conseguir unos servicios sanitarios más cercanos, respetuosos y efectivos.

El descubrimiento de los distintos puntos de vista de los colectivos afectados y la escucha de las necesidades e inquietudes sociales han sido la fuente para definir una propuesta de líneas de acción de gran impacto y congruentes con la realidad.

En este apartado mostramos todo el trabajo previo realizado con las partes implicadas y el diagnóstico de la situación a partir de varias metodologías cuantitativas y cualitativas.

Seguidamente, se presentan las ideas fundamentales en torno a las cuales se ha construido el plan.

Y por último, los elementos que van a permitir pasar, como dice el título de esta sección, de las ideas a los hechos: la estructura organizativa, así como el modelo de implantación, evaluación y seguimiento con el que se va a dotar. Primero, para hacer que las cosas pasen, y segundo, para ser conscientes del grado de avance.

04

De las ideas a los hechos

Mapa de contenidos de esta sección



➔

Actuaciones previas
¿Qué se ha hecho previamente?

➔

Diagnóstico situacional
¿De dónde partimos?

➔

Conceptos clave
¿Cuáles son las ideas base?

➔

Estructura para la acción
¿Cuáles son los bloques de actividad?

➔

Implantación
¿Cómo lo haremos y lo mediremos?

Proyecto Horizonte Humanización, un proceso de escucha y participación.

Diagnóstico de la situación mediante técnicas cuantitativas y cualitativas.

Definición de los conceptos clave sobre los que construir el Plan.

Definición de los vectores de desarrollo y de las distintas líneas de acción que los componen.

Principios, roles y dinámicas sobre los que llevar a cabo la implantación.





Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

Antes de la redacción de este Plan, con el objetivo de implicar y escuchar a los principales actores y a la vez desarrollar una visión común de la Humanización, se puso en marcha el **Proyecto Horizonte Humanización**, también llamado Proyecto H2H.

Objetivos del Proyecto H2H

El proyecto Horizonte Humanización H2H tiene como finalidad ayudar a transformar la organización sanitaria y la sociedad para hacerla más humana. ¿Cómo?

- Avanzando hacia "una nueva forma de hacer las cosas" para que pacientes y familiares, profesionales y ciudadanía en general tengan una experiencia cercana y personalizada, que dé respuesta a sus necesidades sanitarias. De esta forma, se vivirá la salud y la sanidad de una forma más integradora y positiva.
- Implantando la cultura de humanización en todos los ámbitos de la organización sanitaria, plasmándose en realidades concretas a corto y medio plazo dentro de una visión transformadora a largo plazo.

¿Qué metodología se ha empleado?

El proyecto H2H conlleva una metodología de participación y escucha que permite a través del uso de herramientas de consulta y la generación de espacios colectivos, la reconexión y relación entre las partes implicadas (pacientes, familiares, profesionales de la sanidad, ciudadanía en general e iniciativa social), desde las que surge una conciencia más profunda de las principales dificultades y la confianza e implicación para actuar conjuntamente para la humanización de la asistencia sanitaria.

Estos procesos de diálogo-encuentro y aprendizaje en acción proporcionan formas de ver colectivamente los desafíos y retos que presenta la humanización de la sanidad regional y el espacio necesario para que los agentes clave traduzcan en realidades las ideas, sugerencias e iniciativas aportadas para la humanización de la atención sanitaria.

El proyecto se llevó a cabo en cuatro fases que se explican a continuación.

Fase 0: Exploración y sensibilización



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

Exploración y sensibilización para buscar el enfoque, consenso y, especialmente, la implicación en el reto de la Humanización de la Asistencia Sanitaria en CLM.

En esta fase se llevaron en paralelo dos actuaciones fundamentales:

- Puesta en marcha de las estructuras organizativas vinculadas al Decreto 72/2021, de 15 de junio, de ordenación de las estructuras organizativas y gestión coordinada de las actuaciones de humanización de la asistencia sanitaria y sociosanitaria de Castilla-La Mancha.
- Generación de espacios de reflexión colectiva dirigidos a activar a quienes son agentes fundamentales para la puesta en marcha de los procesos de cambio y transformación de la cultura organizacional a través de la realización de talleres de sensibilización y alineamiento de equipos.

En esta fase participaron más de 80 personas involucradas en el proceso de lanzar ideas y fijar el enfoque de trabajo para la co-creación del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.



Fase 1: Entendimiento



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

La finalidad de la fase 1 fue entender qué significa humanizar la asistencia sanitaria para fijar el foco de acción, tras la escucha de todos los agentes implicados: pacientes, personas cuidadoras, familiares, profesionales e iniciativa social.

En esta fase de diagnóstico se lanzó un proceso de escucha a través del Portal de Participación de la Junta de Comunidades.

- Encuesta ciudadana.
- Grupos focales.
- Participación de profesionales del Sescam.
- Participación de entidades sociales y colectivos.

Para aportar objetividad y transparencia en el proceso de análisis e interpretación de los datos recogidos, se ha contado con la participación de personal docente y de investigación de la Universidad de Castilla-La Mancha.

En el capítulo “Diagnóstico situacional” presentamos una aproximación de los resultados obtenidos.



Un total de **5.200 personas** han participado en el proceso de consulta desde sus distintas perspectivas.

Fase 2: Formulación de la visión



El objetivo de la fase 2 fue formular una visión compartida sobre la Humanización de la Asistencia Sanitaria CLM, para planear un futuro deseable, claro y motivador para todas las partes implicadas en el que trabajar juntas.

Para ello, en el seno de la Comisión Regional Técnica de Humanización (CRTH), como estructura encargada de la elaboración del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, se analizó toda la información obtenida en las diferentes actividades de la fase 1. De esta manera, con el conocimiento de las partes implicadas, se estableció la estrategia y plan de acción para la Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha- Horizonte 25.

Más de 30 personas profesionales implicadas en la CRTH compartieron un plan de trabajo compuesto por talleres grupales de co-creación, en los que se combinaron aprendizaje, acción y reflexión y en los que participaron las principales áreas implicadas en la humanización de la atención del Servicio Público de Salud, la Consejería de Bienestar Social y de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, junto a otros agentes como elementos clave de consulta, tales como las Redes de Expertos y Profesionales, la Escuela de Salud y Cuidados y la Unidad de Igualdad de Género de la Consejería de Sanidad.



Fase 3: Estructuración del Plan



Actuaciones
previas

Diagnóstico
situacional

Conceptos clave

Estructura para la
acción

Implantación

Esta fase tenía como finalidad la generación del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Horizonte 25, (PHASCLM) como herramienta de ordenación y marco de trabajo compartido que ha de trasladarse a las Gerencias Asistenciales a través de Planes Operativos anuales.

El objetivo fue estructurar los vectores de desarrollo y las líneas de acción para ofrecer desde esa perspectiva una respuesta armonizada en toda la región a las necesidades y expectativas de las partes clave implicadas.

El PHASCLM es por tanto, un proceso de trabajo co-creado que sirve como elemento de transformación organizacional originándose elementos fundamentales a los que se ha dado forma y que han ido evolucionando desde el aprendizaje en acción a medida que hemos avanzado en su diseño y desarrollo.





En el proceso de diseño y elaboración del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha, la Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria, ha llevado a cabo una consulta amplia de fuentes de información, para poder contar con el conocimiento y experiencia del camino recorrido en nuestra comunidad, así como en el resto de Comunidades Autónomas, que han sido vistas y reconocidas como fuente de inspiración y motivación para seguir avanzando.

Por otro lado, y muy especialmente, consultando la voz de la ciudadanía, de profesionales y entidades sociales, se ha contado con sus opiniones, propuestas y experiencias desde las que conformar y proyectar, a través del valor transformador de la humanización, una sanidad basada sobre todo en la

excelencia de sus cuidados para buscar los mejores resultados en salud.

Como fuentes primarias utilizadas, adicionalmente a las herramientas habituales de participación existentes en el Servicio Público de Salud de Castilla-La Mancha, como son las encuestas de satisfacción y los canales establecidos para la recepción de disconformidades, reclamaciones y sugerencias, se puso en marcha un proceso participativo de escucha a través del Portal de Participación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Este proceso ha permitido recoger las principales demandas propuestas, que contribuyen a enriquecer el nuevo Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha.

Fuentes primarias

1

Proceso Participativo y de Escucha para la Humanización de la Asistencia Sanitaria

2

Análisis de información recabada a través de los canales establecidos para la recepción de disconformidades, reclamaciones y sugerencias

3

Encuesta de satisfacción SESCAM 2020

Proceso participativo



La Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria, en el marco del Proyecto Horizonte Humanización, puso en marcha un proceso participativo y de escucha dirigido a la ciudadanía, a profesionales de la sanidad y a entidades sociales, con el objetivo de conocer su opinión, necesidades, recomendaciones e ideas para conseguir una asistencia sanitaria más cercana, respetuosa y efectiva que sitúe realmente a las personas en el centro del sistema.

Para ello, a través del Portal de Participación de Castilla-La Mancha, se impulsó una serie de espacios de consulta pública, a través de tres herramientas:

- Una encuesta dirigida a la ciudadanía.
- Dos formularios de recogida de propuestas e iniciativas dirigidos a profesionales y a entidades, colectivos sociales y ciudadanía en su conjunto, respectivamente.
- Realización de cinco grupos focales, uno en cada provincia de Castilla-La Mancha, con el fin de conocer y profundizar en las opiniones que la

población de Castilla-La Mancha tiene sobre la humanización sanitaria en la región.

La encuesta ciudadana así como la recogida de iniciativas del personal sanitario y otros agentes, se mantuvo abierta desde el 16 de mayo hasta el 30 de junio de 2022 en el Portal de Participación. El desarrollo de los grupos focales se llevó a cabo a lo largo del mes de julio de 2022. Para la captación de participantes se publicó una convocatoria de participación en el Portal y se contó igualmente con la colaboración de las diferentes gerencias sanitarias del Servicio de Salud.

Para garantizar la necesaria transparencia, rigor y profesionalidad en el tratamiento de los datos recogidos, los análisis estadísticos y la emisión del informe de resultados fueron realizados por profesionales de la Universidad de Castilla-La Mancha. Toda la información sobre ambos procesos participativos puede consultarse en los enlaces señalados.



Proceso participativo para la Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha

Estado: Abierto
 Tipo: Proceso Participativo
 Organismo: Consejería de Sanidad
 Tema(s): Sanidad
 Fechas de la Fase de Retorno: 01/07/2022 - 30/11/2022

El diseño del próximo Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria Horizonte 25, de Castilla-La Mancha, supone una oportunidad para reflexionar e identificar respuestas a los desafíos a los que nos enfrentamos en los próximos años en esta materia. Por ello, desde la Dirección General...

[Retorno](#)




<https://bit.ly/3hOIHn4>



Proceso participativo «Focus Group para avanzar en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria»

Estado: Abierto
 Tipo: Proceso Participativo
 Organismo: Consejería de Sanidad
 Tema(s): Sanidad
 Fechas de la Fase de Retorno: 27/07/2022 - 30/10/2022

El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha Horizonte 2025 es el resultado de nuestro firme compromiso para asegurar que las personas tengan garantizada una atención personalizada en base a sus necesidades y expectativas. Supone una oportunidad para reflexionar...

[Retorno](#)




<https://bit.ly/3TU8Cac>

Encuestas y focus groups



Algunos datos de participación:

Encuesta Ciudadanía

- 4.016 registros totales
- 2.243 registros completos
- 2.240 registros válidos

Perfil tipo de participantes:

- Mujeres - 35 a 54 años - Formación Superior
- Trabajan por cuenta ajena
- Trabajadores de ámbito sanitario y sociosanitario
- Localidades de más de 10.000 habitantes

Perfil tipo de participantes:

- Mujeres
- Edad media: 49 años
- Formación Superior
- Trabajan por cuenta ajena o jubilados/as
- Nacionalidad española y otras

Focus Groups

- 48 participantes
- 5 focus groups, uno por provincia
- Proceden de 17 localidades de CLM

El contenido detallado de los resultados de la la consulta puede encontrarse en: <https://bit.ly/3hOIHn4>

La realización de un sondeo de opinión sobre el grado de conocimiento que la ciudadanía tiene sobre la Humanización de la Asistencia Sanitaria y su aportación de valor en la mejora de la prestación de los servicios sanitarios nos ha permitido concluir que:

- 1 La salud es un tema que genera gran interés en la población, ya que toda la ciudadanía utiliza los servicios sanitarios en mayor o menor medida. De ahí la elevada participación e interés en el proceso participativo.
- 2 Más de la mitad de la población encuestada desconoce qué es la Humanización de la Asistencia Sanitaria. Aclarado el término, en general echan en falta una mayor humanización en los servicios prestados. Se apunta la necesidad de llevar a cabo campañas de sensibilización y difusión.
- 3 Trabajar en el desarrollo y evolución de la Humanización de la Asistencia Sanitaria en el Sescam, repercutiría en la reducción de los niveles de angustia y estrés que produce la enfermedad, en la mejora de la recuperación y de la experiencia como paciente o familiar en el sistema sanitario y en un incremento de la confianza en el sistema público de salud, favoreciendo de manera sustancial y de forma transversal la mejora de la sanidad en Castilla-La Mancha.



Algunas conclusiones generales:

¿Qué debe considerar la humanización sanitaria según la ciudadanía?:

- La humanización sanitaria debe considerar la centralidad de la persona, siendo la atención prestada en el ámbito sanitario un elemento esencial.
- Es crucial recibir un trato adecuado, en el que destaquen la escucha activa, la cercanía, el respeto, la empatía, la información, la accesibilidad, la agilidad en la respuesta y que tenga en cuenta la cultura, los valores y las características personales de cada paciente.

Cultura de la humanización:

- La creación de una "Cultura de la humanización" debe abarcar a la sociedad en su conjunto y contar con la participación de todas las partes implicadas. Se señalan como herramientas clave para su desarrollo:
 - La formación de profesionales.
 - La participación en grupos de trabajo.
 - Acciones de difusión y sensibilización.
 - Y con el apoyo normativo, la asistencia técnica externa en su caso, y el uso de aplicaciones digitales.

Prioridades:

- La humanización sanitaria debería abordarse de forma transversal, en todos los ámbitos de atención y a todos los colectivos.
- Se enfatiza la importancia de considerar en primera línea de trabajo la salud mental, proponiendo el enfoque de género en la atención. Y no olvidar el proceso de atención en el ámbito rural.

Elementos de satisfacción:

- La satisfacción con la atención sanitaria pasa inevitablemente por una atención que debe ser presencial, individualizada, cercana, respetuosa, rápida, eficaz, atenta, implicada, cariñosa, accesible, entendible y empática.

Propuestas de profesionales de la sanidad

Actuaciones
previasDiagnóstico
situacional

Conceptos clave

Estructura para la
acción

Implantación

Algunos datos de participación:

Iniciativas de Profesionales

1.056 registros totales

91 registros completos

90 registros válidos

Perfil tipo de participantes:

- Mujeres.
- Edad 45-54 años.
- Formación Universitaria y FP.
- Trabajan en Hospitales.
- Población más de 10.000 habitantes.

El contenido detallado de los resultados de la la consulta puede encontrarse en:

<https://bit.ly/3hOIHn4>

Algunas conclusiones generales:

Los objetivos de las propuestas recibidas se orientan a:

- La promoción de la atención centrada en la persona.
- La atención a colectivos específicos y en situación de mayor vulnerabilidad.
- La regulación básica de las actuaciones de humanización de la asistencia sanitaria.
- El desarrollo de las competencias y habilidades profesionales.

Principales Líneas de Trabajo:

- El cuidado de las relaciones con las/os pacientes en cuanto a los derechos de las personas, su intimidad, la confidencialidad y el trato.
- La sensibilización y/o cultura de la Humanización en la organización sanitaria y en la sociedad.
- La información y comunicación.
- La formación en competencias personales y profesionales en humanización de las/os profesionales.

Principales ámbitos de trabajo:

- Se plantea un enfoque transversal: todos los colectivos y ámbitos de la asistencia sanitaria deben ser objeto de atención.
- Cabe destacar, como prioridades, la necesidad de actuar en la Humanización de la Asistencia Sanitaria en:
 - Las personas con enfermedades crónicas.
 - Las personas con discapacidad y las que se encuentran en situaciones de dependencia.
 - La prevención y educación para la salud.
 - La atención primaria.
 - Las Unidades de Cuidados Intensivos.
 - La asistencia en las primeras etapas de la vida: embarazo, nacimiento, infancia y adolescencia.

Propuestas de la ciudadanía y entidades sociales



Algunos datos de participación:



Algunas conclusiones generales:

Los objetivos de las propuestas recibidas se orientan a:

- La promoción de la atención centrada en la persona.
- La coordinación en las organizaciones sanitarias para ofrecer una asistencia integral.
- Priorizar proyectos de humanización dirigidos a colectivos específicos y de mayor vulnerabilidad.
- Mejorar la capacidad de la organización mediante la creación de las herramientas organizativas y de gestión integrada, descentralizada, interdisciplinar y eficiente, que permitan impulsar las políticas de humanización.
- Desarrollo de las habilidades y competencias en humanización de las y los profesionales.

Principales Líneas de Trabajo

- Sensibilización y/o cultura de Humanización en la organización sanitaria y en la sociedad.
- Atención y seguimiento en situaciones difíciles: programas específicos.
- Información y comunicación a pacientes, familiares y cuidadores principales.
- Cuidado de relaciones con el/la paciente: Dignidad y respeto a los derechos de las personas, intimidad, confidencialidad y trato personal.
- Formación y/o mejora de competencias personales y profesionales en humanización.

Principales ámbitos de trabajo

- Plantean un enfoque transversal, siendo todos los colectivos y ámbitos de la asistencia sanitaria objeto de atención.
- Cabe destacar la necesidad de desarrollar la humanización de la Asistencia Sanitaria en:
 - Atención Primaria.
 - Prevención y Educación para la Salud.
 - Salud Mental.
- Personas con enfermedad crónica y/o en situación de dependencia.
- Personas con Enfermedades Raras.
- Personas con discapacidad.
- Atención a mujeres víctimas de violencia de género y a personas en situación de refugio, asilo e inmigración.

El contenido detallado de los resultados de la la consulta puede encontrarse en:

<https://bit.ly/3hOIHn4>

Análisis de reclamaciones



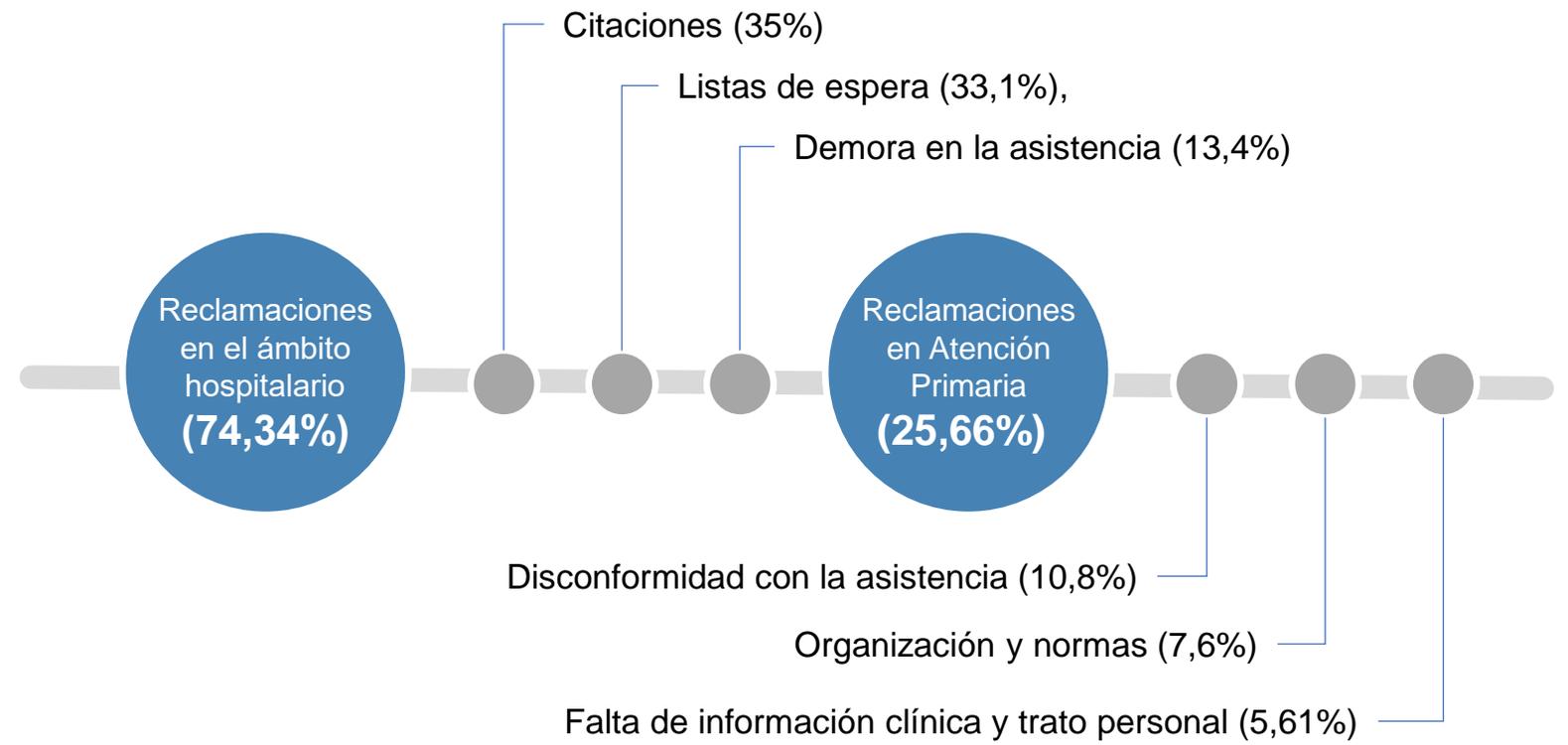
El sistema de reclamaciones y sugerencias establecido por el Servicio Público de Salud de Castilla-La Mancha, persigue reunir información sobre la calidad percibida de la asistencia sanitaria prestada y servir como indicador de las áreas y aspectos que necesitan mejorarse.

