

**PLAN
DE HUMANIZACION
DE LA ASISTENCIA
HOSPITALARIA**



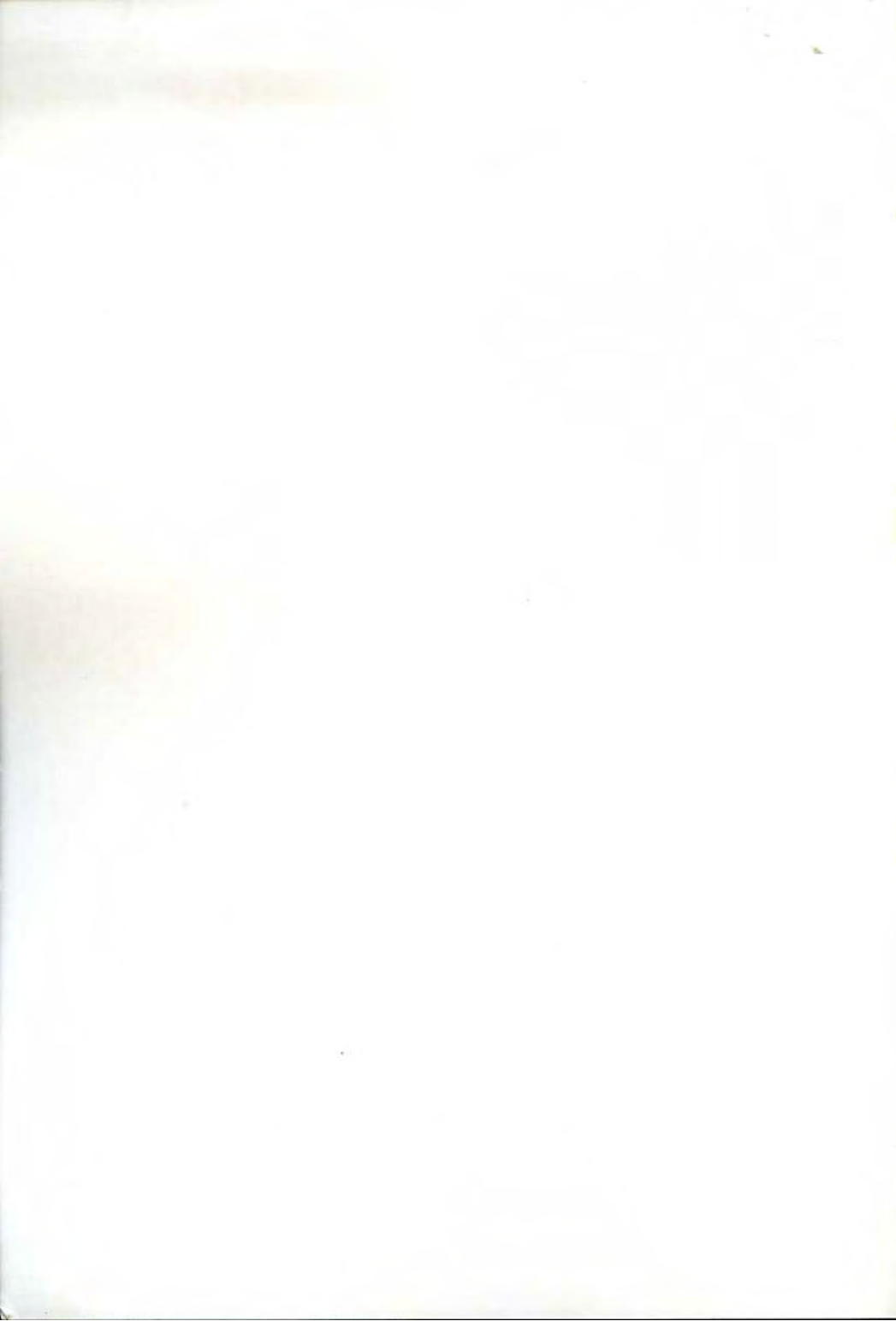
**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD**



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Atención Hospitalaria

PLAN
DE HUMANIZACIÓN
DE LA ASISTENCIA
HOSPITALARIA

Ministerio de Sanidad y Consumo
Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Atención Hospitalaria



**PLAN
DE HUMANIZACION
DE LA ASISTENCIA
HOSPITALARIA**



**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD**

PLAN
DE INMANEJACION
DE LA ASISTENCIA
HOSPITALARIA

Edita y distribuye: Servicio de Publicaciones.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
Paseo del Prado, 18. 28014-Madrid.

I.S.B.N.: 84-351-0026-X.

Depósito legal: M. 39.279-1984.

Imprime: RUAN, S. A.

Avenida de la Industria, 19.
Alcobendas (Madrid). - O. 244.

DIRECCION: Dr. D. Ricard GUTIERREZ MARTI.

Equipo Técnico:

GUILLERMO BARDAJI ALVAREZ.
CONCEPCION GOMEZ GARCIA.
JUAN HERNANDEZ YAÑEZ.
EDUARDO MAIZ OLAZABALAGA.
TEODORO MAYAYO ARTAL.
ALFONSO ORTEGA SILES.

Secretaría:

M.^a TERESA BERNABE POVEDA
M.^a SOLEDAD PATALLO NONIDE
M.^a JESUS PEÑA DE LA FUENTE



I N D I C E

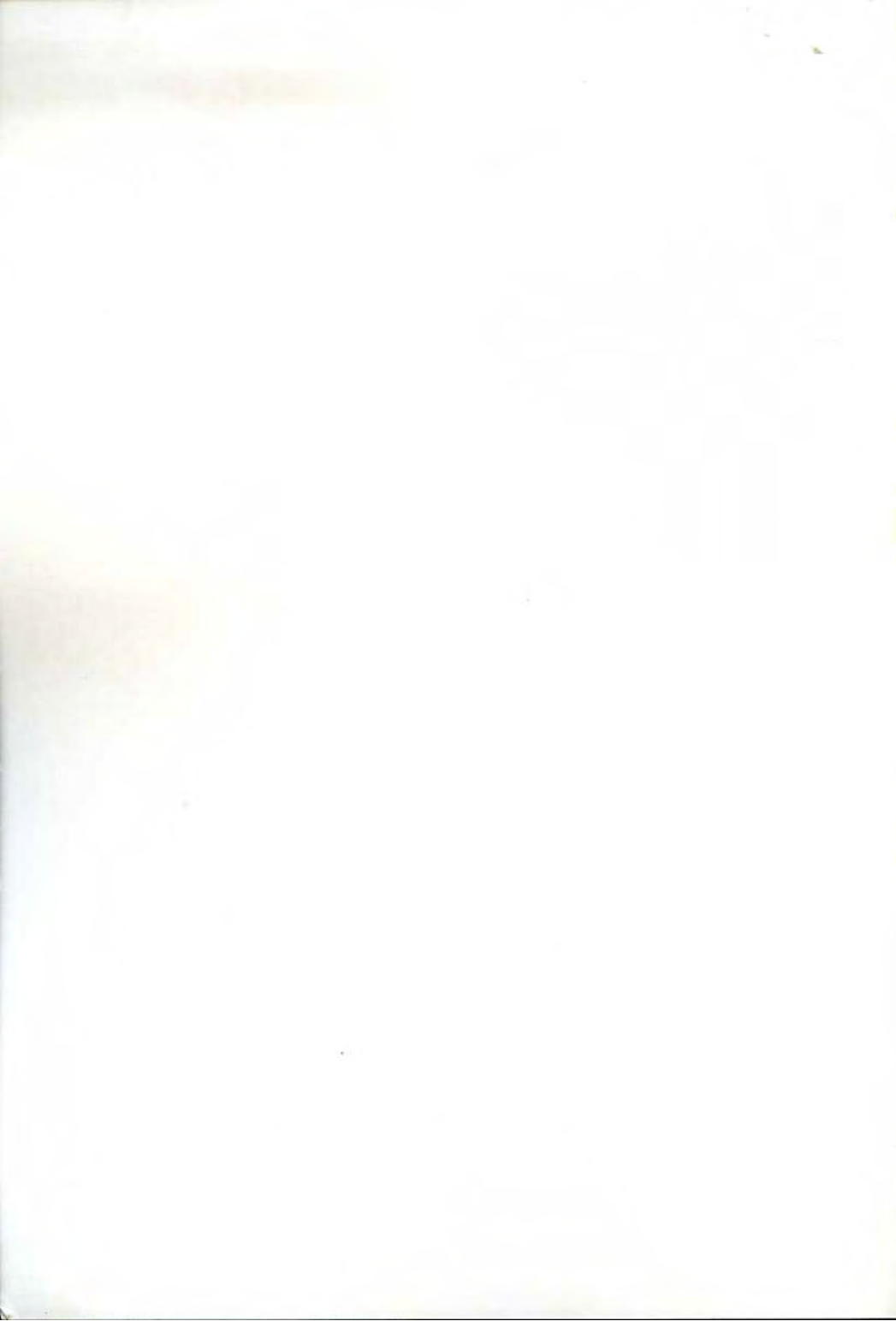
Páginas

| | |
|---|----|
| I. DESARROLLO DE LA POLITICA HOSPITALARIA | 11 |
| A) Introducción | 13 |
| B) Ley General de Sanidad | 13 |
| C) Reforma de la Atención Primaria | 14 |
| D) Reforma Hospitalaria | 14 |
| II. EL PORQUE DEL PLAN DE HUMANIZACION | 17 |
| III. CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES . | 21 |
| IV. PLAN DE HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA | 29 |
| 1. Carta de Presentación y Recepción al Paciente | 32 |
| 2. Información General y Normas de Funcionamiento | 33 |
| 3. Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes | 42 |
| 4. Seguimiento de la Carta de Derechos y Deberes | 42 |
| 5. Servicio de Atención al Paciente | 44 |
| 6. Comisión de Humanización de la Asistencia | 46 |
| 7. Listas de Espera | 48 |
| 8. Encuestas de Posthospitalización | 53 |
| 9. Señalización del Hospital | 69 |
| 10. Maestros en Hospitales Infantiles | 69 |
| 11. Favorecer unión madre-hijo ingresado | 70 |
| 12. Biblioteca para los pacientes | 70 |

| | <i>Páginas</i> |
|---|----------------|
| 13. Información a pacientes sobre autopsias y donación de órganos | 70 |
| 14. Citación Horaria en Consultas Externas | 73 |
| 15. Aplicación del horario de visitas | 73 |
| 16. Comida del paciente a la carta | 73 |
| V. PUESTA EN MARCHA DEL PLAN | 75 |
| 1. Primera fase | 77 |
| 2. Segunda fase | 78 |
| EPILOGO..... | 81 |

I.