Los datos recabados para el año 2021 muestran que tanto el número de reclamaciones como los motivos de las mismas se han visto influenciados por la pandemia de la COVID-19.

Principales ámbitos y motivos con mayor número de reclamaciones:

Perfil ciudadanía que reclama:

- Las mujeres presentan más reclamaciones que los varones (61,91% frente a 38,09%).
- Con edades entre los 45 y los 64 años (35,62%) seguido del grupo de 65 y más años (27,28%).





Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

Algunos datos de participación

- 11.000 pacientes.
- Fecha de realización: del 25 de octubre al 15 de noviembre de 2020.

El resultado de la asistencia sanitaria se mide en términos de efectividad, eficiencia, percepción por las y los pacientes de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con la atención recibida y por el resultado de la misma. Por ello, la satisfacción de las y los pacientes ha de valorarse como un indicador del resultado de la atención sanitaria.

La frecuencia con la que se han llevado a cabo encuestas a la población sobre la atención prestada y recibida en centros de salud y hospitales desde el inicio de esta práctica en 2003, ha sido con una periodicidad bienal, realizándose las últimas en 2016, 2018 y 2020. En el momento de elaboración de este documento, se está planificando una nueva encuesta a llevar a cabo próximamente.

Resultados



La satisfacción global con los servicios sanitarios del SESCAM ha sido alta. La media total de las puntuaciones: 8,47 en una escala de 1 al 10. Este resultado es superior al obtenido en la encuesta realizada a finales de 2018, en la que se obtuvo una puntuación global de 8,32.



La Atención Primaria alcanzó una puntuación de 8,48 en satisfacción con la atención recibida por las/os pacientes en las consulta de medicina y enfermería. En la encuesta de 2018 la puntuación fue 8,22 (solo se valoró la consulta de medicina).



La dificultad para conseguir una cita obtuvo la puntuación más baja en los aspectos considerados, con un 6,97, siendo la amabilidad del personal sanitario que le han atendido el aspecto más valorado con un 8,75.

Las Consultas externas hospitalarias alcanzaron una puntuación de 8,56, igual que la puntuación de 2018.



La puntualidad de su consulta, teniendo en cuenta la hora de su cita obtiene la nota más baja 7,97, siendo notablemente valorado el trato del personal sanitario que le han atendido 8,94.

La Hospitalización ha sido valorada con un 8,60, en la encuesta de 2018 la puntuación fue 8,48.



El estado general de las instalaciones: 7,85 obtienen las menores puntuaciones sobre una satisfacción global con el servicio que se le ha prestado del 8,92 y con una satisfacción con el personal sanitario médicas/os y profesionales de enfermería que les han atendido del 9,20 y del 9,08 respectivamente.

Las Urgencias Hospitalarias han sido valoradas en su conjunto con un 8,26. En la encuesta de 2018, la puntuación fue 8,48.



El tiempo transcurrido hasta ser atendida/o con una valoración de 7,85, junto con el estado de las instalaciones del servicio de urgencias con un 7,63, han sido los aspectos menos valorados, siendo nuevamente el trato del personal sanitario que les han atendido: 8,8, la calidad de la atención sanitaria recibida: 8,5 y la claridad de la información proporcionada por su médica/o: 8,51 los aspectos más valorados.

Análisis DAFO



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

A

F

O

DEBILIDADES

- Resistencia al cambio. Desconfianza y bajas expectativas de algunos sectores (internas y externas) al tratarse de una política transversal y que requiere cambio actitudinal, nuevas metodologías de trabajo y evolución de roles, funciones y perfiles profesionales tradicionales.
- Insuficiencia del marco formativo común normalizado dirigido a profesionales para el desarrollo de competencias personales y profesionales vinculadas a la humanización de la asistencia sanitaria.
- Existencia de listas de espera y demoras excesivas para consultas externas, pruebas y técnicas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas.
- Necesidad de adecuar el actual sistema de gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias. Insuficiente información y agilidad en las respuestas.
- Dificultad en la transición del Plan Dignifica en otros niveles de aplicación. Retraso en la generación de un nuevo marco regulatorio de la materia (Nuevo Plan), originado por la pandemia.
- Escasez de prácticas, herramientas y estrategias enfocadas a la participación de la ciudadanía orientadas a la mejora de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios.
- Necesidad de avanzar en el manejo de indicadores de implantación de la estrategia de humanización que atiendan a las peculiaridades de cada gerencia.
- Limitaciones en materia de tecnologías de la información. Aún faltan desarrollos tecnológicos de apoyo a los procesos clave y de soporte que intervienen en la prestación de unos servicios sanitarios y sociosanitarios más humanizados.
- Percepción de insuficiencia de las políticas de personal orientadas a la mejora de la experiencia del empleado/a y el reconocimiento profesional que procuren la satisfacción de expectativas y el sentido de pertenencia al sistema.
- Insuficiente concienciación, sensibilización y comunicación en materia de Humanización de la Asistencia Sanitaria y Sociosanitaria.

Análisis DAFO



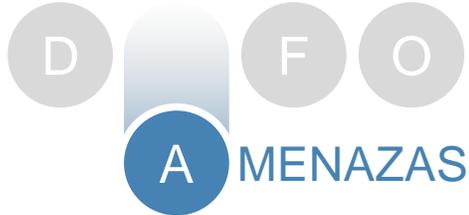
Actuaciones
previas

Diagnóstico
situacional

Conceptos clave

Estructura para la
acción

Implantación



- Repercusiones de la crisis sanitaria, social y económica provocada por la pandemia de COVID-19 y acrecentada por un marco global cada día más incierto e inestable, que genera un empeoramiento en la situación de salud de la ciudadanía y especialmente en el deterioro de la salud mental, relacionado también con nuevas situaciones sociales de necesidad y estresores que afectan a su salud y bienestar general.
- Persisten necesidades de atención a personas en situación de dependencia, discapacidad, enfermedades raras, cronicidad que requieren de apoyos sostenidos simultáneos desde el ámbito social y sanitario.
- La escasez de profesionales sanitarios puede poner en riesgo la viabilidad y sostenibilidad de algunos recursos y dificultar la puesta en marcha de nuevos servicios y prestaciones.
- Falta de contenidos curriculares en la formación reglada universitaria y no universitaria relacionada con las ciencias de la salud, dirigidos al desarrollo de habilidades blandas de futuros profesionales.
- Cambios en la orientación de políticas públicas sanitarias vinculados a procesos políticos o cambios de equipos directivos.
- Incremento de la especialización y tecnificación de la atención sanitaria.
- Sobrecarga informativa inadecuada en asuntos relacionados con la salud y la

atención sanitaria debido a la falta de rigor en los contenidos y sus consecuencias para la educación sanitaria de la población.

- Descenso de la satisfacción de la ciudadanía con la sanidad pública, y aumento de reclamaciones para adecuar los servicios y prestaciones de forma que respondan a las demandas de la ciudadanía y mejoren su capacidad de acceso, elección y decisión.
- Persistencia de un modelo con enfoque “curativo” en detrimento de la financiación de actividades enfocadas a la prevención, al cuidado y a la promoción de la salud.
- Dispersión geográfica de la población en la región. Despoblamiento de núcleos rurales y dificultades para mantener recursos presenciales en atención sanitaria y sociosanitaria en esas zonas.
- Dificultad para identificar y evaluar la aportación en la gestión de cada parte implicada, pacientes, familiares, ciudadanía, profesionales, entidades y agentes sociales público-privados.

Análisis DAFO



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



- Compromiso político regional con la humanización de los servicios sanitarios, como pilar fundamental para la transformación organizacional sanitaria en la región.
- Experiencia acumulada en el ámbito de la humanización en la región, especialmente Plan Dignifica. Trabajo desarrollado a través de proyectos concretos consolidados, generadores de nuevas experiencias y aplicaciones prácticas. Identificación de proyectos.
- Existencia de recursos específicos vinculados a los objetivos de la humanización (Escuela de Salud y Cuidados, Redes de Expertos y Profesionales, Comités de Ética Asistencial, Comité Regional de Bioética de Castilla-La Mancha, Registro de Voluntades Anticipadas, Unidad de Enfermedades Raras).
- Coordinación de acciones a través de la Dirección General con competencias en materia de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Publicación de normativa y creación de estructura organizativa para la humanización (Decreto 72/2021).
- Identificación de áreas impulsoras de las políticas de humanización (CS, Sescam, BS). Enfoque top-down. Creación y despliegue de estructuras de gestión y coordinación de actuaciones de humanización con composición multidisciplinar y multinivel.
- Promoción de la participación y la escucha en el proceso de diseño de las políticas de humanización en el ámbito sanitario. Identificación y concreción de necesidades.
- Apertura de equipos y profesionales a la utilización de metodologías de gestión del cambio de cultura, inteligencia colectiva, participación y experiencia de las y los pacientes. Desarrollo de talleres y acciones formativas dirigidas al alineamiento de equipos de profesionales, que fomentan espacios de reflexión conjunta, el trabajo en equipo y la generación de una visión compartida que trabaja en red y fomenta el intercambio de experiencias.
- Identificación e introducción del reconocimiento profesional como palanca para la prestación de servicios sanitarios más humanizados.
- Capacidad de respuesta del sistema sanitario, compromiso y responsabilidad de las y los profesionales.
- Consolidación y ampliación de oferta formativa dirigida a las y los profesionales sanitarios y sociosanitarios para el desarrollo de competencias personales y profesionales vinculadas a la HAS.
- Identificación y activación de Embajadoras/es de Humanización. Líderes ocultos.
- Liderazgo valiente y transformador de los equipos directivos y técnicos vinculados al desarrollo de las políticas de humanización de la asistencia sanitaria.
- Generación y difusión de recursos audiovisuales de visibilización y sensibilización hacia la HAS (Documental Hospitales Humanos).
- Capacidad y buena recepción en la organización de jornadas, encuentros, eventos para la HAS.

Análisis DAFO



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



- La situación de pandemia y crisis sanitaria derivada de la COVID-19 ha demostrado la necesidad de un cambio hacia un modelo de atención sanitaria y sociosanitaria que contemple y tenga en cuenta de forma holística e integral las necesidades de las personas (pacientes, familiares, profesionales).
- Demanda de la ciudadanía y profesionales de un proceso de modernización de la organización y gestión sanitaria, que se oriente a la personas y sus necesidades.
- Identificación de los beneficios de la HAS en el proceso asistencial recabado a través de la voz de la ciudadanía: reducción de los niveles de angustia y estrés que produce la enfermedad, incrementar la confianza en el sistema sanitario; mejorar el aprovechamiento de los recursos; mejorar las competencias personales y profesionales del personal sanitario; incrementar la participación ciudadana en los procesos de salud y hacer un uso responsable de los servicios.
- Textos normativos, planes y estrategias regionales, nacionales e internacionales, dirigidos a la mejora de calidad, a potenciar la modernización del sistema sanitario e integración de la perspectiva de la humanización de los servicios sanitarios.
- Actual contexto de reflexión social y política, con diferentes iniciativas, proyectos y fondos presupuestarios en torno al fortalecimiento y a la reconstrucción de los servicios sanitarios públicos.
- Compromiso político en auge con la HAS en servicios de salud de todas las CCAA.
- Carácter transversal e inclusivo de la materia, que permite el establecimiento de conexiones, alianzas y la participación activa de todas las partes implicadas.
- Mayor apertura organizacional al establecimiento de alianzas y colaboraciones público-privadas dirigidas al fomento de la cultura de Humanización en el ámbito sanitario.
- Experiencia y colaboraciones entre administración y agentes sociales, asociaciones de pacientes, familiares, colectivos profesionales, desde los que trabajar juntos hacia un objetivo común.
- Herramientas y tecnologías que facilitan el conocimiento y la relación entre profesionales y pacientes.
- Apertura de la Administración Educativa Pública regional para la promoción de contenidos vinculados al desarrollo de competencias blandas en los currículos formativos de ciencias de la salud de la enseñanza universitaria y no universitaria (FP).

Conclusiones del diagnóstico

Actuaciones
previasDiagnóstico
situacional

Conceptos clave

Estructura para la
acción

Implantación

1

La Humanización de la Asistencia Sanitaria se configura como un elemento clave en la sostenibilidad y mejora de la organización. Los principales beneficios que puede aportar reflexionar y trabajar en pro de humanizar la asistencia sanitaria son: la reducción de los niveles de angustia y estrés que produce una enfermedad; incrementar la confianza en el sistema sanitario; mejorar el aprovechamiento de los recursos; mejorar las competencias personales y profesionales del personal sanitario; incrementar la participación ciudadana en los procesos de salud y hacer un uso más responsable de los servicios.

2

La ciudadanía reclama que en la prestación de servicios sanitarios todo el personal sanitario despliegue una atención más personalizada, en la que se consideren no solo aspectos físicos, sino también sociales, emocionales y espirituales; en donde se garanticen la dignidad y el respeto de los derechos de las personas a la intimidad y la confidencialidad y donde el trato personal sea amable, respetuoso y cercano, además de eficiente y eficaz técnicamente.



Actuaciones
previas

Diagnóstico
situacional

Conceptos clave

Estructura para la
acción

Implantación

Tras un proceso de escucha a la sociedad, desde diferentes ángulos, se plantea el reto de convertir todas aquellas voces, ideas, propuestas y aspiraciones en algo tangible. Se trata de concretar y descender de lo conceptual a lo tangible, pero no de cualquier manera. Por ello, antes de bajar a las acciones concretas, es preciso contar con unos conceptos básicos sobre los que apoyar el trabajo posterior.

Y eso es lo que aparece en esta sección. En concreto, tres elementos: en primer lugar, el concepto, qué entendemos y qué queremos decir cuando hablamos de Humanización de la Sanidad; en segundo lugar el marco que conecta el mandato que reciben las instituciones públicas de la región, con la realidad de la ciudadanía y de las y los profesionales de la salud; y por último, una serie de valores que inspiran el conjunto de las actuaciones.

¿Qué entendemos por Humanización de la Sanidad desde Castilla-La Mancha?

Seguramente se podrían encontrar tantas definiciones como personas.

Pero hemos hecho el ejercicio de contar con una definición propia, con la que se sienten identificadas la mayor parte de las personas que han intervenido activamente en la reflexión y elaboración de este Plan.

¿Cómo conectamos el trabajo de las instituciones con el impacto en las personas?

A veces se acusa a las instituciones de estar lejos de la realidad de la ciudadanía.

En este caso, hemos querido encajar las piezas para comprobar que hay un hilo común que conecta a las personas con la Administración.

¿Sobre qué valores se asienta el modelo con el que queremos trabajar?

Cuando se expliquen los vectores de desarrollo y las líneas de acción, en la siguiente sección, veremos que todos ellos deben cumplir, de alguna manera, con los valores que inspiran este plan.

Nuestra definición de Humanización de la Sanidad



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



“Entendemos la Humanización de la Asistencia Sanitaria y Sociosanitaria como un proceso en el que se despliegan un conjunto de valores y actuaciones orientados a conseguir una atención centrada en las personas, basada fundamentalmente en el respeto, la escucha activa, la participación y la empatía, con un enfoque integral que tenga en cuenta, además, la importancia y el cuidado de las y los profesionales”.



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

La conexión entre el ámbito de las instituciones y el ámbito de las personas

Con el fin de conectar las instituciones y el impacto de este Plan en las personas, se ha elaborado un modelo conceptual que se explica a continuación.

El propósito fundamental del Plan es impactar positivamente en la vida de la ciudadanía y de las y los profesionales de la salud. Y es que, en definitiva, cada persona, desde su realidad única y personal, espera que las instituciones públicas contribuyan a mejorar su vida y su salud, en un sentido amplio.

Esto se concreta en una serie de beneficios y resultados: bienestar personal, confianza, condiciones adecuadas de trabajo, etc., como se indica en el modelo.

En definitiva, lo que se realice tiene que ser percibido por las personas a las que se dirige. De no ser así, no tendría sentido.

Por otro lado, se encuentran las instituciones que deben cumplir, entre otras, especialmente con una ley y un decreto:

- La Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.
- El Decreto 72/2021, de 15 de junio, de ordenación de las estructuras organizativas y gestión coordinada de las actuaciones de humanización de la asistencia sanitaria y sociosanitaria de Castilla-La Mancha.

De aquí que la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, deba desarrollar las actividades necesarias para dar a la sociedad lo que esta misma reclama.

¿Cómo unir los dos ámbitos?

A través de un Plan que se articula en torno a cinco vectores de desarrollo, y éstos, a su vez, en varias líneas de acción, hasta un total de 20, que se detallan más adelante.

Este es el modelo que se quiere llevar a cabo en los próximos años. Es el resultado de la reflexión, debate, trabajo y priorización de muchas personas que se dedican a la sanidad pública, o que están, de una manera u otra, directamente implicadas en ella.

Como se verá en el apartado de implantación, cada una de las Gerencias abordará su propio plan, conjugando la acción local con la visión global, sumando fuerzas y respetando la realidad de cada zona.

Finalmente, se conectan las líneas de acción con lo que realmente sirve de nexo de unión entre la sociedad y la administración, los valores:

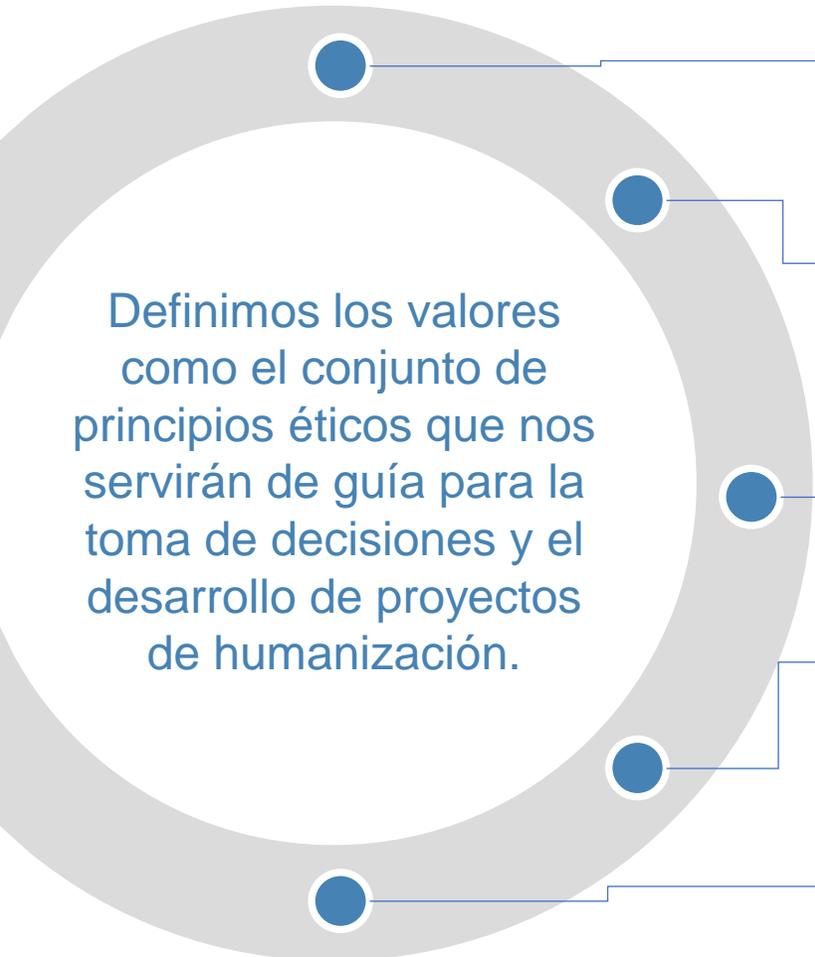
- La participación e implicación de la sociedad. Humanizar la sanidad es imposible sin contar con todas las partes implicadas.
- El foco en las personas, por obvio que pueda parecer.
- La innovación, que lleve a hacer las cosas de manera diferente para obtener mejores resultados.
- Responsabilidad, compromiso e implicación: el reto es grande, y eso requerirá esfuerzos.
- Y por último, el desarrollo y la formación de las personas, que tienen que evolucionar en su forma de hacer la sanidad.

04

De las ideas a los hechos



Valores



Definimos los valores como el conjunto de principios éticos que nos servirán de guía para la toma de decisiones y el desarrollo de proyectos de humanización.

Foco en Personas

Fomentamos una cultura de atención centrada en las personas, siendo el fin último de nuestros proyectos la mejora del bienestar de la ciudadanía y del personal sanitario.

Participación

Creamos espacios conjuntos de comunicación y consenso donde participan pacientes, familiares, asociaciones y profesionales de la sanidad.

Innovación en servicios, procesos y gestión

Desarrollamos e implementamos nuevas formas de hacer como motor de transformación en el proceso de mejora continua de la humanización.

Responsabilidad, compromiso e implicación

Promovemos la conciencia e implicación de todos los agentes en el proceso de cambio hacia una Sanidad más humanizada, creando una cultura de co-responsabilidad y cuidado compartido.

Desarrollo y formación

Apostamos por el crecimiento personal y por el desarrollo integral de las personas, tanto ciudadanas y ciudadanos como profesionales de la salud, a través de la formación en habilidades y competencias.



Esta es la parte central del Plan.

En las siguientes páginas, se presentan las 20 líneas de acción en las que se enmarcarán las actividades concretas que se desarrollen desde 2023 hasta 2025.

Las líneas de acción se agrupan en cinco grandes categorías, que hemos denominado “vectores de desarrollo”, en el sentido en que definen, entre ellos, una suerte de espacio conceptual donde encajan las líneas de acción aquí propuestas, y quizás otras nuevas en el futuro. Los vectores de desarrollo tienen el potencial de albergar futuras actualizaciones de este plan, dando continuidad al enfoque general del mismo.

Todos los vectores de desarrollo son igualmente relevantes. Sin embargo, el quinto, “Atención integral centrada en las personas”, es hacia el que apuntan y convergen los otros cuatro.

La idea es, como hemos tratado de reflejar gráficamente, que los cuatro primeros revierten en el quinto y principal.

Sólo podremos llevar a cabo esa atención integral centrada en las personas si hay participación, si cambia la cultura, si cuidamos a las y los profesionales de la salud, y si todo eso ocurre en unos espacios confortables que estén acordes en consonancia con ello.



04

De las ideas a los hechos

Vectores de desarrollo



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



Vectores de desarrollo



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

1



Participación e implicación de la sociedad



Fomentar y trabajar por la participación implica que organizaciones sanitarias y de pacientes generen lazos de confianza, transparencia y compromiso.

2



Estructura y cultura de Humanización



Una cultura de humanización será fuerte y sostenible cuando nuestros valores y comportamientos sean coherentes. De otra forma, nos quedaremos en la implantación de medidas meramente cosméticas.

3



Cuidado y bienestar de las y los profesionales



Una adecuada experiencia del empleado/a es la base para una adecuada experiencia del usuario/a de la sanidad. No hay sanidad humanizada sin que las y los profesionales de la salud perciban un trato humano en su entorno de trabajo.

4



Espacios físicos y confort



Espacios acogedores y accesibles y la consecución de la comodidad de pacientes y profesionales para proporcionar bienestar físico y emocional.

5



Atención integral enfocada en las personas



Cuando situamos a las personas en su totalidad en el foco de nuestro pensamiento y nuestra acción, surgen oportunidades para mejorar la asistencia sanitaria.



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



1



Participación e implicación de la sociedad

Fomentar y trabajar por la participación implica que organizaciones sanitarias y de pacientes generen lazos de confianza, transparencia y compromiso.

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha señala “La participación ciudadana” como uno de sus objetivos estratégicos (4.4.12).

El concepto de Participación Ciudadana en salud es un concepto amplio; podemos decir que las líneas de actuación en este ámbito se dividen en torno a dos ejes fundamentales.

- Por una parte el fomentar la Participación de la ciudadanía en su propia salud (abordando aspectos como la promoción del autocuidado y el empoderamiento de las y los pacientes para la toma de decisiones respecto a su proceso de salud/enfermedad).
- Y, por otra, el fomento de la Participación de la sociedad en el Sistema de Salud, innovando en mecanismos que permitan identificar las expectativas de las/os usuarias/os respecto al Servicio de Salud, y así mismo mejorar la Organización Sanitaria y la atención que presta.

Este primer vector se centra en el diseño, implantación y desarrollo de actuaciones dirigidas a la promoción de la corresponsabilidad y empoderamiento de pacientes y familiares en el proceso de salud y gestión de la enfermedad, así como en la propuesta de acciones que actualicen mecanismos y herramientas para la generación de espacios de colaboración y co-creación en el diseño y evaluación de las políticas públicas sanitarias y la institucionalización de un proceso de gestión de colaboración con las Asociaciones de Pacientes y Familiares y otras instituciones sociales.

Se plantean así las siguientes líneas de acción a desarrollar, impulsadas desde los diferentes niveles de dirección, gestión y operativización de las instituciones implicadas, Consejería de Sanidad y Sescam en colaboración con los distintos agentes implicados internos y externos a la misma.

Los cinco vectores de desarrollo



1

Participación e implicación de la sociedad

Fomentar y trabajar por la participación implica que organizaciones sanitarias y de pacientes generen lazos de confianza, transparencia y compromiso.

Línea de acción 1.1

Modelo de Participación en Salud de Castilla-La Mancha (MPS-CLM).

Creación de órganos de participación de pacientes en la salud pública para diseño de políticas de salud.

Línea de acción 1.2

Gestión Institucional de Colaboración con Asociaciones de Pacientes y Familiares y otras instituciones sociales.

Herramienta de gestión para la colaboración entre asociaciones y las gerencias.

Línea de acción 1.3

Pacientes: Personas activas y empoderadas.

Empoderamiento de cada paciente por conocimiento de su proceso de salud y del funcionamiento del Sistema de Salud.

Línea de acción 1.4

Seguimiento y valoración de la experiencia de pacientes.

Creación de herramientas de gestión, seguimiento y valoración de la experiencia de las personas atendidas.

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 1 Participación e implicación de la sociedad

Línea de acción 1.1

<p>Modelo de Participación en Salud Castilla-La Mancha (MPS-CLM).</p>	<p>Objetivo Garantizar la participación activa y la representatividad de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre las políticas públicas sanitarias.</p>
--	---

Los procesos participativos, no deben ser únicamente informativos y consultivos, sino que deben ofrecer a las personas participantes la oportunidad y la garantía de ser parte activa en la toma de decisiones que les afectan y con capacidad de influir en los órganos ejecutivos.

Actualmente la ordenación y actuación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha en materia de participación comunitaria se concreta en varios órganos de participación:

- Consejo de Salud de Castilla-La Mancha.
- Consejo de Administración del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).
- Consejos de Salud de Área y Consejos de Salud de Zonas Básicas de Salud.

Existen además otros instrumentos de participación ciudadana, entre ellos: procedimientos normalizados para tramitar y gestionar reclamaciones, quejas, iniciativas y/o sugerencias; encuestas de opinión y satisfacción con los servicios sanitarios y otras fórmulas de carácter no permanente.

Para avanzar en esta dirección se estima conveniente revisar el modelo de participación ciudadana actual. Dicha revisión debe potenciar la aportación y colaboración con órganos renovados de participación. Pretendemos que la ciudadanía y sus representantes se impliquen en la gestión y en la toma de decisiones colectivas (priorización, diseño de políticas, asignación de recursos, diseño de procesos asistenciales y servicios de salud), creando espacios que permitan la co-creación de un Sistema de Salud más humanizado.

¿A quién va dirigido?

- Entidades y asociaciones de pacientes y familiares, y otros agentes sociales implicados en el territorio.
- Ciudadanía.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Grupos de trabajo participados con pacientes/asociaciones/entidades.
- Diseño de un modelo de participación ciudadana en salud en la Comunidad de Castilla-La Mancha e implementación del mismo en el Área de Salud de Puertollano (2005-2008).
- Consejo de Salud de Castilla-La Mancha y Consejos de Salud de Área y Zona Básica de Salud.

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria, a través del Servicio de Participación y Apoyo a la Iniciativa Social.
- Dirección General de Cuidados y Calidad del Sescam a través de la Coordinación Regional de los Servicios de Información y Atención al Paciente.

Actividades clave

- Actualización del modelo de participación en Salud Castilla-La Mancha: revisión del modelo de interacciones.
- Definición y puesta en práctica de iniciativas, consultas y participación ciudadana en salud.
- Creación de estructuras y espacios de co-creación y participación.
- Fomento del establecimiento de alianzas interinstitucionales públicas.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de Trabajo Regional revisión y actualización del Modelo de Participación (Sí/No).
- Nuevo Modelo de Participación en Salud de Castilla-La Mancha (Sí/No).
- Creación de nuevas estructuras participativas propuestas.

Ideas a tener en cuenta

- Espacios de igual a igual
- Sesiones de trabajo interactivas y participativas
- Co-creación
- Planes de acciones concretos

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 1

Participación e implicación de la sociedad

Línea de acción 1.2

Gestión Institucional de la Colaboración con Asociaciones de Pacientes y Familiares y otras instituciones sociales.

Objetivo
Mejorar la prestación de servicios sanitarios y el bienestar de la ciudadanía a través de la colaboración entre el sistema público de salud y las entidades sociales.

Las Asociaciones de Pacientes y Familiares (ASPF) y otras instituciones sociales constituyen uno de nuestros grupos de interés prioritarios por tres principales motivos:

- Ser la estructura de participación de pacientes y familiares
- Ser una fuente de información en la detección de áreas de mejora
- Su importante labor de soporte a pacientes ofreciendo servicios y recursos que complementan en gran medida la atención sanitaria pública

Por todo ello, es necesaria la apertura y creación de mecanismos y métodos de gestión que permitan contar con una mayor colaboración de las asociaciones y entidades que forman parte del ámbito de intervención de cada gerencia y que añaden valor en la prestación de servicios sanitarios.

¿A quién va dirigido?

- A pacientes, asociaciones de pacientes y familiares y otras entidades de carácter social.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Abriendo Caminos a la Participación en Salud. GAI Ciudad Real.
- Procedimiento Gestión Colaboración con Asociaciones GAI-Cuenca

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria en colaboración con las personas responsables de Humanización de las Gerencias.
- Equipo directivo de las Gerencias, con especial implicación de las personas responsables de los Servicios de Información y Atención a Pacientes, Humanización y Calidad
- Delegaciones Provinciales de Sanidad

Actividades clave

- Transferencia del modelo de excelencia de Gestión de la Participación en Salud: Abriendo Caminos.
- Apertura de espacios públicos para la colaboración con las asociaciones en actividades relacionadas con salud.
- Colaboración con organizaciones de voluntariado en el apoyo durante el ingreso hospitalario y la asistencia ambulatoria a pacientes y familiares.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de Trabajo Regional Transferencia (Sí/No).
- N.º de gerencias con modelo de gestión de la colaboración transferido
- N.º de gerencias con espacios habilitados para la colaboración con las asociaciones.
- Número de convenios y de programas/proyectos de colaboración social llevados a cabo
- Medición de la satisfacción de las colaboraciones por todos los agentes implicados

Ideas a tener en cuenta

- Implicar a las y los profesionales sanitarios
- Implementar metodologías y herramientas de calidad
- Monitorizar acciones, actividades y proyectos
- Compartir buenas prácticas entre gerencias

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



Vector de desarrollo 1

Participación e implicación de la sociedad

Línea de acción 1.3

Pacientes: Personas Activas y Empoderadas (PAE).

Objetivo

Potenciar y promover la educación para la salud y dotar a la ciudadanía de capacidades para afrontar su enfermedad, aumentando y mejorando su autonomía personal y la toma de decisiones, a la vez que se fomenta la adecuada utilización de los recursos y servicios.

Un/a paciente activo/a, un/a paciente empoderado/a, es una persona con capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida y su salud. Todo ello se consigue, en primer lugar, con el conocimiento de:

- Conceptos y elementos fundamentales relacionados con la prestación de los servicios sanitarios.
- Nociones suficientes para entender la enfermedad y su tratamiento y sentirse capaz de llevarlo a cabo.

En este contexto, la Escuela de Salud y Cuidados, con el asesoramiento y colaboración de las Redes de Expertos y Profesionales Sanitarios de Castilla-La Mancha en el diseño, implantación y desarrollo de programas de educación sanitaria, autocuidado y capacitación de pacientes, se configura como un elemento de apoyo esencial en la promoción de la participación y el empoderamiento de pacientes y familiares.

Así mismo, en el ámbito de las gerencias, hay un espacio de acción para la potenciación del rol activo de pacientes, desde la práctica clínica individual de las/os profesionales sanitarios, así como desde la acción formativa grupal que ha de ser reforzada en la práctica diaria.

¿A quién va dirigido?

- Ciudadanía y profesionales de la sanidad.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Aulas y grupos de salud específica (ej.: Reanimación cardiovascular).
- Talleres sobre derechos y deberes de pacientes.
- Talleres de sensibilización sobre Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Conoce Tu Hospital.
- Escuelas de familias/pacientes y personas cuidadoras expertas.
- Campañas días internacionales salud, enfermedades...

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Salud Pública y Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha.
- Equipo directivo de las Gerencias, con especial implicación de las personas responsables de la dirección de enfermería, Humanización y Servicios de Información y Atención a Pacientes.
- Personas expertas/responsables según servicios y temática a abordar en el ámbito de las Gerencias, con la colaboración de las/os Responsables de Humanización.

Actividades clave

- Implementación de una red de formación a usuarias/os sobre derechos y deberes, y uso adecuado del sistema sanitario.
- Puesta en marcha de Grupos/Aulas de Salud, Escuelas de Familia y personas cuidadoras en colaboración con profesionales de la sanidad y/o Asociaciones de pacientes y familiares.
- Promoción de eventos divulgativos relacionados con patologías específicas, cuidados y hábitos saludables.
- Elaboración de materiales de difusión de buenas prácticas y cuidados en salud dirigidos a la ciudadanía
- Fomento de la educación para la salud en entornos educativos.
- Potenciación de la Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha, actualizando y ampliando contenidos informativos de su página web y el "programa de pacientes expertos".
- Alianzas con medios de comunicación para la educación en salud.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de Trabajo Regional Educación para la Salud (Sí/No).
- Incremento de acciones formativas ofertadas desde las Gerencias y nivel de satisfacción con las mismas.
- Incremento de acciones formativas desarrolladas por la Escuela de Salud y Cuidados .
- N.º de gerencias con programa de pacientes expertos implantado.
- Apertura de espacios educativos en salud en medios de comunicación.

Ideas a tener en cuenta

Diálogo bidireccional, no unidireccional

Foco en la realidad de los pacientes y familiares

Especial atención a un lenguaje comprensible

Sesiones interactivas y participativas

Conexión con los valores

Participación

Foco en las personas

Innovación

Responsabilidad, compromiso e implicación

Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 1
Participación e implicación de la sociedad
 Línea de acción 1.4

Seguimiento y valoración de la experiencia de pacientes.	Objetivo Identificación temprana de fortalezas y oportunidades de mejora a través de herramientas de gestión de la experiencia de pacientes.
---	--

Conocer la percepción de la ciudadanía respecto a los servicios prestados tiene como fin implementar un proceso continuado y dinámico de mejora permanente de la calidad asistencial y de la experiencia del usuario/a, no sólo en lo referente a aspectos clínicos sino también humanos, administrativos y de servicios asistenciales generales.

Por tanto, resulta imprescindible potenciar herramientas de participación que permitan monitorizar la experiencia de las y los pacientes, facilitando el acceso a los sistemas de felicitaciones, sugerencias y quejas.

Igualmente, es relevante que este proceso de experiencia del paciente incluya mecanismos de evaluación y mejora continua.

¿A quién va dirigido?

- Ciudadanía y profesionales de la sanidad.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Encuestas de satisfacción.
- Plataforma CESAR: Calidad, Excelencia y Servicio en la Administración Regional.
- Comités de experiencia de pacientes y calidad percibida existentes en algunas gerencias.

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Cuidados y Calidad del Sescam en colaboración con la D. Gral. de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- Equipo directivo de las Gerencias, con especial implicación de las personas responsables de Información y Atención a Pacientes y de Humanización.
- Comités de experiencia de pacientes y calidad percibida de las Gerencias.

Actividades clave

- Revisión del proceso de quejas, sugerencias, y agradecimientos para su actualización y mejora continua.
- Medición del nivel de satisfacción periódicamente e incorporación de variables de evaluación que profundicen en la atención y trato recibido.
- Creación y potenciación del comité de experiencia de pacientes y calidad percibida en todas las gerencias.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de Trabajo Regional Revisión del proceso de quejas, sugerencias y agradecimientos (Sí/No).
- Análisis con perspectiva de género de los motivos de quejas y sugerencias y agradecimientos (Sí/No).
- Introducción de indicadores de humanización en la encuesta de satisfacción (Sí/No).
- Incremento del número de propuestas generadas para la mejora de la experiencia de pacientes.
- Número de gerencias que han implantado la actualización del proceso de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos.
- Número de gerencias que han creado Comités de experiencia de pacientes y calidad percibida en el Servicio de Salud.
- Mejora de los índices de satisfacción.

Ideas a tener en cuenta

- Accesibilidad de las herramientas
- Enfoque constructivo y proactivo
- Evaluación y mejora continua
- ¿Para qué medimos?
¡Plan de acción!

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



2



Estructura y cultura de humanización

Una cultura de humanización será fuerte y sostenible cuando nuestros valores, creencias y comportamientos sean coherentes. Si no, nos quedaremos en la implantación de medidas meramente cosméticas.

La cultura de una organización puede definirse como el conjunto de normas, actitudes, creencias, valores y comportamientos compartidos y tácitamente aceptados por todas las personas que la componen. La misión, visión y valores de una organización son las bases de la cultura de la organización, la dotan de identidad y alinean la motivación y el enfoque para la colaboración en una dirección unificada para la acción.

Cuando en el diseño de las políticas, programas y acciones se atienden e integran los valores humanos con los valores científicos, hablamos de Cultura de Humanización.

El cambio hacia una cultura de humanización es una estrategia transversal compartida, supone una reflexión colectiva mantenida en el tiempo en el seno de la organización con el objeto de ir orientando a sus miembros hacia la acción deseada. Asimismo, una organización que se plantea modificar su cultura necesita del compromiso y ejemplo de sus líderes y personal directivo, que han de proporcionar los apoyos y recursos necesarios para implicar a las y los profesionales en su despliegue.

Trabajamos con profesionales comprometidos y con la fortaleza necesaria para activar los cambios en su práctica diaria, ya que es en la relación entre profesionales y pacientes y sus familiares y cuidadores, donde se produce la transformación deseada de las actitudes y de las prácticas. Y para ello la formación y capacitación en habilidades humanistas vinculadas a la prestación de cuidados humanizados se contempla como un factor estratégico sobre el que hacer hincapié.

Por ello, esta línea de trabajo parte de la creación y consolidación de una estructura organizativa específica para la humanización de la asistencia sanitaria en la que los equipos directivos han de estar implicados y alineados a través de una visión compartida para transmitir y comunicar la nueva cultura dentro y fuera de la organización.

Considera igualmente la puesta en marcha de proyectos enfocados a diseminar la cultura de la humanización en toda la organización, teniendo en cuenta a todos los agentes clave (internos-externos) y en dónde la formación para el desarrollo de competencias y habilidades personales y profesionales que atienden al fomento de la dignidad y el respeto hacia el ser humano, se configura como uno de los principales recursos de apoyo para su impulso y evolución.

Se plantean así las siguientes líneas de acción a desarrollar, impulsadas desde los diferentes niveles de dirección, gestión y operativización de las instituciones implicadas, Consejería de Sanidad y Sescam en colaboración con los distintos agentes internos y externos a la misma.

Los cinco vectores de desarrollo



2



Estructura y cultura de humanización

Una cultura de humanización será fuerte y sostenible cuando nuestros valores, creencias y comportamientos sean coherentes. Si no, nos quedaremos en la implantación de medidas meramente cosméticas.

Línea de acción 2.1

Estructura y liderazgo para impregnar la cultura de humanización en la organización.

Creación de estructuras y cargos que aseguren la humanización del sistema.

Línea de acción 2.2

Concienciación social de la Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Realización de acciones de promoción y divulgación de la humanización.

Línea de acción 2.3

Plan de formación y desarrollo de profesionales.

Desarrollo de habilidades y competencias humanísticas y de liderazgo.

Línea de acción 2.4

Promoción de la formación en Humanización en la Universidad y en la Formación Profesional.

Formación de las y los futuros profesionales en humanización.

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 2

Estructura y cultura de humanización

Línea de acción 2.1

Estructura y liderazgo para impregnar la cultura de humanización en la organización.

Objetivo
Desarrollar y afianzar una estructura de liderazgo que asegure el compromiso con la humanización de la asistencia sanitaria en la organización.

Para potenciar la Cultura de Humanización es necesario establecer una estructura de liderazgo que asegure el compromiso de las gerencias con la humanización de los cuidados y servicios sanitarios prestados.

Dicha estructura será la responsable de coordinar y desplegar las actuaciones que se contemplan en el Plan de Humanización facilitando la implicación de todos los agentes del sistema.

Igualmente, son muchas las y los profesionales que comparten la necesidad de desarrollar una perspectiva más humana en los cuidados prestados ante la vulnerabilidad y la fragilidad que supone una enfermedad, son personas con un “liderazgo oculto” y “Embajadoras de Humanización” que están por todas partes y que han de ser identificadas, desarrolladas y motivadas para ayudar a que la organización desarrolle su valor de curar y sobre todo de cuidar frente a la enfermedad y procurar una experiencia integradora y positiva en este complejo y difícil momento.

¿A quién va dirigido?

- Centros y servicios sanitarios asistenciales, profesionales de la sanidad de centros asistenciales dependientes del Sescam.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Decreto 72/2021, de 15 de junio, de ordenación de las estructuras organizativas y gestión coordinada de las actuaciones de humanización de la asistencia sanitaria y sociosanitaria de Castilla-La Mancha.
- Programa de Alineamiento de Equipos y Talleres de Inmersión y Sensibilización.
- Captación de Embajadores de Humanización.

Liderazgo y agentes impulsores

- D. General de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- Equipo Directivo de las Gerencias Asistenciales, personas Responsables de Humanización y Comisiones Humanización de las Gerencias.