DESARROLLO DE LA POLITICA
HOSPITALARIA



A) INTRODUCCION

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud. Este mandato constitucional define el campo de actuación de la Reforma Sanitaria, la cual va a girar en torno a un instrumento organizativo que es la Ley General de Sanidad.

B) LEY GENERAL DE SANIDAD

La Ley General universaliza el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a todos los españoles, orientando el sistema sanitario a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el acceso igualitario a las prestaciones sanitarias, con amplia participación ciudadana, promoviendo la rehabilitación y reinserción social.

Estas acciones hacen variar sustancialmente el concepto de salud, haciéndola integral e integrada.

Dentro de las atenciones básicas, se abarcan entre otras la atención primaria y la atención especializada, dentro de la cual se incluye la asistencia hospitalaria.

La situación y legislación actual permiten ir realizando la Reforma en algunos casos con pequeñas modificaciones de sus contenidos, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la hospitalaria. En este período previo a la aprobación de la Ley General de Sanidad se

han ido diseñando una serie de disposiciones que definan el futuro sistema.

En este sentido está la reforma tanto de la Atención Primaria como de la Hospitalaria.

C) REFORMA DE LA ATENCION PRIMARIA

En la Atención Primaria se han ido desarrollando medidas concretas, tanto a nivel legislativo general —como es el Decreto de Estructuras Básicas de Salud, de febrero de 1984—, como en determinadas medidas funcionales: citación previa para especialistas, libre elección de médico, extracción periférica de sangre, desplazamiento de especialistas, cartillas de largo tratamiento, etc. que indiscutiblemente redundan en una mejora de la calidad asistencial que recibe el ciudadano.

D) REFORMA HOSPITALARIA

La Reforma Sanitaria se concreta en los hospitales, por un lado en propiamente la Reforma Hospitalaria, que exige una serie de cambios legales y jurídicos para su instrumentación y que se aplicará paulatina y gradualmente, y por otro lado en lo que llamamos Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria que son una serie de medidas, que sin exigir cambios jurídicos, intentan racionalizar el funcionamiento de nuestros hospitales e ir mejorando la calidad asistencial que reciben los ciudadanos, y que ya se está aplicando desde abril de 1984.

En ambas, es decir, tanto en la Reforma Hospitalaria como en el Nuevo Modelo de Gestión, aparece con entidad propia el tema de la Humanización.

Recordemos que la Reforma Hospitalaria, intentándola sintetizar a grandes rasgos, se concreta en:

1. Ordenación Territorial de los Hospitales

- Definición del concepto de área.
- Definición de la función del Hospital.
- Niveles Hospitalarios.
- Coordinación con Atención Primaria.
- Acreditación Hospitalaria.

2. Aspectos de Gestión

- Juntas de Gobierno.
- Nuevo Equipo Directivo.
- Autonomía de Gestión.
- Dirección participativa por objetivos.
- El Servicio como unidad de la Organización Hospitalaria.
- Infraestructura informativa.

3. Mejora del funcionamiento asistencial

- Mejora la calidad asistencial.
- Comisiones de Control de Calidad.
- Acreditación profesional.
- Docencia e Investigación.
- Mayor vinculación de los médicos al Hospital: nuevas dedicaciones plena y exclusiva.

4. Humanización de la Asistencia

Y el Nuevo Modelo de Gestión que se concreta también a grandes rasgos en los siguientes puntos:

1. Necesidad de hacer «gestión» en los hospitales.
2. Necesidad de disponer de objetivos asistenciales y económicos concretos a cumplir por nuestra red y en particular en cada hospital.
3. Creación de una estructura informativa mínima y homogénea para toda la red.
4. Introducción sistemática del control de calidad, a través del análisis de la estructura, proceso y resultado de la asistencia prestada.
5. La humanización de la asistencia, con la proclamación de la «Carta de Derechos y Deberes de los pacientes», su instrumentación práctica y medidas concretas de aplicación.

Debido a esta importancia del tema, el Insalud ha decidido hacer un programa especial para el mismo, que es la explicación del porqué de este Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria.

II.

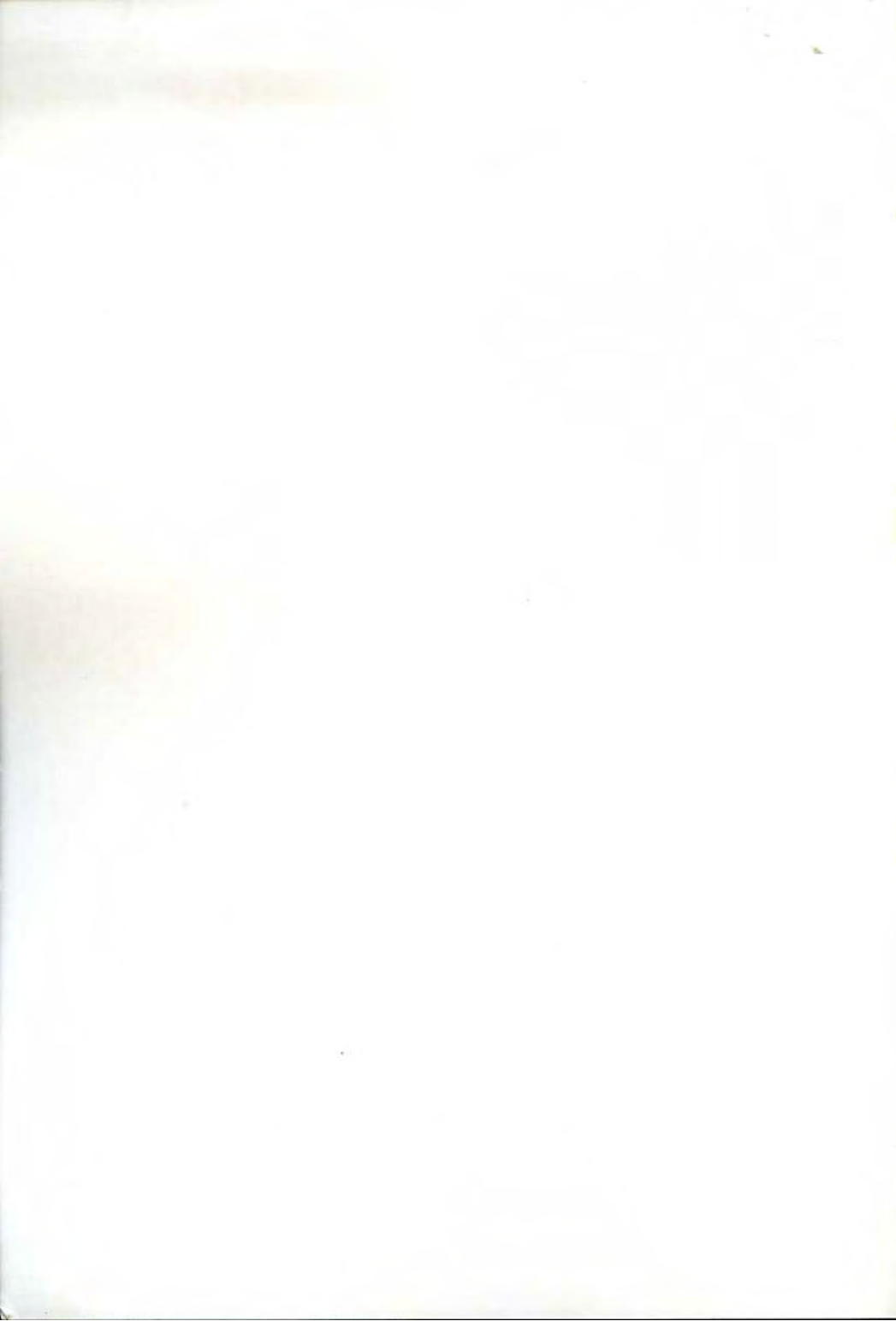
EL PORQUE DEL PLAN DE HUMANIZACION



La enfermedad genera, tanto en el paciente como en su entorno familiar y social, una situación de indefensión que le hace sentirse desvalido, y por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. 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.

El Insalud gestiona en el ámbito hospitalario, en estos momentos, unos recursos materiales que se concretan en 136 hospitales con un total de 47.953 camas y unos recursos humanos del orden de 15.400 Médicos, 48.300 Enfermeras, 37.500 Auxiliares y 35.000 de personal no sanitario. Indiscutiblemente se cuenta con excelentes profesionales en todos y cada uno de los diferentes estamentos, y la calidad asistencial que ofrecen nuestros Centros es totalmente equiparable a la de cualquier país del área europea, pero también es verdad que nuestros hospitales necesitaban potenciar y mejorar su faceta de humanización.

Es por ello que el Insalud consciente de esta obligación, realiza la oficialización de la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, como declaración de principios que se instrumenta y se lleva a la práctica a través de los medios previstos en el Plan de Humanización de la Asistencia.



III.

CARTA DE DERECHOS
Y DEBERES DE LOS PACIENTES



CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

La carta de los Derechos y Deberes de los pacientes aquí presentada parte de la necesidad de armonizar las relaciones que se establecen entre los diversos elementos del sistema sanitario y sus pacientes en las condiciones que un estado democrático fundamentado en la libertad y el respeto a la dignidad humana exige. La realidad y efectividad de la libertad e igualdad del individuo y los grupos en que se integra, que señala como responsabilidad de los poderes públicos el artículo 9.2 de nuestra Constitución, llevada al terreno de la protección de la salud que establece su artículo 43, hace imprescindible la promulgación de esta Carta de Derechos y Deberes.

En la medida en que esta Carta sirva para armonizar Derechos y Deberes de la persona conjugando por un lado la irrenunciabilidad de cualquier derecho, con la responsabilidad sobre la propia salud y sobre los recursos sanitarios, será útil tanto para el paciente como para quienes desarrollan su actividad profesional dentro del sistema sanitario.

DERECHOS

1. El paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.
2. El paciente tiene derecho al respeto a su personalidad, dignidad

humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico.

3. El paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, incluido el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.
4. El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.
5. El paciente tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos:
 - Cuando la urgencia no permita demoras.
 - Cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.
 - Cuando exista imperativo legal.
 - Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.
6. El paciente tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 5, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria en las condiciones que señala el punto 6 del apartado de Deberes.
7. El paciente tendrá derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre deberá conocer, y que será su interlocutor válido con

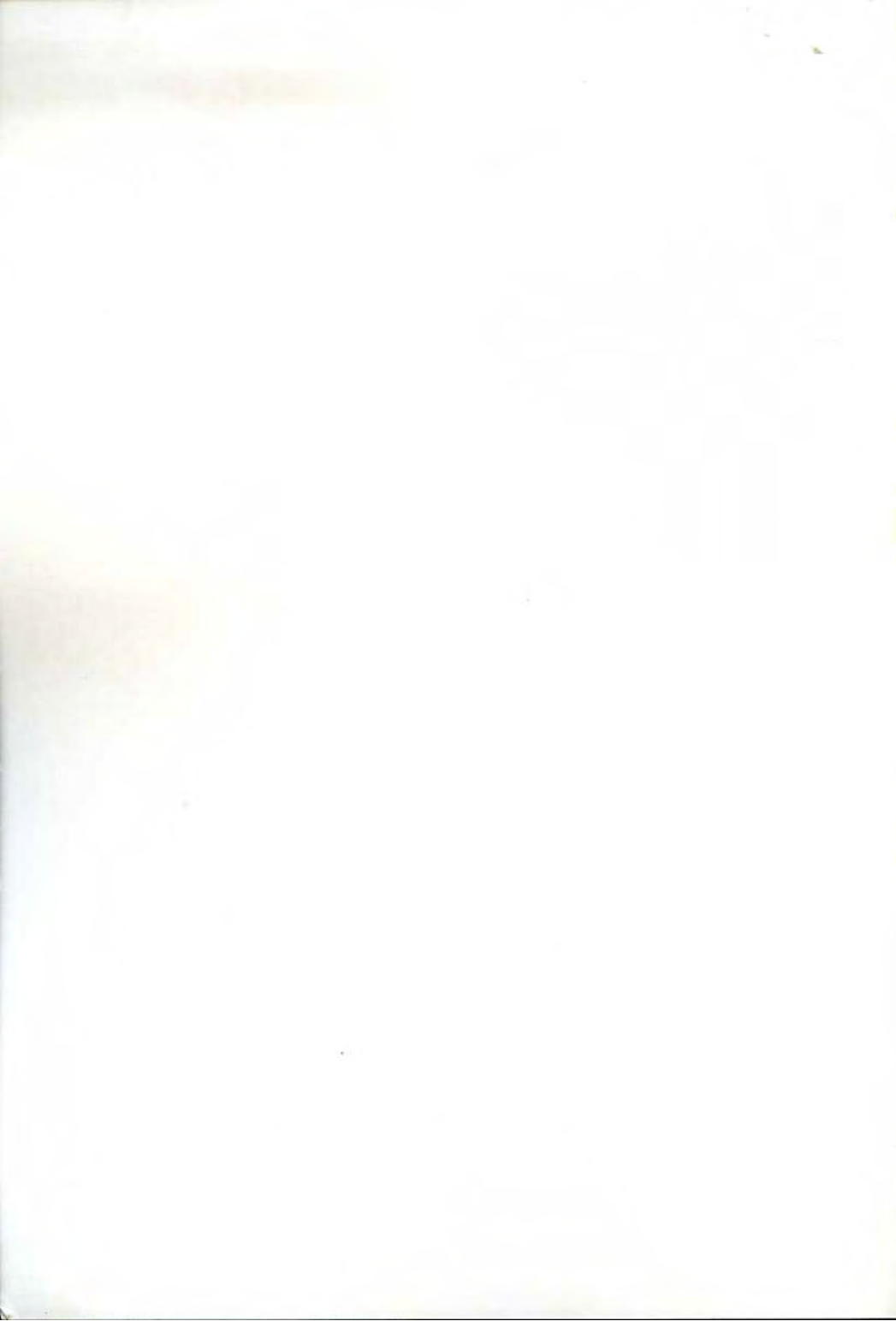
- el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.
8. El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la Historia Clínica.
 9. El paciente tiene derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico de los principios básicos y normas que establece la Declaración de Helsinki. Las actividades docentes requerirán, asimismo, consentimiento expreso del paciente.
 10. El paciente tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos, y a que la estructura de la Institución proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
 11. El paciente tendrá derecho, en caso de hospitalización, a que ésta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. Para ello, el hospital facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible, el acceso a los medios y sistemas de comunicación y de cultura y la posibilidad de actividades que fomenten las relaciones sociales y el entretenimiento del ocio.
 12. El paciente tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales que afecten a su proceso y situación personales.
 13. El paciente tiene derecho a conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y, en general, para comunicarse con la administración de las Instituciones. Tiene derecho, asimismo, a recibir una respuesta por escrito.

14. El paciente tiene derecho a causar alta voluntaria en todo momento tras firmar el documento correspondiente, exceptuando los casos recogidos en el artículo 5 de los Derechos.
15. El paciente tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. El Hospital proporcionará la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales y espirituales.
16. El paciente tiene derecho a que las Instituciones Sanitarias proporcionen:
 - Una asistencia técnica correcta, con personal cualificado.
 - Un aprovechamiento máximo de los medios disponibles.
 - Una asistencia con los mínimos riesgo, dolor y molestias psíquicas y físicas.

DEBERES

1. El paciente tiene el deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias.
2. El paciente tiene el deber de tratar con el máximo respeto al personal de las instituciones sanitarias, a los otros enfermos y a sus acompañantes.
7. El paciente tiene el deber de solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la institución y los canales de comunicación (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas). Debe conocer el nombre de su médico.
4. El paciente tiene el deber de cuidar las instalaciones y de colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.

5. El paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento.
6. El paciente tiene el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones farmacéuticas y sociales.
7. El paciente tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencias.
8. El paciente tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos.



IV.
PLAN DE HUMANIZACION
DE LA ASISTENCIA



El objetivo de la puesta en marcha del Plan de Humanización de la Asistencia, con carácter piloto en 15 hospitales de la red del INSALUD, corresponde a un deseo de la Administración actual de ir mejorando la calidad de la atención hospitalaria, a todos los niveles, tanto en la atención médico-enfermería, como en la atención hotelera, recepción, etc.

Este Plan prevee la utilización de los siguientes instrumentos:

1. Carta de Presentación y Recepción del paciente.
2. Información General, normas de funcionamiento, visitas, comidas del Hospital, etc.
3. Carta de Derechos y Deberes del Paciente.
4. Seguimiento de la Carta de Derechos y Deberes.
5. Servicio de Atención al paciente.
6. Comisión de Humanización de la Asistencia.
7. Control y tratamiento de las listas de espera.
8. Encuestas de posthospitalización.
9. Señalización del Hospital.
10. Maestros en Hospitales Infantiles.
11. Favorecer unión madre-hijo ingresado.
12. Biblioteca para los pacientes.
13. Información al paciente sobre autopsias y donación de órganos.
14. Citación horaria en Consultas Externas.
15. Ampliación del horario de visitas.
16. Comida de los pacientes a la carta.

Estos instrumentos tienen el siguiente desarrollo:

1. Carta de Presentación y Recepción al Paciente

Recoge el deseo de la Dirección y de todo el personal del Hospital del pronto restablecimiento del paciente y la disposición de la organización del Hospital a su servicio.

El modelo que se utiliza es el que se muestra en la página 19.

MODELO DE CARTA DE PRESENTACION Y RECEPCION AL PACIENTE

El Hospital, con todos sus recursos humanos y materiales, se pone a su servicio.

Nuestro único objetivo es conseguir que pueda volver muy pronto a su casa, completamente restablecido.

Cuanto aquí trabajamos deseamos hacer que su estancia entre nosotros sea lo más agradable posible para Vd. En este folleto encontrará información que nos ayudará a conseguirlo.

Atentamente, en nombre de todos.

EL DIRECTOR,

2. Información General y Normas de Funcionamiento

Se realiza una descripción somera del Hospital con las áreas que comprende las plantas y su dedicación asistencial, y la localización de los Servicios Médicos que comprende.

Su objetivo es conseguir que el paciente y su familia se familiaricen arquitectónicamente con el hospital, que conozcan cuáles son los Servicios que el Hospital tiene y dónde están localizados, la desorientación es un factor más que agrava la sensación de estar en un lugar extraño, no algo que conoce, y que le resulta familiar.

Debe conocer los lugares de descanso, salón de actos, salón de televisión, biblioteca, capilla, cafetería, etc.

Esta información debe ser gráfica y de fácil comprensión mediante gráficas, fotografías, esquemas, etc.

En cuanto a la información del equipo médico es necesario recordar que, tal como recoge la carta de Derechos y Deberes en su artículo 4.º del apartado de derechos, «el paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo al proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos que será facilitado en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.

Igualmente, el paciente recibirá al final de su estancia un informe de alta que recogerá el resumen de su historia clínica, hallazgos exploratorios, analítica, informes radiológicos, anatomía patológica, diagnóstico y tratamiento si precisa.