Actividades clave

- Despliegue y desarrollo de las estructuras organizativas para la Humanización de la Asistencia Sanitaria (regional y gerencias).
- Promoción e incorporación a la estructura para la HAS de personas mentoras, con liderazgo e influencia.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Estructuras organizativas para la humanización desplegadas por ámbito y nivel de gestión (Sí/No).
- N.º de gerencias con Programa de promoción y captación de personas “Embajadoras de Humanización” implantado.

Ideas a tener en cuenta

Modelo operativo eficiente

Claridad de los mensajes

Motivación de las y los participantes

Reuniones eficientes

Conexión con los valores

Participación

Foco en las personas

Innovación

Responsabilidad, compromiso e implicación

Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 2 Estructura y cultura de humanización

Línea de acción 2.2

Concienciación Social de la Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Objetivo
Promover un mayor entendimiento, sensibilización y compromiso con la Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Para promover un cambio de mirada hacia los beneficios y necesidad de humanización de la asistencia sanitaria consideramos necesario llevar a cabo diferentes acciones de concienciación con un enfoque didáctico y de forma sostenida. Dirigidas a varios públicos, éstas deberán contemplar actuaciones diversas con objetivos específicos, pero con un mismo objetivo común: *favorecer una mayor comprensión y sensibilización sobre qué significa prestar una atención más cercana y humanizada en el ámbito sanitario.*

Esta línea de acción, además permite reconocer y visibilizar iniciativas y buenas prácticas que humanizan la labor asistencial llevadas a cabo por profesionales, entidades sociales y ciudadanía, materializando y concretando en ejemplos prácticos.

¿A quién va dirigido?

- Población en general: ciudadanía y profesionales de la sanidad.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Decálogo para la Humanización (Plan Dignifica).
- Documental Hospitales Humanos CLM. De Persona a Persona.
- Pagina web Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería Sanidad y gerencias.

Liderazgo y agentes impulsores

- DGHASS en colaboración con Gabinetes de prensa de la Consejería de Sanidad y Sescam.
- Equipos directivos de las Gerencias y sus responsables de prensa en colaboración con las/los RH.

Actividades clave

Impulso de acciones de información, sensibilización y concienciación dirigidas a distintos públicos sobre los valores y objetivos de la HAS, como instrumento facilitador de la transformación del sistema sanitario, entre ellas a través de la implantación de:

- Talleres de Sensibilización sobre la Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Actos y eventos: jornadas y encuentros en torno a la Humanización de la Asistencia Sanitaria y su aplicación práctica en distintos ámbitos, patologías, ...
- Diseño de materiales informativos y recursos audiovisuales de concienciación y sensibilización.
- Actualización y mantenimiento de contenidos sobre HAS en las webs de las gerencias.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de Trabajo Regional para el diseño de campañas y plan de comunicación (Sí/No).
- Campañas de concienciación HAS (Sí/No).
- N.º de actos/eventos HAS SSCC y gerencias.
- N.º de propuestas para la Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Actualización web corporativa CS/Sescam/ gerencias(Sí/No).
- N.º de Talleres de sensibilización sobre HAS desarrollados por gerencias.

Ideas a tener en cuenta

- Lenguaje claro y accesible
- Acciones interactivas y participativas
- Difusión masiva
- Escucha activa a participantes

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 2 Estructura y cultura de humanización

Línea de acción 2.3

<p>Plan de formación y desarrollo de profesionales.</p>	<p>Objetivo Mejorar conocimientos y desarrollar las habilidades y competencias de las/los profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en aspectos relacionados con la Humanización de la Asistencia Sanitaria.</p>
--	---

La prestación de servicios sanitarios más humanizados, requiere de actitudes y competencias personales y profesionales que permitan desarrollar la actividad profesional, velando por la dignidad y el respeto hacia el ser humano. Es necesario, por tanto, saber comunicar, tener habilidades de relación, saber escuchar, y empatizar con pacientes, familiares y compañeras/os.

Por ello, se propone la elaboración de un plan de formación de profesionales en bioética, inteligencia emocional, gestión de relaciones, comunicación y trato, además de la organización de jornadas y otros foros de encuentro sobre la materia.

Asimismo, un liderazgo integrador, empático y con una visión humanista es fundamental para aprovechar todo el potencial de las/los profesionales y para prestar una atención humanizada a las/los usuarias/os, por lo que se considera imprescindible desarrollar e implantar un modelo de liderazgo que sustente la cultura de humanización centrada en las personas.

En todas las actuaciones se dedicará un especial esfuerzo al uso de metodologías experienciales, participativas, orientadas al compromiso de quienes participen y a la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos.

¿A quién va dirigido?

- Profesionales de la sanidad.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Planes formativos desarrollados por el Sescam.
- Oferta formativa impulsada por la DGHAS a través de la Escuela de Administración Regional y el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha.

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Recursos Humanos del Sescam en colaboración con la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- Unidades de Docencia de las Gerencias a través de la coordinación de Responsables de Formación y Responsables de Humanización de las Gerencias.

Actividades clave

- Desarrollo de una herramienta de diagnóstico e identificación de fortalezas y áreas de mejora de habilidades y competencias de las y los profesionales.
- Diseño e implantación de un Programa de Liderazgo profesional que fortalezca y desarrolle la cultura de humanización.
- Elaboración de un catálogo específico de formación continuada en habilidades y competencias personales y profesionales para la Humanización (competencias emocionales, relaciones, éticas, trabajo en equipo, etc.).
- Organización de jornadas y foros de encuentro sobre la Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de Trabajo Regional para la formación y el desarrollo de competencias HAS (Sí/No).
- Herramienta de diagnóstico e identificación de habilidades y competencias profesionales HAS (Sí/No).
- Catálogo formativo para la Humanización de la Asistencia Sanitaria (Sí/No).
- Número de formaciones vinculadas a la HAS realizadas SSCC y Gerencias y nº de participantes.
- Encuestas de satisfacción de las formaciones impartidas.

Ideas a tener en cuenta

- Formación experiencial y participativa
- Orientación a la puesta en práctica
- Seguimiento del impacto y puesta en práctica
- Seguimiento del impacto y puesta en práctica

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 2
Estructura y cultura de humanización
 Línea de acción 2.4

Promoción de la formación en Humanización en la FP y en la Universidad.	Objetivo Formar al futuro personal sanitario en valores humanísticos y en el desarrollo de habilidades relacionadas con la humanización.
--	--

Actualmente, existe una deficiencia curricular en la formación de competencias y habilidades humanísticas y relacionales vinculadas a la prestación de servicios sanitarios dignos y respetuosos con las personas usuarias.

La capacitación de las y los futuros profesionales en habilidades blandas o "soft-skills" resulta imprescindible para afianzar la cultura de humanización en el futuro.

Es por esto que consideramos muy importante colaborar con la Administración Educativa Universitaria y de Formación Profesional en el desarrollo de programas educativos que incluyan asignaturas que desarrollen las competencias y habilidades necesarias para relacionarse con las personas (pacientes, familiares y profesionales) desde la perspectiva humanística.

¿A quién va dirigido?

- Estudiantes de las familias profesionales de Sanidad y de Servicios Socioculturales y a la Comunidad de la Formación Profesional y estudiantes de Grados Universitarios de Ciencias de la Salud y especialistas de la sanidad en formación.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Participación e inclusión de estudiantes en jornadas y acciones formativas en diferentes GAIS.
- Programa de Formación en Bioética a especialistas en formación.
- Acciones formativas de los Comités de Ética Asistencial.

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria en colaboración y coordinación con la Consejería de Educación y Universidad de Castilla-La Mancha.
- Personas Responsables de Humanización de las Gerencias.

Actividades clave

- Implicación y colaboración con las familias formativas de la rama sanitaria y servicios socioculturales de la Formación Profesional así como con la Universidad, en la realización de acciones de información, sensibilización y formación del alumnado en la materia.
- Inclusión de acciones formativas relacionadas con la HAS en la formación del profesorado de familias profesionales vinculadas al ámbito sanitario y sociosanitario de la FP y profesorado universitario.
- Desarrollo de planes de formación específicos dirigidos al sector sociosanitario público y privado para el desarrollo de acciones e iniciativas de humanización en su ámbito de actuación.
- Diseño de título y/o cursos de especialización en Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Convenios Marco de Colaboración (DGFP y UCLM) (Sí/No).
- Grupo de Trabajo interinstitucional para la promoción de la HAS en la FP y la UCLM (Sí/No).
- Incorporación de contenidos curriculares en los planes de estudio (Sí/No).
- Número de acciones formativas alumnado/profesorado.
- Grado de Satisfacción con la formación recibida.
- Diseño de Programa/Título de especialización en HAS (Sí/No).

Ideas a tener en cuenta

- Lenguaje accesible
- Claridad de los mensajes
- Invertir en la fase formativa es lo más rentable
- Contenidos formativos generados por profesionales en activo

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



3



Cuidado y bienestar de las y los profesionales

Una adecuada experiencia de las y los empleados es la base para una adecuada experiencia de las y los usuarios de la sanidad. No hay sanidad humanizada sin que las y los profesionales de la salud perciban un trato humano en su entorno de trabajo.

Son muchos los elementos que están presentes en la prestación de los servicios sanitarios y en las relaciones clínico-asistenciales: edificios, instalaciones, equipamiento, hardware y software... y sobre todo, personas. Muchas personas que aportan no sólo sus conocimientos científicos y técnicos; también son críticas las habilidades (comunicación, escucha, empatía, organización, atención al detalle, etc.) y las actitudes (proactividad, confianza, responsabilidad, etc.). Siendo importante la mejora de los elementos físicos y técnicos para una mejor sanidad, es evidente que el factor humano es esencial. Personas que cuidan de la salud de otras personas.

A nadie se le escapa que hay ámbitos de mejora respecto del trato que reciben las y los profesionales en el ámbito sanitario. Por tanto, podemos pensar en una sanidad más humana, que sea sostenible a largo plazo, cuando hay profesionales que viven también esa humanización en el desempeño de sus funciones.

El objetivo de las líneas de acción propuestas en este tercer vector están dirigidas al cuidado de las y los profesionales, basados en el reconocimiento como una pieza esencial para una organización saludable: tanto entre profesionales como desde la ciudadanía hacia las/los profesionales y la implantación de actividades que faciliten el desarrollo de las y los profesionales de la salud: atracción del talento, acogida, aprendizaje, evolución, protección, reparación y fidelización.

Se plantean así las siguientes líneas de acción a desarrollar, impulsadas desde los diferentes niveles de dirección, gestión y operativización de las instituciones implicadas, Consejería de Sanidad y Sescam en colaboración con los distintos agentes internos y externos a la misma.

Los cinco vectores de desarrollo



3



Cuidado y bienestar de las y los profesionales

Una adecuada experiencia de las y los empleados es la base para una adecuada experiencia de las y los usuarios de la sanidad. No hay sanidad humanizada sin que las y los profesionales de la salud perciban un trato humano en su entorno de trabajo.

Línea de acción 3.1

Reconocimiento profesional.

El reconocimiento es una pieza esencial para una organización saludable: tanto entre profesionales como desde las/os usuarias/os hacia las/os profesionales.

Línea de acción 3.2

Apoyo, desarrollo y protección.

El conjunto de actividades para facilitar el desarrollo del profesional sanitario: atracción del talento, acogida, aprendizaje, evolución, protección, reparación y fidelización.

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 3
Cuidado y bienestar de las y los profesionales

Línea de acción 3.1

Reconocimiento profesional.	Objetivo Mejorar la motivación y el bienestar de las y los profesionales. Visibilizar los proyectos y logros conseguidos.
------------------------------------	---

El reconocimiento profesional lo podemos definir como una felicitación pública y expresa dirigida a un/a trabajador/a o a un equipo con la finalidad de celebrar la calidad de su trabajo.

Según el informe de Gallup sobre satisfacción y compromiso de las personas empleadas, el reconocimiento de las y los empleados influye de manera importante y positiva en la mejora de la calidad de los servicios prestados, y en la reducción del absentismo.

El reconocimiento en el lugar de trabajo motiva, proporciona una sensación de logro y hace que empleadas/os se sientan valoradas/os por el trabajo que realizan. El reconocimiento también envía un mensaje a otras personas de la organización sobre lo que se considera un trabajo bien hecho.

Humanizar la sanidad requiere que las y los profesionales, principales actores, se sientan valoradas/os por su trabajo y sus contribuciones.

¿A quién va dirigido?

- A profesionales de la sanidad.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Revista de comunicación del Sescam.
- "Agradecimientos" Web Consejería de Sanidad.

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Recursos Humanos del Sescam en colaboración con la Dirección General de Humanización.
- Gerencias a través del área de Gestión y RRHH.

Actividades clave

- Impulsar actuaciones que incrementen la satisfacción, motivación y colaboración de las y los profesionales, escuchando su voz y facilitando el reconocimiento de la labor desempeñada.
- Fomentar la implantación de herramientas que permitan el reconocimiento interno entre profesionales y el reconocimiento recibido desde la ciudadanía.
- Impulsar la celebración y el reconocimiento público de las y los profesionales más reconocidos.
- Desarrollo de herramienta de recogida de quejas y sugerencias de mejora de las y los profesionales, que permita identificar necesidades y establecer áreas de mejora.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de Trabajo Regional Cuidado y Bienestar de las/os profesionales (Sí/No).
- Medición de la experiencia de empleada/o y análisis de resultados desagregado por sexo (Sí/No).
- Programa de reconocimiento profesional interno-externo (Sí/No).
- Herramienta de reconocimiento profesional interno/externo (Sí/No).
- N.º de Gerencias con Programa de Reconocimiento implementado (Sí/No).
- N.º de actos de celebración y reconocimiento público de profesionales.

Ideas a tener en cuenta

- Comunicación interna
- Justicia y equidad
- Transparencia
- Medición del feedback del programa

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 3

Cuidado y bienestar de las y los profesionales

Línea de acción 3.2

Apoyo, desarrollo y protección.

Objetivo
Promocionar el bienestar profesional, integrando a las y los profesionales en sus centros de trabajo y favoreciendo su sentido de pertenencia.

El personal sanitario tiene que sentirse respetado, integrado, acompañado y cuidado por la organización desde el inicio de su relación laboral hasta el momento de finalización de su vinculación.

Nuestra intención es tener trabajadoras/es felices, satisfechas/os, comprometidas/os y con objetivos alineados a los de la organización. Para ello, proponemos desarrollar proyectos que nos permitan acompañar la experiencia del empleado/a, detectando sus principales demandas y preocupaciones y dando respuestas a las mismas.

En términos de indicadores, las experiencias previas en organizaciones privadas y públicas demuestran empíricamente que mejorar el apoyo a las/os empleadas/os redonda de manera directa en un mejor servicio a las personas usuarias finales.

¿A quién va dirigido?

- A profesionales de la sanidad.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Guía de Acogida al Profesional.
- Plan Perseo del Sescam.

Liderazgo y agentes impulsores

- Secretaria General CS, Dirección General de Recursos Humanos del Sescam y D. G. de Humanización.
- Equipo Directivo de las Gerencias de Atención Integrada.

Actividades clave

- Recuperación de la carrera profesional en el Sescam.
- Mejora de la calidad del empleo estatutario a través del incremento de la plantilla del Sescam.
- Actualización/creación guías de acogida al personal.
- Desarrollo de estrategias de sensibilización a la población acerca del cuidado, protección y prevención de situaciones de acoso al personal sanitario.
- Desarrollo del plan para la igualdad en el Sescam y Gerencias.
- Programa de Apoyo Psicosocial para profesionales sanitarios.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Carrera Profesional activada (Sí/No).
- Incremento plantilla de personal Sescam (Sí/No).
- Guía de Acogida al Profesional (Sí/No).
- Plan Perseo activo y/o actualizado (Sí/No).
- N.º de Gerencias con Plan de Igualdad.
- Nº de acciones implantadas en el marco de los planes de igualdad.
- Programa de Apoyo Psicosocial para profesionales activo y socializado (Sí/No).

Ideas a tener en cuenta

Visión de profesional: ¿cuál es su "viaje" en el servicio de salud?

Detección precoz de problemas para un menor impacto

Indicadores adecuados para medir impacto, y no sólo procesos

Proactividad en la gestión de las personas

Conexión con los valores

Participación

Foco en las personas

Innovación

Responsabilidad, compromiso e implicación

Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



4



Espacios físicos y confort

Espacios accesibles y acogedores para usuarias/os y profesionales con el fin de proporcionar bienestar físico y emocional.

La influencia del entorno y del ambiente en la relación entre las personas e incluso en la recuperación del paciente comienza hoy a tener evidencias claras. Muchas investigaciones científicas centradas en el paciente han demostrado que la angustia psicológica, que en muchas ocasiones acompaña a la enfermedad, se puede disminuir creando entornos que favorezcan una sensación de bienestar.

Para ello, nos enfrentamos a un doble desafío: por un lado, ofrecer la mejor experiencia a pacientes y a sus acompañantes para que no sientan un entorno agresivo e impersonal, favoreciendo un ambiente más amable y acogedor, y por otro lado, permitir que los equipos profesionales sanitarios trabajen en espacios más favorables e integradores que potencien la colaboración entre compañeras/os.

Por tanto, el objetivo de las líneas de acción propuestas en este vector de desarrollo están dirigidas hacia el cuidado de los espacios y servicios sobre los que se sustentan nuestras relaciones y procesos de la organización. Buscamos diseños y medidas adaptadas a las personas usuarias (pacientes, familiares y profesionales), tratando de lograr un impacto positivo en el bienestar emocional y físico a través de la mejora de los espacios, las señalizaciones y los elementos y servicios adicionales.

Se plantean así las siguientes líneas de acción a desarrollar, impulsadas desde los diferentes niveles de dirección, gestión y operativización de las instituciones implicadas, Consejería de Sanidad y Sescam en colaboración con los distintos agentes internos y externos a la misma.

Los cinco vectores de desarrollo



4

Espacios físicos y confort

Espacios accesibles y acogedores para las personas (pacientes, acompañantes y profesionales) con el fin de proporcionar bienestar físico y emocional.

Línea de acción 4.1

Espacios amables y cómodos.

Mejora de espacios y acceso al uso de actividades y recursos que incrementen el bienestar de las personas.

Línea de acción 4.2

Señalización de espacios y mejora de accesos.

Mejora y homogeneización de la señalización y accesibilidad para facilitar los desplazamientos.

Línea de acción 4.3

Elementos de apoyo al bienestar.

Mejora de la calidad de vida de pacientes y acompañantes dentro de los centros sanitarios.

Línea de acción 4.4

Transporte sanitario y acceso a los dispositivos asistenciales.

Mejora de las condiciones en las que se presta el transporte sanitario y el acceso a los servicios.



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



Vector de desarrollo 4

Espacios físicos y confort

Línea de acción 4.1

Espacios amables y cómodos.

Objetivo
Mejorar el bienestar de pacientes, familiares y profesionales a través de la adecuación de espacios y del uso de recursos.

Se pretende conseguir que los diferentes espacios de nuestros centros sanitarios den respuesta a las necesidades y preferencias de las personas involucradas en los procesos sanitarios.

Se trata de habilitar espacios que favorezcan el respeto a la intimidad, a la privacidad y al descanso con condiciones óptimas de luz, temperatura y aislamiento acústico y a la vez faciliten el trabajo de nuestros profesionales.

También se pretende que existan zonas que permitan socializar, realizar actividades saludables durante un ingreso hospitalario, contactar con la naturaleza... en definitiva, crear espacios para todas las personas usuarias, que mejoren la calidad de la estancia en los centros sanitarios.

¿A quién va dirigido?

- Ciudadanía y profesionales de la sanidad.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Proyecto SueñON.
- Hay Centros Sanitarios que disponen de baños adaptados para personas con ostomías.
- Algunas gerencias ofrecen recursos residenciales para familiares y personas cuidadoras de pacientes ingresados.

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Asistencia Sanitaria para la definición del modelo corporativo definitivo de las actuaciones y Secretaría General del Sescam.
- Equipo directivo de las Gerencias, con especial implicación de la Dirección de Gestión y Servicios Generales.

Actividades clave

- Disponibilidad y/o adecuación de espacios para ofrecer información a pacientes y familiares, en un entorno de privacidad y comodidad que facilite la comunicación.
- Mejora de los espacios de acceso, espera e información en áreas de cuidados intensivos, quirófanos y de urgencias que garanticen la intimidad y confidencialidad de la información.
- Habilitación y/o mejora de salas y espacios que faciliten la confortabilidad de pacientes, familiares y profesionales frente a situaciones de especial necesidad: salas de lactancia, baños de pacientes ostomizados, salas neonatología (método canguro), salas multiconfesiones, etc.
- Impulso de acciones y campañas que promuevan el respeto por la recuperación y el descanso nocturno de pacientes.
- Adaptación de espacios abiertos para el ocio y la vida saludable, a modo de ejemplo: jardines terapéuticos y sala de juegos en pediatría.
- Ampliación de acceso a recursos residenciales para familiares y cuidadores.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Número de áreas mejoradas para la información/lactancia/ocio/ vida saludable/residencial.
- Disminución de quejas y reclamaciones respecto a estado de instalaciones.
- Incremento del índice de satisfacción con los espacios físicos e instalaciones en encuestas de calidad.

Ideas a tener en cuenta

Escucha a las y los usuarios

Pequeños detalles marcan la diferencia

Preservación de la intimidad

Evitar barreras físicas

Conexión con los valores

Participación

Foco en las personas

Innovación

Responsabilidad, compromiso e implicación

Desarrollo y formación



Vector de desarrollo 4

Espacios físicos y confort

Línea de acción 4.2

Señalización de espacios y mejora de accesos.

Objetivo
Facilitar la orientación y movilidad interna de pacientes y familiares en los centros sanitarios.

Una buena señalización aporta orden y seguridad al desarrollo de la actividad diaria en un centro sanitario. Ayuda a la correcta organización del flujo de personas, que ganan autonomía ante una buena señalización. Esta misma puede tener un carácter didáctico además de orientativo, enriqueciendo así la experiencia del paso por el centro sanitario. Asimismo, la adecuación de la señalización empleada y el uso de determinados colores tiene la potencialidad de mejorar el confort y el estado anímico de las personas usuarias.

Los proyectos recogidos en esta línea de actuación pretenden establecer elementos y herramientas que ayuden a guiar a las personas a través de una identificación inmediata e inequívoca de zonas, áreas y espacios. Deben ser sistemas homogéneos para todos los centros del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, de forma que resulten familiares incluso para quién visita el centro por primera vez.

Asimismo, contemplamos la mejora de la accesibilidad física interna y externa a los centros sanitarios por parte de personas con dificultades de accesibilidad física, sensorial y cognitiva.

¿A quién va dirigido?

- Pacientes, familiares y ciudadanía en su conjunto.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Puntos de información y servicios de acompañamiento en los centros sanitarios.
- Premio al Hospital Universitario de Toledo en Humanización en relación al acompañamiento a pacientes y familiares.
- Accede: Pictogramas que saltan barreras. GAI Talavera.
- Algunas gerencias cuentan con un Sistema de Localización Inteligente Tecnológico.

Liderazgo y agentes impulsores

- Secretaria General y DG de Asistencia Sanitaria del Sescam.
- Equipo directivo de las Gerencias, con especial implicación de la Dirección de Gestión y Servicios Generales.

Actividades clave

- Actualización de la guía de señalización corporativa del Sescam.
- Mejora de la accesibilidad a los centros, atendiendo a dificultades de movilidad reducida, déficits sensoriales y cognitivos, etc. en colaboración con las principales organizaciones sociales del sector.
- Instalación de directorios en puntos clave de los centros y señalización de rutas de circulación.
- Implantación de un Sistema de Localización Inteligente Tecnológico, en todas las Gerencias.
- Definición y/o actualización de espacios para la colocación de avisos y difusión de la salud.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de trabajo regional: Señalización de espacios y mejora de accesos (Sí/No).
- Experiencia de usuario/a.
- Encuesta de satisfacción y Mejora de resultados del NPS:Net Promoter Score.

Ideas a tener en cuenta

Homogeneidad de la señalización

Señales claras e inequívocas

Señales accesibles y visibles

Señales inclusivas

Conexión con los valores

Participación

Foco en las personas

Innovación

Responsabilidad, compromiso e implicación

Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 4
Espacios físicos y confort
 Línea de acción 4.3

Elementos de apoyo al bienestar.	Objetivo Mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares dentro de los centros sanitarios.
---	---

La hospitalización tiene un impacto en la salud emocional de pacientes y acompañantes ya que suele suponer incertidumbre, falta de control de la situación, una estancia prolongada en cama, dolor, cierto aislamiento social, etc.

El propósito de esta línea de acción es reducir los niveles de estrés que produce la hospitalización través de la mejora de la calidad de vida de pacientes y de sus acompañantes, proporcionándoles elementos de confort, herramientas de gestión y actividades de ocio que mejoren su estancia en el hospital.

¿A quién va dirigido?

- Pacientes, familiares y ciudadanía en su conjunto.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Biblioteca para pacientes.
- Método canguro.
- Pijamas Dignos.
- Voluntariado con distintos grupos de pacientes.

Liderazgo y agentes impulsores

- Secretaría General y Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sescam en colaboración con la DG de Humanización y Coordinación Sociosanitaria.
- Equipo directivo de las Gerencias.

Actividades clave

- Diseño de prendas adecuadas para pacientes que respeten su intimidad.
- Alimentación saludable y asequible a acompañantes y profesionales facilitando menús de cafeterías y máquinas de vending.
- Promoción de actividades y material de entretenimiento: televisión gratuita, acceso a wifi, bibliotecas móviles, materiales lúdicos, actuaciones y espectáculos,... y en especial aquellos que supongan un beneficio terapéutico.
- Facilitar la realización de trámites y gestión administrativa mediante el uso de las TIC's.
- Implantación de plataformas tecnológicas de comunicación para familiares en espera.
- Fomento del voluntariado para el acompañamiento de pacientes.
- Facilitar menú a acompañantes de pacientes, que se encuentran en situación de vulnerabilidad o precariedad.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de trabajo regional: Elementos de apoyo al bienestar. (Sí/No).
- N.º de actividades para el fomento del entretenimiento: TV Gratuita, Wifi, Biblioteca, materiales lúdicos, etc.
- N.º de gerencias que cuentan con un sistema de comunicación tecnológico para la espera.
- N.º de Gerencias que cuentan con programas de voluntariado de acompañamiento a pacientes.
- Incremento del desarrollo tecnológico para la facilitación de trámites administrativos..
- Reducción de las quejas y reclamaciones de pacientes y familiares por disconformidad con la asistencia recibida.
- Mejora de la satisfacción mediante encuestas y propuesta de iniciativas /sugerencias desagregado por sexo.

Ideas a tener en cuenta

- Co-creación de actividades con personas usuarias
- Creamos actividades/proyectos e... Informamos!
- Medimos el impacto
- Propiciamos el "feedback"

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 4
Espacios físicos y confort
 Línea de acción 4.4

Transporte sanitario y acceso a los dispositivos asistenciales.	Objetivo Facilitar el acceso a los servicios sanitarios y el desplazamiento en condiciones dignas (puntuales, confortables y adecuadas).
--	--

El transporte sanitario es un recurso esencial para desplazar a personas enfermas, accidentadas o que por otra razón sanitaria precisan ser trasladadas y que por sus condiciones de salud, no pueden acudir por medios propios a los centros sanitarios donde recibir atención o regresar desde los mismos a su lugar de residencia, una vez recibida. Además, en determinadas circunstancias, supone el inicio de dicha atención por personal especializado que estabiliza a la persona afectada hasta su llegada al centro correspondiente. Por tanto, implica una relación con los servicios de salud, por lo que las circunstancias en las que se lleven a cabo estos traslados han de cumplir los mismos requisitos de atención digna, confortable y humanizada posible como se espera en un centro asistencial. Por otro lado, y dado que los recursos son limitados, la ciudadanía ha de hacer un uso racional, responsable y adecuado de este recurso tan necesario en una región con población tan dispersa como Castilla-La Mancha.

¿A quién va dirigido?

- Ciudadanía y profesionales de la sanidad que participan en el transporte sanitario.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Vehículos adaptados a las condiciones del terreno.
- Adecuación y reducción de los tiempos de espera en el transporte sanitario de pacientes en hemodiálisis, radioterapia y quimioterapia.

Liderazgo y agentes impulsores

- Secretaría General del Sescam.
- Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario y la Secretaría General del Sescam.

Actividades clave

- Gestión proactiva de reclamaciones y quejas del transporte programado y urgente.
- Pilotaje de adecuación de la prestación de transporte para pacientes de hemodiálisis.
- Programa Transporte Sanitario centrado en las personas: Establecer unos criterios de excelencia en el transporte sanitario.
- Contemplar líneas de humanización en los pliegos de contratación del transporte sanitario.
- Formación en Cultura de Humanización dirigida a las y los profesionales implicados.
- Formación a la ciudadanía en el uso responsable y adecuado de los servicios.
- Elaborar un observatorio/barómetro en relación al transporte sanitario, por gerencias y/o provincias (según corresponda), para detectar posibles áreas de mejora.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Análisis, con perspectiva de género de la evolución de quejas y reclamaciones.
- Proyecto piloto de adecuación de la prestación de transporte sanitario para pacientes de hemodiálisis. (Si/No)
- Programa Transporte Sanitario centrado en las personas. (Si/No)
- Incorporación de la perspectiva HAS en pliegos de contratación. (SI/No)
- Campaña formativa a la ciudadanía: Uso transporte sanitario. (Si/No)
- N.º de profesionales del área (internos y externos) que participan en acciones formativas sobre HAS
- Barómetro áreas de mejora transporte sanitario. (Si/No)

Ideas a tener en cuenta

- Coordinación de servicios
- Trato humano en el servicio de transporte

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación



5



Atención integral centrada en las personas

Cuando situamos a las personas en el foco de nuestro pensamiento y nuestra acción, surgen oportunidades para mejorar la asistencia sanitaria.

Las organizaciones de salud deben ser repensadas y rediseñadas con el objetivo de racionalizar su desempeño, mejorar su efectividad, reducir ineficiencias y actuaciones sin valor, buscando la mejora de la accesibilidad, la información y la capacidad de adaptación a las demandas, necesidades, deseos y preferencias de pacientes y las personas cercanas a ellos.

La práctica de la atención centrada en las personas requiere el (re)diseño de mejores procesos asistenciales y terapéuticos, adaptándolos a sus necesidades, en el que se recoja y transmita información de utilidad diagnóstica y ayuda a las y los pacientes para lograr una mayor comprensión, aceptación y adhesión al tratamiento. Para ello, en el presente vector de desarrollo se definirán acciones encaminadas a favorecer procesos de atención integral, centrados en las personas, que se enmarcan en las siguientes líneas de actuación.

Estos procesos incluyen la implantación y desarrollo de proyectos de humanización en ámbitos de intervención y para personas especialmente protegidas, como proyectos de mejora de servicios asistenciales y medidas para mejorar procesos y protocolos transversales que tengan en cuenta las particularidades sanitarias y sociales, aspectos personales, culturales u otros de las y los pacientes.

En este mismo vector se recogen iniciativas encaminadas a mejorar la información a pacientes y acompañantes, ofreciendo, en su caso, el uso de canales de comunicación digitales, facilitando y simplificando los trámites administrativos y burocráticos mediante propuestas específicas a desarrollar sobre aquellos aspectos de humanización que están presentes en la microgestión de los servicios sanitarios públicos.

Se plantean así las siguientes líneas de acción a desarrollar, impulsadas desde los diferentes niveles de dirección, gestión y operativa de las instituciones implicadas, Consejería de Sanidad y Sescam en colaboración con agentes internos y externos a la misma.

04

De las ideas a los hechos

Los cinco vectores de desarrollo



5



Atención integral centrada en las personas

Cuando situamos a las personas en el foco de nuestro pensamiento y nuestra acción, surgen oportunidades para mejorar la asistencia sanitaria.

Línea de acción 5.1

Atención a personas especialmente protegidas.

Ámbitos sanitarios de intervención o situaciones personales de pacientes requieren de una especial atención que contemple y tenga en cuenta sus necesidades particulares.

Línea de acción 5.2

Mejora integral de servicios centrados en la persona.

Integrar la perspectiva de humanización y calidad en cualquier proyecto de mejora que surja a nivel micro, con una metodología común.

Línea de acción 5.3

Buenas prácticas en atención centrada en la persona en los servicios sanitarios.

Promover y facilitar el intercambio de experiencias y aprendizajes entre diferentes unidades y servicios.

Línea de acción 5.4

Revisar procesos y protocolos transversales bajo el prisma de la humanización.

Para los procesos generales, una aproximación común sobre cómo humanizarlos nos proporcionará agilidad y coherencia.

Línea de acción 5.5

Herramientas para facilitar la accesibilidad y la interacción con el sistema público de salud.

Facilitar el acceso a los servicios de salud y la gestión de la relación con las personas, debe ser un imperativo de la administración sanitaria.

Línea de acción 5.6

Procesos administrativos y de gestión mas ágiles y comprensibles.

Simplificar los trámites y procesos administrativos debe contribuir a mejorar la accesibilidad a los servicios eliminando procedimientos que aportan poco valor.

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 5
Atención integral centrada en las personas
 Línea de acción 5.1

Atención a personas especialmente protegidas.	Objetivo Potenciar el enfoque de humanización de la asistencia sanitaria para personas o colectivos en situación de vulnerabilidad o fragilidad.
--	--

Todas las personas tienen el derecho a ser atendidas y ser tratadas con dignidad a lo largo de su interacción con los servicios de salud.

No obstante, es evidente que existen ámbitos de actuación y personas que por sus especiales circunstancias sanitarias y sociales, requieren de medidas específicas y diferenciadas, ya sea por la complejidad clínica-asistencial o por otros condicionantes de salud.

En este sentido, este plan recoge esta línea de acción para que dentro de ella se enmarquen proyectos e iniciativas dirigidas a dichas personas, reforzando o individualizando, en su caso, el enfoque general de la humanización.

¿A quién va dirigido?

- Personas que se encuentren en situación de especial protección.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Programa de Atención Sanitaria Programada Preferente. (Resolución de 01/04/2019 de la Dirección Gerencia.
- Protocolo de acompañamiento de pacientes en urgencias.
- Unidad de información y apoyo a personas relacionadas con enfermedades raras.
- Grupo de trabajo con entidades que atienden a personas refugiadas y/o migrantes.
- Registro de voluntades anticipadas.
- Protocolo de agresión sexual y violencia de género.
- Guía de recomendaciones en intervenciones a pacientes que rechazan terapias con sangre o hemoderivados.

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sescam, con especial implicación de la DG de Cuidados y Calidad.
- Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- Equipo Directivo de las Gerencias en colaboración con sus Responsables de Humanización.

Actividades clave

- Impulsar la identificación de medidas de priorización y acompañamientos de pacientes con especial protección para su actualización, homogeneización y difusión.
- Elaboración de Proyectos centrados en la Humanización en diferentes ámbitos o colectivos identificados en el resultado del proceso participativo: primeras etapas de la vida: nacimiento, infancia y adolescencia. (*Duelo Perinatal); atención oncológica, cuidados paliativos y final de vida; atención en salud mental; atención a personas en situación de dependencia; atención a personas con diversidad funcional; atención a personas con enfermedades raras; atención a personas en situación de refugio; asilo e inmigración; atención a personas víctimas de agresión sexual.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de trabajo regional: Atención a personas con especial protección. (Si/No).
- N.º de medidas de priorización de la atención actualizadas, homogeneizadas y socializadas .
- N.º de Grupos de trabajo desplegados para el desarrollo de programas específicos.
- Índice de participación social en representación de pacientes y familiares.
- Programas Específicos de Humanización (Sí/No).

Ideas a tener en cuenta

- Doble visión: general y particular
- Foco transversal: hay realidades especiales ya identificadas
- Foco local: cada zona o Gerencia tiene su realidad
- Lo general es que... no hay un único caso general

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 5
Atención integral centrada en las personas
 Línea de acción 5.2

<p>Mejora integral de servicios centrados en las personas.</p>	<p>Objetivo Facilitar un modelo, pautas y herramientas para que diferentes servicios asistenciales puedan realizar adaptaciones de sus unidades dentro de este marco.</p>
---	---

Aunque muchas iniciativas se lancen desde la Consejería de Sanidad, o del Sescam, otras nacerán a nivel local. Por eso, se propone integrar la perspectiva de la Humanización en cualquier proceso de mejora de servicios, surja donde surja, proporcionando el apoyo y soporte para incorporar buenas prácticas y que así diferentes servicios puedan desarrollar su propio proyecto de forma autónoma. De esta manera, se apoya a los servicios a que tengan en cuenta la realización de intervenciones ágiles de humanización que respondan a necesidades e insuficiencias detectadas por profesionales o pacientes y familiares.

¿A quién va dirigido?

- A profesionales de la sanidad.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Plan Dignifica.

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección General de Cuidados y Calidad y la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- Personas responsables de Calidad y de Humanización de las Gerencias como apoyo a la implementación de proyectos.
- Personal de servicios asistenciales para desarrollo e implantación de proyectos propios.

Actividades clave

- Desarrollo de una guía de apoyo metodológico para proyectos de mejora integral de los servicios asistenciales que incorpore la perspectiva de la humanización y el enfoque de la atención centrada en las personas.
- Equipo de referencia en cada Gerencia compuesto por las personas Responsables de Calidad y de Humanización, para la identificación e implantación de proyectos de mejora de procesos asistenciales que realizan los servicios.
- Creación de un canal para la propuesta de necesidades de mejora en todos los servicios de atención incorporando la visión de pacientes y asociaciones, realizadas a través de la comisión de Humanización de las Gerencias.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de trabajo regional: Mejora de servicios centrados en las personas (Sí/No).
- Guía de apoyo metodológico para la aplicación de la HAS en la mejora de procesos (Sí/No).
- Número de asistencias técnicas del equipo de referencia en la mejora e introducción de la perspectiva HAS en los procesos de mejora de las gerencias y año.

Ideas a tener en cuenta

- Liderazgo e innovación desde lo local
- Autonomía
- Metodología común
- Proactividad

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 5
Atención integral centrada en las personas
 Línea de acción 5.3

Incorporación de buenas prácticas en los servicios de salud	Objetivo Promover y facilitar el intercambio de experiencias y aprendizajes entre diferentes unidades y servicios
--	---

Es muy habitual que exista una visión centralizada de los procesos de innovación. Sin embargo, la realidad es mucho más variada, compleja y rica, y las innovaciones tienden a surgir en la práctica diaria, como respuesta a necesidades concretas.

Un mal endémico de las organizaciones grandes y complejas es la dificultad que esos avances tienen para ser conocidos y aprovechados transversalmente.

Por eso esta línea de acción consiste en fomentar la difusión y la transferencia de estas experiencias y conocimientos, acelerando y enriqueciendo el proceso. Esto será favorable para todas las unidades y servicios, independientemente de su grado de madurez, para el despliegue de la cultura de humanización de la sanidad.

¿A quién va dirigido?

- El conjunto del sistema sanitario de Castilla-La Mancha

Iniciativas previas a tener en consideración

- Protocolos asistenciales de las Redes de Expertos y Profesionales de Sescam.
- Buenas prácticas premiadas de las gerencias

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria en colaboración con las personas Responsables de Humanización de las Gerencias, las Redes de Expertos y Profesionales y con el apoyo del Área de Tecnologías de la Información del Sescam

Actividades clave

- Creación de un repositorio en la web del Sescam de prácticas relacionadas con la humanización desarrolladas en el Servicio Salud de Castilla-La Mancha, en un formato sintético que permita una búsqueda rápida por diferentes criterios de clasificación.
- Potenciación de la identificación de iniciativas internas y externas más novedosas y de impacto, y su difusión a través de eventos y jornadas regionales e inter autonómicas, reuniones de Redes de Expertos y Profesionales, etc.
- Diseño de un "Programa de incentivos a la innovación en Humanización"

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de trabajo regional: Creación de criterios para la documentación de Buenas Prácticas en HAS (Si/No)
- Habilitación de espacio web de consulta y elevación de propuestas para la HAS
- Número de iniciativas recabadas
- Nº de buenas prácticas documentadas
- Nº de buenas prácticas transferidas
- Número de visitas al repositorio
- Número de eventos y jornadas de incentivo y difusión de buenas prácticas HAS

Ideas a tener en cuenta

- Liderazgo e innovación desde lo local
- Inteligencia colectiva
- Uso de tecnología para la recogida y la difusión
- Potenciar el impacto mediante la comunicación

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 5
Atención integral centrada en las personas
 Línea de acción 5.4

<p>Revisar procesos y protocolos transversales bajo el prisma de la humanización.</p>	<p>Objetivo Impactar positivamente en la experiencia cotidiana de las y los pacientes, ajustando y matizando las interacciones que puedan tener un enfoque no humanizado.</p>
---	---

A lo largo del recorrido de un/a paciente y sus familiares por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ocurren numerosas interacciones; algunas, muy relevantes y trascendentes; otras, pudiendo ser necesarias, quizás no tan relevantes, también acaban impactando en la experiencia vivida por las personas usuarias. Su importancia relativa en el éxito del tratamiento es menor o incluso nula, pero sí repercuten notablemente en cómo se vive emocionalmente el proceso en su conjunto.

Necesitamos una nueva mirada, desde un ángulo distinto, para revisar esos protocolos de actuación que están tan consolidados que ni siquiera los cuestionamos. A partir de ahí, es preciso detectar ámbitos de mejora e implementar cambios que contribuyan a que los protocolos contemplen no sólo la enfermedad, sino también a la persona.

¿A quién va dirigido?

- Servicios asistenciales, profesionales y ciudadanía.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Protocolos y gestoras de información en Urgencias, Oncología, Cardiología, Radiología, Uci Pediátrica, Neonatos, etc.
- Manual para la información y atención al usuario en el Sescam. Edición (2004) y Edición 2010.

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Cuidados y Calidad con la colaboración de la DG de Humanización y Atención Sociosanitaria en el impulso y generación de grupos de trabajo para la revisión y actualización de los protocolos.
- Equipos directivos de las Gerencias, desde la perspectiva de implementación de cambios en los protocolos que deban ser modificados.

Actividades clave

- Identificación de procesos y protocolos asistenciales para su actualización y revisión desde la perspectiva de la humanización.
- Actualización del manual de información para familiares y pacientes del Sescam.
- Protocolo de respeto a los períodos de sueño y descanso para pacientes en los hospitales.
- Elaboración de Protocolo de Atención al Dolor.
- Elaboración de un Protocolo de Atención Psicoemocional a pacientes y/o familiares en situaciones críticas y/o ámbitos de especial sensibilidad.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupos de trabajo de carácter regional constituidos para participar en las revisiones (Sí/No).
- Número de protocolos revisados e implantados con el enfoque de humanización.
- Encuesta de calidad.

Ideas a tener en cuenta

- ¿Qué emociones siente la/el paciente a lo largo de su proceso?
- Evaluemos los protocolos con empatía
- Las posibles mejoras, ¿están en el protocolo, o en la ejecución?
- ¿Y si co-creamos con las y los propios pacientes y familiares?