Cada hospital instrumentará esta información periódica tanto a pacientes como a familiares.

Modelo de Descripción del Hospital.

Modelo de Normas de Ingreso (Ver página 35).

Modelo de Normas durante la estancia (Ver página 36).

— Comidas.

— Visitas.

— Información equipo Médico.

— Servicios Religiosos.

Modelo de Normas para el alta (Ver página 39).

Modelo de Normas de interés para familiares y visitas (Ver página 40).

MODELO DE INFORMACION GENERAL

INFORMACION GENERAL

En esta página se debe realizar una descripción de áreas del Hospital por plantas, y localización de Servicios.

MODELO DE NORMAS DE INGRESO

Formalizado el ingreso, Vd. se halla bajo el cuidado de sus médicos, cuyas indicaciones deberá seguir con exactitud para conseguir su rápida curación.

Un celador le acompañará a su planta y habitación. El personal de la planta le explicará lo que entienda o no sepa cómo funciona.

Para su uso personal, esta Institución le facilitará ropa de cama (pijama o camisón y batín) que será cambiado durante su estancia con la frecuencia que precise y zapatillas. En su habitación dispondrá de un armario para guardar sus objetos de aseo.

A su ingreso debe tomar un baño o ducha, salvo que lo contraindique el médico que le atenderá a su llegada.

Sus ropas habrá de entregarlas a sus familiares. Y los objetos de valor o dinero efectivo, que lleve consigo, puede entregarlos en la Caja de la Administración. La Dirección del Centro solamente se responsabilizará de lo que esté allí depositado.

En su momento le comunicaremos el alta con la suficiente antelación para que puedan traerle las ropas que precise.

MODELO DE NORMAS DURANTE LA ESTANCIA

Sus derechos y obligaciones vienen expresados en la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes que se reproduce al final de este folleto.

En general deberá atender todas las indicaciones del personal de servicio, que están regidas por un Reglamento que todos estamos obligados a cumplir y por el deseo de ayudarle a recuperarse tan pronto como sea posible.

Las comidas se sirven de acuerdo con un horario regular. Le recordamos que la dieta establecida por su médico es aquella que ha de contribuir a su CURACION. Es innecesario, pues, tomar otros alimentos y puede ser peligroso para Vd.

Si necesita algo del personal de enfermería, auxiliar o celador, llame al timbre colocado en la cabecera de su cama y será atendido debidamente. Piense que una llamada innecesaria puede perturbar el cuidado de otros enfermos.

Será informado regularmente por su médico. Si Vd. desea conocer algo sobre la evolución de su enfermedad deberá consultarle.

Durante su hospitalización dispone Vd. de un Servicio de Atención al Paciente y de Asistentes Sociales que pueden ayudarle a orientar o resolver aquellos problemas que bien personal o familiarmente pueda haber planteado su enfermedad u hospitalización.

En este Hospital dispone Vd. de Servicios Religiosos.

Aunque Vd. se encuentre bien, a su lado puede haber un enfermo grave. Por ello, no olvide que debe hablar bajo, no hacer ruido, no fumar en la habitación y no tener distracciones ruidosas que perturben el orden y silencio que necesitan los enfermos. Asimismo, le rogamos coopere en mantener la habitación limpia y ordenada.

Todas las deficiencias que observe debe ponerlas en conocimiento del Servicio de Atención al paciente.

No se permitirán llamadas telefónicas al exterior desde los teléfonos de los controles de las salas, pero se le trasladarán aquellos avisos de verdadera importancia o urgencia.

No se permitirá a los pacientes salir del Hospital sin previo permiso del Director, ni trasladarse de una sala a otra sin permiso del personal de Enfermería del Servicio.

VISITAS

Al ingresar le entregarán dos tarjetas de visita donde se indica el horario en que pueden venir a verle parientes y amigos.

Aunque Vd. pudiera desear un número mayor de visitas debe comprender que un Hospital, por razones higiénicas y de funcionalismo, no puede permitir un número indiscriminado de visitas.

Si su enfermedad lo requiere, la Supervisora puede dar pase especial a un familiar suyo para que le acompañe permanentemente.

La Dirección del Centro no permite la entrada de niños menores de 12 años, puesto que su presencia en un hospital puede suponer un riesgo para ellos.

Está rigurosamente prohibido traer al Hospital cualquier tipo de alimentos o medicación. Sin embargo, puede traer revistas, libros o, previa consulta, flores o televisores.

Procure que sus familiares cooperen en respetar las normas generales del Hospital: silencio, orden, no fumar, tener las puertas cerradas, no estar en los pasillos.

El respeto a estas normas redonda exclusivamente en beneficio suyo y de los demás pacientes.

MODELO DE NORMAS PARA EL ALTA

Su médico es quien decide cuando ha de darle el alta, anunciándoselo con la suficiente antelación, para que sus familiares puedan traerle la ropa de calle.

El personal de su planta le entregará un informe detallado de su enfermedad, así como una orientación sobre el tratamiento a seguir en el futuro, que Vd. deberá entregar a su médico de cabecera. Igualmente, le entregará la medicación que precise hasta que sea visto por su médico.

No olvide recoger lo que al ingresar depositó en la Caja de la Administración.

Deseamos que su estancia en nuestra Institución le haya sido lo más grata y útil posible. Para ayudarnos a mejorar la calidad del Hospital, le rogamos y agradecemos no olvide realizar las sugerencias que crea oportunas a través del Servicio de Atención al Paciente.

MODELO DE NORMAS DE INTERES PARA FAMILIARES Y VISITAS

Un familiar suyo está siendo atendido por el personal de este Hospital.

El horario de visitas establecido es de a horas. Aquellas personas que por razones laborales no pueden acudir a esas horas podrán hacerlo de a horas, siempre que acrediten documentalmente las causas y teniendo en cuenta que por razones técnicas puede ser preciso limitar la entrada en ocasiones.

En interés de los demás pacientes no debe Vd. visitarle fuera de las horas establecidas a tal efecto. Si Vd. desea recibir información sobre su estado la enfermera de Planta le orientará sobre cómo poder comunicarse con el médico encargado. En caso de que su familiar precise una operación se le avisará con la debida antelación si es posible.

En caso de que fuese necesaria o conveniente su presencia para el tratamiento o control del paciente la Supervisora de la planta se lo haría saber. Aún en este caso, y por respeto a los demás enfermos, deberá Vd. abandonar la habitación cuando se produzca una visita médica o si otro paciente ha de recibir cuidados de enfermería.

Los visitantes con pase especial están autorizados, exclusivamente a dedicarse a la continua asistencia moral y/o física de su familiar enfermo y, por tanto, no les está permitido desplazarse a otras salas ni permanecer en los pasillos. Caso de que esto ocurriese habrá de anularse el pase especial.

Por interés de los pacientes, les rogamos que permanezcan en la habitación, se abstengan de fumar, hacer ruido y todo lo que suponga molestias para los enfermos.

Precisamos de su cooperación para mantener la dieta prescrita por el médico en cada paciente. Le agradecemos se abstenga de traer a su familiar comida que quizá pueda perjudicarlo.

Le rogamos guarde las normas establecidas, porque están señaladas en interés suyo y de los enfermos. La falta de respeto a estas normas nos obligará a restringir sus visitas.

3. Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes

Recoge de forma ordenada los Derechos y Deberes del Paciente, con el objetivo de armonizar las relaciones entre los diversos elementos del sistema sanitario, conjugando la irrenunciabilidad de cualquier derecho de los pacientes con la responsabilidad sobre la propia salud y sobre la adecuada utilización de los servicios que presta el Hospital.

4. Seguimiento de la Carta de Derechos y Deberes

La publicación de una carta de Derechos y Deberes del paciente no lleva implícito que se cumpla y se observe en la realidad.

Esta necesidad de seguimiento de todos y cada uno de los artículos está prevista en el nuevo modelo de gestión asistencial para los hospitales del INSALUD.

1. Así, en el artículo 1.º, se recoge el derecho a una atención integral y eficiente, este artículo tiene una respuesta global en el nuevo modelo, donde se controla todo tipo de atenciones, tanto en cantidad como en calidad, desde los aspectos asistenciales a los hoteleros, siempre dentro de los recursos sanitarios disponibles.
2. El derecho a su personalidad, dignidad humana e intimidad, del artículo 2.º, se controla a través del Servicio de Atención al Paciente, y a través de la encuesta a los usuarios.
3. El derecho a la información completa y continuada, verbal y escrita, se recoge a través del objetivo de que el 100 por 100 de las historias clínicas tengan informe de alta, que deberá ser exigido por el paciente (Art. 3).
4. El derecho a la libre determinación entre las opciones terapéuticas, se recoge en la obligatoriedad del consentimiento por

escrito del paciente ante todo tratamiento terapéutico o diagnóstico que presente un determinado riesgo.

5. Dado que el paciente es el último responsable de su propia salud, podrá negarse a recibir tratamiento, lo cual conlleva la posibilidad por parte, tanto del paciente o familiares, como del responsable médico o Dirección del Centro, de renunciar a proseguir el tratamiento y la hospitalización. No obstante, el paciente deberá ser escuchado en cuanto a sus razones para negarse al tratamiento, una vez escuchado, deberá firmar el alta voluntaria tal como lo establece el Artículo 6.º. Se establece un control de la cantidad y tipo de altas voluntarias.
6. Cada enfermo que ingrese en un Centro Hospitalario deberá tener asignado un médico, independientemente de que su caso sea objeto del tratamiento de varios de ellos. Este deberá de presentarse al enfermo y a sus familiares y comunicarles que, desde ese momento, será él el intermediario entre ellos y la Institución, en aquellos aspectos que impliquen la prestación relativa a la evolución del paciente debe de ser conocida y comunicada por él o a través de él. La encuesta a los usuarios ejercerá un control sobre este aspecto, al igual que el Servicio de Atención al Paciente y la Comisión de Humanización.

En caso de ausencia del médico responsable, otro previamente informado del caso deberá de sustituirle.