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 5
Atención integral centrada en las personas
 Línea de acción 5.5

Herramientas para facilitar la accesibilidad y la interacción con el sistema público de salud.	Objetivo Facilitar a cada paciente la comprensión de su proceso de salud a través de instrumentos de comunicación.
---	--

La presente línea de acción persigue elaborar, actualizar y en su caso desarrollar herramientas que faciliten el desempeño diario, simplificando y reduciendo el esfuerzo necesario para establecer una mejor relación entre profesionales, pacientes y familias.

Para ello es necesario revisar el diseño y actualizar los recursos e instrumentos de comunicación y apoyo a la relación.

En este sentido, el uso de la tecnología abre innegables oportunidades de mejora. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, en ocasiones, la propia tecnología puede impactar negativamente y dificultar la calidad humana de la interacción entre profesionales y pacientes y sus familiares.

¿A quién va dirigido?

- Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Servicio de mediación cultural sanitaria.
- Servicio de interpretación y traducción telefónica.
- Proyecto "Hola, yo me llamo".

Liderazgo y agentes impulsores

- Dirección General de Asistencia Sanitaria en colaboración con la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- Direcciones Generales de Atención Primaria, y de Cuidados y Calidad.
- Gerencias, equipos directivos, jefaturas de servicio, personas supervisoras y responsables de calidad y humanización.

Actividades clave

- Elaborar un manual de estilo del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- Actualizar o elaborar guías de acogida para pacientes y familiares por servicios.
- Implementar un sistema de identificación profesional claro y comprensible.
- Facilitar el acceso a la documentación de interés para la ciudadanía a través de la web corporativa.
- Accesibilidad a documentos de forma sencilla para la adecuada preparación y apoyo de consultas y otras citas con profesionales.
- Desarrollar la herramienta de comunicación digital con la ciudadanía: carpeta de salud digital.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Grupo de trabajo regional para la elaboración manual de estilo Sescam (Sí/No).
- N.º Protocolo de acogida a pacientes y familiares actualizados por servicios.
- Desarrollos de la comunicación digital.

Ideas a tener en cuenta

- Diversidad: diferentes niveles formativos, idiomas, edades
- Permitamos a cada persona usuaria elegir por qué medio quiere comunicarse
- La sencillez no está reñida con la precisión y la calidad de la información
- Tecnología en su justa medida

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Los cinco vectores de desarrollo



Vector de desarrollo 5

Procesos de atención integral centrados en las personas

Línea de acción 5.6

<p>Procesos administrativos y de gestión más ágiles, sencillos y comprensibles.</p>	<p>Objetivo Contribuir a mejorar la accesibilidad a los servicios, eliminando aquellos procedimientos que aportan poco valor y facilitando la tramitación de gestiones administrativas.</p>
---	--

En los servicios sanitarios públicos los procedimientos administrativos son necesarios para poder prestar unos servicios de calidad, garantizando unas condiciones adecuadas de eficacia y seguridad.

No obstante, los trámites y procesos administrativos en ocasiones pueden conllevar dificultades importantes para la ciudadanía, bien por el lenguaje utilizado, el formato empleado o los circuitos de gestión. Ello no tiene que ver necesariamente con las capacidades cognitivas, con el nivel cultural o con la formación de las personas; algunos procesos son complicados incluso para aquellas más avezadas en estos procedimientos.

Por eso, es conveniente revisar los trámites y procedimientos administrativos, rediseñándolos y actualizándolos con el fin de facilitar su realización por la ciudadanía y agilizar su resolución.

¿A quién va dirigido?

- Ciudadanía, profesionales de la salud, de la administración y gestión de la sanidad pública.

Iniciativas previas a tener en consideración

- Adaptación de textos de lectura fácil y lenguaje claro para personas con problemas de comunicación y comprensión.
- Plan de simplificación de procedimientos administrativos.

Liderazgo

- Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Áreas de gestión de las Gerencias, para el análisis, elaboración e implementación de los ajustes a los procesos.

Actividades clave

- Identificación de procesos administrativos y clasificación por su volumen y grado de complejidad para priorizarlos en sucesivos procesos de mejora.
- Talleres de innovación para la simplificación de trámites y reformulación del lenguaje utilizado.
- Creación de versiones adaptadas de los procesos administrativos para determinadas personas que por sus circunstancias no puedan utilizar los canales o circuitos habituales.

Indicadores para saber si hemos tenido éxito

- Reducción de errores administrativos.
- N.º de procesos administrativos simplificados.
- Reducción de llamadas o consultas presenciales acerca de los procesos administrativos.
- Encuestas de calidad.

Ideas a tener en cuenta

- Si empezáramos de cero, ¿cómo lo haríamos?
- ¿Seguro que necesitamos ese dato?
- ¿Necesitamos pedir tantas veces el mismo dato?
- ¿Se entiende el fondo y la forma de ese procedimiento?

Conexión con los valores

- Participación
- Foco en las personas
- Innovación
- Responsabilidad, compromiso e implicación
- Desarrollo y formación

Principios inspiradores para la implantación de este plan

Este Plan es una herramienta de apoyo, un marco para enfocar y alinear el trabajo que se tiene que desarrollar a diferentes niveles del Servicio Público de Salud de nuestra región. En este sentido, a partir de la idea de “glocalización” también se propone una manera de llevar a cabo su implantación, basada en los siguientes principios:

Liderazgo local

La mayoría de las iniciativas tendrán su origen e impulso a nivel de las Gerencias, que son quienes conocen las necesidades concretas en su entorno.

Coordinación y sinergias

Respetando las prioridades y planes de acción locales, debe fomentarse la coordinación y la búsqueda de eficiencias que aceleren la implantación y mejoren el impacto.



Visión integral

La visión local debe combinarse con un entendimiento común a nivel regional, para dar coherencia a las diferentes actuaciones.

Medición del proceso y del resultado

Durante todo el proceso, es imprescindible que seamos conscientes de qué se hace, dónde, con qué grado de avance, y cuál es el impacto real que estamos consiguiendo.

Cronograma implantación PHAS CLM



Actividades previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

La implantación del PHASCLM. Horizonte 25, comprende un desarrollo temporal que abarca el periodo de 2019 a 2025, articulándose de forma dinámica y flexible en las siguientes fases:

**FASE 0: 2019-2022**

Fase inicial y preparatoria para la elaboración del PHASCLM. Durante este período se crean los espacios institucionales que desarrollan las competencias en la materia.

Se ha elaborado la normativa que da soporte a la humanización de la asistencia sanitaria, procediéndose a su despliegue y operativización en todas las gerencias.

Por otro lado, se han puesto en marcha distintos mecanismos de participación y contribución de las diferentes partes implicadas, perfilándose así las directrices que guían el Plan.

**FASE 1: 2022-2023**

En este período se lleva a cabo la presentación del PHASCLM al Consejo Regional de Humanización de Castilla-La Mancha que informará del mismo.

El enunciado de los vectores, líneas de acción y proyectos clave a implantar, orientará la actuación de todas las gerencias.

Estas, junto con el resto de partes implicadas, planificarán y elaborarán para su implementación las medidas necesarias para avanzar en cada una de las líneas de acción definidas en el PHASCLM.

**FASE 2: 2023-2025**

Esta etapa se considera clave para la consecución de los objetivos marcados. Exige, por tanto, un importante nivel de concreción, desarrollo y ejecución de medidas en todas las áreas que abarca el PHASCLM.

El proceso de seguimiento y evaluación continua por las estructuras organizativas de humanización en sus distintos niveles de intervención, permitirá obtener y registrar información de las áreas en las que se desarrollen los progresos e identificar aquellos vectores y líneas de acción que se estén quedando atrás. Facilitará la reorientación de las actuaciones y proyectos llevadas a cabo y la puesta en marcha de aquellas otras necesarias para continuar avanzando.

04

De las ideas a los hechos

Implantación FASE II PHAS CLM

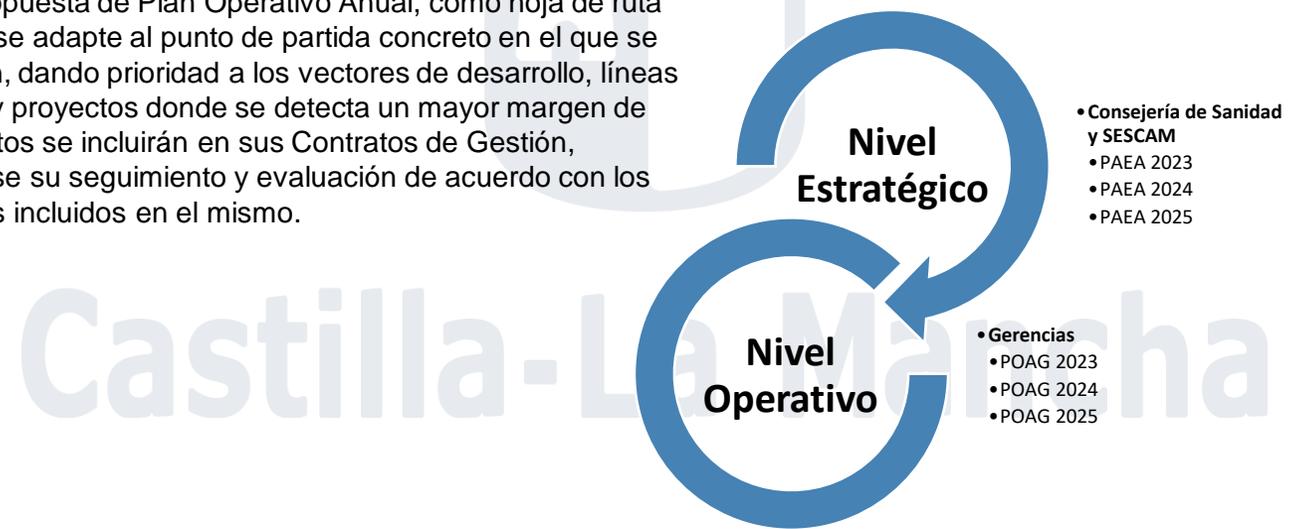


La implantación del PHASCLM tras su aprobación en el seno del Consejo Regional de Humanización de Castilla La Mancha, se materializará a través de programaciones anuales, en las que las principales instituciones y sus órganos responsables de la Consejería de Sanidad, Sescam SSCC y las Gerencias asistenciales, deberán especificar las actuaciones concretas que van a poner en marcha en cada anualidad de acuerdo a su ámbito de competencia y en relación a los vectores de desarrollo, líneas de acción y proyectos clave que recoge el mismo y priorizaciones acordadas en su caso, por el Consejo Regional de Humanización.

Es necesario considerar que una gran parte de las líneas de acción y proyectos clave identificados sobre los que avanzar ya están puestos en marcha en la organización y/o hay experiencias previas en algunos centros sanitarios, requiriendo en muchos casos una actualización y/o transferencia basada en el consenso, que permitan garantizar un mínimo de homogeneidad en su implantación en todas las gerencias que forman parte del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Igualmente hay proyectos que en su definición e implantación requieren del desarrollo de herramientas y recursos compartidos para toda la organización. Por todo ello, se propone establecer dos niveles de intervención y acción, (1) Nivel Estratégico y (2) Nivel Operativo. Cada uno de éstos contemplará y desarrollará actuaciones institucionales e interinstitucionales necesarias para avanzar de forma homogénea y con mayor agilidad en la implantación y desarrollo del PHASCLM.

A Nivel Estratégico, teniendo en cuenta las consideraciones del Consejo Regional de Humanización así como de la Comisión Regional Técnica de Humanización, la Consejería de Sanidad, a través de la Coordinación Regional de Humanización establecerá, con los órganos de dirección implicados tanto internos, así como con los del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, un Plan de Actuaciones Estratégico Anual que ha de servir de palanca y apoyo para el cumplimiento y mejor avance en el nivel operativo de las gerencias.

A Nivel Operativo, cada gerencia en su ámbito de influencia y de acuerdo a las consideraciones de su Comisión de Humanización, a través de su Responsable de Humanización, elevará propuesta de Plan Operativo Anual, como hoja de ruta que mejor se adapte al punto de partida concreto en el que se encuentren, dando prioridad a los vectores de desarrollo, líneas de acción y proyectos donde se detecta un mayor margen de mejora. Estos se incluirán en sus Contratos de Gestión, realizándose su seguimiento y evaluación de acuerdo con los indicadores incluidos en el mismo.





Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

El [Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria Horizonte 25 \(PHASCLM\)](#), es el instrumento programático de las políticas de humanización de la asistencia sanitaria de la Consejería de Sanidad y del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Previamente a su elaboración se ha puesto en marcha un sistema de gobernanza capaz de articular y coordinar el impulso desde los diferentes niveles de las instituciones implicadas para su mejor evolución e integración en la organización, y para promover un diálogo amplio y sostenido con las partes y agentes clave implicados en el sistema. La estructura responde a la necesidad de reforzar y legitimar los mecanismos institucionales de diálogo, cooperación y operativización que demanda la HAS, asegurando su interrelación, capacidad de trabajo y posibilitando una visión integral e integradora de los esfuerzos. Para ello, junto con la normativa de estructura orgánica y funcional de las principales instituciones directivas y operativas del ámbito sanitario en la región, en junio de 2021, se publicó el Decreto 72/2021, que establece la creación de unas estructuras organizativas y de gestión que garantizan la coordinación de las actuaciones de humanización en la asistencia sanitaria y sociosanitaria que se desarrollen en Castilla-La Mancha.

De manera más concreta, en las siguientes páginas se definen las instituciones y estructuras de gobernanza del PHAS Horizonte 25, su composición y las funciones que se les atribuyen.



04

De las ideas a los hechos

Gobernanza del plan



El artículo 7 del citado Decreto 72/2021, describe los diferentes órganos ya existentes de la Consejería de Sanidad, el Servicio de Salud de Castilla- La Mancha y de la Consejería de Bienestar Social, que actúan como elementos de apoyo y coordinación para el diseño y desarrollo del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Consejería competente en materia de sanidad	Decreto 81/2019, de 16 de julio, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad.	Es el departamento del Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha que asume las competencias en materia sanitaria en la región. Su objetivo es gestionar los servicios públicos sanitarios y garantizar prestaciones públicas de calidad en esta materia a la ciudadanía de Castilla-La Mancha.
Dirección General competente en materia de Humanización	Decreto 81/2019, de 16 de julio de 2019, que establece la estructura orgánica y funciones de la Consejería de Sanidad, art.7. 1 f).	Adscrita a la Consejería de Sanidad, es el órgano directivo que tiene encomendadas las funciones específicas de elaboración, desarrollo, evaluación y seguimiento de las actuaciones de humanización de la asistencia sanitaria, en coordinación con el Sescam.
Escuela de Salud y Cuidados	Orden 3/2018, de 17 de enero, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea la Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha.	Espacio que permite el acceso a la información y formación en materia de salud, especialmente sobre enfermedades crónicas, la participación e intercambio de experiencias y conocimientos de pacientes y sus familiares, ciudadanía, asociaciones y profesionales de la salud de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.
Redes de Expertos y Profesionales	Orden de 04/12/2015, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula la estructura, organización y funcionamiento de las Redes de Expertos y Profesionales del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.	Unidad(es) funcional(es) sin personalidad jurídica propia, de carácter consultivo y composición multidisciplinar constituida para la definición de criterios homogéneos en la gestión de las distintas políticas sanitarias, así como para la valoración y toma de decisiones que afecten al conjunto de la organización.

04

De las ideas a los hechos

Gobernanza del plan



<p>Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam)</p>	<p>Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha crea el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.</p>	<p>Organismo autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad, cuyo fin es proveer los servicios y gestionar los centros y establecimientos destinados a la atención sanitaria que le sean asignados, así como desarrollar los programas de salud que se le encomienden con el objetivo final de proteger y mejorar el nivel de salud de la población.</p>
<p>Dirección General competente en materia de cuidados y calidad</p>	<p>Decreto 82/2019, de 16 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, art. 9. i).</p>	<p>Adscrita al Sescam, es el órgano directivo al que le corresponde la dirección y gestión de las actuaciones para la mejora de la calidad percibida y la atención a la ciudadanía, incluida la implantación y el desarrollo de las Cartas de Derechos y Deberes de Pacientes del Sescam, en coordinación con la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.</p>
<p>Dirección General competente en materia de recursos humanos y formación</p>	<p>Decreto 82/2019, de 16 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.</p>	<p>Adscrita al Sescam, es el órgano directivo al que le corresponde la dirección y gestión de actuaciones vinculadas al desarrollo y promoción profesional del personal sanitario del sistema de salud.</p>
<p>Comités de Ética Asistencial</p>	<p>Decreto 95/2006, de 17 de julio, de los Comités de Ética Asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.</p>	<p>Órganos Consultivos que realizan la función de asesoramiento en aquellas situaciones en las que se planteen conflictos éticos, contribuyendo a la tutela de los derechos de las partes implicadas en la relación asistencial, a la mejora de la calidad y a la actualización de conocimientos del personal sanitario en material de bioética.</p>

04

De las ideas a los hechos

Gobernanza del plan



<p>Consejería competente en materia de Bienestar Social</p>	<p>Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. Decreto 48/2019, de 21 de mayo, del Comité de Ética de los Servicios Sociales y de Atención a la Dependencia de Castilla-La Mancha.</p>	<p>En la necesaria complementariedad y coordinación con el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, en virtud del título y el asesoramiento y colaboración para generar conocimiento y analizar las formas de actuación que repercutan en la calidad de la intervención social.</p>
<p>OTROS ÓRGANOS Comité de Bioética de Castilla-La Mancha</p>	<p>Decreto 14/2022, de 1 de marzo, por el que se crea y regulan las funciones, composición y funcionamiento del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha.</p>	<p>Órgano colegiado, sin personalidad jurídica propia, independiente y de carácter consultivo en materia de ética asistencial y de la investigación biomédica.</p>

Gobernanza del plan



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

Se presentan a continuación las funciones de cada una de las estructuras organizativas vinculadas al diseño, implantación y desarrollo del Plan de Humanización. Por una parte, tres órganos (C1, C2, C3), y por otra, dos figuras responsables (R1, R2):

Estructura directiva	C1 Consejo Regional de Humanización de la Asistencia Sanitaria.	Órgano de seguimiento y evaluación de las políticas del sistema sanitario en materia de Humanización.
Estructura operativa de ámbito regional	C2 Comisión Regional Técnica de Humanización.	Órgano técnico de elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Humanización.
	R1 Responsable Regional de Humanización.	Persona que coordina los programas de Humanización a nivel regional.
Estructura operativa en el ámbito de las Gerencias	C3 Comisión de Humanización de las Gerencias.	Órgano responsable de diseñar, implementar y evaluar las medidas que favorezcan el nivel de humanización en los centros sanitarios y servicios integrados en la gerencia.
	R2 Responsable de Humanización de cada Gerencia.	Persona que coordina los programas de Humanización a nivel de cada gerencia.

Gobernanza del plan



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

C1

Consejo Regional de Humanización de la Asistencia Sanitaria

Se reúne con una periodicidad mínima anual.

Composición

- El Consejo Regional de Humanización estará presidido por la persona titular de la consejería competente en materia de sanidad.
 - La vicepresidencia será ejercida por la persona titular de la Dirección-Gerencia del Sescam.
- El resto de miembros serán, las personas titulares o representantes de:
- La Dirección General competente en materia de humanización de la asistencia sanitaria, de la Consejería de Sanidad.
 - La Dirección General competente en materia de cuidados y calidad del Sescam.
 - La Dirección General competente en asistencia sanitaria del Sescam.
 - La Dirección General competente en materia de atención primaria del Sescam.
 - La Dirección General competente en materia de recursos humanos del Sescam.
 - La persona designada al efecto por la Consejería competente en materia de bienestar social.
 - Las Delegaciones Provinciales de Sanidad.
 - Coordinación Regional de Humanización de la Asistencia Sanitaria.
 - Redes de expertos y profesionales del sistema sanitario de Castilla-La Mancha designadas por la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad por un período de cuatro años.
 - Asociaciones de pacientes con mayor implantación en la región, designadas por la Consejería competente en materia de sanidad por un período de cuatro años.
 - Sindicato propuesto por la mesa sectorial.
 - Gerencias Asistenciales designadas por la Dirección-Gerencia del Sescam por un período de cuatro años.
 - Consejo de Personas Consumidoras y Usuaris de Castilla-La Mancha y asociaciones vecinales.
 - Mesa del Tercer Sector Social de Castilla-La Mancha.

Funciones

- Informar el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria previamente a su aprobación, así como sus revisiones y adaptaciones.
- Proponer actuaciones básicas, revisiones o adaptaciones de las mismas para su elaboración por la Comisión Regional Técnica de Humanización.
- Definir anualmente las áreas prioritarias de actuación en humanización.
- Conocer la memoria anual de evaluación e implantación del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, que será elaborada por la Comisión Regional Técnica de Humanización.

Gobernanza del plan



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

C2

Comisión Regional Técnica de Humanización.

Se reúne con una periodicidad cuatrimestral.

Composición

La Comisión Regional Técnica de Humanización estará presidida por la persona titular de la Dirección General competente en materia de humanización de la asistencia sanitaria.

Son vocales de la Comisión Regional Técnica de Humanización la persona responsable de:

- La humanización de la asistencia sanitaria a nivel regional.
- La humanización en cada gerencia.
- El servicio de participación y apoyo a la iniciativa social y la escuela de salud y cuidados.
- Los servicios de información y atención a pacientes a nivel regional.
- El servicio de calidad de la asistencia sanitaria.
- El servicio de seguridad de pacientes.
- Asimismo, participará como vocal una persona designada al efecto por la Consejería competente en materia de Bienestar Social.

Funciones

- Elaboración del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, así como de las modificaciones y adaptaciones necesarias.
- Elaborar actuaciones básicas, revisiones o adaptaciones de las mismas a propuesta del Consejo Regional de Humanización.
- Prestar asistencia técnica a las comisiones de humanización de las gerencias en la elaboración del Plan Operativo anual de actuación.
- Evaluar el grado de implantación de los planes operativos de las gerencias.
- Aprobar anualmente una memoria de la evaluación e implantación del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la que se dará traslado al Consejo Regional de Humanización para su conocimiento.

Gobernanza del plan



Actuaciones
previas

Diagnóstico
situacional

Conceptos clave

Estructura para la
acción

Implantación

C3

Comisión de Humanización de las Gerencias

Composición

Las Comisiones estarán presididas por la persona titular de la gerencia correspondiente, y la secretaria le corresponderá a la persona Responsable de Humanización.

Son vocales de las Comisiones de Humanización de las gerencias la persona:

- Titular de la dirección médica o facultativo delegado por esta.
- Titular de la dirección de enfermería o profesional delegado por esta.
- Titular de la dirección de gestión o profesional delegado por esta.
- Responsable del servicio de atención al usuario.
- Responsable del trabajo social designada por la persona titular de la gerencia.
- Responsable de calidad.
- Responsable de formación.
- Representante de la Junta de personal de las gerencias.

Funciones

- Aprobar los objetivos del Plan Operativo de la gerencia.
- Aprobar el Plan Operativo de la gerencia.
- Ser el espacio de participación de cada gerencia, en el que se establezca la metodología para el desarrollo de los proyectos o programas a realizar anualmente.
- Evaluar la ejecución del Plan Operativo de la gerencia.
- Establecerán sus normas de funcionamiento, la periodicidad de sus reuniones y la creación de subcomisiones para la humanización de la asistencia sanitaria articuladas por áreas o líneas estratégicas.

Gobernanza del plan



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

R1

Responsable Regional de Humanización

Funciones

- Coordinar la definición e implementación de las actuaciones recogidas en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Coordinar la implementación de las actuaciones en humanización en centros sociosanitarios con la Consejería de la que dependan dichos centros.
- Dinamizar la Comisión Regional Técnica de Humanización.
- Proponer objetivos o actuaciones de humanización para su estudio por la Comisión Regional Técnica de Humanización.
- Prestar asistencia técnica a las comisiones de humanización de las gerencias.
- Canalizar y facilitar recursos y acciones que repercutan en el diseño, implantación y desarrollo del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria y su materialización a través de los planes operativos de las gerencias.
- Supervisar la implantación de los planes operativos de las gerencias.
- Estudio y propuesta de la memoria de implantación y evaluación del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

R2

Responsable de Humanización de cada Gerencia

Funciones

- Dinamizar la Comisión de Humanización y las diferentes subcomisiones vinculadas a ésta.
- Coordinar sus actuaciones con los servicios de información y atención a pacientes y con las unidades de trabajo social de la gerencia.
- Proponer la constitución de subcomisiones de humanización por áreas o líneas estratégicas.
- Elaborar la propuesta del Plan Operativo de la gerencia para su aprobación por la Comisión de Humanización de la gerencia.
- Apoyar en la implementación de las actuaciones de humanización aprobadas en el Plan Operativo.
- Realizar el seguimiento y evaluación del Plan Operativo.
- Elaborar la memoria anual del Plan Operativo de la gerencia.
- Igualmente formará parte de los órganos de coordinación sociosanitaria que se habiliten al efecto.

Marco de seguimiento y evaluación



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

La rendición de cuentas es uno de los principios básicos para el ejercicio de las políticas públicas. Para la consecución del desarrollo de la Humanización de la Asistencia Sanitaria es necesaria la coordinación entre todas las partes implicadas y la gobernanza multinivel. Generar información transparente y accesible sobre los avances de los vectores de desarrollo y líneas de acción planteadas, facilitará la respuesta implicada de todas las partes. Debemos proporcionar datos actualizados y completos e implementar mecanismos de seguimiento y medición que nos permitan evaluar los logros conseguidos.

Órganos de seguimiento

Como órganos de seguimiento tal y como establece el Decreto 72/2021 se asignan funciones de seguimiento y evaluación a las siguientes estructuras, anteriormente descritas:

Consejo Regional de Humanización

Comisión Regional Técnica de Humanización

Comisión de Humanización Gerencias

Como plan específico con responsabilidad en el cumplimiento y desarrollo del Plan de Salud de Castilla-La Mancha. Horizonte 25, desde la Oficina de Coordinación de Humanización se informará en tiempo y forma de su grado de realización en el seno de la Comisión de Seguimiento del Plan de Salud, mediante la elaboración de Informes de Seguimiento en el primer trimestre de cada año de vigencia del Plan.

Comisión Seguimiento Plan de Salud

Marco de seguimiento y evaluación



Actuaciones
previas

Diagnóstico
situacional

Conceptos clave

Estructura para la
acción

Implantación

Instrumentos de Seguimiento y Evaluación

Como instrumentos de evaluación, se establecen los Informes de Progreso, dos evaluaciones Interfase y una evaluación final que analizará de cara al 2025 el grado de avance en los objetivos propuestos.

Informes de Progreso-Seguimiento de las Gerencias

Estos informes recogerán las medidas implementadas en las gerencias y permitirán disponer de toda la información estadística para efectuar el seguimiento de los vectores de desarrollo y líneas de acción y determinar el grado de cumplimiento de los planes operativos.

Anualmente se elaborará el Informe de Progreso que recogerá las medidas implementadas en la región y servirán de base para la realización de las evaluaciones intermedias.

Instrumentos Evaluación

Al finalizar cada una de las fases establecidas para la implementación del presente Plan se realizará una evaluación intermedia que permita valorar los avances conseguidos y, con ello, la eficacia de las medidas llevadas a cabo, así como realizar los ajustes necesarios para el logro de los objetivos en la etapa siguiente.

Durante la primera fase, la evaluación inicial nos ha orientado en el establecimiento de los vectores de desarrollo y líneas de acción de cara al 2025.

Al finalizar las Fase 1 y 2, en el año 2023 y en el 2025, respectivamente, se realizarán dos nuevas evaluaciones, denominadas interfase, teniendo en cuenta los informes de progreso anuales.

En el año 2025, la evaluación final, ofrecerá un análisis global del grado de consecución del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Castilla-La Mancha y de la eficacia de las políticas y actuaciones ejecutadas para promover una prestación sanitaria basada en criterios de la atención y cuidados centrados en las personas.

Marco de seguimiento y evaluación



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

La Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria, habilitará un panel informatizado de seguimiento y control del cronograma de la ejecución de las intervenciones del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, a partir de su puesta en marcha y durante los años de vigencia del mismo. Este panel reflejará el estado de evolución y logros relevantes en la ejecución del PHASCLM, en términos de demoras, porcentajes de consecución, dificultades encontradas, mejoras o correcciones propuestas.

La DGHAS elaborará un panel de indicadores de resultados y metas para la monitorización y evaluación de los resultados logrados por el PHASCLM al final de su período de vigencia. Además, se detallarán las fuentes utilizadas.

Asimismo existirá un cuadro de mando formado por un conjunto mínimo de indicadores que informarán del grado de avance en los aspectos más relevantes de cada vector de desarrollo y línea de acción. Estos indicadores serán seleccionados teniendo en cuenta que sean fáciles de obtener y sensibles a modificaciones en períodos cortos. Para cada indicador debería poderse establecer un valor, o rango de valores, esperado. Esta información será puesta a disposición de las estructuras organizativas de seguimiento, anteriormente descritas y a la ciudadanía a través del Portal de Participación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Además, la evaluación debe contemplar si se han tenido en cuenta aspectos que figuran como valores fundamentales del plan, como son:

Conexión con los valores

Participación

Foco en las personas

Innovación

Responsabilidad, compromiso e implicación

Desarrollo y formación

La evaluación del PHASCLM pasa por la medición del grado de cumplimiento de cada uno de sus vectores de desarrollo y líneas de acción que los desarrollan, así como de las actuaciones, iniciativas y programas específicos que vayan surgiendo como desarrollo del mismo. Ésta contemplará, como mínimo, el número de objetivos evaluados, de objetivos conseguidos, de objetivos parcialmente conseguidos y de los no conseguidos.

Para cada plan operativo existirá un conjunto de indicadores relativos a la estructura que la sostiene (personal, sistemas de información, recursos materiales...), a los procesos (no solo asistenciales) y a los resultados (de los objetivos y actividades definidas en el plan estratégico y en cada uno de los planes operativos de las gerencias).

Procesos e Instrumentos de Implantación y seguimiento del PHASCLM



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

COORDINACIÓN

- Consejería de Sanidad.
- Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.

EJECUCIÓN

- Centros y servicios sanitarios y sociosanitarios donde se presten servicios sanitarios dependientes por cualquier vínculo jurídico del SESCAM o de la Consejería competente en materia de Sanidad.

SEGUIMIENTO Y EVALUACION

- Consejo Regional de Humanización de Castilla-La Mancha.
- Comisión Regional Técnica de Humanización de Castilla-La Mancha.
- Comisiones de Humanización de las Gerencias.
- Comisión de Seguimiento del Plan de Salud.

INSTRUMENTOS:

- Informes de progreso anuales.
- Informe de evaluación inicial.
- Informe de evaluación intermedia.
- Informe de evaluación final.

PLANIFICACIÓN Y APOYO

Consejería de Sanidad:

- Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- Escuela de Salud y Cuidados.
- Redes de Expertos y Profesionales.
- Comité de Bioética de Castilla-La Mancha.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha:

- DG Cuidados y Calidad.
- DG de Recursos Humanos.
- Comités de Ética Asistencial .
- Comisión Regional Técnica de Humanización CLM.
- Comisiones de Humanización de las Gerencias.
- **Consejería de Bienestar Social.**

INSTRUMENTOS:

- Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Horizonte 25 CLM.
- Planes Operativos de Humanización y contratos de gestión de las gerencias.
- Plan de Actuaciones Estratégico Anual CS y SSCC Sescam.

Sistema de apoyo, seguimiento y control



Actuaciones previas

Diagnóstico situacional

Conceptos clave

Estructura para la acción

Implantación

La Oficina de Coordinación de la Humanización

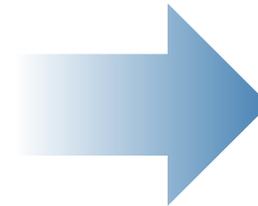


Una visión ambiciosa como la que se define en este plan, desplegada en 17 Gerencias, y con la implicación activa de numerosas personas y entidades, requiere un adecuado sistema de apoyo, seguimiento y control. Se trata no sólo de soñar, sino de hacer que las cosas pasen.

Por ello, la implantación será coordinada a través de la Oficina de Coordinación de la Humanización, en la que la figura de la persona Responsable Regional de Humanización será clave, para la gestión activa del conjunto de iniciativas, provocando una evolución colectiva y una mejora del conjunto de la organización.

Funciones

- Proveer a los órganos y personas implicadas en proyectos de Humanización de servicios de apoyo administrativo y de gestión, tales como metodologías y plantillas.
- Capacitar, mentorizar y asesorar a las personas que estén liderando los proyectos en marcha.
- Apoyar a los proyectos, generando alineamiento y formando en metodologías de dirección de proyectos.
- Optimizar los recursos, buscando sinergias entre los diferentes proyectos en marcha.
- Recopilar información sobre el grado de avance de los proyectos, así como de su impacto en los colectivos destinatarios de los mismos.
- Impulsar y propiciar la comunicación entre las personas responsables de los proyectos, sus patrocinadores y otras partes interesadas.
- Proveer de las herramientas necesarias para la gestión de proyectos, así como formación en su uso.



Normalización

Eficiencia

Coordinación

Soporte y desarrollo

Información

“La raíz de todo bien crece en la tierra de la gratitud.”

Dalai Lama

Un epílogo es la parte final de un discurso o de una obra en la que se hace un resumen general de su contenido.

Obviamente, el epílogo del presente Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (y Sociosanitaria) no se escribe (solo) en estas líneas. Es sabido que todo relato se elabora a partir de las omisiones y de las carencias, y que los hechos suelen seleccionarse de acuerdo con los intereses de quienes lo escriben. En este sentido, ninguna historia puede restringirse exclusivamente a un momento, a un lugar y a una situación. Leibniz afirmaba que en la naturaleza todo está relacionado con todo, de múltiples y diversas maneras. Shelley, con su optimismo vital, creía que todo poema es un fragmento más o menos corto de un infinito poema universal, que también soñara Borges en su "Libro de arena", sin principio ni fin. Toda historia se hace eco de otras historias; todo libro no es sino el capítulo de una inmensa crónica cuyo principio (casi) no conocemos y cuyo fin apenas intuimos.

La (re)humanización de la atención (socio)sanitaria requiere no solo de la existencia de un plan, sino de un cambio en el enfoque, en la perspectiva global, en las actitudes y en la manera de hacer las cosas. La concepción inicial, elaboración, desarrollo e implantación de este Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria responde precisamente a ese espíritu y a esa perspectiva.

Las organizaciones sanitarias constituyen un ejemplo paradigmático de lo que desde distintos campos, (especialmente desde la teoría de sistemas y las teorías de la complejidad y el caos), se han denominado "sistemas complejos adaptativos" en los que interactúan múltiples agentes, con diferentes roles, identidades y funciones, que reflejan diferentes lógicas en su actuación y desempeño, provocando tensiones entre integración y especialización, entre curar y cuidar y entre gestión vs. administración.

Todo ello puede originar conflictos y turbulencias, que obligan a modificar la forma en que concebimos y desarrollamos las estrategias de futuro de nuestras organizaciones: por un lado, en la función estratégica, hay que partir de una conciencia de falta de poder; no podemos dictar el futuro, y por tanto no tiene sentido trabajar en "planificación por posición" (para el momento X debe estar hecho Y), sino "por perspectiva", es decir, situar el rumbo en una dirección, e ir rectificando progresivamente en función de cambios externos o internos.

Por otro lado, a estos efectos, en entornos particularmente rígidos como la administración pública, y en contextos como la toma de decisiones políticas y de gestión, que incorporan tantas ambigüedades y turbulencias, suelen ser más importantes las brújulas que los mapas.

Reconocimiento a quienes han participado

Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a todas las personas que, de una manera desinteresada, han intervenido en el diseño del presente Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha. Horizonte-25.

Su participación e implicación en las distintas acciones puestas en marcha a lo largo de todo el proceso, ha sido de gran ayuda. Especialmente queremos destacar la colaboración de aquellas personas que con generosidad nos ofrecieron su tiempo y atención en el *proceso de escucha*, cumplimentando la encuesta, los formularios de recogida de propuestas o que participaron en las diferentes sesiones de *focus group* llevadas a cabo en las distintas provincias de la región. Ciudadanas/os que como pacientes, familiares, cuidadoras/es, profesionales, representantes de entidades sociales, han querido contribuir de forma activa y positiva en la co-creación de un sistema sanitario público cada día más comprometido con las personas y el valor de los cuidados.

Igualmente, es preciso reconocer la participación de todas las personas que forman parte de las estructuras organizativas constituidas para la ordenación y gestión de las políticas de humanización de la asistencia sanitaria, aún teniendo esta participación un carácter formal, en el marco del desempeño de las funciones que desarrollan y en cumplimiento de sus responsabilidades profesionales, tanto de quienes forman parte de la administración pública, como aquellas otras representantes de colectivos y entidades que lo conforman. Por ello, hay que manifestar nuestro más sentido reconocimiento y gratitud por su disposición, compromiso, profesionalidad y estilo constructivo de participación, demostrados a lo largo de los diferentes talleres y acciones grupales llevados a cabo.

Finalmente, y no por ello menos importante, un agradecimiento que en su momento ya expresaba el Plan Dignifica y que ahora volvemos a suscribir, dirigido a todas aquellas personas –empleadas/os, trabajadoras/es y profesionales- del ámbito sanitario y socio sanitario, de equipos internos y externos, que prestan sus servicios en recursos y dispositivos asistenciales, tanto públicos como privados, y que en su desempeño habitual demuestran las virtudes más humanas, poniendo corazón en su práctica diaria.

La implantación, aplicación y desarrollo de este nuevo Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha. Horizonte-25, no sería posible sin todas estas personas que, cotidianamente, a través de su esfuerzo y humanidad, demuestran que es posible mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus conciudadanas/os.

Finalmente, agradecer el apoyo recibido por parte de la compañía farmacéutica JANSSEN-CILAG S.A y su contribución en el marco del convenio de colaboración firmado por ambas instituciones para el diseño del presente Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha-Horizonte 25.

“Hay alguien tan inteligente que aprende de la experiencia de los demás”.

Nelson Mandela



Marco normativo

Se presenta a continuación el marco normativo internacional, nacional y autonómico relacionado con la humanización de la asistencia sanitaria. Las líneas de acción y proyectos que se promuevan en el seno del PHASCLM serán desarrolladas en consonancia a las mismas.

A NIVEL INTERNACIONAL

<p>Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948</p>	<p>Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.</p> <p>Artículo 25 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.</p>
<p>Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes de 1994</p>	<p>1.6 Todo el mundo tiene derecho a la protección de la salud mediante medidas apropiadas que prevengan enfermedades y garanticen la atención sanitaria y la oportunidad de lograr el más alto nivel de salud posible.</p> <p>2.2 Los pacientes tienen derecho a ser informados en detalle sobre su estado de salud, incluyendo los datos médicos sobre su estado; sobre los procedimientos médicos propuestos, junto a los riesgos potenciales y beneficios de cada procedimiento; sobre alternativas a los procedimientos propuestos, incluyendo el efecto de no aplicar un tratamiento; y sobre el diagnóstico, pronóstico y progreso del tratamiento.</p>
<p>Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano respecto de las aplicaciones de la Biología y la Medicina de 1997</p>	<p>Artículo 2. Primacía del ser humano. El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.</p> <p>Artículo 9. Deseos expresados anteriormente. Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.</p>

Marco normativo

A NIVEL NACIONAL

<p>Constitución Española de 1978.</p>	<p>En su artículo 10.1, establece que entre los fundamentos del orden político y de la paz social se encuentran la dignidad de la persona y los derechos inviolables que le son inherentes. Asimismo, en el mismo artículo en el punto 2, reconoce que la Constitución es conforme con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España. Además, el artículo 43, en sus puntos 1 y 2, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que es competencia de los poderes públicos ordenar y tutelar la salud pública a través de las actuaciones que sean necesarias.</p>
<p>Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.</p>	<p>Cuyo objeto, según recoge en su artículo 1.1, es hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución, destaca entre otros aspectos la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, promoviendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, y garantizando la salud como derecho inalienable de la población, el cual debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad del usuario, garantizando la confidencialidad de la información y sin ningún tipo de discriminación. Crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), definido como la suma de los Servicios de Salud de las CCAA.</p>
<p>Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.</p>	<p>Tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. En este sentido, regula diferentes aspectos como la información y el consentimiento informado, el derecho a la intimidad, las instrucciones previas o voluntades anticipadas y la historia clínica.</p>
<p>Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Establece el marco legal para el desarrollo de las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, garantizándose la equidad, la calidad y la participación social en SNS, a la vez que la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. Además, en el artículo 28.1, se establece que las comunidades autónomas abordarán actuaciones para la humanización de la asistencia y para la mejora de la accesibilidad administrativa y de su confortabilidad.</p>
<p>Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.</p>	<p>Regula en su artículo 5, los principios generales que deben regir el modelo de relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas, estableciendo que se debe respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, así como la participación de estas en las tomas de decisiones que les afecten. De igual forma, se determina que deben ofrecer información suficiente y adecuada para el ejercicio de toma de decisiones por parte del paciente.</p>

Marco normativo

A NIVEL NACIONAL

<p>Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.</p>	<p>Pretende garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.</p>
<p>Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.</p>	<p>Establece en el artículo 27 la incorporación del principio de igualdad en la política de salud, para garantizar la integración activa en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros . Esta ley modifica determinados aspectos en la Ley General de Sanidad para asegurar la perspectiva de género en la misma.</p>
<p>Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.</p>	<p>Art.3.1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes. 2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida. 3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. 4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.</p>
<p>Ley 33/2011 de 4 de octubre General de Salud Pública.</p>	<p>Reconoce el derecho a la igualdad y prohíbe toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones de salud pública.</p>
<p>Real Decreto Ley 7/2018 de 27 de julio sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Son titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria “todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español”.</p>
<p>Real decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.</p>	<p>Determina que las prestaciones de la cartera de servicios comunes de Salud Pública, de Atención primaria, de Atención especializada, de prestación de atención de urgencias, ortoprotésica, con productos dietéticos y de transporte sanitario se financiaran por las CCAA, garantizándose a toda la población.</p>
<p>Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia.</p>	<p>Reconoce el derecho a solicitar y recibir la prestación de la ayuda a morir cumpliendo los requisitos legalmente establecidos en la norma, haciendo compatibles los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, con otros bienes constitucionalmente protegidos como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.</p>
<p>Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.</p>	<p>La nueva regulación está inspirada, como nuestra Constitución en su artículo 10, en el respeto a la dignidad de la persona, en la tutela de sus derechos fundamentales y en el respeto a la libre voluntad de la persona con discapacidad, así como en los principios de necesidad y proporcionalidad de las medidas de apoyo que, en su caso, pueda necesitar esa persona para el ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas.</p>
<p>Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.</p>	<p>Se entiende por buen trato a los efectos de la presente ley aquel que, respetando los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, promueve activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación de los niñas, niños y adolescentes.</p>