7. El derecho a que toda la información sobre el proceso que afecta al paciente, tenga constancia, se recoge a través de la Historia Clínica (Art. 8).
8. Por parte de esta Subdirección se elaborará un dossier de metodología sobre autorización de investigaciones, experimentos o ensayos clínicos, de cara a proteger el derecho del paciente (Art. 9).

9. El derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos, a condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad, etc., se recoge por un lado, desde el componente global del nuevo modelo de gestión, y de su cumplimiento, a través del servicio de Atención al Paciente y de la Encuesta a los Usuarios y de la Comisión de Humanización (Art. 10).
10. El derecho a las reclamaciones, quejas, sugerencias es recogida a través del Servicio de Atención al Paciente (Art. 13).

5. Servicio de Atención al Paciente

Este Servicio, que depende directamente de la Dirección del Hospital, se responsabilizará de la acogida y orientación del paciente y familiares, recogerá las propuestas, sugerencias, quejas, reclamaciones, para la mejora de la atención que reciben. Igualmente velará por el cumplimiento de las normas dictadas por la Dirección respecto a los pacientes y familiares, analizando los datos e información que compile y elabore sobre política y organización del hospital, en pro de una humanización del mismo.

— *Objetivos:*

- Acogida y orientación del paciente y familiares.
- Mantener contacto directo con el paciente.
- Conocer las propuestas y sugerencias que los pacientes y familiares puedan hacer para la mejora de las prestaciones que recibe del Hospital.
- Atender y canalizar las reclamaciones que puedan hacerse referentes al funcionamiento de los Servicios del Hospital y de sus trabajadores.

- Velar por el cumplimiento de las normas dictadas por la Dirección respecto a los pacientes y familiares.
 - Compilar y analizar los datos e informaciones obtenidas, con el fin de elaborar propuestas referentes a la política y organización del Hospital, tendente a una humanización del mismo.
- *Organización:*
- Se atiende personalmente al paciente y familiares y se reciben reclamaciones que él o ellos firmarán.
 - Absoluta confidencialidad sobre los temas, haciendo saber a quién corresponda lo necesario.
 - Se enviará carta al paciente y/o familiares de constancia, indicando que recibirá respuesta.
 - Se comunicará por el Servicio la reclamación a la Dirección, la cual delegará o indicará el camino de solución de la queja, reclamando al Servicio correspondiente (según la naturaleza de la reclamación), y se deberá dar respuesta al Servicio de Atención al paciente por escrito.
 - Se distribuirá la queja en las comisiones habituales de control de calidad.
 - Toda respuesta al paciente será firmada por Dirección.
 - Cada mes, se publicará un resumen de las actividades del Servicio de Atención al Paciente, indicando las recibidas, las contestadas, las pendientes, su procedencia y el Servicio afectado.
 - Todo lo anterior será sin perjuicio de la responsabilidad legal que pueda derivarse.

- Cuando el paciente no se halle satisfecho con la respuesta podrá acudir a la Inspección y Dirección Provincial, nunca al revés.
- El Servicio estará compuesto de:
 - 1 Médico,
 - 1 Enfermera,
 - 1 Asistente Social,
 - 1-2 Administrativos (Hospitales < 500 camas: 1)
 - (Hospitales > 500 camas: 2)
- Aunque esto es una orientación flexible y será decisión de la Dirección la composición definitiva del Servicio de Atención al Paciente:
 - Se ha de llevar un registro de todos los casos que se atiendan por el Servicio de Atención al Paciente.
 - Deben tener un teléfono público conocido.
- El Servicio de Atención al Paciente tendrá un horario de 10 a 14 horas y siempre que sea posible tenderá a aumentar el horario de atención a paciente y familiares.

6. Comisión de Humanización de la Asistencia

La Comisión tendrá los siguientes objetivos:

- Velar por el cumplimiento de la Carta de Derechos y Deberes del Paciente.
- Analizará la información recogida por el Servicio de Atención al paciente.
- Analizará aquellos aspectos específicos que puedan mejorar la asistencia referentes a:

- Dietas alimentarias.
- Hostelería.
- Visitas familiares.
- Información a paciente y familiares.
- Encuestas de hospitalización.

Su composición será la que sigue:

- Director.
- Enfermera del Servicio de Atención al Paciente.
- Asistente Social.
- 1 Enfermera.
- 1 Médico.
- 1 Responsable de Hostelería.
- 1 Responsable de Admisión.

El porqué de esta composición tiene las siguientes razones:

El Director, como elemento ejecutivo del hospital; una enfermera, ya que la atención de enfermería es de importancia fundamental en el proceso de atención al enfermo, y además es el personal que más tiempo permanece y contacta con el paciente y familiares, y porque, en definitiva, el funcionamiento de una planta o unidad depende de este personal, en cuanto a solución de los problemas que surjan.

La asistente social cubre el puente entre el interior del hospital y el mundo exterior, solucionando cualquier problema a este nivel.

El médico, la enfermera, el responsable de Hostelería y el responsable de admisión representan el resto de la atención al paciente y familiares, como la información médica, cuidados de enfermería, cuidados y atención hotelera (comidas, limpieza, habitabilidad, etc.) y los problemas de coordinación de servicios, laboratorios, radiología, consultas externas; esta coordinación realizada por el Servicio de Admisión, que aunque no está incluido en el Plan de Humanización, si que tiene conno-

taciones y responsabilidades, conducentes a un mejor funcionamiento del Hospital, y con ello a intentar mejorar la atención sanitaria.

7. Listas de espera

El análisis mensual de las listas de espera es un elemento fundamental del Plan de Humanización.

El objetivo es reducir al mínimo posible estas listas, resolviendo mediante medidas concretas en aquellos servicios donde existan.

Se ha diseñado un procedimiento de recogida de datos y unos modelos de elaboración de las listas de espera.

a) Procedimientos

1. La recogida de datos debe de basarse en la existencia de registros donde quede constancia escrita de todas las solicitudes de asistencia, y en donde deben de anotarse, al menos, los siguientes datos: Nombre y apellidos del paciente, nivel asistencial de procedencia, fecha de la solicitud y tipo de asistencia indicada.
2. Se debe rellenar un impreso por cada Servicios, tenga o no lista de espera, y en el caso de que existan Secciones con lista propia, la información se recopilará para cada una de éstas, enviándose agrupada.
3. Se fijará un día igual para todos los Servicios y Hospitales. A través del registro se sumará el número de pacientes incluidos en la lista y anotando el total de días transcurridos desde que la solicitud de asistencia fue hecha hasta el día del recuento. La información se agrupará por tiempos, según se solicita en el impreso. Además, deberá de anotarse siempre el tiempo máximo de espera en lista, en meses.

4. Para exploraciones en Servicios Centrales y tratamientos ambulantes deberá de incluirse un anexo donde se detallen los datos solicitados para cada tipo de éstos.
5. La recogida (mensual) de información deberá de ir referida siempre al último día laborable del mes.

MODELOS DE ELABORACION

LISTA DE ESPERA PARA HOSPITALIZACION

Hospital Ciudad Provincia

Servicio Sección (si hay)

Datos referidos al día de de

Número total de pacientes en lista de espera

Que lleven en lista entre 0 y 15 días

Que lleven entre 15 días y 1 mes

Que lleven entre 1 y 2 meses

Que lleven entre 2 y 3 meses

Que lleven entre 3 y 4 meses

Que lleven entre 4 y 6 meses

Que lleven entre 6 meses y 1 año

Que lleven más de 1 año

Tiempo máximo de espera en lista meses.

LISTA DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA

Hospital Ciudad Provincia

Servicio Sección (si hay)

Datos referidos al día de de

Número total de pacientes en lista de espera

Que lleven en lista entre 0 y 15 días

Que lleven entre 15 días y 1 mes

Que lleven entre 1 y 2 meses

Que lleven entre 2 y 3 meses

Que lleven entre 3 y 4 meses

Que lleven entre 4 y 6 meses

Que lleven entre 6 meses y 1 año

Que lleven más de 1 año

Tiempo máximo de espera en lista meses.

LISTA DE ESPERA EN SERVICIOS CENTRALES

Hospital Ciudad Provincia

Servicio Sección (si hay)

Datos referidos al día de de

Número total de pacientes en lista de espera

Que lleven en lista entre 0 y 15 días

Que lleven entre 15 días y 1 mes

Que lleven entre 1 mes y 2 meses

Que lleven entre 2 y 3 meses

Que lleven entre 3 y 4 meses

Que lleven entre 4 y 6 meses

Que lleven entre 6 meses y 1 año

Que lleven más de 1 año

Tiempo máximo de espera en lista meses.

- Adjuntar anexo con:
- a) Número de pacientes.
 - b) Tiempo máximo de espera para cada tipo de exploración o tratamiento.

8. Encuestas de posthospitalización

Aunque por parte de la Subdirección General de Atención Hospitalaria se ha iniciado una recogida de información de la calidad de la asistencia sanitaria prestada, de análisis de los resultados, a través de una encuesta a los usuarios, era conveniente y necesario que en nuestros Hospitales se comenzase a recoger esta información y se analizase por la Dirección del Hospital y por la Comisión de Humanización.

Se ha elaborado un modelo de carta y un modelo de encuesta que son los siguientes:

MODELO DE CARTA

«Estimado/a Sr/Sra. :

El Instituto Nacional de la Salud está muy interesado en conocer la opinión de quienes, como Vd., hayan estado hospitalizados recientemente. El objetivo de esta encuesta es que Vd. nos dé, con absoluta libertad, su opinión sobre los servicios y el personal del Hospital en que estuvo ingresado; su opinión nos es indispensable para intentar mejorar aquellos aspectos que sea necesario y poder prestar así mejores servicios a los usuarios de nuestros Hospitales.

Para colaborar con nosotros sólo tiene que rellenar los datos que se piden y, en aquellas preguntas en que tiene varias contestaciones posibles, señalar con una cruz la casilla que le parezca más adecuada. También tiene, al final, un espacio para que nos haga conocer sus opiniones, quejas o sugerencias.

Cuando lo haga, le rogamos que nos envíe por correo la hoja de la encuesta a la siguiente dirección:

Puede tener la seguridad de que su respuesta va a servir, únicamente, para intentar mejorar el servicio que nuestros Hospitales prestan a la comunidad.

Agradeciéndole su colaboración.»

MODELO DE ENCUESTA

ENCUESTA HOSPITALES INSALUD — HOSPITALIZACION



INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

Hospital Ciudad Provincia

1. Nombre 2. Edad
(si desea darlo)

3. Profesión

4. ¿Qué día ingreso en el Hospital?

5. Si le operaron, ¿qué día fue?

6. Cuando salió del Hospital, ¿le dieron o enviaron por correo el Informe Médico?

Sí

No

7. ¿Cómo piensa que le atendieron los médicos?

Muy mal

Mal

Normal

Bien

Muy bien

8. Cuando estaba en el Hospital, ¿conocía el nombre de su médico?

Sí

No

9. ¿Cómo cree que le informaron sobre su enfermedad?

Muy mal

Mal

Normal

Bien

Muy bien

10. ¿Cómo piensa que le atendieron las enfermeras?
- Muy mal Mal Normal Bien Muy bien
11. ¿Qué opina sobre la habitación en la que estuvo?
- Muy mala Mala Normal Buena Muy buena
12. ¿Qué opina sobre la comida del Hospital?
- Muy mala Mala Normal Buena Muy buena
13. ¿Qué le pareció la limpieza del Hospital?
- Muy mala Mala Normal Buena Muy buena
14. ¿Cree que tuvo suficiente contacto con sus familiares mientras estuvo ingresado?
- Poco Normal Mucho
15. ¿Cómo cree que fue el trato del personal del Hospital con Vd.?
- Muy malo Malo Normal Bueno Muy bueno
16. ¿Han tardado en atenderle cuando lo ha necesitado?
- Mucho Normal Poco
17. En general, ¿cómo diría que son los servicios que presta el Hospital?
- Muy malos Malos Normales Buenos Muy buenos
18. Piensa que ha estado ingresado...
- Más de lo necesario Lo necesario Menos de lo necesario

19. ¿Cómo se encuentra ahora de su dolencia ?

- Peor que cuando me hospitalizaron
- Igual que cuando me hospitalizaron
- Mejor que cuando me hospitalizaron

¿Quiere añadir algo ?

Fecha:

Firma:

Es importante comentar aquí algunos de los resultados de que ya se dispone de la encuesta realizada a nivel central, y que nos permite empezar a conocer la opinión y el grado de satisfacción de los usuarios de nuestros Hospitales.

ENCUESTA DE POSTHOSPITALIZACION

Presentación

Los datos que se ofrecen son el resultado de la primera fase de la encuesta de posthospitalización que ha realizado la Subdirección General de Atención Hospitalaria del INSALUD. Al estar dividida en dos fases (separadas por 3 meses), estos resultados son parciales, y si bien los datos globales son estadísticamente significativos, no sucede lo mismo con los datos por comunidades autónomas, únicamente aproximativos, por ser los elementos de sus muestras escasos.

La encuesta es eminentemente operativa; un elemento más de la información necesaria para evaluar los resultados de la gestión. Se ha huido voluntariamente de la pretensión de realizar un estudio sociológico extenso, por otro lado tan necesario, y por ello las preguntas efectuadas a los pacientes han sido pocas, concretas y sencillas de contestar, ya que el sistema elegido fue la autoencuesta, descartándose el empleo de encuestadores.

La validez de los resultados está técnicamente garantizada (a pesar de que lo que aquí se pretende sea únicamente un avance), pero la mayor rentabilización de esta información requiere el establecimiento de una sistemática periódica que permita evaluar el impacto de las nuevas técnicas de gestión a través del tiempo. Las encuestas de posthospitalización han sido muy criticadas, pero si se saben interpretar adecuadamente son un buen termómetro de las reacciones de los usuarios ante nuestro sistema hospitalario. Las respuestas son siempre relativas y muy subjetivas, y precisamente por ello es aconsejable comparar los resultados periódicamente.



Metodología

Esta primera fase de la encuesta de posthospitalización ha sido realizada entre los días 10 de marzo y 30 de mayo de 1984. El sistema elegido fue el de autoencuesta cerrada, con posibilidades de sugerencias utilizando el correo. El cuestionario incluía 19 preguntas que recogían un pequeño perfil sociológico del encuestado, información sobre aspectos relacionados con su hospitalización y, por último, 12 de ellas pedían su valoración sobre aspectos concretos de la asistencia (calidad técnica, hotelería, trato humano y una pequeña evaluación de la eficacia asistencial).

Se eligió como *momento muestral* el día 15 de marzo, enviándose 2.071 cuestionarios a otros tantos enfermos dados de alta en los hospitales ese día. De ellos, 181 (8,7%) fueron devueltos por Correos por direcciones incorrectas, y de los 1.890 restantes se recibieron 558 contestados, lo que representa un 30% del total.

Por las características dinámicas de la población estudiada es muy difícil fijar el tamaño de la misma, ya que depende del período de tiempo que escojamos. No obstante, el volumen de la muestra estudiada se considera que para una población estadísticamente infinita, es perfectamente significativa, dando un error máximo menor al 5% (N.S. = 2 sigma) en el caso más desfavorable. Consideramos, pues, que para los

resultados globales esta muestra es técnicamente correcta, y más si tenemos en cuenta que con los resultados esperados de la segunda fase el volumen se duplicará. Como ejemplo, en una encuesta similar realizada por el N.H.S. inglés, en 1978 se escogió una muestra de 800 personas para una población un 40% mayor.

El cuestionario daba explícitamente al encuestado la opción de dar o no su nombre, ya que existían distintos puntos de vista sobre la conveniencia de preservar el anonimato o no hacerlo. Tan sólo un 5% rehusaron dar su nombre y no precisamente porque fueran los más críticos siempre.

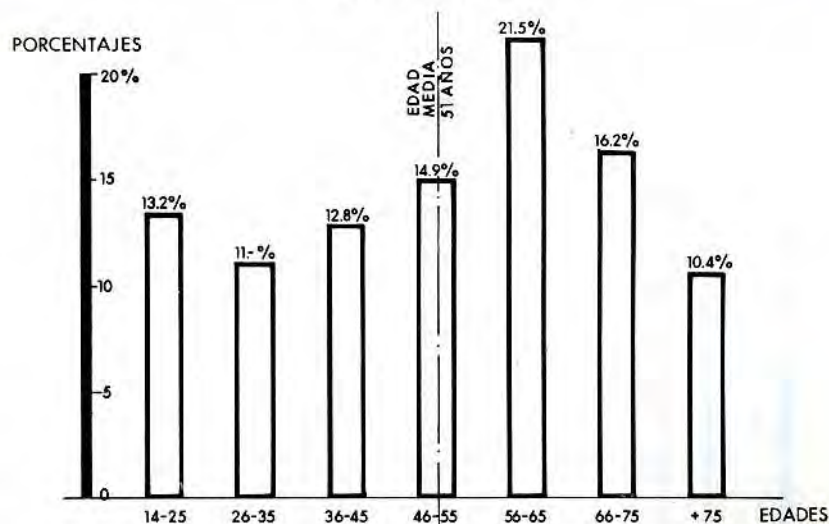
Composición de la muestra

Las 558 encuestas recibidas correspondían a enfermos que habían estado hospitalizados en 94 hospitales distintos (propios y administrados) de 14 comunidades autónomas; Cataluña y Andalucía se excluían del estudio, y no se recibió ninguna encuesta de Navarra.

El 47% habían sido contestadas por hombres, y el 53%, por mujeres. Por edades, la muestra se distribuye de la siguiente manera:

| Edades | % | |
|--------|-------|----------------------|
| 14-25 | 13,2 | |
| 26-35 | 11,0 | |
| 36-45 | 12,8 | Edad media: 51 años |
| 46-55 | 14,9 | Edad máxima: 95 años |
| 56-65 | 21,5 | |
| 66-75 | 16,2 | |
| + 75 | 10,4 | |
| | 100,0 | |

POR EDADES

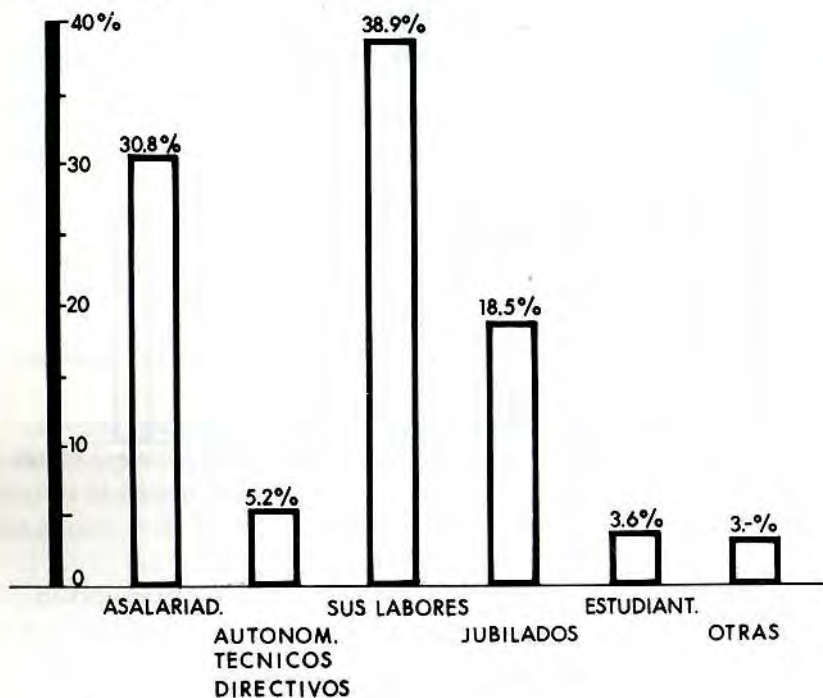


Por grupos profesionales la estructura es la siguiente:

| Profesión | % |
|--|------|
| Asalariados | 30,8 |
| Autónomos, técnicos y directivos . . . | 5,2 |
| Sus labores | 38,9 |
| Jubilados | 18,5 |
| Estudiantes | 3,6 |
| Otras | 3,0 |

POR GRUPOS PROFESIONALES

PORCENTAJES



El número medio de días que permanecieron ingresados los encuestados fue de 18 días, y en el caso de los enfermos quirúrgicos (el 60% del total) la media fue de 5,2 días de estancia preoperatoria.

Tablas de resultados

1. Al alta, ¿le dieron o enviaron el informe médico?

| | % |
|----------|----|
| Si | 80 |
| No | 20 |

2. Cuando estaba en el hospital, ¿conocía el nombre de su médico?

| | % |
|----------|----|
| Si | 79 |
| No | 21 |

3. ¿Cree que tuvo suficiente contacto con sus familiares?

| | % |
|--------------|----|
| Poco | 7 |
| Normal | 57 |
| Mucho | 36 |

4. ¿Han tardado en atenderle cuando lo necesitaba?

| | % |
|--------------|----|
| Mucho | 6 |
| Normal | 37 |
| Poco | 57 |

| | Muy mal % | Mal % | Normal % | Bien % | Muy bien % |
|--|--------------|----------|-------------|-----------|---------------|
| 5. ¿Cómo le atendieron los médicos? | 1 | 2 | 11 | 38 | 48 |
| 6. ¿Cómo le atendieron las enfermeras? | 1 | 1 | 17 | 38 | 43 |
| 7. ¿Cómo fue el trato del personal? | — | 2 | 19 | 46 | 33 |
| 8. ¿Qué tal le informaron sobre su enfermedad? | 2 | 6 | 18 | 44 | 30 |
| 9. ¿Qué opina de la limpieza? | 2 | 4 | 29 | 38 | 27 |
| 10. ¿Qué opina de la comida? | 3 | 6 | 29 | 38 | 24 |
| 11. ¿Qué opina de la habitación? | 3 | 6 | 29 | 41 | 21 |
| 12. ¿Cómo calificaría, en general, los servicios del hospital? | 1 | 3 | 24 | 44 | 28 |

13. Piensa que ha estado ingresado...

| | % |
|---------------------------------|----|
| Más de lo necesario | 3 |
| Menos de lo necesario | 11 |
| Lo necesario | 86 |

14. ¿Cómo se encuentra ahora ?

| | % |
|--|----|
| Peor que cuando le hospitalizaron | 3 |
| Igual que cuando le hospitalizaron | 11 |
| Mejor que cuando le hospitalizaron | 86 |

Elaboración de índices

Se ha elaborado un índice global de satisfacción y varios parciales, situándolos en una escala de 1 a 5 (de insatisfacción total a satisfacción total). Estos índices permiten comparar de un modo sintético, tanto los distintos aspectos de la hospitalización como la satisfacción en los diversos hospitales, provincias, comunidades autónomas, etc. Por las características propias de este tipo de encuesta es normal que la inmensa mayoría de las respuestas sean elogiosas para el hospital; por ello, sólo de la comparación de los índices podemos extraer información sobre los «puntos negros» y, sobre todo, podemos comparar la evolución en el tiempo. Ofrecemos a continuación estos índices divididos de la siguiente manera:

- a) Índice de satisfacción sobre la asistencia sanitaria.
- b) Índice de satisfacción sobre la hotelería.
- c) Índice de satisfacción sobre el trato humano.
- d) Índice global de satisfacción.

En primer lugar ofrecemos una tabla con los índices de satisfacción para cada uno de los aspectos contemplados en la encuesta, ordenados del más satisfactorio al menos satisfactorio; *el límite máximo teórico sería 5*. Al final se ofrece la valoración global de todos los servicios del hospital.

| Aspecto | Indice |
|---------------------------------------|-------------|
| Atención médica | 4,30 |
| Atención de enfermería | 4,21 |
| Trato humano | 4,10 |
| Rapidez en la atención | 4,03 |
| VALOR MEDIO | 3,95 |
| Información | 3,93 |
| Limpieza | 3,86 |
| Comida | 3,77 |
| Habitación | 3,71 |
| Contacto con los familiares | 3,57 |

Valoración global de todos los servicios: 3,95
Sobre límite máximo teórico de 5

La siguiente tabla recoge los índices nacionales para cada comunidad autónoma, ordenadas según el nivel de satisfacción de mayor a menor:

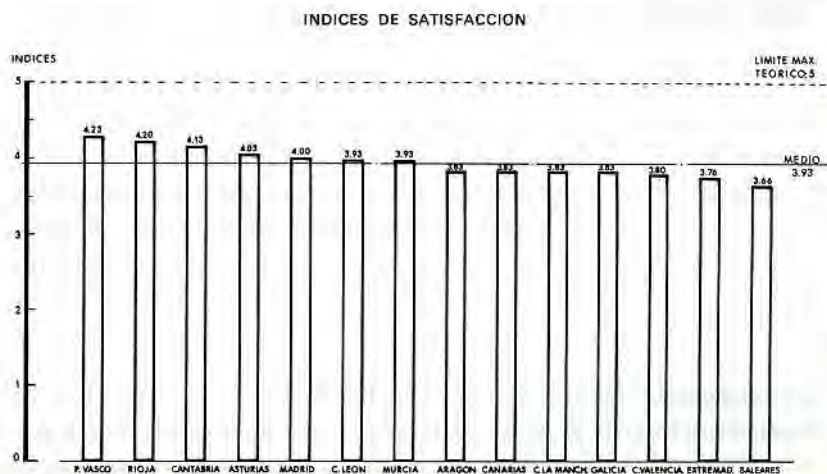
| Comunidad autónoma | Índices de satisfacción | | | |
|---|-------------------------|------------|--------------|-------------|
| | Atención sanitaria | Hotelería | Trato humano | Global |
| 1. PAIS VASCO | 4,3 | 4,0 | 4,4 | 4,23 |
| 2. LA RIOJA | 4,2 | 4,1 | 4,3 | 4,20 |
| 3. CANTABRIA | 4,3 | 3,9 | 4,2 | 4,13 |
| 4. ASTURIAS | 4,2 | 3,8 | 4,1 | 4,03 |
| 5. MADRID | 4,2 | 3,7 | 4,1 | 4,00 |
| VALOR MEDIO | | | | 3,93 |
| 6. CASTILLA-LEON | 4,1 | 3,7 | 4,0 | 3,93 |
| 6. MURCIA | 4,1 | 3,5 | 4,2 | 3,93 |
| 7. ARAGON | 4,0 | 3,5 | 4,0 | 3,83 |
| 7. CANARIAS | 4,0 | 3,8 | 3,7 | 3,83 |
| 7. CASTILLA-LA MANCHA | 4,1 | 3,6 | 3,8 | 3,83 |
| 7. GALICIA | 4,0 | 3,7 | 3,8 | 3,83 |
| 8. C. VALENCIANA | 4,0 | 3,6 | 3,8 | 3,80 |
| 9. EXTREMADURA | 4,1 | 3,5 | 3,7 | 3,76 |
| 10. BALEARES | 3,8 | 3,3 | 3,9 | 3,66 |
| VALORES PARCIALES MEDIOS | 4,1 | 3,7 | 4,0 | |

Nota: Como ya se ha advertido, los resultados por Comunidades Autónomas son únicamente aproximativos. No se incluyeron en el estudio las Comunidades Autónomas de Andalucía y Cataluña. No se recibió ninguna encuesta de Navarra.

Comentario

Como suele suceder en este tipo de encuestas, el nivel de satisfacción de los pacientes con respecto a los hospitales es bastante alto, lo cual puede parecer, a primera vista, como un dato muy positivo. Diversos estudios han apuntado la necesidad de no dejarse llamar a engaño ante este tipo de resultados, ya que existen argumentos sociológicos y psicológicos de entidad suficiente como para que pensar que el enfermo valora más el haber superado el proceso que le condujo al hospital que la hospitalización misma. Las encuestas fueron recibidas por los pacientes a los 20-30 días de haber abandonado el hospital; esta demora es positiva para evitar subjetivismos, pero tiene el inconveniente de provocar una idealización de las condiciones del hospital.

Por todo esto, se trata de valorar más los aspectos menos elogiados por el paciente para poder detectar aquellos aspectos menos satisfactorios. Puede apreciarse a simple vista (como ya ha sido evidenciado en otras muchas encuestas de este tipo) que los menores niveles de satisfacción se dan con respecto a la hotelería, y que los mayores se dan con respecto a la competencia de los profesionales.



Llama la atención el alto porcentaje (20%) que no recibe informe médico, habiéndose podido constatar a lo largo del proceso que muchos otros pacientes los reciben con demoras muy significativas. Así, en las primeras encuestas que se comienzan a recibir el porcentaje aumenta hasta más de un 50%, a pesar de que en el momento del envío de la encuesta había transcurrido más de un mes desde el alta.

Otro porcentaje alto es ese 21% de los pacientes que no han conocido durante su hospitalización el nombre de su médico.

Un apartado muy significativo es el que corresponde a las dos últimas preguntas de la encuesta, y que son una evaluación subjetiva de la eficacia asistencial: el 14% de los pacientes no se encuentra mejor, y un porcentaje similar no está conforme con el tiempo que ha permanecido ingresado. Estos porcentajes, aunque dignos de ser tenidos en cuenta, no parecen preocupantes, pero sí dan una idea aproximada de la eficacia de la medicina que se practica en nuestros hospitales.

Intentando un primer análisis de los datos, puede parecer una buena hipótesis de partida el pensar que el usuario de la hospitalización está más satisfecho cuanto mejores dotaciones encuentre para atender su dolencia. Dado que, tal como ya ha sido estudiado, en muy numerosas ocasiones, estas dotaciones mejoran cuanto más desarrollada sea la zona en que se encuentran; se puede pensar que el nivel de satisfacción aumenta en las zonas más desarrolladas y prósperas. Como refuerzo de esta hipótesis se ha comparado el nivel de satisfacción con dos indicadores socioeconómicos, como son los ingresos per cápita y la tasa de analfabetismo de cada comunidad autónoma: en 13 de las 14 estudiadas existe una correlación positiva entre tasa de analfabetismo y satisfacción); en 11 de ellas existe, asimismo, correlación positiva entre los ingresos per cápita y el nivel de satisfacción (a mayores ingresos, mayor satisfacción).

Esto podría significar varias cosas, pero una de las conclusiones más plausibles podría ser el pensar que el nivel de satisfacción está tanto o más influido por las condiciones de vida de cada zona geográfica (rique-

za, nivel cultural, etc.) que por las diferencias en la gestión de los centros. Es obvio que las poblaciones con mayor nivel cultural han presionado más para que la dotación sanitaria de su zona sea mayor y mejor.

Cuando se concluya la segunda fase de la encuesta y podamos contar con muestras más amplias de cada hospital y provincia será posible confirmar o desmentir los razonamientos expuestos. Las conclusiones pueden ser importantes para el desarrollo de las políticas sanitarias, y es por ello que sería de desear un mayor número de personas realizando este tipo de estudios dentro de la Administración.

9. Señalización del Hospital

Es un elemento más en la mejora de la organización del Hospital, de importancia primordial en cuanto al diseño de los flujos de personas y su correcta distribución por el mismo.

Igualmente es un elemento de seguridad, en cuanto a salidas de emergencia y direcciones de salida en casos de catástrofe.

Por ello se realizará una señalización de todas las áreas del Hospital.

10. Maestros en Hospitales infantiles

Aunque la tendencia actual es a que los niños estén el menos tiempo posible en los hospitales, en ocasiones y en determinadas patologías se requieren ingresos largos que pueden conllevar pérdidas escolares considerables.

Por este motivo se considera que un maestro puede hacer también de animador de actividades, tanto en niños con estancias cortas como en niños con estancias prolongadas, y se ha previsto la presencia de un/a maestro/a en los Hospitales infantiles.

11. Favorecer unión madre-hijo ingresado

Los aspectos de interrelación mutua entre madre e hijo son fundamentales desde el punto de vista de la humanización.

Aunque en ocasiones los diseños arquitectónicos de las habitaciones no favorecen esta unión, se ha previsto que los hospitales favorezcan a todos los niveles, que esta unión madre-hijo sea lo más prolongada posible, facilitando horarios de mañana y tarde, y en lo posible por la noche.

12. Biblioteca para los pacientes

A través del aporte bibliográfico de la Dirección General de Bibliotecas, se procederá a la puesta en marcha de una biblioteca para los pacientes y se habilitará la posibilidad de reparto de libros y revistas por las plantas de hospitalización para aquellos enfermos impedidos.

13. Información a pacientes sobre autopsias y donación de órganos

Dos temas sanitarios de indiscutible importancia son las autopsias y la donación de órganos.

Se debe realizar la entrega con la carta de presentación al paciente y ponerse en lugares visibles, como controles de enfermería.

El modelo de información es el siguiente:

MODELO DE INFORMACION SOBRE DONACION DE ORGANOS

INFORMACION SOBRE DONACION DE ORGANOS

En este Hospital se realizan trasplantes de órganos de fallecidos a enfermos que lo precisan para salvar su vida o mejorar su estado de salud. La donación de órganos es un gesto generoso y de solidaridad que no puede regirse por imposición.

Si desea ser donante de órganos, en el Servicio de Atención al paciente le facilitarán la tarjeta que una vez cumplimentada deberá llevar siempre consigo.

Si por cualquier motivo alguien no desea ser donante puede hacerlo constar, bien a su ingreso o cuando lo desee, en un Libro de Registro, que estará a su disposición en el Servicio citado anteriormente.

MODELO DE INFOPMACION DE AUTOPSIAS

INFORMACION SOBRE AUTOPSIAS

Cuando un paciente llega al Hospital en estado grave y fallece en el momento del ingreso o a las pocas horas sin haberse determinado la causa del fallecimiento, o bien, encontrándose aparentemente bien fallece súbitamente, se solicita AUTOPSIA JUDICIAL a la que nadie puede negarse.

En otras ocasiones, en pacientes ya ingresados puede sobrevenir la muerte y concurrir circunstancias (infecciones, anomalías congénitas, etc.) que hagan aconsejable la realización de AUTOPSIA CLINICA.

La realización de autopsias permite un mejor conocimiento de las enfermedades, lo cual ha supuesto un avance en el diagnóstico y tratamiento que ha servido para salvar muchas vidas. Por todo ello le rogamos que cuando el médico solicite autorización para realizar una autopsia clínica, sea generoso y piense en todos los pacientes que posteriormente se beneficiarán de ello, entre los cuales, en algún caso, puede encontrarse algún miembro de su familia.

14. Citación horaria consultas externas

De cara a evitar la masificación y la espera de pacientes y familiares en el área de Consultas Externas, se procederá a la puesta en marcha de un sistema de citación horaria.

Dicha citación será hecha a través del Servicio de Admisión.

15. Ampliación del horario de visitas

La ampliación del horario de visitas, dentro de las limitaciones normales que la práctica asistencial aconseje, es otro de los puntos del Plan de Humanización.

Pero esta ampliación exige un control estricto para evitar masificaciones, tanto en pasillos como en las propias habitaciones de los enfermos.

Cada hospital, en función de su estructura, facilitará la ampliación del horario de visitas al máximo.

16. Comida del paciente a la carta

Se ha puesto en marcha un sistema de petición de comidas por los pacientes el día anterior, sobre un menú de 3 platos de principio, 3 platos de segundo y 3 de postre, para que el paciente elija aquello que más le apetezca para el día siguiente.

Con esto, no sólo se consigue que el paciente coma lo que le apetezca siempre que esté dentro de la dieta prescrita por el médico, sino que también permite un mejor aprovechamiento de las comidas en los hospitales.



V.
PUESTA EN MARCHA
DEL PLAN



1. Este Plan de Humanización se inicia en una Primera Fase con fecha 1-X-84, en 15 Hospitales del INSALUD que son los siguientes:

ARAGON

«Hospital Miguel Servet», de Zaragoza.

ASTURIAS

«Nuestra Señora de Covadonga», de Oviedo.

CANARIAS

«Nuestra Señora del Pino», de Las Palmas.

CANTABRIA

C.N.E. «Marqués de Valdecilla», de Santander.

CASTILLA-LA MANCHA

«Nuestra Señora de Alarcos», de Ciudad Real.
«Virgen de la Salud», de Toledo.

CASTILLA-LEON

«Virgen de la Vega», de Salamanca.
Hospital General de Segovia.

GALICIA

«Arquitecto Marcide», de El Ferrol (La Coruña).
«Montecelo», de Pontevedra.

MADRID

Clínica «Puerta de Hierro».
Hospital «1.º de Octubre».

COMUNIDAD VALENCIANA

Ciudad Sanitaria «La Fe», de Valencia.

PAIS VASCO

«Ortiz de Zárate», de Vitoria (Alava).
Hospital de Cruces, Bilbao (Vizcaya).

- 2. Posteriormente, con fecha 1 de diciembre de 1984, se iniciará una Segunda Fase que incluirá los siguientes Hospitales:**

ARAGON

Hospital de Barbastro, Huesca.

ASTURIAS

Hospital de Cabueñes, de Gijón (Oviedo).

BALEARES

Hospital «Virgen del Lluch», de Palma.

Hospital de Mahón (Menorca).

CANARIAS

Hospital de Fuerteventura.

Hospital «Nuestra Señora de las Nieves», de La Palma.

«Nuestra Señora de la Candelaria», de Santa Cruz de Tenerife.

CASTILLA-LA MANCHA

Hospital General Docente de Guadalajara.

CASTILLA-LEON

Hospital de Burgos.

Hospital «Camino de Santiago», de Ponferrada.

Hospital «Virgen Blanca», de León.

Hospital de Soria.

Hospital «Del Río Hortega», de Valladolid.

Hospital «Virgen de la Concha», de Zamora.

Hospital Clínico de Valladolid.

EXTREMADURA

Hospital de Mérida (Badajoz).

Hospital Don Benito-Villanueva (Badajoz).

GALICIA

Hospital «Juan Canalejo», de La Coruña.

Hospital «Hermanos Pedrosa Posada», de Lugo.

MADRID

Hospital de la Cruz Roja.

Ciudad Sanitaria «La Paz».

Centro Experimental «Ramón y Cajal».

MURCIA

Ciudad Sanitaria «Virgen de la Arrixaca».

NAVARRA

Hospital «Virgen del Camino», de Pamplona.

COMUNIDAD VALENCIANA

Hospital de Alicante.

Hospital de Elche.

Hospital «Sagrado Corazón», de Castellón.

Hospital de Xàtiva (Valencia).

PAIS VASCO

Hospital «Nuestra Señora de Aránzazu», de Guipúzcoa.

Hospital de Galdácano (Vizcaya).

EPILOGO



A lo largo de 1985, en sucesivas fases, se irán incorporando los restantes Hospitales.

Con la realización de este Plan de Humanización, del cual hay montado todo un sistema de seguimiento y control por parte de la Subdirección General de Atención Hospitalaria para ir corrigiendo errores y aprovechando experiencias, el Insalud está convencido que se conseguirá aumentar en una faceta importante la calidad asistencial que reciben los ciudadanos.

Junto a esto, la implantación del Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria y la puesta en marcha de la Reforma Hospitalaria configurarán el marco general necesario para la implantación definitiva de todo este Plan de Humanización.







**INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SERVICIO DE RELACIONES PUBLICAS,
INFORMACION Y PUBLICACIONES**

Núm. 1430