Marco normativo

A NIVEL AUTONÓMICO

<p>Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.</p>	<p>Reconoce a las ciudadanas y los ciudadanos como titulares de los derechos y deberes contemplados en la Ley, en sus artículos 4 y 5, y recoge un amplio catálogo de los primeros.</p>
<p>Ley 6/2005 de 7 de julio, de Castilla-La Mancha, sobre Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.</p>	<p>Entiende por declaración de voluntades anticipadas la manifestación escrita de una persona capaz que, actuando libremente expresa las instrucciones que deban tenerse en cuenta sobre la asistencia sanitaria que desea recibir en situaciones que impidan expresar personalmente su voluntad, o sobre el destino de su cuerpo o sus órganos una vez producido el fallecimiento.</p>
<p>Decreto 15/2006 de 21 de febrero del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha.</p>	<p>La declaración de voluntades anticipadas se formaliza mediante documento escrito que es recomendable inscribir en el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, regulado mediante este decreto.</p>
<p>Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre Derechos y Deberes en Materia de Salud de Castilla-La Mancha.</p>	<p>La Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre Derechos y Deberes en Materia de Salud de Castilla-La Mancha especifica los derechos de las personas en relación con la salud, estableciendo mecanismos que permiten a la ciudadanía adoptar un papel protagonista en la toma de decisiones relativas a la asistencia sanitaria y en la gestión de su propio proceso de enfermedad.</p>
<p>Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de Igualdad entre mujeres y hombres de Castilla-La Mancha.</p>	<p>Tiene por objeto conseguir la igualdad real entre mujeres y hombres e indica que “la máxima preocupación de los poderes públicos es hacer efectivo este principio” Establece en su artículo 21, sobre el Derecho a la protección de la salud con perspectiva de género: 1. La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha garantizará la igualdad de trato y de oportunidades de mujeres y hombres en la protección de la salud, teniendo en consideración las diferentes circunstancias, condiciones y necesidades, y con la incorporación de la perspectiva de género en la investigación de la sintomatología de las enfermedades y en los tratamientos. 2. Las mujeres tienen derecho a una asistencia médica especializada en materia de salud reproductiva y sexual, embarazo, contracepción, interrupción voluntaria del embarazo y maternidad, a través del sistema de salud pública.</p>
<p>Decreto 81/2019, de 16 de julio, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad.</p>	<p>Establece la estructura orgánica y competencias de los órganos directivos de la Consejería de Sanidad, y crea la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.</p>
<p>Decreto 72/2021, de 15 de junio, de ordenación de las estructuras organizativas y gestión coordinadas de las actuaciones de humanización de la asistencia sanitaria y Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.</p>	<p>Tiene por objeto definir y establecer las estructuras organizativas y de gestión de las actuaciones de humanización de la asistencia sanitaria y sociosanitaria en Castilla-La Mancha, para impulsar políticas homogéneas, así como los principios orientadores y elementos de apoyo necesarios para su desarrollo, que posteriormente se concretarán en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.</p>

Marco normativo

A NIVEL AUTONÓMICO

Decreto 75/2021, de 22 de junio, por el que se crea y regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla La-Mancha prevista en el artículo 17 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia.

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, regula en el capítulo V las Comisiones de Garantía y Evaluación, que deberán crearse en todas las Comunidades Autónomas. En este Decreto se crea y constituye la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla la-Mancha prevista en el artículo 17, de la citada Ley Orgánica 3/2021. Se respeta lo dispuesto en dicho artículo, que establece que la composición de la referida Comisión tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.

Decreto 14/2022, de 1 de marzo, por el que se crea y regulan las funciones, composición y funcionamiento del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha.

El Comité de Bioética de Castilla-La Mancha se configura como un órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo en materia de ética asistencial y de investigación biomédica. Está constituido por 18 personas designadas por la persona titular de la Consejería con competencias en materia de salud.

Las funciones del Comité son las de asesoramiento y orientación para emitir informes, recomendaciones y realizar estudios sobre aquellas cuestiones de carácter ético que tengan una especial repercusión o trascendencia en el ámbito sanitario regional. Igualmente, pretende impulsar el desarrollo de la Bioética en la región, promover la creación de Comités de Ética Asistencial tanto en el ámbito de la sanidad pública como de la privada, asesorar en los aspectos relativos a los nuevos avances en investigación y, por último, informar a petición del órgano promotor, sobre los proyectos y disposiciones de carácter general que puedan tener incidencia en el campo de la Bioética.

- A** **Accesibilidad:** Se refiere a la facilidad para la utilización de las prestaciones que ofrece el sistema sanitario a una persona o grupo de personas. Se vincula a la equidad en la distribución de los servicios sanitarios que incluye variables económicas (gratuidad, copago u otras), variables geográficas (distancia entre lugar de residencia y los centros asistenciales, calidad de la red de transporte público), existencia o no de determinadas tecnologías y servicios asistenciales (disponibilidad), barreras burocráticas, variables de índole cultural (grado de alfabetismo y comprensión del idioma) y variables regulatorias (derecho a prestaciones).
- Atención centrada en la persona (ACP):** forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de la persona, de quienes cuidan, de las familias y las comunidades como partícipes y colectivos beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. La atención centrada en la persona exige también que cada paciente reciba la información y el apoyo que necesita para tomar decisiones y participar en su propia atención y que las personas que cuidan estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud. OMS.69.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.A69/39 Punto 16.1 del orden del día provisional 15 de abril de 2016 “Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la Secretaría”.
- Autonomía de las y los pacientes:** Es el derecho ineludible que tiene todo ser humano de decidir y disponer sobre todo lo que corresponde a su cuerpo. Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines y de obrar bajo la dirección de esta deliberación.
-
- B** **Buena práctica:** Aquélla cuya intervención o experiencia está basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario. (“Procedimiento para recogida de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud”, Subdirección General de Calidad y Cohesión, MSSSI).
-
- C** **Continuidad Asistencial:** Capacidad de los servicios sanitarios para atender de forma continuada a las y ylos pacientes, independientemente del lugar y del tiempo, de forma coordinada con otros profesionales y organismos y que genera una mejor calidad y satisfacción de las personas usuarias. Este tipo de atención es más relevante en pacientes pluripatologías o con enfermedades crónicas complejas.
-
- D** **Discapacidad:** Condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna diversidad funcional física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. OMS, 2006).

Glosario

- E** **Eficiencia:** Se trata de emplear los medios disponibles de manera racional para conseguir los objetivos y metas fijados con anterioridad y con el mínimo gasto posible de los recursos. En salud, la eficiencia se refiere a la consecución de un objetivo sanitario a un mínimo costo.
- Empatía:** Término que se emplea desde el siglo XVIII para referirse a la sintonía afectiva que establece la amistad terapéutica (v.) con las personas atendidas. En temas de salud, supone la capacidad de sintonizar con las vivencias de las y los pacientes, de ponerse en su lugar para adoptar sus puntos de vista y comprender objetivamente sus sentimientos y sus conductas. Es una de las cualidades más importantes del personal sanitario, ya que fomenta la confianza y esperanza de la persona enferma, mejorando la relación en la atención sanitaria y el cumplimiento y la efectividad del tratamiento.
- Excelencia:** Pretensión de máxima calidad en todas y cada una de las actuaciones y recursos, que busca una valoración positiva por parte de profesionales y personas usuarias. El objetivo es asegurar una atención, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares de cada paciente.
-
- G** **Gestión clínica:** Estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno a las y los pacientes (Peiró & cols, 2010).
- Glocalización:** Composición entre globalización y localización, concepto desarrollado inicialmente en la década de 1980 en las prácticas comerciales de Japón, según el término original “*dochakuka*”. (Pensar globalmente, actuar localmente).
- Gobernanza:** Forma de gobernar que promueve un nuevo modelo de gestión fundamentado en la participación de la sociedad civil a todos sus niveles, incluyendo las organizaciones no gubernamentales y la ciudadanía, y basada en la eficacia, la calidad y la satisfacción. Puede entenderse como un proceso continuo mediante el que pueden acomodarse intereses diversos y discordantes y adoptarse alguna acción cooperativa.
-
- L** **Liderazgo Participativo:** Tipo de liderazgo que invita a otras personas del equipo a contribuir con el proceso de toma de decisiones. No delega su derecho a tomar decisiones finales y señala directrices específicas al grupo. Emplea la toma de decisiones de las demás personas para que sus ideas sean cada vez más útiles y maduras y les impulsa a incrementar su capacidad de autocontrol y de asumir más responsabilidades.
-
- P** **Participación en Salud:** Proceso mediante el que diferentes agentes de la comunidad se involucran –de manera directa o indirecta– en la toma de decisiones, y/o en la planificación, diseño, coordinación, implementación o evaluación de servicios en salud, usando métodos de consulta, colaboración y/o empoderamiento.
-
- R** **Redes de Expertos y Profesionales:** Unidad funcional sin personalidad jurídica propia, de carácter consultivo y composición multidisciplinar constituida para la definición de criterios homogéneos en la gestión de las distintas políticas sanitarias, así como para la valoración y toma de decisiones que afecten al conjunto de la organización.
- Responsabilidad Social Corporativa:** Es la forma de dirigir una organización basándose en la gestión de los impactos que su actividad genera sobre sus diferentes agentes y grupos de interés: clientes, personal empleado, comunidades locales, medio ambiente y sociedad en general.

- S** **Satisfacción de las y los pacientes:** La satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas atendidas se considera un indicador fundamental de la calidad de la asistencia proporcionada, entendida como una medida de eficacia, confort, pertinencia y control del funcionamiento del sistema sanitario. Hace referencia a la percepción y valoración que las personas usuarias hacen del sistema sanitario en su conjunto.
- Seguridad de las y los pacientes:** se define como la ausencia, para una persona atendida, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. El “daño relacionado con la atención sanitaria” es el que se deriva de los planes o acciones de un/a profesional sanitario/a durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o afección subyacente. La seguridad de las y los pacientes representa uno de los componentes clave de la calidad asistencial.
- Sostenibilidad:** Consiste en el conjunto de acciones y políticas que permitan el cumplimiento, impulso y aplicación de los valores y principios inspiradores de un sistema sociosanitario, encaminados a garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía y la perdurabilidad en el tiempo. La salud y el desarrollo sostenible están íntimamente unidos. La salud de las poblaciones depende directamente de la posibilidad de acceder a fuentes de agua limpias, de contar con sistemas de evacuación de aguas residuales, de ambientes libres de contaminación, del control de enfermedades y epidemias y de la posibilidad de acceso a los servicios sanitarios.
-
- V** **Vulnerabilidad:** Hace referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y a la condición mortal del ser humano. Sin embargo, tiene diversas dimensiones. Al menos una dimensión antropológica, que afirma la condición de vulnerabilidad del ser humano en cuanto tal, y una dimensión social, que subraya una mayor susceptibilidad generada por el medio o las condiciones de vida, dando lugar a espacios de vulnerabilidad y poblaciones vulnerables. La dimensión social nos conduce a hablar de las capacidades y el reconocimiento como elementos clave del vínculo entre los seres humanos que es fundamento de la obligación moral. Esta obligación es fundamentalmente de cuidado y solidaridad en el marco de la justicia.

Acrónimos y abreviaturas

ASPF: Asociaciones de Pacientes y Familiares

BS: Consejería de Bienestar Social

CCAA: Comunidades Autónomas

CLM: Castilla-La Mancha

CS: Consejería de Sanidad

DG: Dirección General

DGAS: Dirección General de Asistencia Sanitaria

DGFP: Dirección General de Formación Profesional

DGHASS: Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria

DGCC: Dirección General de Cuidados y Calidad

EAR: Escuela de Administración Regional de Castilla-La Mancha

FP: Formación Profesional

GAE: Gerencia de Atención Especializada

GAI: Gerencia de Atención Integrada

GAP: Gerencia de Atención Primaria

GUETS: Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario

HAS: Humanización de la Asistencia Sanitaria

ICS: Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

JCCM: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

PAEA: Plan de Actuaciones Estratégico Anual

PHASCLM: Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en CLM

POAG: Plan Operativo Anual de la Gerencia

PS: Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 25

RH: Responsables de Humanización de las Gerencias Asistenciales

Sescam: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

SNS: Sistema Nacional de Salud

UCLM: Universidad de Castilla-La Mancha

ZBS: Zona Básica de Salud

Autores y participantes

Dirección:

M^a Teresa Marín Rubio. Directora General Humanización y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

Coordinación, redacción y dirección técnica:

- *Rodrigo Gutiérrez Fernández*. Jefe de Servicio de Programas de Humanización. Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- *Almudena Jerez Plaza*. Coordinadora de la Estrategia de Humanización. Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- *Emma Corraliza Infanzón*. Responsable Unidad de Información y Atención a personas con Enfermedades Raras. Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.
- *Carolina Cabañas Cabañas*. Responsable Registro de Voluntades Anticipadas. Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria.

Colaboraciones:

Apoyo y dinamización del proceso de elaboración:

- *Mar Durán Ponce y Guillermo Ríos Barraguer*. Consultora Lead & Grow.

Investigación y análisis:

- *Natalia Simón Medina y Julio César de Cisneros de Britto*, Profesores e Investigadores de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Vocales participantes de la Comisión Regional Técnica de Humanización

- *Evangelina Téllez Gallego*. Jefa de Servicio de Participación y Apoyo a la Iniciativa Social. Consejería de Sanidad.
- *María Martín Ayala*. Jefa de Servicio de Coordinación Sociosanitaria. Consejería de Sanidad.
- *Esther García Perea*. Jefa del Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias. Consejería de Bienestar Social.
- *Aurora González Sánchez*. Responsable Unidad de Información y Atención al Paciente Sescam.
- *Félix Alcázar Casanova*. Jefe de servicio de Calidad asistencial y Seguridad del Paciente Sescam.
- *Valentín Otero Valero*. Representante Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha.
- *Daniel Rubio López*. R. Humanización Gerencia de Almansa Sescam.
- *Begoña Parra Robles*. R. Humanización Gerencia de Hellín Sescam.
- *Antonio Gigante León*. R. Humanización Gerencia de Alcázar de San Juan Sescam.
- *Rebeca Abengózar Muñoz*. Responsable de Humanización Gerencia de Puertollano Sescam.
- *M^a Carmen del Olmo Bernal*. R. Humanización Gerencia de Valdepeñas Sescam.
- *Montserrat Gascón Moreno*. R. Humanización Gerencia de Cuenca Sescam.
- *Pilar Fluriache García-Caro*. R. Humanización Gerencia de Talavera Sescam.
- *María Isabel Ordúñez del Mazo*. R. Humanización Gerencia de Atención Especializada de Toledo Sescam.
- *Rosa M^a Ruiz Delgado*. R. Humanización Gerencia del Hospital Nacional de Parapléjicos Sescam.
- *Caní Añó Consuegra*. R. Humanización Gerencia de Ciudad Real Sescam.
- *Shaila Ruiz de Lara*. R. Humanización Gerencia de Manzanares Sescam.
- *M^a Eugenia Medina Chozas*. R. Humanización Gerencia de GUETS Sescam.
- *Esther Aguirre de la Peña*. R. Humanización Gerencia de Atención Primaria de Toledo Sescam.
- *Sandra Roperó Lopesino*. R. Humanización Gerencia de Guadalajara Sescam.
- *M^a José Casero Cano*. R. Humanización Gerencia de Tomelloso Sescam.
- *Andrés Tendero Alarcón*. R. Humanización Gerencia de Villarrobledo Sescam.
- *José Miguel García Molla*. R. Humanización Gerencia de Albacete Sescam.

Coordinadoras/es y representantes de las Redes de Expertos y Profesionales del Sescam

- *Isabel Buedo Rubio*. Coordinadora de la Red de Expertos y Profesionales de Oncohematología Pediátrica.
- *Teresa Rodríguez Cano*. Coordinadora de la Red de Expertos y profesionales de Salud Mental.
- *Susana García-Heras Delgado*. Coordinadora de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.
- *Natalia Blein Cabestrero*. Representante de la Red de Expertos y Profesionales de Cuidados Paliativos.
- *Daniel Quiles Tello*. Representante Coordinación de la Red de Expertos y Profesionales de Imagen Medica Radiológica.

Representante de la Unidad de Género de la Consejería de Sanidad

Sagrario Rubio Flores. Representante de la Unidad de Género de la Consejería de Sanidad.

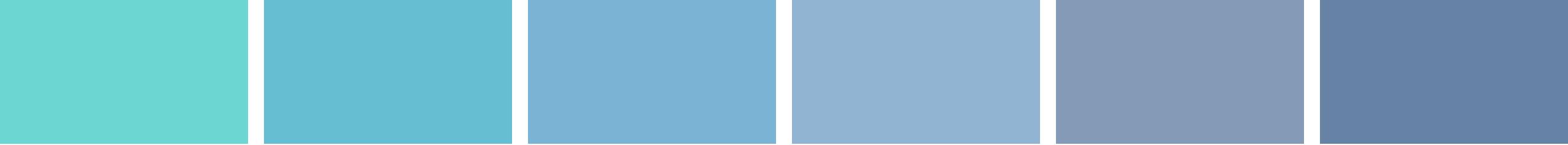
Bibliografía

- Bermejo JC. **“Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto”**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014.
- Bermejo JC, Martínez-Barca MP, Villaceros M. **“Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria”**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2021.
- Boladeras M (coord.) **Bioética del cuidar. ¿Qué significa humanizar la asistencia?** Ed. Tecnos. Madrid; 2015.
- Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. **Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review.** Patient, 2019 oct; 12(5).
- Camps V. **La excelencia en las profesiones sanitarias.** Revista Humanitas. Humanidades Médicas, nº 21. 2007.
- Consejería de Desarrollo Sostenible de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, **“Estrategia Regional de la Agenda 2030 de Castilla-La Mancha”**, 2021.
- Consejería de Sanidad y Dependencia, Junta de Extremadura, **“Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013”**, 2007.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, **“Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019”**, 2016.
- Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, **“Plan Dignifica: Humanizando la asistencia”**, 2017.
- Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, **“Plan de Salud de Castilla-La Mancha. Horizonte 25”**, 2021.
- Consejería de Salud. Principado de Asturias, **“Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias”**, 2021.
- Consejería de Salud y Familia de la Comunidad de Andalucía, **“Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía”**, 2021.
- Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, **“Plan Persona”**, 2021.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, **“II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025”**, 2022.
- Consellería de Sanidade Xunta de Galicia, **“Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria”**, 2019.
- Conselleria de Sanitat. Comunidad de Valenciana. **“Plan de humanización de la atención sanitaria de la Comunidad Valenciana”**, 2001.
- De Silva D. **Helping measure person-centred care. Evidence review** The Health Foundation. London, March, 2014.
- Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, **“Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra”**, 2017.
- Duro Robles R (coord.). **Plan de humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027.** Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares, 2022.

Bibliografía

- Fundación HUMANS. **“Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España”**. Madrid, 2017.
- Groopman J. **¿Me está escuchando doctor?** Un viaje por la mente de los médicos. RBA editores. Barcelona, 2008.
- Gutiérrez R, et al. **Mejora en la calidad percibida: el Plan de los Pequeños Detalles del Sescam**. Rev Calidad Asistencial 2004;19(2):88-91
- Gutiérrez Fernández R, **“La Humanización de (en) la Atención Primaria”**. Rev Clin Med Fam, vol.10, nº1, 2017.
- Heras la Calle, G. et al. **“Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas”**. Distribuna Editorial, 2017.
- INSALUD, **“Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria”**, 1984.
- Jovell AJ. **“Medicina basada en la afectividad”**. Med Clín. 1999;113(5):173-5.
- Jovell AJ. **“Liderazgo afectivo: All You Need is Love”**. Alienta. Barcelona, 2007.
- Jovell AJ. **“La confianza”**. Plataforma Editorial. Barcelona, 2007.
- Jovell AJ. **“Ética de las decisiones sanitarias”**. Med Clin. 2005;124(15):580-2.
- March, JC. **“Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios”**. Rev Calidad Asistencial. 2017;32(5):245-7.
- Marchesi P.L. **“Humanicemos el Hospital”**, en: AA.VV. Humanización en Salud. Selare. Bogotá, 1993.
- Mira JJ, Aranaz J. **“La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria”**. Med Clin. 2000; 114:26-33.
- Montori V. **La rebelión de los pacientes. Contra una atención médica industrializada**. Antoni Bosch editor. Barcelona, 2020.
- NACIONES UNIDAS (2014). El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta. Informe de síntesis del Secretario General sobre la Agenda de Desarrollo Sostenible después de 2015.
- Peabody FW. **The care of the patient**. JAMA Vol. 88, pp. 877-882, Mar. 19, 1927.
- Pérez-Fuentes MC et al. **“Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS”**. European Journal of Health Research 2019, Vol. 5, Nº 1

- Román Maestre B. **“Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo”**. Med Paliat. 2013; 20(1):19-25.
- Repullo Labrador J.R. **Reinterpretando la gestión del sistema sanitario desde las teorías de la complejidad y el caos**. Ars Médica. Revista de Humanidades 2006; 2:180-197.
- Sacks O. **El hombre que confundió a su mujer con un sombrero**. Editorial Anagrama. Barcelona, 2008 (publicación original en 1985).
- Santos Hernández AM. **“Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas”**. Cuadernos de Bioética vol. 14 n ° 50, 2003.
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, **“Estrategia de Confortabilidad en el Sescam”**, 2008.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad