



**PLAN DE HUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN SANITARIA**
**del Sistema Sanitario Público
de Extremadura**

2007-2013



PLAN DE HUMANIZACIÓN

DE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA

2007-2013



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

© JUNTA DE EXTREMADURA

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

Edita: Junta de Extremadura

Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

1ª Edición. Mérida, junio de 2007

ISBN-13: 978-84-95872-61-6

ISBN-10: 84-95872-61-7

Depósito Legal: BA-476-2007

Impresión: Imprenta Moreno (Montijo)

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

Ferrer Agualeles, José Luis

Molina Alén, Estefanía

AUTORES

Amador Galván, Manuel

Brioso Jerez, Aurora

Cordón Arroyo, Ana María

Díaz Mateos, Ana

Ferrer Agualeles, José Luis

González Tovar, Gema

Molina Alén, Estefanía

Molina Barragán, Eugenio

Tomé Pérez, Yolanda

Trinidad Ruiz, Germán

Zarallo Barbosa, Tomás

COLABORADORES

Las personas y entidades que han participado en el proceso de elaboración, figuran en el Anexo 8.4

APOYO ADMINISTRATIVO

Amarilla Soletto, Marta

López Rodríguez, Inés

Ramos Ramos, Olga

ÍNDICE GENERAL

	PÁG.
PRÓLOGO	7
PRESENTACIÓN	9
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO II: METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN.....	35
CAPITULO III: ANÁLISIS DE SITUACIÓN	47
3.1. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN	49
3.2. RECURSOS.....	51
3.2.1. Mapa de recursos en atención primaria	51
3.2.2. Recursos y listas de espera en atención especializada	52
3.2.3. Urgencias y emergencias sanitarias.....	56
3.2.4. Cuidados paliativos. Atención al dolor. U.H.D.....	57
3.3. MORTALIDAD GENERAL EN EXTREMADURA	61
3.4. MORBILIDAD EN EXTREMADURA.....	62
3.5. SALUD PERCIBIDA.....	64
3.5.1. Encuesta de Salud de Extremadura.....	64
3.5.2. Encuestas de satisfacción.....	71
3.5.3. Barómetro Sanitario en Extremadura	77
3.6. EL DEFENSOR DE LOS USUARIOS DEL SSPE.....	79
3.7. TRASPLANTES DE ÓRGANOS. DONACIONES DE SANGRE	83
3.8. FORMACIÓN DE PROFESIONALES. EDUCACIÓN DEL USO ADECUADO DE LOS RECURSOS SANITARIOS POR EL CIUDADANO....	87
3.9. HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA (SSPE)	89
3.9.1. Planes sanitarios	90
3.9.2. Programas y/o proyectos sanitarios	94
3.9.3. Actuaciones	101

3.10. ESTUDIO CUALITATIVO MEDIANTE LA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL PARA EVALUAR LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL SSPE.....	108
3.11. ESTUDIO DELPHI SOBRE “LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL SSPE”	122
CAPITULO IV: EJES ESTRATÉGICOS.....	135
CAPITULO V: OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN.....	139
1 ^{er} Eje estratégico: La atención al usuario/paciente.....	141
2 ^º Eje estratégico: Asistencia sanitaria integral.....	157
3 ^{er} Eje estratégico: Los profesionales, agentes activos de la humanización.....	175
4 ^º Eje estratégico: Infraestructura y hostelería.....	185
5 ^º Eje estratégico: Implicación y participación ciudadana.....	197
CAPITULO VI: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PHAS	205
CAPITULO VII: FINANCIACIÓN	209
CAPITULO VIII: ANEXOS.....	213
8.1. Abreviaturas utilizadas.....	215
8.2. Bibliografía	217
8.3. Glosario de términos.....	222
8.4. Personas y entidades participantes.....	229
8.5. Evolución y estudio comparativo del Barómetro Sanitario en España y Extremadura. 2004-2005-2006.....	240
8.6. Actividades formativas.....	258

PRÓLOGO

En cumplimiento del Plan de Salud, en virtud de la voluntad expresa de la Junta de Extremadura, y tras muchos meses de arduo trabajo de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, sale a luz una nueva “carta de navegación” para el Sistema Sanitario Público de Extremadura, en esta ocasión sobre algo tan importante para todos los ciudadanos como es la humanización de la atención sanitaria.

La humanización de la atención sanitaria, como la calidad asistencial, constituye uno de los temas fundamentales para el futuro del Sistema Sanitario Público de Extremadura, una vez que desde el mismo garantiza una atención sanitaria para todos los extremeños, con un grado de accesibilidad aceptable y una elevada calidad técnica de las prestaciones.

El Plan de Humanización de la Atención Sanitaria nos perfila (a directivos, profesionales y ciudadanos) las estrategias necesarias para avanzar a través de pequeñas y grandes acciones que buscan un fin común: hacer lo más agradable posible el contacto de los ciudadanos con sus centros y servicios sanitarios.

Mediante el mantenimiento e impulso de ciertas actitudes profesionales para humanizar la Sanidad, como son, el insistir en la empatía, la cortesía, el respeto mutuo, la amabilidad, etcétera, para hacer que el usuario no se sienta desprotegido o inseguro en un medio desconocido para él.

Al mismo tiempo, mediante una educación sanitaria sobre el uso racional de los recursos del Sistema Sanitario, dirigida a los ciudadanos y usuarios, se contribuirá a que el profesional encuentre un espacio favorable para el ejercicio de sus tareas.

En definitiva, nos encontramos ante un documento que concreta los objetivos y líneas de actuación relacionados con la humanización de la atención sanitaria de nuestro Sistema Sanitario Público, arrancando de los principios y valores establecidos en la Ley de Salud de Extremadura, tras un proceso reflexivo muy



importante llevado a cabo por la Consejería en compañía de múltiples agentes, en un marco de mejora continua.

Mis felicitaciones y las de la Junta de Extremadura a los autores. Nuestro más sincero agradecimiento a los mismos y a todas aquellas personas y entidades que han participado en el proceso de elaboración.

María Jesús Mejuto Carril
Consejera de Sanidad y Dependencia

PRESENTACIÓN

La Junta de Extremadura, como propugna el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, ha elaborado el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura, recogido en este documento. En el mismo, se insiste en múltiples pequeñas y grandes acciones, algunas ya integradas y otras por consolidar en el Sistema Sanitario, que estamos convencidos que contribuirán a hacerlo más amable, confortable, y con una atención más personalizada.

Junto a las acciones que ya se están llevando a cabo, el Plan propone otras nuevas que, en su conjunto, suponen una consolidación y desarrollo de estrategias en aras a mantener en todo momento, unos centros y servicios sanitarios que junto a la calidad técnica de la prestación sanitaria, primen por encima de todo, la atención a la persona en su integridad, al individuo y su familia en su propio entorno, y siempre, con elevadas cotas de una atención personalizada.

En el momento actual, la Consejería de Sanidad y Dependencia atiende sanitariamente a cerca de 1.100.000 personas, y gestiona unos recursos materiales que se concretan en 14 centros hospitalarios con alrededor de 3.000 camas instaladas, 100 centros de salud, 417 consultorios locales y más de 160 unidades de apoyo a la atención primaria. En su conjunto, sus recursos humanos se elevan a más de 13.900 profesionales, superando las cifras de 3.000 médicos, 4.000 enfermeros, 3.000 profesionales sanitarios de otras categorías y 3.700 profesionales no sanitarios.

Se cuenta con excelentes profesionales en todos y cada uno de los centros y servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, bien formados y con una gran capacidad técnica y humana que ponen en práctica a diario.

Los recursos materiales del Sistema Sanitario, sitúan a Extremadura a nivel de cualquiera de la mejores regiones de nuestro entorno.

No obstante, se hace necesario establecer un marco de referencia para el conjunto del Sistema Sanitario Público de Extremadura, que ayude a todos, directivos,

gestores, profesionales y ciudadanos, a consolidar y potenciar el desarrollo de todas aquellas facetas del mismo que tienen relación con la humanización.

Mediante el Plan de Humanización, la Consejería de Sanidad y Dependencia hace explícito su compromiso con la calidad de la atención en sus vertientes de confort, atención personalizada, calidad de trato, información comprensible, seguridad, calidad estructural, etc., situándolo en un nivel estratégico dentro de la organización. También, realiza una apuesta porque la humanización del conjunto del Sistema sea una premisa que impregne todo el proceso de atención del Sistema Sanitario.

En definitiva, nos ayuda a avanzar hacia una organización que suponga un Sistema Sanitario progresivamente más eficiente en la consecución de su meta principal, de elevar el nivel de salud de todos los ciudadanos extremeños, pero que cuide a la persona por encima de la enfermedad.

El documento que tiene en sus manos, tiene su origen en el interés de la Junta de Extremadura plasmado en el Plan de Salud y ha sido fruto del esfuerzo e ilusión que en su elaboración han puesto, tanto la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Dependencia, como los profesionales y responsables de instituciones, asociaciones y entidades representativas de la sociedad extremeña que han intervenido activamente en su elaboración. Mi reconocimiento y agradecimiento a todos ellos, que han hecho posible que este Plan vea la luz.

Nuestro deseo: que resulte una herramienta útil a la hora de diseñar y orientar las intervenciones de los directivos, gestores, profesionales y usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

A todos los que, con su interés, dedicación y esfuerzo, contribuyen con su labor cotidiana en la consecución de los objetivos planteados en este Plan de Humanización de la Atención Sanitaria, nuestro agradecimiento infinito.

José Luis Ferrer Agualeles
*Director General de Planificación,
Ordenación y Coordinación Sanitarias*



Capítulo I: Introducción

“Hagamos, porque es bello, el bien”

Rubén Darío

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, tanto la sociedad extremeña como el Sistema Sanitario Público de Extremadura, están sufriendo cambios cualitativa y cuantitativamente fundamentales. En el primer caso, la población ha mejorado su expectativa de vida, aumentando las personas mayores de 65 años; en el segundo, el aumento del gasto sanitario ha sido superior al incremento económico, además los procesos que padece la población se han cronificado, y la tecnología sanitaria ha invadido nuestros hospitales y centros de salud.

Extremadura dispone de un Sistema sanitario con adecuadas infraestructuras, buena dotación tecnológica y confort en los centros sanitarios, la atención primaria posee una accesibilidad de las mejores del Estado, y sus profesionales poseen una calidad científica elevada, proporcionando una asistencia sanitaria integral a la población general.

Junto a estas circunstancias, la organización de los centros y servicios sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura, ha intentado orientarse no sólo a tratar correctamente la enfermedad y la salud de la población, sino a atender a la persona.

La humanización de la atención sanitaria ha ido ganando un lugar importante en las políticas de la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura, materializándose en una serie de estrategias generales y de programas específicos que, en muchos casos, han sido pioneros en el Sistema Nacional de Salud.

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 prioriza, como estrategia general del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE), la humanización de la atención sanitaria prestada en todos y cada uno de sus centros y servicios. Específicamente, contempla la elaboración de un Plan de Humanización de la Atención Sanitaria (PHAS).

CONCEPTO DE HUMANIZACIÓN

Asistimos a una creciente sensibilidad de nuestra sociedad por humanizarlo todo y a impulsar el proceso de humanización que, desafortunadamente, con frecuencia caminan a la par que otros procesos de deshumanización.

Por otra parte, no es infrecuente que detrás de esta palabra cada uno de nosotros lea un significado distinto, sin haber explorado el propio, el de aquellos que nos rodean, o el que recoge el diccionario.

En principio podemos afirmar que es una cuestión compleja e íntimamente relacionada con los valores y principios humanos, los mismos que inspiran y mueven el PHAS de Extremadura, y que resultan imprescindibles para la consecución de los objetivos propuestos en el mismo.

El Diccionario de la Real Academia Española define humanizar como “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”, humano como “comprensivo, sensible a los infortunios ajenos” y humanización, “la acción y efecto de humanizar o humanizarse”.

Al igual que otros diccionarios, recoge los significados de: sensibilidad, compasión, generosidad, nobleza, cortesía, indulgencia, cordialidad, consideración, etc. Y en reflexivo, humanizar se presenta como desenojarse, hacerse benigno.

En 1984, el INSALUD justificaba en su *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*, que la enfermedad genera una situación de indefensión que le hace sentirse a la persona desvalida, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. Además expresaba 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”.¹

Como el mismo plan refería, el reconocimiento de todos los ciudadanos del derecho a la salud, tal como hace la Constitución Española en su artículo 43 y la Ley General de Sanidad, que universaliza el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a todos los españoles, ha ido acompañado de un proceso de tecnificación y masificación. Parece como si un doble proceso paralelo hubiera tenido lugar: la extensión de la asistencia sanitaria a todos y la deshumanización de la misma. Y en este segundo proceso, pudiera olvidarse fácilmente que la asistencia se está procurando a una persona que se encuentra en un particular momento de debilidad cuya respuesta no puede reducirse a una intervención técnica por muy apropiada que ésta sea y muy al alcance de todos que esté.

¹ *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*, INSALUD, 1984, p. 19.

En el mismo año, el Director General del INSALUD, Francesc Raventós Torras afirmaba: “Podemos decir que 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 desigualdades sanitarias, que elimine 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”.²

Reconocía que la humanización tenía que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, con la competencia profesional y con elementos no fácilmente comunicables ni mensurables, como el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada.

Igualmente se entendía que, para que los centros sanitarios fueran más humanos y existiera un mayor respeto a la dignidad humana, se requería: formación del personal y organización de los servicios sanitarios para una mejor atención del enfermo, informar al enfermo sobre su enfermedad y tratamiento específico; y velar para que el enfermo pueda prepararse psicológicamente a la muerte.

En un estudio reciente de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la extinta Consejería de Sanidad y Consumo (2005), incorporado al análisis de situación del PHAS de Extremadura, los directivos del SSPE, cuando se les pregunta qué entienden por humanización de la atención sanitaria, la identifican con: “organizar el sistema en torno al paciente de forma que éste se sienta como en casa, adaptando la accesibilidad, la confortabilidad y los horarios a sus necesidades”, “tratar a la persona de forma integral”, “dar el mismo trato que nos gustaría que nos dieran a nosotros”, “respetar su autonomía moral”; “combinar una atención sanitaria óptima con una atención personalizada del paciente”; “dar un trato más humano”; “acercar el sistema a lo que es una persona, a su dignidad en todas sus vertientes: física, psíquica y espiritual”; “facilitar el tránsito de las personas a través de todo el sistema de salud con: accesibilidad, rapidez, competencia técnica y calidad en el trato”, “un cambio en la relación sanidad-usuario, a través de un plan de abordaje de mejora de estos actores”.

² RAVENTOS TORRAS F., La organización sanitaria al servicio del ciudadano, en: Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD, Madrid, INSALUD, 1985, p. 12.

En síntesis, en 2005, los directivos del SSPE relacionaban la humanización con:

- a) El trato, el acercamiento, el respeto mutuo y la empatía entre profesionales, usuarios y pacientes;
- b) Tratar de forma integral al paciente;
- c) Combinar una atención sanitaria óptima con una atención personalizada.

Compendiando todas las definiciones dadas por los directivos, y basándonos en los elementos más repetidos, obtenemos como definición común, que la humanización de la atención sanitaria equivale a “la existencia de un respeto mutuo entre usuarios y profesionales, donde prevalece la atención personalizada e integral sobre el problema sanitario; una relación en la que ambos actores son conocedores del sistema y del papel que juega cada uno en el proceso asistencial”.³

Como definición literal de las recogidas en las entrevistas de los 28 Grupos Focales, seleccionamos la siguiente: “La relación en general entre el personal y el paciente; cómo tratar a las personas que presentan algún problema real o aparente, más allá del estricto cumplimiento de un protocolo que muchas veces obliga a actuaciones que pueden ser incluso fáciles para el Sistema pero difíciles de entender para la persona que las sufre”.

Los destinatarios de la Sanidad, evalúan la calidad de los cuidados a través de atributos considerados dimensiones humanas (humanidad), como la empatía, la confianza, o la comunicación, dejando al mismo nivel o incluso a nivel inferior los componentes técnicos. Humanizar tiene connotaciones de cercanía, humanidad o de afabilidad, así como de subjetividad, pues ahora es el paciente el que evalúa el trato.

Como aspectos destacables de la humanización de la atención sanitaria, caben ser señalados, los siguientes:

A. Atención centrada en la persona

Otorgar prioridad al usuario es un punto clave para mejorar la calidad de los servicios de salud y la humanización de los mismos.

³ Definición otorgada por los autores a partir de las opiniones expresadas en el estudio citado.

El adoptar un enfoque centrado en la persona suele requerir un cambio de actitud de los profesionales, no dando por sentado que sabemos lo que más le conviene al usuario. Al orientar los servicios sanitarios hacia la persona, se reconoce que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes. En ellos, éste es lo primordial en todo momento de la planificación, implantación y evaluación de las prestaciones de servicios. El usuario es el experto con respecto a sus propias circunstancias y necesidades. El personal de la salud reúne información sobre los mismos para crear y ofrecer servicios adecuados, de forma que las preferencias del usuario guían todos los aspectos de la prestación de los aquellos.

Asimismo, los profesionales de la salud poseen las habilidades y los conocimientos especializados para ayudar al usuario a tomar decisiones informadas, para garantizar su seguridad y para mantener la calidad técnica. De este modo, la relación entre los principios de autonomía y beneficencia se estarían respetando.

B. Calidad de trato

La calidad de trato significa que la asistencia que se le presta a un usuario, que en muchos casos se encuentra en un momento de particular debilidad, no puede reducirse a una intervención meramente técnica, por muy apropiada que ésta sea. Muchas veces cuando una persona acude a un centro, la atención sanitaria se lleva a cabo a través de normas y procedimientos muy disciplinados y mecanizados para los profesionales sanitarios, pero que afectan de manera importante tanto al usuario como a su familia. Con el Plan de Humanización se pretende impulsar ciertas actitudes profesionales para humanizar la Sanidad como son la cortesía, la empatía, el respeto a lo que se promete, la amabilidad o la corrección de errores, para hacer que el usuario no se sienta desprotegido e inseguro en un medio desconocido para él.

C. Información y comunicación comprensible

La información es un aspecto muy destacado y que preocupa a los usuarios. Los profesionales del Sistema Sanitario deben establecer los canales de información y comunicación adecuados a la mejora de la atención sanitaria, ya que todo esto contribuirá para mejorar la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios, así como la de los profesionales. Se debe ofrecer información y asegurar mecanismos de información sobre el sistema sanitario, recursos y utilización de los mismos por parte de los usuarios; a su vez dicha información debe ser adaptada a las

circunstancias, nivel cultural y características de cada persona y transmitida en el lugar adecuado.

D. Seguridad y confianza

Es importante impulsar un correcto comportamiento y una actitud profesional de seguridad y confianza hacia el usuario. El Plan de Humanización pretende que los usuarios no se sientan desprotegidos e inseguros en el medio sanitario, que suele ser un medio duro para ellos. Es importante hacerles saber que tienen derecho a la confidencialidad de todos sus datos por parte del personal del centro, a que se respete su dignidad y que además esto es un deber de la institución responsable.

E. Continuidad de la atención

Se necesita una continuidad en la atención para mejorar y mantener la salud de la población. Se debe garantizar la disponibilidad de los servicios y el acceso de los usuarios a los mismos, para tener una atención sanitaria de calidad y sin interrupciones entre el domicilio o lugar habitual de residencia, la comunidad, el centro de salud y el hospital.

El concepto de atención sanitaria ininterrumpida para el usuario, se basa en el conocimiento de que la salud y el bienestar están estrechamente ligados y deben tratarse conjuntamente. Una atención integrada contempla la disponibilidad y acceso de los servicios de salud en general para todos, en todos los contextos y en todas las etapas de la vida.

F. Accesibilidad externa e interna

Entendiendo el principio de equidad como condición de accesibilidad que garantiza la relación con el Sistema Sanitario en las mismas condiciones para todos los ciudadanos, y para no poner en peligro este principio, elemento vertebral del Sistema sanitario, debe asegurarse que los accesos a los centros sanitarios no sean difíciles, bien por las esperas excesivas, las distancias o por las circunstancias físicas de los mismos.

En este aspecto es necesario actuar en relación a las características y condiciones de la accesibilidad externa de los centros e instalaciones y en relación a la accesibilidad interna.

La accesibilidad externa se refiere a la valoración general de los centros y de las distintas situaciones, prestando especial atención a los accesos peatonales o para vehículos privados, las barreras arquitectónicas, los accesos mediante medios de transporte colectivo, la señalización externa, los circuitos y trámites burocráticos y la telecita. En la interna se tendrá en cuenta la organización funcional y distribución de espacios comunes y la señalización de los mismos.

G. Confort de las condiciones hosteleras y de uso

De conformidad con estas demandas, las atenciones y servicios no sanitarios conviven estrechamente dentro de los centros con los demás servicios técnico-asistenciales. El Plan de Humanización va encaminado a mejorar la calidad de éstos, ya que actualmente los usuarios demandan mejores prestaciones, exigen mayor confort y un mejor servicio hostelero.

Los servicios en los que hay que prestar especial atención son el acceso del usuario a una habitación individual con cuarto de baño y sillón-cama para el acompañante y un servicio de menú a la carta. También son importantes un servicio de peluquería ambulante, la limpieza e higiene, el servicio de cafetería y comedor, y la calidad de la lencería y uniformes, entre otros.

En resumen y en un intento de definir lo que es humanizar la atención sanitaria, puede afirmarse que es “el logro de la excelencia de la relación entre las personas implicadas, en nuestro caso, entre los gestores, los profesionales y los usuarios del SSPE, dentro de un entorno que la facilite”.

LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA, CUESTIÓN PRIORITARIA

Es posible avanzar en el proceso de humanización con los recursos actuales, habida cuenta de que se trata de progresar, no tanto en un proceso de estructuras y/o de mecanismos, sino en actitudes. Para ello es necesario una voluntad común, de todos y cada una de las personas que conforman el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

La humanización de la atención sanitaria, junto a la calidad de la atención a la salud, constituye uno de los temas fundamentales para el futuro del SSPE, en un momento en que el nivel alcanzado por el mismo, garantiza una atención

sanitaria para todos los extremeños, con un grado de accesibilidad y cobertura aceptables y una elevada calidad técnica de las prestaciones.

El interés por la humanización de la atención sanitaria no es nuevo y aparece estrechamente asociado a la propia práctica sanitaria.

Tanto el propio concepto de humanización, como su medida y mejora, han ido variando en el tiempo, y aún hoy tienen una interpretación no homogénea. Desde un enfoque exclusivamente centrado en la relación médico-paciente individual, se tiende a ampliarla a todos los servicios prestados por los profesionales de la salud, a la atención comunitaria y de salud pública, y a la efectividad y distribución adecuada de los recursos para la atención de la salud.

Como se ha expresado, la humanización de la asistencia sanitaria surgió en el Sistema Nacional de Salud en la década de los ochenta, centrada en el hospital. En aquel momento, supuso un esfuerzo para hacer que la organización atendiera demandas de los usuarios tradicionalmente relegadas, lo que implicaba básicamente la mejora de la gestión de las relaciones interpersonales (información, trato, etc.), de las condiciones hosteleras y poner a disposición de los usuarios un sistema de recogida de sugerencias y reclamaciones, que permitiera conocer los problemas de los pacientes en relación con los hospitales.

En el momento actual, asentada la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferida a la Comunidad Autónoma de Extremadura en 2002, la humanización del conjunto del Sistema Sanitario surge con fuerza por la demanda de unos ciudadanos mejor informados, con mayor nivel socioeconómico y exigentes de un trato y nivel de confort similar al que disfrutaban en su entorno familiar y social, unido al impulso del colectivo de profesionales, que aspiran a alcanzar esa excelencia en las relaciones, y por estar incluida como prioridad en la agenda política de la Junta de Extremadura.

Además, los profesionales exigen trabajar cada vez más en mejores condiciones, y la atención que reciben los ciudadanos constituye una preocupación constante de los mismos, comprometidos en la obtención de mejoras significativas en los resultados de salud de la comunidad.

Múltiples cuestiones que se entroncan con la humanización de la atención que reciben los ciudadanos, son en este momento un tema fundamental de debate en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, y en general, en todos los siste-

mas sanitarios occidentales. Hoy en día, por ejemplo, muchos Servicios Regionales de Salud propugnan que los cuidados de alta calidad deben ser un derecho de todos los pacientes, y la mayoría de los partidos políticos, incluyen en sus programas electorales el derecho a una habitación individual para los pacientes ingresados en los hospitales⁴.

Es necesario entender la relación con el paciente como un conjunto muy amplio de elementos, sin los cuales la atención no puede ser completa ni satisfactoria. Una atención holística, donde se contemplan la comunicación, el contacto y se dé la misma importancia tanto al sufrimiento físico como al anímico y espiritual, porque de hecho, finalmente, no se pueden separar. Es aquí donde el Sistema Sanitario y sus profesionales, tienen un gran reto.

Dos aspectos clave son la atención individualizada y la personalización de la atención.

La atención individualizada hace referencia a todas aquellas actitudes y actividades que las instituciones y los profesionales ponen en marcha, encaminadas a minimizar el impacto y los efectos indeseables de la necesaria protocolización y normativización que comporta instaurar un proceso de atención dentro de una organización, sea en una institución cerrada o en una organización abierta. Es este un aspecto que tiene mucho que ver con la misión de la misma y que debe comprometerla a la misma en su conjunto.

El segundo aspecto, el de personalización de la atención, hace referencia al clima relacional que debe establecerse entre el usuario y el profesional, o entre el enfermo, su familia y los profesionales que intervienen. Son aquellas conductas e intercambios, verbales y sobre todo no verbales, que hacen que cada acto tenga un significado y un sentido trascendente para quien lo realiza y para quien lo recibe. Este aspecto del proceso de la atención lo tiene que favorecer el Sistema Sanitario, y tiene mucho que ver con la calidad humana y la capacidad relacional de las personas que interactúan, sea cual sea el papel que les corresponda: usuario, enfermo, familia y profesionales. De ahí la importancia, de la formación de estos últimos y de la educación sanitaria de los primeros.

⁴ Medida pionera en el SNS, recogida en el Programa Electoral del PSOE de Extremadura, para los comicios de 1999.

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

Con pocas referencias previas en España, este documento concreta la política de humanización y formaliza los objetivos y estrategias de la humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura, a partir de los principios y valores que le son propios⁵, de la reflexión estratégica de la Consejería de Sanidad y Dependencia y en un contexto de mejora continua.

La legislación estatal y autonómica reconoce derechos y deberes a los ciudadanos respecto a la atención sanitaria que sitúan al usuario en el centro del Sistema, debiendo garantizarse no sólo la asistencia sanitaria y su seguimiento, sino también información suficiente que le permita una utilización responsable de los recursos sanitarios y una participación activa en su mejora permanente.

La atención centrada en el usuario nace del reconocimiento de los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales, siendo el principio de autonomía, núcleo y soporte de la asistencia sanitaria.

El respeto a la intimidad y la dignidad se deben materializar en condiciones de habitabilidad y confortabilidad adecuadas en los centros sanitarios, así como en la disposición de la organización en favor de dicho respeto en todo momento, pero en especial en situaciones críticas.

La información sobre el proceso clínico, la libre elección, la confidencialidad, el consentimiento, etc., son derechos que están en la base de la asistencia sanitaria y constituyen el pilar fundamental de una atención de calidad a los ciudadanos.

Un Sistema sanitario público, que entiende la atención sanitaria como un derecho, debe garantizar la accesibilidad a todos los ciudadanos, y no puede obviar el hecho de que sus estructuras, procedimientos y recursos han de estar disponibles de forma que se permita su utilización por todos los ciudadanos, con independencia de sus diferencias individuales y colectivas.

El derecho a realizar sugerencias sobre la asistencia recibida, las instalaciones, la organización, los procedimientos, etc., así como a presentar reclamaciones por lo que se pudiera percibir como incorrecto o anómalo, obligan al Sistema sanitario a

⁵ Ver artículo 3 de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

ofrecer al usuario procedimientos adecuados y eficaces para el ejercicio de estos derechos, así como garantías de que sus aportaciones servirán para aumentar la calidad del servicio.

La atención personalizada requiere la utilización de habilidades de comunicación por parte de todos los profesionales, especialmente escucha activa, empatía, manejo de conflictos, afrontamiento de críticas, autocontrol, etc.

Personalizar la relación entre profesionales y usuarios, supeditar los aspectos organizativos y de gestión a una atención de calidad y que responda a las necesidades y demandas de los ciudadanos, es una premisa básica, procurando un trato y atención singularizado y adecuado a las diferentes necesidades, para conseguir que la atención sanitaria se integre en una atención a la persona.

MARCO NORMATIVO

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 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, a la prevención de la enfermedad y al 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 en el seno del Sistema Nacional de Salud (SNS), haciéndola integral e integrada.

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, ordena y regula el SSPE, regula las actividades, servicios y prestaciones que deben determinar la efectividad del derecho constitucional de la protección de la salud. Además enumera los principios rectores en los que se inspira y establece los derechos y deberes de los ciudadanos respecto al SSPE.

La Ley de Salud de Extremadura establece un nuevo marco de ordenación para la Sanidad extremeña, definiendo el SSPE como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, así como la creación del Servicio Extremeño de Salud, como Organismo autónomo de carácter administrativo.

Conforme enuncia esta Ley, corresponde a la Consejería con competencias en Sanidad la elaboración del Plan de Salud de Extremadura y la planificación normativa y estratégica en materia sanitaria de la Comunidad Autónoma. Es en este marco normativo, donde se integra la elaboración y desarrollo del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ofrece en este terreno, las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que recoge la Constitución.

La Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, de la Comunidad Autónoma de Extremadura, garantiza el derecho a la protección de la salud con pleno respeto a los derechos fundamentales de información, honor e intimidad consagrados constitucionalmente, y el principio de autonomía de la voluntad del paciente, en un marco que potencie la participación activa de los ciudadanos, de los profesionales y de las instituciones sanitarias para la consecución de una mejora continua en la atención sanitaria.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la participación activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias, y los respectivos códigos deontológicos, imponen a estos profesionales el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado. No obstante, y con independencia de las normas laborales que contemplan este derecho en virtud de la condición común de “trabajadores”, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, como norma básica que establece su régimen jurídico, reconoce el derecho de los profesionales que se encuentran en su ámbito de aplicación a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, sobre riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo habitual, así como a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27 recoge la integración del principio de igualdad en la política de salud (garantizando la igualdad de derecho a la salud de mujeres y hombres en los objetivos y actuaciones de política de salud) y la perspectiva de género (integrando en la formulación, desarrollo y evaluación de las políticas de salud, las distintas necesidades de mujeres y hombres, y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente). Esta Ley Orgánica modifica la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, e introduce un nuevo apartado 4 en su artículo 3, en el que las políticas, estrategias y programas de salud deben integrar activamente en sus objetivos y actuaciones dicho principio, sin discriminaciones derivadas de diferencias físicas o estereotipos sociales asociados.

Todo el contenido del presente Plan está ajustado y tiene en cuenta, sin excepción, la perspectiva de género, aplicando en todo momento el principio de igualdad de trato para mujeres y hombres, amoldándose su redacción a lo dispuesto en la gramática de la Lengua Española de la Real Academia Española.

Según recogen los objetivos generales del Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, es necesario adecuar las políticas públicas, y entre ellas la salud, a las nuevas necesidades que origina la presencia de inmigrantes. Esta adecuación ha de ser tanto cuantitativa como cualitativa, para gestionar adecuadamente la diversidad de las nuevas demandas e incorporar las competencias interculturales necesarias.

DERECHOS Y DEBERES

Los derechos y deberes de los pacientes deben inspirarse en principios generales, tales como el respeto a la personalidad y dignidad humana, la no discriminación y la humanización de la asistencia sanitaria.

Cuando se habla de los derechos de los pacientes, hay que distinguir entre derechos sociales y derechos individuales.

Los derechos sociales se disfrutan colectivamente, están relacionados con la gama de los servicios disponibles, con la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y con la no discriminación por razones económicas, geográficas, culturales, sociales, etc. Dependen del grado de evolución de la sociedad y, por lo tanto, influyen en su desarrollo factores económicos, políticos, sociales y culturales.

Los derechos individuales, por el contrario, contemplan cuestiones relacionadas con la integridad de la persona, su dignidad, su intimidad o sus convicciones religiosas. Son el resultado de las sucesivas conquistas sociales de los ciudadanos, se disfrutan individualmente y son los que promueven prácticas sanitarias humanas y de calidad.

La normativa básica relacionada con los derechos y deberes de los pacientes, puede estructurarse en: las declaraciones y tratados internacionales, la legislación y planes a nivel estatal (ya tratados en este mismo apartado), y la legislación y planes autonómicos:

A) Declaraciones y tratados internacionales:

Entre las Declaraciones y tratados internacionales, cabe destacar:

- a. La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948.
- b. El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, de 1950.
- c. La Carta Social Europea, de 1961.
- d. El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, de 1966.
- e. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- f. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Comisión de Salud y Asuntos Sociales, 1976.
- g. La Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, de 1994.
- h. El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997 (Convenio de Oviedo).
- i. Declaración de Lisboa sobre los derechos del Paciente. Asamblea Médica Mundial, 1995.
- j. La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 7 de diciembre de 2000.

B) Legislación y planes de ámbito nacional:

En los ámbitos de la legislación y los planes nacionales figuran:

- a. La Constitución Española de 1978.

- b. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria. Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes. Instituto Nacional de la Salud, 1984.
- c. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- d. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente.
- e. Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- f. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias.
- g. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

C) Legislación y planes de ámbito autonómico:

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, cabe destacar:

- a. Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.
- b. Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente.
- c. Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- d. Decreto 16/2004, de 26 de febrero, por el que se regula el derecho de segunda opinión médica en el SSPE.
- e. Decreto 15/2006, de 24 de enero, por el que se regula la libre elección de médico, servicio y centro en Atención Primaria de Salud del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- f. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008.
- g. Decreto 4/2003, de 14 de enero, por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- h. Orden de 26 de noviembre de 2003, por la que se regula la tramitación de las reclamaciones y sugerencias, relativas a la actividad sanitaria, dirigidas por los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura al Servicio Extremeño de Salud.

D) Derechos:

De conformidad con la normativa expuesta, los Derechos básicos de los pacientes están referidos a diferentes aspectos, que determinan su clasificación en:

1. Derechos relativos a la intimidad de las personas y la confidencialidad de las actuaciones sanitarias.

Derecho a ser atendido en un medio que garantice la intimidad, dignidad y seguridad de la persona.

- 1.1. Derecho a decidir quien está presente durante los actos sanitarios.
- 1.2. Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto.
- 1.3. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso asistencial.
- 1.4. Derecho de acceso y rectificación de datos.

2. Derechos relativos a la información y participación.

- 2.1. Derecho a la información asistencial.
- 2.2. Derecho al respeto a la voluntad de no ser informado.
- 3.3. Derecho a la información terapéutica.
- 2.4. Derecho a la información epidemiológica.
- 2.5. Derecho a la información general sobre los servicios sanitarios.
- 2.6. A recibir información general sobre las prestaciones y los servicios del sistema, y los requisitos de acceso y uso.
- 2.7. A disponer de una carta de derechos y deberes en todos los centros sanitarios.
- 2.8. A conocer los programas y las acciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud.
- 2.9. A ser informado sobre los mecanismos de calidad.
- 2.10. A recibir información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios.
- 2.11. Derecho a presentar reclamaciones y sugerencias.
- 2.12. Derecho al libre acceso al Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura y a los servicios de atención al usuario.
- 2.13. Derecho de participación.

3. Derechos relativos a la autonomía del paciente.

- 3.1. Consentimiento informado.
- 3.2. Derecho del paciente a elegir entre las diversas opciones terapéuticas y renunciar a recibir tratamientos.
- 3.3. Derecho de expresión anticipada de voluntades.
- 3.4. Derecho a conocer si los procedimientos que se aplican a un paciente pueden ser utilizados para un proyecto docente o de investigación.

4. Derechos referidos a la documentación clínica.

- 4.1. Constancia documental del proceso asistencial.
- 4.2. Confidencialidad de la información contenida en la documentación clínica.
- 4.3. Derecho del usuario a acceder a la documentación de su historia clínica.
- 4.4. Derecho a recibir el informe de alta.
- 4.5. Derecho a que se facilite certificación acreditativa de su estado de salud.

5. Derechos relacionados con la prestación de los servicios sanitarios.

- 5.1. Derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos, en las condiciones normativamente establecidas.
- 5.2. Derecho de libre elección de médico, servicio y centro.
- 5.3. A obtener medicamentos y productos sanitarios necesarios para su salud.
- 5.4. Derecho a información sobre listas de espera.
- 5.5. Derecho a ser atendido, dentro de un tiempo adecuado, a la condición patológica y de acuerdo con criterios de equidad. Los tiempos máximos de respuesta establecidos son:
 - 180 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas.
 - 60 días naturales para acceso a primeras consultas externas.
 - 30 días naturales para la realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas.
- 5.6. Derecho a solicitar una segunda opinión. Criterios de valoración:
 - Evidencia de alta relación riesgo/beneficio en el procedimiento a emplear.
 - Patología que suponga un riesgo para la vida del ciudadano o para la calidad de la misma.
 - Existencia de alternativas.
- 5.7. A una asistencia humanizada y adecuada al paciente.

E) Deberes:

Por otra parte las obligaciones o deberes básicos del paciente son:

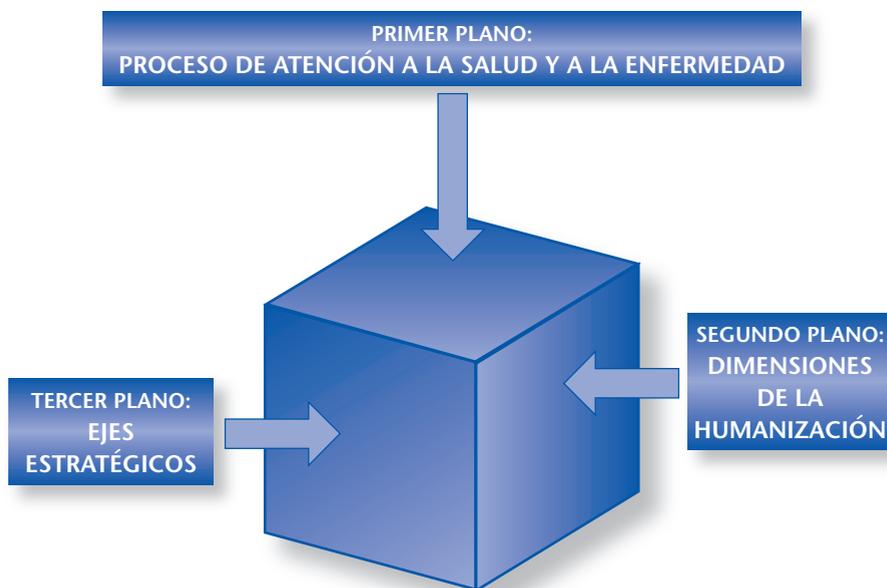
1. Deber de cuidar su salud y responsabilizarse de ella.
2. Deber de respeto a las prescripciones y medidas sanitarias.
3. Uso correcto de instalaciones y servicios.
4. Deber de responsabilizarse del uso adecuado de los recursos y prestaciones sanitarias.
5. Respeto a los profesionales sanitarios.
6. Deber de facilitar, de forma leal y cierta, los datos sanitarios.
7. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento.

PLANOS DE LA HUMANIZACIÓN

El enfoque estratégico donde se ha encuadrado la humanización en el PHAS, tiene una estructura poliédrica, donde confluyen tres planos (Figura 1):

- I) El proceso de atención a la salud y a la enfermedad del SSPE
- II) Las dimensiones de la humanización
- III) Los ejes estratégicos del propio Plan

Figura 1 Planos de la humanización.



El primer plano viene representado por **el proceso de atención a la salud y a la enfermedad del SSPE**, con sus cuatro grandes cometidos:

- a) **Conservar la salud.** Se engloban todas las acciones que desde el Sistema Sanitario van encaminadas a promover la salud y a evitar, en la medida de lo posible, la enfermedad, a través de la educación para la salud, la prevención primaria (reducción de riesgos) y la prevención secundaria (prevención precoz de enfermedades).

- b) **Mejorar/curar la enfermedad.** Incluye todas aquellas acciones del Sistema que van dirigidas hacia la recuperación de los ciudadanos cuando están enfermos o lesionados, a través del tratamiento y cuidado necesarios.
- c) **Vivir con la enfermedad o discapacidad.** Acciones del Sistema que tratan de ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas a autocuidarse adecuadamente, a controlar los síntomas, evitar las complicaciones y mantener las actividades de la vida diaria.
- d) **Cuidar el final de la vida.** Abarca todas aquellas acciones de cuidado a los pacientes y sus familiares, cuando las necesidades cambian dolorosamente a causa de una enfermedad terminal.

El segundo plano, viene representado por **las dimensiones de la humanización** identificadas en los estudios realizados durante el proceso de elaboración del presente Plan. No hay un acuerdo generalizado sobre la definición de humanización, pero sí que existe una coincidencia en que dicho concepto tiene múltiples dimensiones. De todas las propuestas, se han priorizado las siguientes:

- a) Atención centrada en el paciente y calidad en el trato
- b) Atención personalizada
- c) Accesibilidad externa e interna
- d) Continuidad de la atención (atención integrada)
- e) Confort de las condiciones hosteleras y de uso
- f) Información y comunicación comprensible
- g) Seguridad y confianza
- h) Empatía y sensibilidad

El tercer plano, representa los cinco **ejes estratégicos** del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE, donde se encuadran los objetivos y líneas de actuación del mismo.

1. **La atención e información al paciente/usuario**
2. **La asistencia sanitaria integral**
3. **Los profesionales, agentes activos de la humanización**
4. **Infraestructuras y hostelería**
5. **Implicación y participación ciudadana**

ELEMENTOS DISTINTIVOS

En el Plan de Humanización se evidencian una serie de elementos distintivos de las estrategias en él planteadas, entre los que caben destacar los siguientes:

- a) El enmarque en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008.
- b) La alineación con el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- c) La participación de los profesionales, los usuarios y los directivos del propio SSPE, mediante las aportaciones volcadas en su diseño y contenido.
- d) La utilización en el ámbito del Contrato-Programa y Contratos de Gestión de las Áreas de Salud, como instrumentos de relación entre niveles directivos.
- e) La elaboración de un modelo de actuación para implantar las estrategias, que detalla funciones, asigna responsabilidades y calendarización de las actividades como guión para llevar a cabo los cinco ejes estratégicos.

ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

El Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura, se ha estructurado en los siguientes Capítulos:

- I. Introducción**
- II. Metodología de elaboración**
- III. Análisis de la situación**
- IV. Ejes estratégicos**
- V. Objetivos y líneas de actuación**
- VI. Seguimiento y evaluación del Plan de Humanización**
- VII. Financiación**
- VIII. Anexos**

La **Introducción** trata de ofrecer una orientación básica sobre el contenido del documento. Así mismo, recoge la definición del marco normativo básico que se ha tenido en cuenta para su elaboración, los elementos distintivos del propio plan, y los planos de la humanización que configuran el enfoque estratégico del Plan de Humanización del SSPE.

El apartado dedicado a la **Metodología de elaboración** contiene, de forma somera, el proceso seguido en su elaboración, que ha venido presidido por la participación de los sectores profesionales, sociales y políticos.

En el capítulo dedicado al **Análisis de la situación** se sintetiza, de forma sencilla, el trabajo de recogida, interpretación y análisis de la información más reciente disponible sobre las características de la población, su estado de salud, los factores condicionantes y la oferta y características más destacables de los servicios sanitarios y sociosanitarios disponibles en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Además, se ha contado con tres estudios específicos: el primero sobre la situación de la humanización en el SSPE, mediante la búsqueda activa; un segundo estudio basado en la técnica de grupos nominales; y el tercero, un estudio Delphi. Los tres han servido a la hora de formular los objetivos, los ejes estratégico y las líneas de actuación.

En este Capítulo se explicitan también, de forma esquemática, la identificación de prestaciones relacionadas con la humanización ofertadas por el SSPE así como la convergencia con otros planes relacionados con la salud, llevados a cabo por la Junta de Extremadura.

Los **Ejes estratégicos** son descritos en el capítulo cuarto. Se identifican como áreas de mejora y desarrollo de la humanización del SSPE: la atención e información al usuario/paciente; la formación en humanización de los profesionales; los aspectos de infraestructuras y hostelería; la asistencia sanitaria integral; los programas claves de atención humanizada y la implicación y participación ciudadanas.

Las oportunidades de mejora se concretan en un denso quinto apartado, en forma de **Objetivos y líneas de actuación en Humanización**. Se fijan unos objetivos estratégicos a alcanzar para mantener o mejorar el grado de humanización del conjunto del SSPE y se establecen las estrategias para la consecución de cada uno de ellos.

El sexto capítulo, dedicado a la **Evaluación** del Plan de Humanización del SSPE, trata del seguimiento de las actuaciones previstas por parte de la Oficina del Plan, del grado de cumplimiento de los objetivos a través de un conjunto de indicadores definidos, y de la evaluación de las diferentes estrategias planteadas. Esta actividad permitirá conocer el estado de la situación y los progresos conseguidos en el cumplimiento de los respectivos objetivos.

El Plan cuenta con un apartado dedicado a la **Financiación** del mismo. En él se establece que para cada Ejercicio Presupuestario, las Unidades de Gasto, deben incluir en su propuesta presupuestaria la correspondiente a aquellas actuaciones comprometidas en el Plan de Humanización.

Finalmente, se recogen varios **Anexos** del PHAS, que aportan información de interés sobre: abreviaturas, bibliografía, glosario de términos y nomenclatura de humanización, colaboradores, evolución y comparativa del barómetro sanitario y actividades formativas.

PUBLICACIÓN Y DESARROLLO DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN

Tras la aprobación del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE, se procede a su edición, de forma razonablemente accesible para el público en general.

Se pone en marcha una estrategia de presentación y difusión del contenido del Plan entre los profesionales. Se publica en formato papel y CD, distribuyéndose a todos los centros y servicios sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Su instrumentación requiere la necesidad de vincularlo a la compra de servicios a través de los Contrato Programa con el Servicio Extremeño de Salud.

Para que ejerza la máxima influencia y se garantice su efectividad, se procurará involucrar a los planificadores, directivos, gestores y profesionales sanitarios de los diferentes niveles de atención en su desarrollo y aplicación.



Capítulo II: Metodología de Elaboración

“Al bien hacer jamás le falta premio”

Miguel de Cervantes

2. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN

Sobre la base de la normativa vigente y el proyecto político enunciado en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, la extinta Consejería de Sanidad y Consumo, a través de su Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, elabora el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria de Sistema Sanitario Público de Extremadura (PHAS).

Su elaboración se planteó, desde su inicio, en un espacio participativo, abierto y de colaboración entre agentes (directivos, profesionales y población general), y con un método capaz de permitir analizar de forma exhaustiva cuál es el punto de arranque, cuáles son las necesidades de mejora, qué objetivos a medio plazo se pueden enunciar y cómo pueden abordarse estas necesidades y problemas.

En el nuevo contexto de la Sanidad extremeña, definido por la Ley de Salud de Extremadura y la asunción de las transferencias sanitarias del antiguo INSALUD, se ha hecho posible acercar el núcleo de decisiones a la sociedad, unificar el sistema de planificación y poder alinear de forma más coherente ideas y herramientas a la hora de plantear la elaboración de un proyecto como el PHAS.

Al concretar las respuestas que debía ofrecer el Plan, como premisa se estableció que el resultado final constituyera una herramienta que oriente las políticas de intervención a desarrollar por el conjunto del SSPE, en la ganancia de aquellas cuestiones identificadas como humanización del mismo. Esto implicó poner en primer plano la perspectiva de los ciudadanos y aumentar nuestra sensibilidad a las necesidades y valores de las personas.

De ahí la importancia otorgada a que el proceso estuviera basado en promover la activa participación de la comunidad en su elaboración y la cooperación multisectorial.

La elaboración del Plan se estructuró en varias fases, que partiendo del análisis de situación de la humanización en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, prosiguió por la definición del marco de referencia y de los ejes estratégicos para abordar la humanización, hasta llegar a definir los objetivos a conseguir, las líneas de actuación más relevantes para la acción, su evaluación y la financiación del mismo (Figura 2).

Figura 2 Esquema del proceso de elaboración del PHAS.



En consecuencia con lo expuesto, en los epígrafes siguientes se definen las fases en las que se estructuró el proceso de elaboración.

2.1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En el análisis de situación de la cuestión que nos ocupa, resultaba fundamental la elección de los procedimientos adecuados que nos permitieran conocer la realidad y proyectar las propuestas de mejora para el futuro.

Para alcanzar dicho conocimiento, cabe destacar la realización de tres estudios concretos:

- El primero de ellos ha supuesto la identificación de las acciones y programas que desarrolla el SSPE relacionadas con aspectos de la humanización de la atención sanitaria, mediante la búsqueda activa, que ha servido para identificar las prestaciones relacionadas con la humanización ofertadas por el SSPE que se dan en el momento actual.
- El segundo, mediante una investigación cualitativa, que ha permitido conocer la opinión del personal directivo del SSPE, en relación a las estrategias desarrolladas y las nuevas expectativas sobre la humanización y su mejora continua.
- El tercero ha consistido en un estudio mediante el método Delphi encaminado a un doble objetivo, profundizar en el conocimiento de la situación actual y explorar las posibilidades de desarrollo futuro de nuevas estrategias.

El estudio llevado a cabo mediante grupos focales evaluó la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos relacionados con la situación de lo que se ha denominado “humanización” de la atención sanitaria en el SSPE.

El objetivo general del mismo fue el de valorar el conocimiento, la opinión, las actitudes y las expectativas de los profesionales directivos del conjunto de la Consejería de Sanidad y del SES (de los Servicios Centrales y de las Áreas de Salud) respecto a las estrategias que contribuyen a la “humanización” de la atención sanitaria del SSPE. Ofreció una descripción holística, esto es, un análisis exhaustivo, con detalle, de una estrategia priorizada por el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, la humanización de la atención sanitaria, estudiando contextos estructurales y situacionales.

Los resultados se categorizaron en los siguientes apartados: opinión sobre la humanización de la atención sanitaria en el SSPE; grado de conocimiento de medidas llevadas a cabo en esta materia; opinión sobre las medidas implantadas; medidas que se proponen para mejorar la situación actual; selección de las que pueden ser desarrolladas; y propuesta de medidas consensuadas por el grupo.

El tercer abordaje analítico consistió en un macroestudio Delphi sobre la humanización de la atención sanitaria en Extremadura. Se trata de un estudio de consenso entre profesionales y usuarios extremeños del SSPE, con un doble objetivo: obtener información relevante sobre el grado de humanización del SSPE y, de otro lado, obtener el “máximo común denominador” de las opiniones de los mismos por medio de métodos estructurados de consenso encaminados a dar luz sobre las necesidades y posibilidades de desarrollo de las políticas de humanización a medio plazo (3-5 años).

La utilización del método Delphi ha permitido obtener una visión colectiva de expertos sobre un tema, la humanización de la atención sanitaria, que a partir de dos oleadas repetidas de preguntas, respondían al siguiente esquema: Percepción inicial de la humanización; conocimiento del SSPE en relación con la humanización; identificación de problemas; priorización de actuaciones; valoración general del grado de humanización; dificultades y valoraciones de los usuarios; corresponsabilidad de los usuarios en situaciones negativas para el SSPE; implicación de los profesionales; trato recibido; posibles desarrollos estratégicos y valoración del impacto del Plan en los diversos colectivos del SSPE.

La aplicación de la metodología de los consensos como forma de obtener información útil para la planificación, desde la vertiente participativa a través de grupos de expertos, ya se había desarrollado en la Comunidad Autónoma en los procesos de algunos planes estratégicos, entre los que destaca el Plan de Salud de Extremadura.

En esta ocasión, se invitó a participar como panelistas a 200 expertos (100 usuarios y 100 profesionales del SSPE), con el criterio básico del conocimiento de la atención sanitaria del SSPE, sea por dedicación y/o por haber hecho uso del mismo.

2.2. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN

Constituyen **objetivos generales** del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria:

- a) **Consolidar y mejorar la humanización de los servicios sanitarios del conjunto del Sistema Sanitario Público de Extremadura.**
- b) **Desarrollar un marco y enfoque comunes para guiar y asegurar esta mejora de la humanización de los servicios sanitarios.**
- c) **Aumentar la corresponsabilidad de todos los grupos de interés (ciudadanos, directivos y profesionales) en las acciones de mejora continua de la humanización.**

2.3. EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN

Con el horizonte de los objetivos generales, y en base a los resultados obtenidos en el análisis de situación, se identificaron cinco ejes estratégicos (Figura 3).

1. **La atención e información al usuario/paciente**
2. **La asistencia sanitaria integral**
3. **Los profesionales, agentes activos de la humanización**
4. **Infraestructuras y hostelería**
5. **Implicación y participación ciudadana**

Los ejes estratégicos del PHAS se corresponden con las áreas para la mejora de la humanización de la atención sanitaria y diferencian, desde un punto de vista eminentemente operativo, aquellas áreas estratégicas prioritarias para la intervención, atendiendo al tipo de acción que se realiza.

Cada uno de los ejes estratégicos cuenta con un objetivo estratégico general y varios objetivos específicos.

En los ejes se integran, tanto las actuaciones relacionadas con la humanización desarrolladas en el SSPE, como los programas clave, que a su vez representan aquellas acciones, en marcha o no, enunciadas y desarrolladas conforme a una sólida estructura de planificación sanitaria.

Los programas claves suponen proyectos de atención homogénea y transversal de determinadas necesidades de las personas, con objetivos y acciones definidos que, entre otros aspectos, están encaminados a mejorar la situación en términos de humanización y satisfacción de los ciudadanos, los pacientes y/o profesionales del SSPE.

Se ha entendido que el PHAS debe dar cobijo a programas orientados hacia la búsqueda de resultados en términos de humanización.

Los programas claves surgen de las estrategias propugnadas por el Plan de Salud de Extremadura y por todos aquellos Planes que emanan del mismo. Con ello, las estrategias de humanización se ponen al servicio del Plan de Salud y del resto de Planes (Plan Estratégico del SES, Plan Marco de Calidad, Plan Integral sobre Drogas, etc.), aunando esfuerzos y buscando su operatividad.

Desde el PHAS se identifican los siguientes Programas Clave:

1. Programa de señalización de centros y servicios
2. Programa de mejora de las áreas de urgencias
3. Programa menú a la carta en los hospitales
4. Programa compañía
5. Programa de acompañamiento al parto
6. Programa libre elección de médico, centro y servicio
7. Residencia para familiares de enfermos hospitalizados
8. Programa Mariposa
9. Intérpretes de la lengua en la consulta
10. Proyecto Jara
11. Telemedicina
12. Sistema de reclamaciones y sugerencias del SSPE
13. Defensor de los usuarios del SSPE
14. Servicio de cita previa
15. Programa regional de cuidados paliativos
16. Programa de evaluación y tratamiento del dolor
17. Encuestas de satisfacción de los usuarios

En algunos casos, el desarrollo de estos programas, tras algunos años de implantación en los centros y servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma, supondrá su evolución desde proyectos aislados en los centros hacia un enfoque integral e integrado en todo el SSPE.

2.4. DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN CORRESPONDIENTES

Definidos los ejes estratégicos, se establecieron los correspondientes objetivos específicos, de acuerdo con los problemas y necesidades detectados y con los recursos disponibles, y son expresados en términos concretos, mensurables, monitorizables, cuantificables y modificables.

Para cada uno de los objetivos del PHAS, se proponen unas líneas de actuación concretas, recogiendo de esta manera las estrategias posibles a consolidar, a impulsar o a abordar, expresadas, en algunos casos, como programas específicos.

Figura 3 Ejes estratégicos del PHAS.



Las líneas de actuación, se corresponden con actividades generales que son necesarias llevar a cabo atendiendo a los criterios organizativos de las diferentes Administraciones, y están sujetas a los cambios propios del devenir de nuevas situaciones y conocimientos del problema. La definición de las mismas se basa en los resultados y conclusiones del análisis de situación, y tienen en cuenta el grado de eficiencia demostrada de las medidas, la sensibilidad del problema a las intervenciones propuestas y su factibilidad.

Para cada línea de actuación, se señala el principal órgano responsable o encargado de llevarla a cabo (sin que ello signifique la exclusión del concurso de otros), y para cada objetivo se establecen los indicadores de seguimiento y evaluación de resultados, en consecuencia con las líneas de actuación enunciadas. Estos indicadores de seguimiento y evaluación, permitirán conocer si su implantación se acompaña del esperado desarrollo de las principales actuaciones previstas.

2.5. REDACCIÓN DEL DOCUMENTO DE DEBATE

Con los resultados de sesiones mantenidas por los diferentes Grupos de Trabajo, se configuró el “borrador del PHAS”, que sometido a la consideración de los órganos directivos de la Comunidad Autónoma de Extremadura, pasó a ser el “documento-debate del PHAS”.

En una fase posterior, dicho documento fue sometido a la consideración de expertos consultores y representantes institucionales (Administraciones Públicas, Sociedades Científicas, Agentes Sociales y ONGs), mediante la presentación de enmiendas, debatidas en una Jornada-Taller.

2.6. REDACCIÓN DEL PROYECTO DE PHAS

Analizadas las propuestas presentadas al documento en la Jornada Taller, fueron introducidas las correspondientes modificaciones, revisada la redacción y reevaluadas las previsiones económicas y los mecanismos de financiación del conjunto de actividades, transformándose así el documento en el “Proyecto del PHAS”, presentado a la consideración del Consejo Extremeño de Salud, del Consejo Científico Asesor del SSPE y del Consejo de Dirección de la CSD.

Finalizadas estas, la Consejera de Sanidad y Dependencia elevó el mismo al Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Extremadura, para su aprobación.

2.7. PUBLICIDAD

Aprobado el PHAS, se pone a disposición de los gestores, profesionales, ciudadanos y público general en forma de publicación accesible en formatos papel y electrónico, y a través de la página web institucional de la Junta de Extremadura, “www.juntaex.es”.



Capítulo III: Análisis de Situación

“En el estudio no existe la santidad”

Erasmus de Rotterdam

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

3.1. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

Padrón Municipal de Habitantes

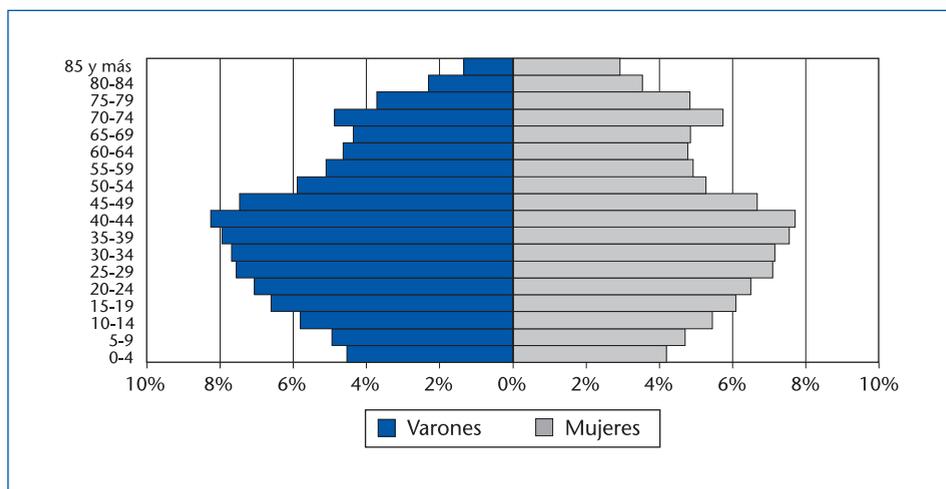
Según los datos de población resultantes de la revisión del Padrón Municipal de Habitantes, declarados oficiales por el Gobierno mediante el Real Decreto 1627/2006, de 29 de diciembre (BOE n. 312, de 30-12-2006) la población de Extremadura a 1 de enero de 2006 ascendió a 1.086.373 habitantes, lo que supone una variación absoluta de 2.494 habitantes con respecto a 1 de enero de 2005 (variación relativa: 0,2%)

Por provincias, en Badajoz la cifras de población en 2006 es de 673.474 habitantes, con una variación absoluta de 2.175 con respecto al padrón de 2005 (0,3%), y en Cáceres 412.899, con una variación absoluta de 319 (0,1%).

Cuando se combina la estructura por sexos con la estructura por edades se obtiene la pirámide de población. En la Figura 4, se representa la correspondiente a la población de Extremadura a 1 de enero de 2006.

Figura 4

Pirámide de Población de Extremadura. Año 2006.

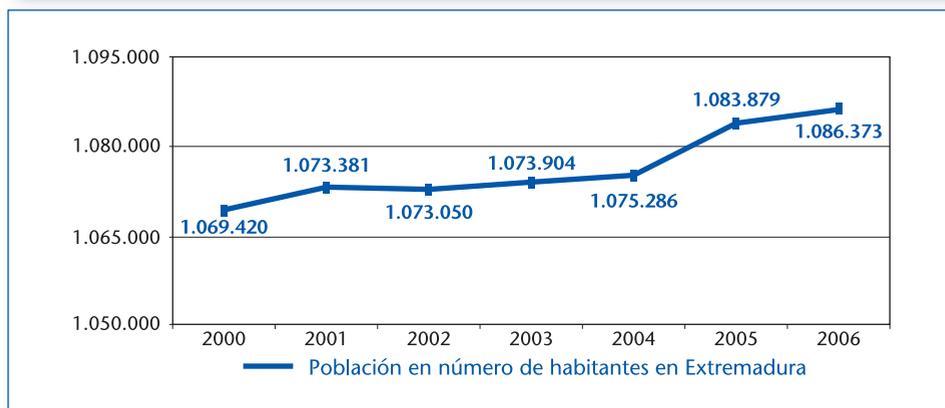


Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes.

Elaboración: CSD. D.G. Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

La evolución de la población en Extremadura continúa con una ligera tendencia alcista desde el año 2000, como refleja la Figura 5.

Figura 5 Evolución de la población en Extremadura según el número de habitantes. Periodo 2000-2006.

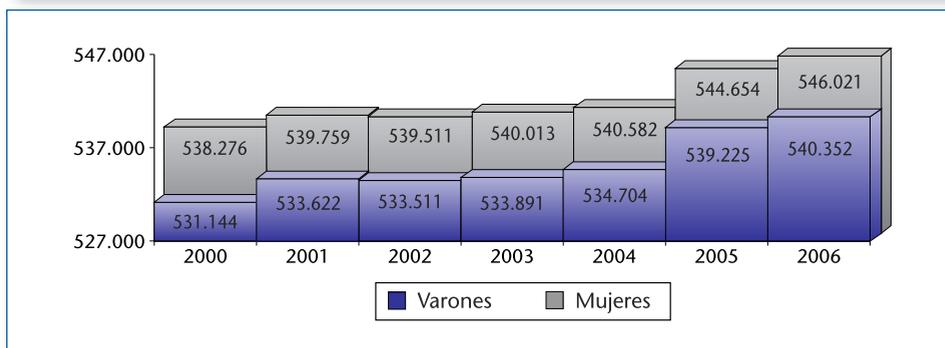


Fuente : INE. Padrón Municipal de Habitantes.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

La población en Extremadura por sexo, ascendió a 540.352 varones (49,74%) y 546.021 mujeres (50,26%) a 1 de enero de 2006. En la Figura 6 puede apreciarse cómo la población femenina superaba a la masculina a lo largo del periodo 2000-2006.

Figura 6 Evolución de la población en Extremadura según sexo. Periodo 2000-2006.



Fuente : INE. Padrón Municipal de Habitantes.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

3.2. RECURSOS

3.2.1. Mapa de recursos en Atención Primaria

Las zonas de salud constituyen el marco territorial y poblacional de la Atención Primaria en Extremadura. A finales de 2006 el Mapa Sanitario de Extremadura se estructura en 109 zonas de salud, lo que supone un incremento de 12 zonas con respecto al año 1996, donde había 97. Los Equipos de Atención Primaria en funcionamiento son 104, y los consultorios locales 417. El número de Puntos de Atención Continuada ha pasado de los 106 del año 2000, a los 123 del año 2006 (Tabla 1).

Conviene señalar que un total de 27 centros de atención primaria, disponen de telemedicina mediante conexión “on line” con los hospitales públicos de Extremadura.

Tabla 1 Número de tarjetas sanitarias, zonas de salud, consultorios locales, P.A.C., telemedicina y recursos humanos de A.P. en Extremadura. 2006.

Áreas de salud	Tarjetas sanitarias	Zonas Salud	EAP	Consult. Locales	PAC	Tele-medicina	Recursos Humanos	
							Med	Enf
<i>Badajoz</i>	258.890	21	20	46	18	6	151	169
<i>Mérida</i>	158.063	13	12	28	14	3	96	108
<i>D. Benito-V</i>	142.924	14	13	58	18	4	109	121
<i>Llerena-Z.</i>	106.791	9	9	39	11	3	84	90
<i>Cáceres</i>	190.212	23	21	79	25	5	151	168
<i>Coria</i>	48.869	7	7	36	9	1	46	46
<i>Plasencia</i>	113.606	14	14	92	18	4	94	106
<i>Navalmoral</i>	54.474	8	8	39	10	1	50	50
C.A.E.	1.073.829	109	104	417	123	27	778	858

Fuente: SES. D.G. de Asistencia Sanitaria.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

La mejora en las comunicaciones por carretera y el incremento del número de zonas de salud, han contribuido al aumento del porcentaje de núcleos de población con distancia inferior a 15 minutos a su centro de salud de referencia (Tabla 2).

Tabla 2 Porcentaje de núcleos de población por áreas de salud en Extremadura cuya distancia a su centro de salud de referencia es inferior a 15 minutos. Años 1995 y 2006.

Núcleos de población por área de salud	Distancia al Centro Salud de referencia menor a 15'		Incremento 1995-2006
	Año 1995	Año 2006	
<i>Badajoz</i>	83,33%	86,60%	+ 3,27%
<i>Mérida</i>	76,00%	96,08%	+ 20,08%
<i>Don Benito- Villanueva</i>	68,85%	85,00%	+ 16,15%
<i>Llerena - Zafra</i>	57,89%	81,48%	+ 23,59%
<i>Cáceres</i>	49,23%	79,44%	+ 30,21%
<i>Coria</i>	79,31%	97,83%	+ 18,52%
<i>Plasencia</i>	66,67%	82,54%	+ 15,87%
<i>Navalmoral de la Mata</i>	65,79%	77,78%	+ 11,99%
Total Extremadura	68,38%	84,72%	+ 16,34%

Fuente: INE. Nomenclátor 2003. Mapa Sanitario: CSC.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

3.2.2. Recursos y listas de espera en atención especializada

Mapa de recursos en atención especializada

El número de camas instaladas en los hospitales generales con dependencia funcional del SES en 2007 es de 3.053 (Tabla 3).

La mejora en las comunicaciones por carretera ha contribuido al aumento del porcentaje de núcleos de población con distancia inferior a 30 minutos de su hospital público de referencia, comparando el año 1995 con el 2006 (Tabla 4). En el año 2007 el incremento es mayor principalmente, en las Áreas de Salud de Mérida y Don Benito-Villanueva, con la apertura de los nuevos hospitales de Siberia/Serena y Tierra de Barros, y en general con el aumento en el número de kilómetros de autovías.

Tabla 3 Establecimientos sanitarios en régimen de internado en Extremadura. 2007.

Hospital		Localidad	Camas	Asistencia
C.H. Badajoz	Hospital Infanta Cristina	Badajoz	535	General
	Hospital Materno Infantil	Badajoz	223	Materno-Inf.
	Hospital Perpetuo Socorro	Badajoz	175	General
C.H. Cáceres	Hospital S. Pedro Alcántara	Cáceres	505	General
	Hospital. N. S. Montaña	Cáceres	211	General
Hospital Virgen del Puerto		Plasencia	232	General
Hospital de Mérida		Mérida	300	General
Hospital Tierra de Barros		Almendralejo	80	General
Hospital Don Benito-Villanueva		D. Benito	289	General
Hospital Siberia/Serena		Talarrubias	53	General
C.H. Llerena-Z	Hospital de Zafra	Zafra	95	General
	Hospital de Llerena	Llerena	144	General
Hospital de Coria		Coria	125	General
Hospital Campo Arañuelo		Navalmoral	96	General

Fuente: Catálogo de Hospitales de Extremadura y Servicio de Centros y Servicios Sanitarios.
Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Tabla 4 Porcentaje de núcleos de población por áreas de salud en Extremadura cuya distancia por carretera a su hospital público de referencia es menor o igual a 30'. Años 1995 y 2006.

Núcleos de población por área de salud	Distancia al hospital de referencia menor o igual a 30'		Incremento
	Año 1995	Año 2006	
Badajoz	30,36%	64,13%	+ 33,77%
Mérida	50,00%	81,25%	+ 31,25%
Don Benito- Villanueva	33,80%	46,84%	+ 13,04%
Llerena - Zafra	37,78%	87,50%	+ 49,72%
Cáceres	17,28%	32,04%	+ 14,76%
Coria	55,56%	78,26%	+ 22,70%
Plasencia	44,87%	54,76%	+ 9,89%
Navalmoral de la Mata	58,70%	89,29%	+ 30,59%
Total Extremadura	41,04%	61,42%	+ 20,38%

Criterios para la elaboración de las tablas 2 y 4: En autovías y carreteras nacionales se ha calculado el tiempo, estimando una velocidad media de 100 Km/hora; para carreteras autonómicas 90 Km/hora, provinciales 80 Km/hora y locales 70 Km/hora.

Fuente: INE: Nomenclátor 2003. Mapa Sanitario: CSC.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Lista de espera quirúrgica

El número de pacientes en lista de espera quirúrgica ha ido disminuyendo desde el año 2003. A 31 de diciembre de 2006, el número de pacientes que se encontraban en esa situación era de 12.757, con una diferencia de -1.398 entre 2005 y 2006 (un 9,88% menos). El tiempo medio de espera de los pacientes en espera estructural (días) para intervenciones quirúrgicas es de 67, con una diferencia de -17 días con respecto a 2005 (un 20,24% menos) (Tabla 5).

El descenso en número de pacientes y tiempo medio de espera ha sido generalizado en casi todas las áreas de salud y en el total de Extremadura, siendo significativo el descenso del área de salud de Don Benito-Villanueva (-795 pacientes y -49 días).

Tabla 5

Lista de espera quirúrgica y tiempo medio de espera de los pacientes en espera estructural, por áreas de salud en Extremadura a 31 de diciembre. En número de pacientes y (días). Período 2003-2006.

Áreas de salud	2003	2004	2005	2006	Dif. 05-06
<i>Badajoz</i>		2.372	1.752 (47)	1.656 (41)	-96 (-6)
<i>Mérida</i>		2.045	1.651 (77)	1.532 (61)	-119 (-16)
<i>Don Benito-Villanueva</i>		2.514	2.607 (120)	1.812 (71)	-795 (-49)
<i>Llerena-Zafra</i>		1.946	1.897 (77)	1.797 (70)	-100 (-7)
<i>Cáceres</i>		4.083	3.292 (84)	2.957 (77)	-335 (-7)
<i>Coria</i>		927	911 (94)	839 (76)	-72 (-18)
<i>Plasencia</i>		1.406	1.492 (62)	1.539 (67)	+47 (+5)
<i>Navalmoral de la Mata</i>		678	553 (76)	625 (82)	+72 (+6)
Extremadura	16.021	15.971	14.155 (84)	12.757 (67)	-1.398 (-17)

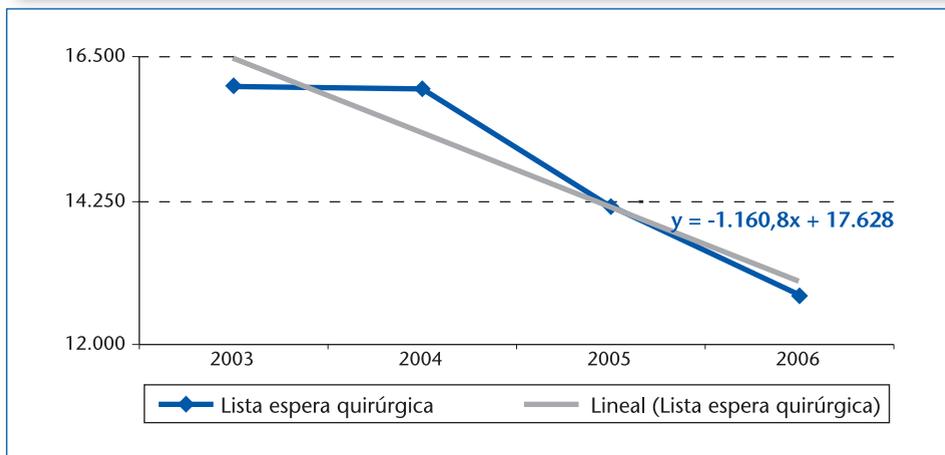
Fuente: SES. Información sobre listas de espera.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

En la Figura 7 se observa la evolución de la lista de espera quirúrgica, y el descenso continuado de pacientes producido en la misma, desde el año 2003 hasta el año 2006.

Figura 7

Evolución de la lista de espera quirúrgica en Extremadura a 31 de diciembre. En número de pacientes. Período 2003-2006.



Fuente: SES. Información sobre listas de espera.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

Lista de espera en consultas externas

El número de pacientes en espera para consulta externa en atención especializada en Extremadura, a diciembre de 2006, es de 34.050, un 5,17% menos que el año precedente. La espera media estructural para primera consulta se sitúa en 28 días, cifra también inferior a la de finales del año 2005 (Tabla 6). El mayor número de pacientes en espera se produce en Oftalmología, con 8.969, seguido a gran distancia de Dermatología (4.035) y Ginecología (3.391). La mayor espera media para primera consulta se da en Digestivo y Dermatología, ambas con 35 días de media; y la menor en Urología (18 días).

Tabla 6

Lista de espera de consultas externas y espera media estructural para primera consulta. En número de pacientes y (días). Período 2004-2006.

	2004	2005	2006
Extremadura	33.567	35.908 (34)	34.050 (28)

Fuente: SES. Información sobre listas de espera

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Lista de espera para pruebas diagnósticas

El número de pacientes en espera para prueba diagnóstica/terapéutica a 31 de diciembre de 2006 es de 10.376 en toda Extremadura. La media del número de días de espera ha disminuido en 15, con respecto al año 2005 (Tabla 7).

Tabla 7	Lista de espera para pruebas diagnósticas terapéuticas y tiempo medio de espera. En número de pacientes y (días). Años 2005 y 2006.	
	2005	2006
Extremadura	18.971 (39)	10.367 (24)

Fuente: SES. Información sobre listas de espera.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

3.2.3. Urgencias y emergencias sanitarias

La organización del Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura descansa en una serie de principios organizativos básicos como son:

1. La constitución de una red única de urgencias y emergencias sanitarias en la que se incluyen recursos asistenciales, tanto de atención primaria (Puntos de Atención Continuada (PAC), Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME), y Unidades Medicalizadas de emergencia aérea), como de atención especializada (Servicios de Urgencias Hospitalarias de los Hospitales, distribuidos por las ocho áreas de salud), y de empresas y ONGs como Cruz Roja que, a través de convenios, dispone de un parque de vehículos ambulancias para el transporte sanitario.
2. Un Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias (CCU-112) integrado con el resto de los dispositivos de atención a urgencias y emergencias de la Comunidad Autónoma y de los servicios de bomberos, policía, protección civil, etcétera.
3. El desarrollo de los recursos propios de atención a las urgencias y emergencias, y la promoción de la formación de todos los profesionales implicados.

En dicho CCU-112 se ha integrado el sistema de gestión sanitaria de la demanda asistencial (Sitrem Sanitario). Actualmente se desarrolla el Proyecto Interreg de gestión de emergencias, que tiene como objetivo acortar el tiempo de gestión de la demanda de atención telefónica en los casos de pacientes de riesgo.

La emergencia sanitaria a nivel extrahospitalario está garantizada en Extremadura a través de:

- 16 Unidades Medicalizadas de emergencias (UME), ubicadas en Badajoz, Mérida, Don Benito, Zafra, Cáceres, Coria, Plasencia, Navalmoral de la Mata, Herrera del Duque, San Vicente de Alcántara, Jerez de los Caballeros, Cañamero, Caminomorisco, Jaraíz de la Vera, Cabeza del Buey y Azuaga.
- 2 Unidades Medicalizadas de emergencia aérea, con base en Don Benito y Cáceres, que de orto a ocaso y con condiciones climatológicas favorables, cubren prácticamente el 100% de la población de Extremadura.
- 123 PAC, de los que 106 prestan atención continuada en horario completo (días laborables de 15 a 8 horas, y festivos y fines de semana las 24 horas).

3.2.4. Cuidados paliativos. Atención al dolor. Unidades de hospitalización domiciliaria

Programa Regional de Cuidados Paliativos

El Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura garantiza la calidad de los cuidados al enfermo terminal, siendo un programa pionero en su género y de referencia en el ámbito internacional.

Alrededor de 3.200 ciudadanos extremeños mueren cada año tras padecer la fase terminal de una enfermedad. De ellos, un tercio son por patologías diferentes al cáncer. Esta situación no sólo afecta a los pacientes, sino que produce un gran impacto en sus familias y en el entorno social más cercano. El sufrimiento (físico o emocional) que habitualmente acompaña a una enfermedad avanzada, la dependencia progresiva y la necesidad de cuidados son los principales elementos a abordar.

Iniciado en el año 2002 por la extinta Consejería de Sanidad y Consumo, como apuesta por asegurar cuidados paliativos para todos aquellos pacientes susceptibles de recibirlos, contempló la creación de un equipo específico de cuidados paliativos en cada área de salud, que apoyara al resto de profesionales del sistema sanitario, y asumiera directamente a los pacientes de mayor complejidad.

Tras cuatro años, el resultado es alentador, con más de 6.000 pacientes atendidos por los equipos, y unas tasas de cobertura muy elevadas, con una creciente actividad de la Atención Primaria en este campo.

La atención al paciente terminal en la provisión de cuidados paliativos no sólo es responsabilidad de los equipos de cuidados paliativos, también son asignados en esta labor la atención primaria y la especializada. En Extremadura, los equipos de atención primaria atienden cada año a un mayor número de pacientes al final de sus vidas; la presencia de equipos específicos potencia el desarrollo de los cuidados paliativos en el primer nivel asistencial. A su vez, un plan de formación de nivel básico, intermedio y avanzado proporciona una mayor capacitación de los profesionales.

Los pacientes con mayor nivel de sufrimiento y los más resistentes a los tratamientos habituales, son atendidos por los ocho equipos de cuidados paliativos, por lo que antes del comienzo de su actividad, los profesionales de estos equipos realizan un curso avanzado y prácticas en diferentes unidades de cuidados paliativos.

Tabla 8 Estructura de los equipos de cuidados paliativos de Extremadura. 2006.

Áreas de salud	Médicos	Enfermeras	Psicólogos
<i>Badajoz</i>	4	4	1
<i>Mérida</i>	2	2	0.5
<i>Don Benito-Villanueva</i>	2	2	0.5
<i>Llerena-Zafra</i>	2	2	0.5
<i>Cáceres</i>	3	3	1
<i>Coria</i>	1.5	1	0.25
<i>Plasencia</i>	2	2	0.5
<i>Navalmoral de la Mata</i>	1.5	1	0.25
Extremadura	18	17	

Fuente: SES. D.G. de Atención Sociosanitaria y Salud.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

La Oficina Central es la principal herramienta de cohesión del Programa. Está compuesta por un Coordinador Regional del Programa, encargado de planificar y evaluar la actividad, de organizar los grupos de trabajo transversales, formados por profesionales de todas las áreas (formación, calidad, registros, tratamientos, investigación), por el Observatorio Regional de Cuidados Paliativos (que cuenta con dos profesionales con tareas de investigación y evaluación del Programa), y por una trabajadora social de apoyo al programa de voluntariado.

Tabla 9 Actividad de los equipos de cuidados paliativos de Extremadura. 2006.

Áreas de salud	Pacientes nuevos	Visitas hospital	Visitas domicilio	Consultas externas	Asesorías	Actividad docente
<i>Badajoz</i>	354	1923	532	103	1279	84
<i>Mérida</i>	222	679	559	63	2174	78
<i>Don Benito-V</i>	256	1019	468	208	1855	47
<i>Llerena-Z</i>	189	290	826	60	819	57
<i>Cáceres</i>	307	1198	899	615	4616	76
<i>Coria</i>	92	269	306	423	517	16
<i>Plasencia</i>	161	854	179	500	3390	81
<i>Navalmoral</i>	76	140	270	128	635	11
Total	1.657	6.372	4.039	2.100	15.285	450

Fuente: SES. D.G. de Atención Sociosanitaria y Salud

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Programa de Evaluación y Tratamiento del Dolor

Las Unidades de Evaluación y Tratamiento del Dolor, creadas por el SES, iniciaron su actividad en febrero de 2003, ubicándose una en el Área de Salud de Cáceres, y otra en el Área de Salud de Badajoz, junto a la de nueva creación en Don Benito en 2007. Además de realizar sus funciones docentes, asistenciales y evaluadoras-investigadoras, son las entidades más activas en el desarrollo de los objetivos del Programa de Evaluación y Tratamiento del Dolor de Extremadura.

El Programa de Evaluación y Tratamiento del Dolor de Extremadura propugna cuatro objetivos generales:

1. Formación en el abordaje del paciente con dolor (formación que abarque todas las categorías profesionales implicadas, que llegue a los diferentes niveles estructurales y que contemple diferentes niveles de formación).
2. Educación para la salud relacionada con dolor (facilitar y promover cambios voluntarios en la población sobre comportamientos que produzcan mejora en la lucha contra el dolor).
3. Abordaje multidisciplinar del paciente con dolor (abarcando a todos los profesionales implicados en la evaluación y tratamiento del dolor).
4. Abordaje específico y diferenciado del dolor crónico y del dolor agudo (dadas las características propias y diferenciadas de actuación en dolor agudo y en dolor crónico).

La actividad de las Unidades del Dolor existentes y la de nueva creación (Plasencia en 2008), están orientadas al desarrollo de dicho Programa, articulando la actividad docente hacia los profesionales implicados en la atención del paciente con dolor, y la asistencia dentro de las unidades.

Durante el año 2006, en su aspecto docente, las unidades realizaron un total de 218 sesiones docentes externas (29 cursos, talleres y seminarios), 134 sesiones internas, y 25 rotantes que pasaron por las unidades, con un total de 160 jornadas de rotación.

En la actividad asistencial, el personal facultativo atendió a 934 pacientes nuevos, además de 2.179 revisiones y 520 altas. El personal de enfermería atendió a un total de 2.969 pacientes, 836 de ellos nuevos.

El dolor crónico (dolor de más de 6 meses de evolución) es padecido por uno de cada cinco adultos, y suele producir en quienes lo padecen una disminución de sus capacidades y de su independencia que, en la mayoría de los casos, acaba por ser un problema más importante aún que el propio dolor.

El trabajo con dolor crónico implica necesariamente, en la mayoría de los casos, trabajar con personas de alta percepción de discapacidad y baja percepción de recursos disponibles, además del bajo estado de ánimo derivado de la percepción de su segundo problema: la discapacidad.

El tratamiento farmacológico por sí solo no es suficiente para resolver estos problemas, generando cada vez más consumo de fármacos, mezcla inadecuada de los mismos y cambios incorrectos. Es por ello que, cada vez más, la evidencia científica limita las actuaciones farmacológicas para los procesos dolorosos crónicos, siendo las medidas no farmacológicas (entre las que se encuentran el ejercicio físico adaptado a cada paciente, las medidas de cuidado de la salud en general y la psicoterapia cognitivo conductual), las que están consiguiendo una evidencia mayor en el tratamiento de la mayor parte de procesos dolorosos crónicos en los que se ha estudiado. La mayoría requieren abordaje integral, en el que se apliquen conjuntamente todas estas medidas, farmacológicas y no farmacológicas.

Sería deseable incrementar el ejercicio físico, adaptado a las posibilidades de cada uno y disponer de una red asistencial capaz de dar respuesta al abordaje psicológico del dolor crónico.

Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD)

Las UHD de los centros hospitalarios del SES, compuestas por personal médico, de enfermería y auxiliar de enfermería, llevan a cabo la atención hospitalaria en el domicilio del paciente, siempre que esté estable y no requiera de la estructura del hospital.

En estos casos la recuperación del paciente se ve favorecida por su entorno, amén de la aminoración de los riesgos propios de un hospital, ofreciéndose un cuidado propio de atención especializada en casa.

3.3. MORTALIDAD GENERAL EN EXTREMADURA

El número de defunciones de personas residentes en Extremadura ha aumentado en 2005 con respecto a 2004 en 750 personas, un 7,2% más. Este aumento supone la ruptura del descenso producido en el año 2004 y se aproxima a la cifra del año 2003, la más alta del período 2000-2005.

Las principales causas de defunción continúan siendo las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de tumores y enfermedades del sistema respiratorio, que suponen más del 70% de las muertes. El resto de grandes causas de defunción siguen manteniéndose a gran distancia de las citadas (Tabla 10).

Tabla 10

Número de defunciones por Comunidad Autónoma de residencia (Extremadura) y grandes causas de defunción (CIE 10). Ambos géneros. Años 2000- 2005*.

Extremadura	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
<i>I. E. Infecciosas</i>	172	185	172	200	173	216
<i>II. Tumores</i>	2.661	2.759	2.748	2.931	2.769	2.860
<i>III. E. Sangre</i>	35	24	40	31	36	39
<i>IV E. Endocrinas</i>	339	364	403	385	368	346
<i>V T. Mentales</i>	94	112	193	241	239	223
<i>VI S. Nervioso</i>	201	251	304	324	324	390
<i>IX S. Circulatorio</i>	3.806	3.587	3.726	3.908	3.572	3.773
<i>X S. Respiratorio</i>	1.395	1.277	1.209	1.310	1.127	1.425
<i>XI S. Digestivo</i>	517	525	526	571	494	575
<i>XII E. Piel</i>	34	23	26	26	27	28
<i>XIII S. Osteomus.</i>	96	119	122	138	136	113
<i>XIV Genitourinario</i>	224	253	246	257	210	299
<i>XV Embarazo, P .P</i>	0	0	0	1	0	1
<i>XVI Perinatal</i>	22	23	16	22	22	19
<i>XVII Congénitas</i>	23	25	23	20	26	22
<i>XVIII NOCP</i>	379	455	454	470	494	460
<i>XIX Externas</i>	363	356	341	392	404	382
TOTAL	10.361	10.338	10.549	11.227	10.421	11.171

*Provisional; NOCP: no clasificados en otra parte.

Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

3.4. MORBILIDAD EN EXTREMADURA

Morbilidad hospitalaria

En Extremadura, el registro obligado del CMBD en los hospitales del SES contiene los ítems recomendados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 1987. A partir de 2006 se registra el CMBD de acuerdo a la Orden de 4 de marzo de 2005, por la que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y Cirugía Mayor Ambulatoria y la Unidad Técnica de Referencia CIE 9 MC de la CAE.

El **análisis de la casuística** durante el año 2005, nos indica que las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) o agrupación por sistemas de la patologías atendidas más frecuentes son las correspondientes a la CDM 14 de embarazo, parto y puerperio, seguido de la CDM 6 correspondiente a enfermedades y trastornos del aparato digestivo y en tercer lugar por la CDM 5 correspondiente a enfermedades del aparato circulatorio. La menos frecuente es la CDM 22 quemaduras (Tabla 11).

Tabla 11 Análisis de las CDM de los hospitales del Servicio Extremeño de Salud en régimen de internamiento hospitalario. Año 2005.

	Nº de pacientes		Días totales		Estancia media	
	Total	%	Total	%	EM	Min. 03 tot
<i>0 Cat. no válida</i>	108	0.11	418	0.07	3.87	5.41
<i>1 Sistema nervioso</i>	5.611	5.87	41.958	7.43	7.48	8.12
<i>2 Enf. del ojo</i>	2.149	2.25	5.100	0.90	2.37	2.13
<i>3 Oído, nariz, boca, garg.</i>	4.894	5.12	16.170	2.86	3.30	3.08
<i>4 Aparato respiratorio</i>	10.571	11.06	85.677	15.16	8.10	7.94
<i>5 Aparato circulatorio</i>	11.061	11.57	82.081	14.53	7.42	7.40
<i>6 Aparato digestivo</i>	12.288	12.85	70.490	12.48	5.74	5.71
<i>7 Hígado y páncreas</i>	4.341	4.54	34.403	6.09	7.93	8.14
<i>8 Sistema musculoesq.</i>	8.462	8.85	56.871	10.07	6.72	6.79
<i>9 Piel, t.s. y mama</i>	2.804	2.93	12.519	2.22	4.46	4.45
<i>10 Sistema endocrino</i>	1.455	1.52	9.084	1.61	6.24	6.11
<i>11 Riñón y vías urinarias</i>	3.463	3.62	23.332	4.13	6.74	6.36
<i>12 Aparato r. masculino</i>	1.722	1.80	8.011	1.42	4.65	4.19
<i>13 Aparato r. femenino</i>	3.738	3.91	16.277	2.88	4.35	4.14
<i>14 Emb. parto y puerperio</i>	12.528	13.10	38.299	6.78	3.06	3.10
<i>15 R.N. o neonatos</i>	3.197	3.34	15.702	2.78	4.91	5.04
<i>16 Sangre y S.inmunitario</i>	1.151	1.20	6.357	1.13	5.52	6.01
<i>17 Mieloproliferativos</i>	1.406	1.47	8.186	1.45	5.82	7.19
<i>18 Infecciosas y parasit.</i>	1.201	1.26	7.998	1.42	6.66	6.63
<i>19 Mentales</i>	1.138	1.19	11.666	2.06	10.25	10.91
<i>20 Uso drogas/alcohol</i>	245	0.26	1.882	0.35	7.68	8.36
<i>21 Lesiones, env. tóxicos</i>	919	0.96	5.305	0.94	5.77	5.72
<i>22 Quemaduras</i>	120	0.13	1.435	0.25	11.96	9.71
<i>23 Otras causas</i>	701	0.73	1.832	0.32	2.61	2.90
<i>24 Infecciones VIH</i>	175	0.18	1.807	0.32	10.33	10.53
<i>25 Trauma múltiple</i>	156	0.16	2.156	0.38	13.82	15.92
TOTAL	95.604	100	565.016	100	5.91	5.94

La selección de casos está basada en un total de registros (100.701 para el año 2005).

Fuente: SES. Análisis del CMDB y GRDs de Extremadura.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

El **análisis de las variables del CMBD** durante el año 2005 nos indica que:

- Por edad, son los mayores de 65 años los que ocasionan más episodios de hospitalización, y de estos más los varones.
- El número de altas en el tramo de 0 a 1 año es similar al del tramo de entre 2 y 14 años, es decir, ingresan el mismo número de niños aproximadamente con edad inferior a un año, que los niños entre 1 y 14 años de edad. Por circunstancia de alta, la gran mayoría es a domicilio (94,48%), seguida del alta por fallecimiento (4,11%) y traslado a otro hospital (1,56%)
- La estancia media por grupos de edad es más elevada en los mayores de 75 años, y en general los varones consumen más estancias.
- Por procedencia, el hospital que más altas aporta es el CHU de Badajoz (31,9%) y el que menos el Hospital Campo Arañuelo (3,8%). La mayoría de las altas son del Área Médica (34,74%) y del Área Quirúrgica (27,38%)
- Los motivos de ingreso hospitalario más frecuentes son la Bronquitis Crónica Obstructiva Reagudizada, las Neumonías y las Insuficiencias Cardíacas Congestivas.
- Analizando la comorbilidad por los diagnósticos secundarios más frecuentes, aparece la Hipertensión Arterial en primer lugar, seguido de la Diabetes, en cuarto lugar el abuso del tabaco y en séptimo y octavo lugar las hipercolesterolemias e hiperlipemias, similar a años anteriores. Por sexos, la Hipertensión Arterial es el primero en ambos sexos, y el Tabaquismo el segundo en varones, ocupando la Diabetes y la Fibrilación Auricular el tercer y cuarto lugar respectivamente. Destaca la aparición de Trastornos Depresivos en el octavo lugar en mujeres.

3.5. SALUD PERCIBIDA

3.5.1. Encuesta de Salud de Extremadura

Las Encuestas de Salud proporcionan una visión complementaria a la obtenida por los sistemas de información, y nos van a permitir la medición tanto de la morbilidad percibida como de todos los factores relacionados con la existencia de un mejor o peor nivel de salud.

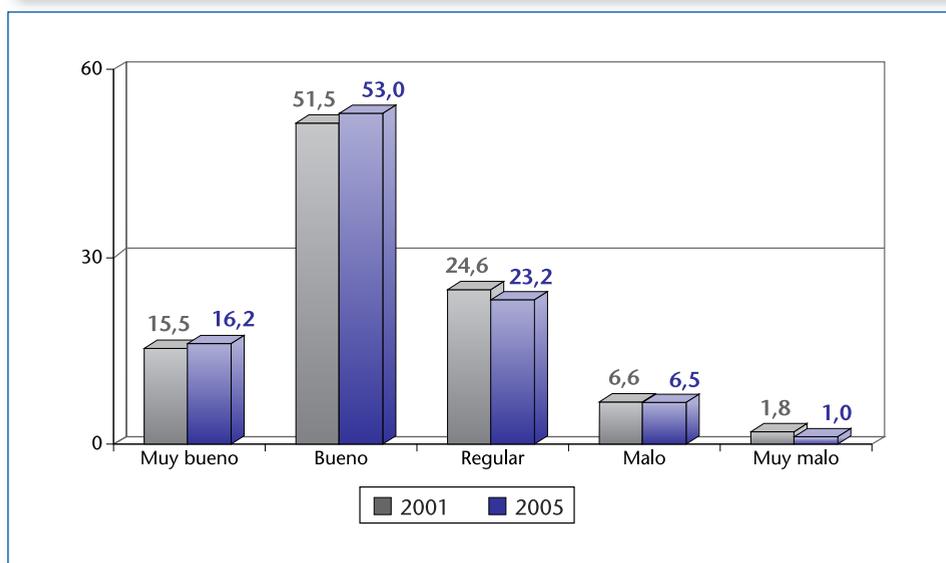
La extinta Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura decidió la realización de la primera Encuesta de Salud en 2001. En 2005 se llevó a cabo la segunda Encuesta con los siguientes resultados más significativos:

Estado de salud sentido, en población adulta

En 2005, el 69,2% de la población adulta extremeña ha considerado su estado de salud como bueno o muy bueno, el 23,2% lo ha considerado regular y el 7,5% lo ha considerado malo o muy malo, siendo esta valoración, en general, más positiva que en 2001 (Figura 8).

Figura 8

Estado de salud percibido por la población adulta extremeña en los últimos doce meses. En porcentaje. Años 2001 y 2005.



Fuente: Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

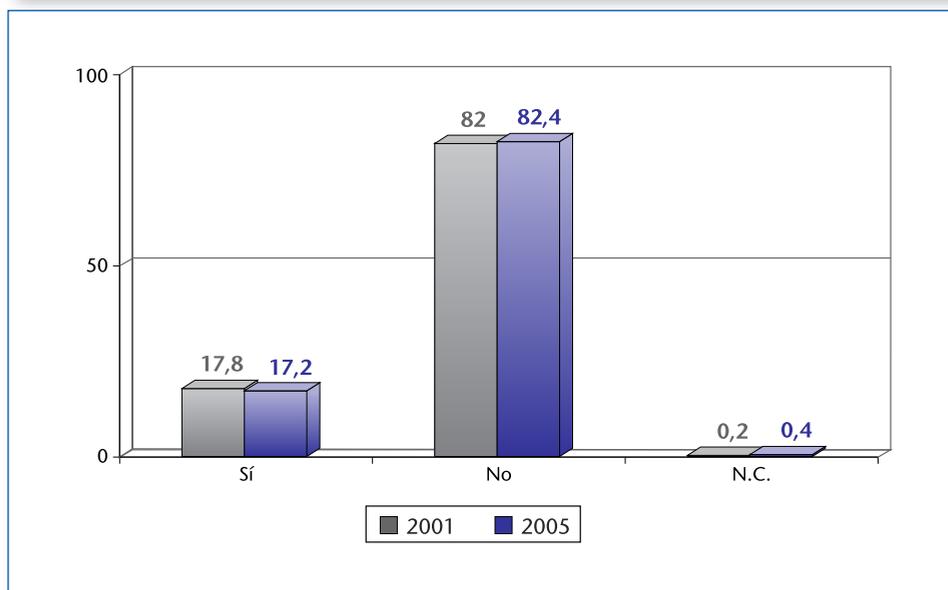
Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Sin embargo, el 17,2% de la población adulta extremeña ha tenido en los últimos 12 meses alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le limitó su actividad por más de 10 días. El tipo de proceso que más frecuentemente limitó dicha actividad fue de tipo músculo-esquelético (artrosis, reumatismo, gota, dolor de espalda o lumbago) en el 30,3% de los casos; fracturas, traumatismos, luxaciones, o problemas de ligamentos o huesos en el 15,9%; y problemas cardiocirculatorios en el 10,8%.

Comparando los resultados con los de la encuesta de 2001, la población adulta extremeña percibe un estado de salud mejor que hace 4 años, y hay un ligero descenso en el número de extremeños que ha tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le limitara su actividad por más de 10 días, siendo las causas más frecuentes las mismas que en 2001 (Figura 9).

Figura 9

Padecimiento de algún tipo de dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado su actividad por más de 10 días en los últimos 12 meses en la población adulta extremeña. En porcentaje. 2001 y 2005.



Fuente: Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Durante el año 2005, el 40,8% de los extremeños padecía una enfermedad crónica diagnosticada por su médico, lo que supone 0,5 puntos menos que en 2001.

Las más frecuentes son la hipertensión arterial, padecida por el 18,6% de los encuestados, y el colesterol elevado, por el 13,1%, seguidas por alergias en el 8,5%, diabetes en el 7,7%, depresión en el 7,3%, enfermedades del corazón en el 6,5%, asma o bronquitis crónica en el 4,9%, y úlcera de estómago en el 3,5%. Las tres primeras causas son las mismas que en el año 2001.

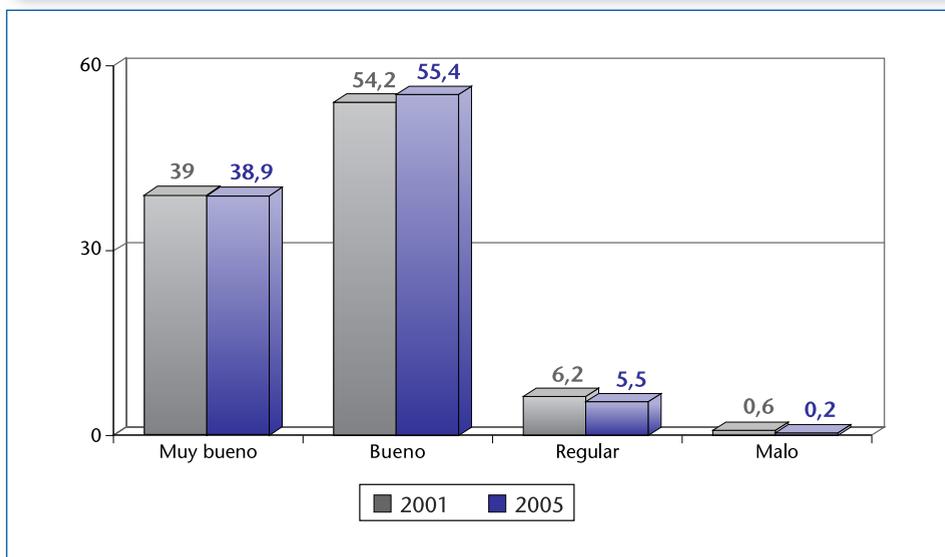
Estado de salud sentido, en población infantil

En 2005, el 94,3% de los padres, madres o tutores de los niños extremeños ha considerado que el estado de salud de sus hijos en los últimos 12 meses ha sido bueno o muy bueno, el 5,5% lo ha considerado regular, y el 0,2% lo ha considerado malo.

Comparando estos resultados con los de 2001, un 1,1% más de padres, madres o tutores ha percibido un estado de salud mejor que hace 5 años (Figura 10).

Figura 10

Estado de salud percibido en el niño extremeño, en los últimos 12 meses. En porcentaje. Años 2001 y 2005.



Fuente: Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Sin embargo, el 7,2% de los niños extremeños ha tenido en los últimos 12 meses alguna dolencia, enfermedad o impedimento que limitó su actividad cotidiana por más de 10 días (6,1% en 2001) (Figura 11).

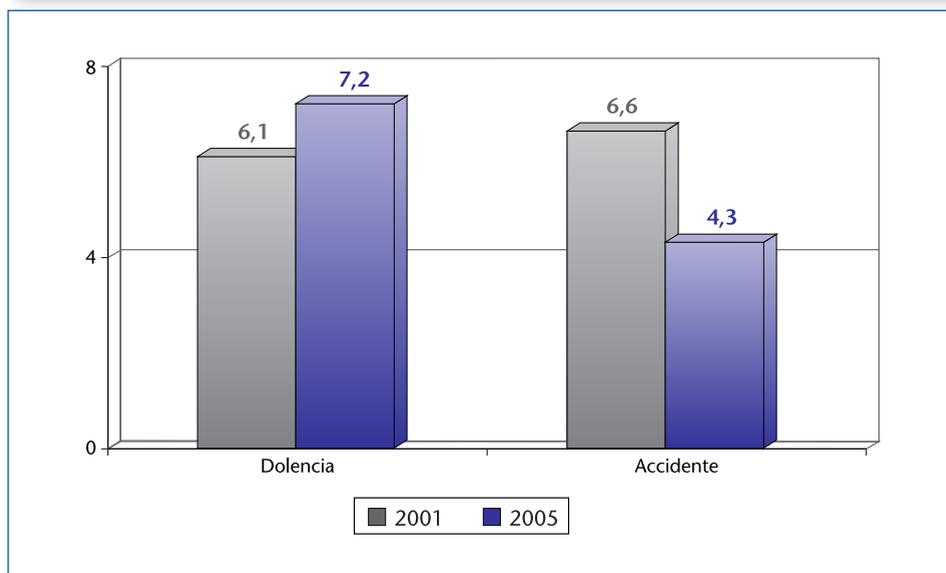
El tipo de proceso que más frecuentemente limitó dicha actividad fueron las enfermedades del aparato respiratorio que no sean gripes, en el 23,3% de los casos. La segunda enfermedad más frecuente fueron fracturas, traumatismos, luxaciones, etc.; seguidos de faringitis, amigdalitis.

El 4,3% de los niños extremeños ha sufrido algún tipo de accidente por agresión, intoxicación o quemadura en los últimos 12 meses, lo que supone 1,3 puntos menos que en 2001 (Figura 11). El 39,4% de los accidentes producidos lo fueron en la calle (pero no de tráfico) y el 26,4% en casa, escalera, etc.

En el 45,8% de los casos hubo que consultar a un médico o enfermera, y en el 45,1% fue necesario acudir a un centro de urgencia. El tipo de daño que sufrió el niño fue, en un 67,3% de los casos, contusión-hematoma o esguince-luxación, y en un 18,4% fracturas o heridas profundas; en 2001 fueron un 65,4% y un 28,8% respectivamente.

Figura 11

Dolencia, enfermedad o impedimento que haya limitado la actividad del niño extremeño por más de 10 días en los últimos 12 meses. Accidente sufrido por el niño extremeño en los últimos doce meses (incluyendo agresión, intoxicación o quemaduras). En porcentaje. Años 2001 y 2005.



Fuente: Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

El 3,2% de los niños extremeños ha estado obligado, durante 2005, a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud en las dos últimas semanas (un 5,6% en 2001); la media de esta estancia en cama ha sido de 3,55 días.

Salud mental percibida

En la Encuesta de Salud de Extremadura 2001, el 5% de la población adulta encuestada refería que durante los últimos doce meses había tenido que limitar su actividad durante más de diez días por problemas psíquicos: depresión, nervios, alcohol, drogas, etc.

En la Encuesta de Salud de Extremadura 2005, se eleva al 7% la población adulta encuestada que refiere haber limitado su actividad por problemas psíquicos por más de diez días en los últimos doce meses.

Durante 2001, el 10,7% manifiesta haber reducido sus actividades en el tiempo libre durante las dos últimas semanas por problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir. En 2005 sólo el 8,5% manifiesta haber reducido sus actividades en el tiempo libre por este motivo.

En la Encuesta de Salud de Extremadura de 2001, el 10,3% de las personas encuestadas manifestó que había tenido que reducir o limitar su actividad principal durante las dos últimas semanas por problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.

En el año 2005 disminuye al 8,9% el porcentaje de encuestados que reduce o limita su actividad principal durante las dos últimas semanas por problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.

Durante el año 2001, el 12,7% dice haber utilizado tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (en la Encuesta Nacional de Salud 2003 supone el 12,79% de los encuestados) y el 8,2% refiere haber tomado antidepresivos o estimulantes durante las dos últimas semanas (en la Encuesta Nacional sólo el 5,18%).

Durante el año 2005, aumenta al 14,3% el porcentaje de encuestados que dice haber utilizado tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir y disminuye al 7,4% los que refieren haber tomado antidepresivos o estimulantes durante las dos últimas semanas.

Durante el año 2001, el 0,9% de los encuestados visitó al psiquiatra en las dos últimas semanas. En la Encuesta de Salud de 2005, sólo el 0,4% de los entrevistados visitó a este especialista en este tiempo.

Durante el año 2001, el 8,26% de los pacientes encuestados refiere que su médico le ha dicho que tiene depresión. En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2003, sólo el 4,56% refiere estar diagnosticado de depresión y un 1,71% de otras enfermedades mentales.

En 2005, sólo el 7,3% de la población adulta encuestada refiere estar diagnosticada de depresión. Tanto en el año 2001 como en 2005, y en la totalidad de las áreas de salud, es mayor el porcentaje de mujeres a las que su médico les ha dicho que tienen depresión.

Esta diferencia entre géneros también se observa a nivel nacional, donde el porcentaje de pacientes encuestados que refieren depresión es menor que en Extremadura.

Tanto en Extremadura como a nivel nacional, el porcentaje de pacientes diagnosticados de depresión aumenta a medida que aumenta la edad.

Según el tamaño del municipio, en Extremadura parece haber más pacientes con depresión en los municipios grandes. En la Encuesta Nacional de Salud de 2003 destaca el porcentaje de pacientes con depresión en municipios pequeños.

Entre los entrevistados con niveles de estudios inferiores son más frecuentes los diagnósticos de depresión. La depresión también es más frecuente cuando el sustentador principal de la familia no tiene estudios.

Según la situación laboral de los entrevistados o de los sustentadores principales de la familia, los jubilados, pensionistas y amas de casa son los que presentan más diagnósticos de depresión.

Si tenemos en cuenta el nivel de ingresos, parece ser que los entrevistados que tienen un menor nivel de ingresos presentan mayor porcentaje de depresión.

Lista de espera en la Encuesta de Salud de Extremadura

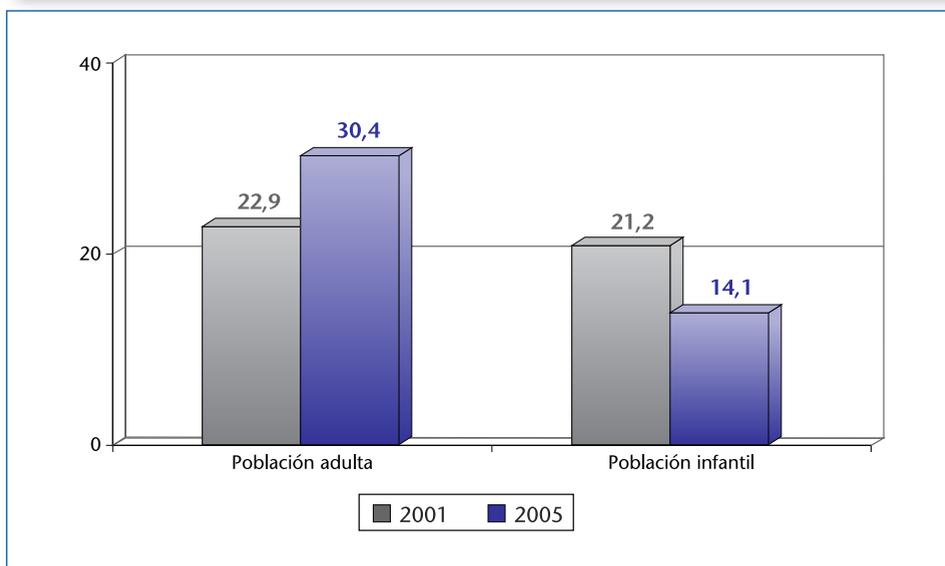
Según la **Encuesta de Salud de Extremadura 2005**, en población adulta, el 30,4% de las personas ingresadas en centros hospitalarios, estaba en lista de espera por la causa que motivó su ingreso, 7,5 puntos más que en 2001. De ellas, el 35,2% llevaba más de 6 meses en dicha lista en el momento del ingreso, 6,9 puntos más que en 2001. La forma de ingreso más frecuente fue a través del

servicio de urgencias, en el 56,7% de los casos (63,15 en 2001), y por ingreso ordinario el 42,2% (36,3% en 2001) (Figura 12).

En población infantil, el 14,1% de los niños que ingresaron estaba en lista de espera por la causa que motivó su último ingreso (21,2% en 2001). De ellos, el 56,9% llevaba entre 2 y 4 meses en lista de espera, el 18% menos de 2 meses y el 10,9% de 5 a 6 meses; no hubo ningún caso con tiempo de espera superior a 6 meses. El tiempo medio de espera en 2005 fue de 3,06 meses.

Figura 12

Último ingreso hospitalario en los últimos doce meses procedentes de lista de espera. En porcentaje. Años 2001 y 2005.



Fuente: Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

3.5.2. Encuestas de satisfacción

Estudio de satisfacción de pacientes de urgencias de los hospitales del SES

Las conclusiones más relevantes del estudio de satisfacción de los pacientes de urgencias en los hospitales del SES, realizado a pacientes que acudieron a urgencias entre el 29 de julio de 2003 y el 20 de enero de 2004, y cuyo objetivo es conocer

la calidad percibida y el grado de satisfacción de los usuarios de los Servicios de Urgencias de los Hospitales del SES son las siguientes:

Las preguntas de la encuesta con satisfacción mayor de 75 puntos se refieren al personal en general (amabilidad del personal de enfermería y auxiliares, amabilidad del médico, preparación práctica y técnica del médico que le atendió, claridad en las explicaciones de su enfermedad y tratamiento, amabilidad de la persona que le hizo las pruebas radiológicas e instrucciones que le dieron para el tratamiento en su casa).

Las preguntas con una satisfacción más baja (puntuación menor de 60 puntos sobre un máximo de 100), fueron: “El personal de urgencias se identificó (nombre y profesión)”; “Información que le proporcionaron sobre los retrasos”; “Comodidad del aparcamiento”.

En la pregunta “Satisfacción global de su visita a Urgencias”, el 66% de los pacientes afirmaron estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio que recibieron, y un 8,6% afirmaron estar insatisfechos o muy insatisfechos. Importante es decir que son estos pacientes (los muy insatisfechos), los que realmente hablan mal y por tanto son las personas que más pueden dañar la imagen de un hospital.

Entre las preguntas que revelaron una mayor insatisfacción fueron: “Información sobre retrasos y esperas”; “El personal se identificó”; “Probabilidad de que regrese”; “Mantuvieron informados a familiares”; “Enfermería le mantuvo informado”; “Espera para pruebas de laboratorio”.

Las preguntas a las que los usuarios más importancia le han otorgado, y por tanto con una correlación más elevada, han sido: “El personal de urgencias le trató de manera correcta”; “Información que le proporcionaron sobre los retrasos”; “Grado de atención que enfermería le prestó”; “Interés del médico por su problema de salud”; “Preparación práctica y técnica del personal de enfermería”; “El personal de enfermería le mantuvo informado”.

Al comparar el SES internamente y con la base de datos de FBA (empresa elaboradora del estudio), se extraen estas conclusiones: Los hospitales de menor tamaño (25.000 urgencias anuales) y de tamaño medio (entre 25 y 50.000 urgencias anuales), presentan mejores resultados que los hospitales grandes (más de 50.000 urgencias anuales); y hay grandes diferencias de satisfacción en algunas preguntas de la encuesta entre los diferentes hospitales.

La espera media percibida en los Servicios de Urgencias es de 27 minutos y la mediana de 15 minutos. Es importante resaltar la relación directa que existe entre el tiempo de espera en ser atendido y la satisfacción (cada 5 minutos menos de espera, la satisfacción aumenta 3 puntos).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales del SES: "Tiempo de espera antes de ser visto por un médico o una enfermera"; "Comodidad en el aparcamiento"; "Amabilidad del personal de enfermería y auxiliares"; "Tiempo que esperó hasta que recibió atención sanitaria desde el primer contacto con el médico"; "Tiempo de espera para realizar las pruebas radiológicas".

Recomendaciones: El factor provisión de información es uno de los factores más importantes que, mediante el estudio, se ha detectado como un inconveniente para el logro de una buena satisfacción del paciente que acude a un servicio de urgencias. Resulta por tanto recomendable un cambio en estos tres aspectos: retrasos en la información sobre el estado del paciente, a sus familiares; mejora en el trato con el paciente; y privacidad de los pacientes.

Estudio de satisfacción de pacientes de atención primaria del SES

Las conclusiones más relevantes del estudio de satisfacción de los pacientes de AP del SES, realizado a pacientes que acudieron a centros de salud o consultorios de AP del SES en octubre de 2004, y cuyo objetivo es conocer la calidad percibida así como los aspectos más importantes de satisfacción en los usuarios de AP en cada uno de los equipos de AP del SES, en las áreas sanitarias, y en la población de Extremadura que ha utilizado servicios de AP, son las siguientes:

Queda reflejada claramente una gran variación en cuanto a prioridades entre los distintos EAP. En este índice de prioridad están las preguntas relacionadas con aspectos como la organización del centro, el médico y el tiempo de espera, aspectos que debieran ser mejorables para la obtención de una mayor satisfacción en el paciente de AP.

La parte de la encuesta con una mejor percepción es "Atención domiciliaria" y la sección con menor satisfacción es "Cita previa".

Las preguntas con una satisfacción mayor fueron: "Atención recibida por el personal médico y de enfermería en su domicilio"; "Amabilidad del médico"; "Infor-

mación del médico sobre cómo seguir el tratamiento”; “Claridad con la que el médico le explicó su enfermedad”.

Aquellas preguntas con una satisfacción menor de 60 puntos fueron sobre: “Tiempo de espera para ser atendido”; “Facilidad en el transporte público para llegar a su centro”; “Facilidad para contactar con el servicio de cita previa”; “Comodidad y tranquilidad de la sala de espera”; “Comodidad del aparcamiento del centro”.

Las preguntas con una correlación más elevada y por tanto que más importancia le han dado los pacientes, son: “Nivel de organización del personal y del centro”; “Atención recibida por el médico en su domicilio”; “Atención por parte del personal de enfermería en su domicilio”; “Atención recibida en el centro de salud o consultorio al acudir por urgencias”; “Identificación correcta del personal del centro”; “Eficacia y resolución de sus problemas de salud por el médico”; “Probabilidad de recomendar su médico a otras personas”.

Las mayores diferencias negativas son referidas a: “Comodidad y tranquilidad en salas de espera”; “Amabilidad del médico”; “Amabilidad de la persona que le atendió por teléfono”; “Eficacia de los administrativos para resolver sus problemas”; “Amabilidad y cortesía del personal no sanitario (recepción, administrativos, celadores, personal de limpieza, etc.)”.

El análisis de *benchmarking* comparando el SES con la base de datos que FBA tiene, da unos resultados poco alentadores o muy negativos en aquellas preguntas relacionadas con la sala de espera y la amabilidad del personal.

El tiempo medio que el paciente espera hasta pasar a consulta resulta ser de 27,8 minutos, teniendo en cuenta que la satisfacción disminuye con la espera de ser atendido.

A mayor edad del paciente se observa una mayor satisfacción.

Las recomendaciones para una mejor calidad asistencial y de mejora en la satisfacción del paciente son: una mejora en el nivel de organización del personal y de los centros, que se podría conseguir con la adecuada asignación y coordinación de tareas en el centro previamente planificadas; mayor eficacia del personal administrativo a la hora de resolver los problemas de los pacientes, ofreciéndole una solución a su problema que para él en ese momento es lo más importante; identificación del personal; mejorar la atención al paciente cuando acude por

un motivo de urgencias a su centro o consultorio; establecer una mejora en la comodidad de horarios de atención al centro para intentar evitar en la medida de lo posible un mayor desplazamiento; reducción en el tiempo de espera en ser atendido según la hora en que estaba citado, pues la satisfacción del paciente disminuye con la espera de ser atendido; mejor eficacia y resolución de los problemas de salud del paciente.

Encuestas de satisfacción hospitalaria

La conclusiones más relevantes del estudio de calidad percibida de los pacientes ingresados entre el 1 de diciembre de 2004 y el 31 de mayo de 2005, en hospitales del SES son las siguientes:

Las mayores prioridades para la actuación desde el punto de vista gerencial, y que combina la satisfacción (que es baja o media) y la importancia (correlación elevada) que le dan los pacientes son: las respuestas a las quejas e inquietudes durante la hospitalización; tener en cuenta la opinión del paciente con respecto a su tratamiento; preservar la intimidad dentro del hospital; el estado general del hospital (pasillo, aseos, ascensores); y mantenimiento de la información por el personal de enfermería.

El análisis de *benchmarking* comparando el SES con los resultados de los hospitales públicos de la base de datos que FBA tiene (26 hospitales), indica que las cinco mayores diferencias positivas son: el estar preparado para irse del hospital cuando le dieron el alta; la amabilidad de la persona que le hizo las pruebas radiológicas; la amabilidad del médico; el tiempo de anticipación que le dan al paciente para prepararse e irse del hospital al alta; y las instrucciones que se dan para el tratamiento y/o rehabilitación en casa. Las cinco mayores diferencias negativas son: las condiciones del hospital para preservar la intimidad del paciente; las respuestas a las quejas e inquietudes que manifestó el paciente durante su hospitalización; y el estado general del hospital (pasillos, aseos, ascensores); opinión del baño; y el mantenimiento de la información por el personal de enfermería.

Comparado con los resultados de la base de datos de FBA la mayor diferencia positiva se refiere a la calidad de la comida; y las mayores diferencias negativas son: las condiciones del hospital para preservar su intimidad, la comodidad de las instalaciones para las visitas, y la opinión del baño (ducha y aseo en buen estado, toallas, etc.).

Las secciones del hospital con mejor percepción son el ingreso y las pruebas diagnósticas. Las secciones con menor satisfacción son: asuntos personales, y visitantes y familiares.

La mayor satisfacción en las preguntas de la encuesta son: la amabilidad de la persona que le hizo las pruebas diagnósticas; la facilidad administrativa para el ingreso; la amabilidad y delicadez del personal de enfermería; la amabilidad del médico; y la opinión del personal que le trasladó dentro del hospital (celadores).

Las preguntas de la encuesta con menor satisfacción son: la facilidad de aparcamiento en el hospital; la comodidad de las instalaciones para las visitas; la decoración y mobiliario de la habitación; las condiciones del hospital para prevenir su intimidad; la respuesta a las quejas e inquietudes que manifestó durante su hospitalización.

A pesar de que un 77% de los pacientes afirmaron estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio recibido, un 3,5% manifestó lo contrario, con la importancia que estos últimos pueden tener para hablar mal en el "boca a boca".

Las preguntas con una correlación más elevada con la satisfacción global, y que más importancia la han otorgado los pacientes son: el respeto con el que se ha sentido tratado por el personal del hospital; la respuesta a las quejas e inquietudes que manifestó durante su hospitalización; tener en cuenta su opinión respecto al tratamiento; el personal de enfermería resolvió sus problemas y peticiones; el personal de enfermería le mantuvo informado; las instrucciones para el tratamiento y/o rehabilitación en su casa.

No se encuentran diferencias en el estudio en la satisfacción por: sexo de los encuestados, comida en función de si el paciente ha tenido o no una dieta especial; días de ingreso en el hospital.

Sí existen diferencias en función de la edad de los pacientes (a mayor edad mayor satisfacción); la satisfacción en función de si es o no la primera hospitalización en el hospital; y si se compartió habitación o no.

Recomendaciones: para aumentar la satisfacción de los pacientes, se recomienda centrarse en acciones que tienen que ver con comunicación y provisión de información (respuesta a quejas e inquietudes mostradas durante la hospitalización, la opinión del paciente respecto al tratamiento es tomada en cuenta, el personal

de enfermería mantiene informado); también resulta conveniente preservar la intimidad de los pacientes y el estado general de los hospitales (pasillos, aseos, ascensores).

3.5.3. Barómetro Sanitario en Extremadura

Con el Barómetro Sanitario se obtiene información sobre la percepción de los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario, el impacto de las medidas vinculadas a las políticas sanitarias, y el conocimiento y/o actitudes de los ciudadanos ante problemas de salud de interés coyuntural.

En el anexo 8.5, figura un estudio comparativo a nivel de España y Extremadura, de algunas preguntas del Barómetro Sanitario correspondientes a los años 2004, 2005 y 2006.

En Extremadura, en 2006, la elección de un servicio sanitario público radica en la mejor valoración de la tecnología y los medios de que dispone, frente a la elección del servicio privado, el cuál está más relacionado con la rapidez con que se atiende, la confortabilidad, y el trato personal.

El área considerada de mayor interés para los ciudadanos es la sanidad, seguida a distancia de educación y vivienda. Sobre el Sistema Sanitario en España, se piensa que funciona bien o muy bien (70,2%), sin embargo el 48,2% de estos cree que, a pesar de funcionar bien, necesita de cambios.

Sobre el uso y la oferta de los servicios sanitarios públicos en los últimos diez años, más del 70% piensa que han aumentado bastante o mucho. Los que piensan que han aumentado poco o nada, incrementarían principalmente: (el aumento y mejora de) las especialidades; los recursos para la disminución de las listas de espera quirúrgicas y hospitalarias; y mejor trato, más tiempo, y más información.

Una gran mayoría cree que los ciudadanos tienen libertad de elegir médico general, pediatra y especialista en la sanidad pública.

La satisfacción del funcionamiento del Sistema Sanitario Público es de 6,15 en una escala de 1 (insatisfacción) a 10 (muy satisfecho), y la información facilitada por los distintos servicios sanitarios públicos no supera en ningún caso el 5,2 en una escala de 1 (ninguna información) y 10 (mucha información).

Al valorar los **Servicios Sanitarios Públicos**:

- El 49% piensa que sí hay igualdad de servicios en todas las Comunidades Autónomas; el 30,2% piensa que no.
- El 37,7% opina que los servicios que recibe en Extremadura son iguales que los de las demás Comunidades Autónomas, el 26,3% que son peores; y el 2,7% mejores.
- La asistencia sanitaria desde que es gestionada por el SSPE, sigue igual (45,5%); ha mejorado 19,2%; y ha empeorado 8,6%.
- El 51,4% piensa que hay igualdad de servicios prestados según sea zona rural o urbana; según sea joven o anciano (67,5%); según sea el nivel social (56,9%); según sea varón o mujer (87,5%); según sea español o extranjero (59,6%); y según resida legalmente o no (49,0%).
- Las distintas Comunidades Autónomas deberían ponerse de acuerdo (81,2%) para ofrecer nuevos servicios sanitarios a los ciudadanos.

En **atención primaria**, la mayoría piensa que la atención recibida en las consultas de medicina general es buena, y ha sido más o menos igual a la esperada, con mayor tendencia a mejor de lo esperado, siendo la confianza y seguridad que transmite el médico el aspecto mejor valorado, y el tiempo de espera hasta entrar en consulta lo peor valorado. El 44,3% cree que la situación de la AP ha mejorado en los últimos cinco años, o sigue igual (46,3%).

La causa principal de acudir a **urgencias** fue por decisión propia, al pensar que en las urgencias hospitalarias hay más medios; siendo atendidos bien o muy bien (91,9%) y con bastante o mucha rapidez (78,3% de los casos).

El tiempo de espera para la cita de **atención especializada** ha sido de 1 a 3 meses en la mitad de los casos, con un 13,6% para las citas de 6 o más meses, y un 12,1% para citas de 1 a 15 días. La atención recibida ha sido buena o muy buena en el 92,4% de los casos, y más o menos igual a la esperada, con tendencia a mejor de lo esperado.

La mejor valoración es para el equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros, y la peor valoración, el tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita. El 46,3% cree que la situación de la atención especializada sigue igual en los últimos cinco años.

El principal motivo de ingreso en un **hospital** público fue para una operación en un 40% de los casos, y para otras causas el 33,3% (excepto prueba especial o tratamiento exclusivo hospitalario), no habiendo sido informado el 66,6% del tiempo de espera para la operación.

En causas distintas a operación, al 80% se le asignó un médico en el hospital. El 45,1% piensa que la atención hospitalaria ha mejorado en los últimos cinco años, y el 43,9% que sigue igual.

La atención recibida en hospital fue buena o muy buena (67,7%); siendo más o menos igual a la esperada (60%). El aspecto mejor valorado es el equipamiento y los medios tecnológicos de los hospitales, y el peor valorado el tiempo de demora para el ingreso no urgente.

El 51,8% cree que se están realizando acciones para la mejora de las **listas de espera**, pensando un 54,5% que siguen igual en el último año.

3.6. DEFENSOR DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA

Sobre los datos absolutos correspondientes al año 2006, se han dirigido a esta Institución más de 2.000 ciudadanos, lo que dio lugar a la apertura de 482 expedientes, de los cuales 178 correspondieron a solicitudes de aplicación de la Ley 1/2005, de 24 de junio (DOE nº 78, de 07-07-05), de Tiempos de Respuesta en la Atención Sanitaria Especializada, y 304 a reclamaciones y sugerencias.

La forma más frecuente de presentación de las reclamaciones y sugerencias fue la escrita (51% de los expedientes), a través de las unidades de registro de la Administración Autonómica o de Ayuntamientos u otros Organismos Oficiales y desde la Consejería de Presidencia.

En ocasiones se canalizaron por Oficinas Municipales de Consumidores. La segunda forma de presentación más utilizada fueron las vías de comunicación más rápidas y directas (38% de los expedientes): fax y correos electrónicos, siendo este último un medio cada vez más utilizado por los usuarios, por su comodidad, rapidez e inmediatez, y que supone además que la información queda impresa.

Otra forma de iniciación del expediente fue a través de la audiencia personal (12% de los expedientes), con posterior incorporación a modelo normalizado por escrito, siendo una forma destacada de presentación, por sus bondades, referidas a su proximidad y por su facilidad de comunicación y comprensión de la dimensión de las peticiones que se formulan. Además, la ciudadanía ha contactado con esta Institución en más de 2.000 ocasiones, y en su mayoría no conllevó la apertura de expedientes, realizándose con una finalidad informativa o de consulta. Las formas de contactar con la Institución fueron: audiencias (202); correo electrónico (531); telefónica (más de 1.500).

En el año 2005 se incoaron 30 expedientes referidos a la solicitud de aplicación de la Ley de Tiempos de Respuesta, y en 2006 fueron 178, lo que supone un incremento absoluto del 60% (recordar que su entrada en vigor fue a finales del ejercicio 2005) (Tabla 12).

Tabla 12 Evolución anual de los expedientes abiertos por la Oficina del Defensor de los Usuarios del SSPE. Años 2003-2006.

Expedientes	Abiertos	Estimados*	Solicitudes**	Total
<i>Año 2003</i>	150	50		200
<i>Año 2004</i>	254			254
<i>Año 2005</i>	277		30	307
<i>Año 2006</i>	304		178	482

* Prorrateo para facilitar una comparación entre ejercicios

** Aplicación Ley Tiempos de Respuesta.

Fuente: Defensor de los Usuarios del SSPE. Balance año 2006.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Disconformidad en los usuarios del SSPE

El incremento del número de expedientes incoados, no debe interpretarse como que haya existido una peor atención sanitaria. Muchos son los factores que lo determinan:

- a) Estimulación de la ciudadanía para que ejerza su derecho a formular reclamaciones, sugerencias, consultas y peticiones como una fórmula de participación ciudadana y de mejora de la información;

- b) Aprobación de nuevos derechos y mejoras de la atención sanitaria con el consiguiente aumento del número de peticiones, reclamaciones y sugerencias;
- c) En los términos reclamaciones y sugerencias, están incluidos otras solicitudes o peticiones que no tienen ningún componente negativo, como solicitud de segunda opinión, información, documentación, etcétera.

Por tanto, no sólo debe valorarse el número de reclamantes; la verdadera importancia son las causas y gravedad de las reclamaciones. Los principales motivos de disconformidad podemos clasificarlos en:

Disconformidad por lista de espera y citaciones

Las causas que han motivado el mayor número de reclamaciones en el SSPE, en el año 2006, son las producidas por las dificultades que han encontrado los usuarios para acceder a las asistencias: *listas de espera* y *citaciones*.

Las reclamaciones sobre *listas de espera* no traducen siempre las esperas más largas, sino las peor toleradas por los ciudadanos, los cuales trasladan la necesidad imperiosa de ser atendidos de manera inmediata en patologías que precisan de una atención lo más rápida posible.

Los problemas, errores y demoras que se encuentran para conseguir una *cita* provocan al ciudadano una dificultad, cuando no una imposibilidad de acceso a un servicio.

Disconformidad con la atención personal y/o asistencial

Las principales causas de disconformidad con la atención, han sido las siguientes:

- **Asistencia y/o tratamiento recibido.** El usuario tiene el convencimiento de que cuando ha existido un resultado no exitoso de una actuación sanitaria, implica la existencia de un error. Los pacientes y familiares solicitan principalmente que no vuelva a producirse el error, y que se facilite una explicación, y no sólo información, sobre las circunstancias y motivos del error.
- **Ausencia de médico responsable.** Las situaciones más complicadas y que más repercusión tienen, de la ausencia de un médico o enfermero responsable que tutele el seguimiento del paciente, se encuentran en el nivel hospitalario.

- **Espera para entrar en consulta.** Excesivo tiempo de espera para entrar en consulta médica de atención primaria, y citar a los pacientes a la misma hora para consultas de atención especializada.
- **Trato personal.** Las reclamaciones por este motivo (difíciles de esclarecer, debido a las diferentes percepciones de los trabajadores sanitarios y usuarios) contienen otros factores añadidos de déficit de personal, de información o de organización, y de posible mala praxis, entre otros.

Disconformidad con la organización y normas

En relación con la organización, las disconformidad se relaciona con los siguientes aspectos:

- **Organización y normas de funcionamiento.** Los usuarios manifiestan su disconformidad principalmente en: los cambios de Centros de Salud o de facultativos de Atención Primaria; los horarios de consulta; y las derivaciones de la llamada al Servicio 112 hacia el Centro de Salud.
- **Equidad y cohesión.** Las prestaciones, indicaciones de tratamientos, y derechos de usuarios en otras Comunidades Autónomas, generan desconcierto, confusión y dudas. Además, a los ciudadanos les cuesta trabajo comprender las dificultades que surgen como consecuencia de la debilidad sobre la cohesión de la Sanidad en España.

Disconformidad por deficiencias estructurales y personales

- **Recursos materiales y humanos.** El usuario aprecia falta de recursos materiales en determinadas situaciones puntuales como la falta de vacunas, recetas, material de cura, pañales para enfermos, etc. El ciudadano identifica el problema de falta de recursos humanos (siempre por falta de facultativos), principalmente en los Centros de Atención Primaria durante periodos vacacionales o de baja laboral, y en la atención del parto sin dolor o anestesia epidural en determinado hospital.
- **Confidencialidad-Intimidad:** Existe una sensibilización sobre la disponibilidad de habitaciones individuales como única fórmula de conseguir la confidencialidad e intimidad.

Disconformidad con la información

- **Información clínica del proceso.** La demora en la entrega de resultados, la falta de información clínica o la inadecuada información, ocasiona angustias en los usuarios.
- **Información general.** La excesiva burocratización no es comprendida por los usuarios, encontrando en ella un obstáculo para el acceso a la sanidad pública, especialmente en lo referente a las listas de espera y citaciones, y lamentando la insuficiente información en diversos aspectos sanitarios.

Existen reclamaciones sobre la poca difusión de la Ley de Tiempos de Respuesta de la Atención Sanitaria Especializada.

3.7. TRASPLANTES DE ÓRGANOS. DONACIONES DE SANGRE

Donación de órganos

En Extremadura ha habido un promedio en los últimos 6 años de 26,83 donantes de órganos (riñón, corazón, hígado, páncreas, pulmón), por millón de habitantes. El 90% de ellos han sido multiorgánicos (donantes de más de un órgano) (Tabla 13).

Tabla 13

Número de donantes de órganos en Extremadura. Tasas por millón en Extremadura y España. Período 2001-2006.

Años	Número de donantes	Donantes CAE (p.m.p.)*	Donantes España (p.m.p.)*
2001	25	23.4	32.5
2002	27	25.2	33.7
2003	30	27.9	33.8
2004	23	21.4	34.6
2005	27	25.0	35.1
2006	29	26.6	33.8

* Por millón de población (p.m.p.).

Fuente: Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

El número de donantes de órganos sólidos en 2006, ha sido más alto que el año anterior y aunque no se ha llegado a la cifra máxima de 2003, sí está por encima de la media de los 6 últimos años.

Además se ha iniciado y potenciado el programa de donantes de tejidos (córneas y tejido óseo) en los dos últimos años, pasando el número de donantes de 14 en 2003 a 19 en 2004, 13 en 2005 y 17 en 2006.

Extracción de órganos

En 2004 se realizaron 129 extracciones de órganos (incluyendo córneas), de los que 40 fueron riñones, 61 de córnea, 16 de hígado, 5 de corazón, 6 de pulmón y uno de páncreas.

En 2005 se realizaron 132 extracciones de órganos (incluyendo córneas) distribuidas según se aprecia en la Tabla 14.

El año 2006 aportó el mayor número de órganos donados en los últimos 6 años.

Tabla 14		Extracciones de órganos en Extremadura. Período 2001-2006.				
Órganos	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Riñón</i>	46	38	46	40	43	55
<i>Córnea</i>	30	35	64	61	51	55
<i>Corazón</i>	10	8	3	5	7	3
<i>Hígado</i>	15	17	19	16	19	23
<i>Páncreas</i>	0	0	0	1	0	2
<i>Pulmón</i>	6	2	4	6	12	4
TOTAL	107	100	136	129	132	142

Fuente: Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Trasplantes de órganos

Tras unos años de importante incremento de actividad, durante los últimos se ha experimentado cierto grado de estabilización, con una cifra aproximada de 100 trasplantes de órganos y tejidos al año (Tabla 15).

Tabla 15 Trasplantes de órganos en Extremadura. Período 2001-2006.

Órganos	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Riñón</i>	34	36	36	29	31	41
<i>Córnea</i>	25	32	58	58	51	50
<i>Médula ósea</i>	16	20	19	19	13	11
TOTAL	75	88	113	106	95	102

Fuente: Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.
Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Negativas familiares a la donación de órganos

Durante la vigencia del Plan de Salud de Extremadura 2001-2004 se han reducido sensiblemente las negativas de familiares de fallecidos para donar órganos.

Como en otros territorios, las negativas familiares en Extremadura, presentan una clara asociación con la evolución de la cartera de servicios; las tasas de negativas familiares han ido disminuyendo conforme han ido aumentando los servicios o unidades clínicas que hacen trasplantes.

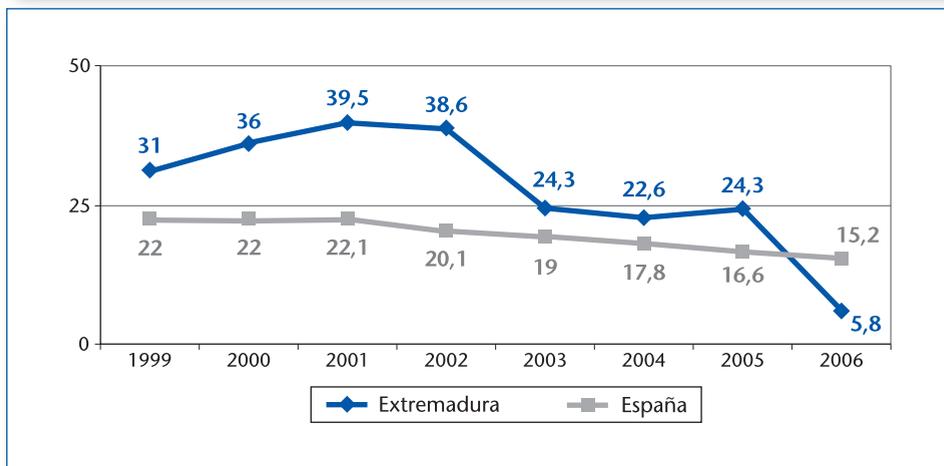
Además, la población extremeña se ha ido sensibilizando con el problema, asumiendo planteamientos más solidarios, resaltando en este sentido las actividades llevadas a cabo en la CAE desde el propio Sistema Sanitario para promover e incentivar la donación, tanto en la población general como en colectivos diana de la educación para la salud, como es la escolar.

La evolución del porcentaje de negativas familiares para la donación de órganos en Extremadura ha sufrido un descenso a partir del año 2003, disminuyendo la diferencia con la media de España durante el período 2003-2005.

El año 2006 ha sido determinante y esta tendencia se ha definido rotundamente, pasando la negativa familiar a ser muy inferior a la de promedio español, siendo Extremadura una de las 4 Comunidades españolas con menos negativas familiares (Figura 13).

Figura 13

Evolución del porcentaje anual (en %) de negativas familiares para la donación de órganos. Extremadura y España. 1999-2006.



Fuente: Coordinación Autónoma de Trasplantes de Extremadura.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Donaciones de sangre

El Banco de Sangre de Extremadura comenzó a funcionar en noviembre de 2002 como Centro Comunitario de Transfusión. Como tal, es el responsable último en Extremadura de la promoción, planificación, obtención, procesamiento y distribución de sangre y hemocomponentes.

El autoabastecimiento regional, con productos de calidad y fiabilidad es, desde su implantación, el objetivo fundamental del Banco que, en sus poco más de 4 años de existencia ha procesado 179.770 unidades de sangre procedentes de 51.119 donantes voluntarios y altruistas, en definitiva, los verdaderos artífices de que en todo momento se haya podido prestar una cobertura hemoterápica suficiente a nuestros hospitales.

El Banco de Sangre se abastece de las donaciones efectuadas en los hospitales públicos de la región, pero sobre todo de las que obtiene mediante sus equipos de colectas en las diferentes localidades, centros de trabajo, instituciones de enseñanza, ... de Extremadura. En este sentido resulta fundamental la colaboración de las 8 Hermandades de Donantes de Sangre existentes en la región, y su red de colaboradores locales, cuya labor de concienciación y cercanía al donante

han sido decisivas para que en este momento nuestra región se sitúe en cifras de donaciones claramente por encima de la media nacional.

Las 47.104 donaciones del año 2006 (cifra más alta desde el funcionamiento del Banco de Sangre de Extremadura), suponen 43,81 donaciones por 1.000 habitantes, y un incremento del 3,56% sobre el total de donaciones del año anterior.

3.8. FORMACIÓN DE PROFESIONALES. EDUCACIÓN DEL USO ADECUADO DE LOS RECURSOS SANITARIOS POR EL CIUDADANO

Formación de profesionales. Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud

Mediante Decreto 165/1996, de 26 de noviembre, se crea y regula el funcionamiento de la Escuela de Salud de Extremadura. Con la entrada en vigor de la Ley de Salud de Extremadura en 2001, la Escuela pasa a denominarse Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud (EECS), y su finalidad es la de atender necesidades de investigación, documentación, capacitación y formación del personal sanitario que presta sus servicios en la Comunidad Autónoma.

Dentro de sus actividades de formación, la EECS publica con periodicidad anual su Plan de Formación, que pretende dar respuesta a las necesidades detectadas en el SSPE, desarrollando distintas actividades formativas sobre formación posgrado (diplomaturas) y formación continuada (cursos, talleres y seminarios).

Entre sus áreas temáticas, no existe un área específica referida a la humanización de la atención sanitaria, aunque sí se han realizado cursos referidos a esta materia, y existe el área de comunicación, que incluye habilidades en comunicación y de mejora de la calidad relacional.

En el punto 8.6 Anexos pueden observarse las Tablas con las actividades formativas programadas, del Plan de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura, correspondientes a los años 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007; y que incluyen las actividades de formación ofertadas, relacionadas con la humanización, así como el número de ediciones y el total de alumnos.

Formación de profesionales. Servicio Extremeño de Salud

En enero de 2002, la Junta de Extremadura asume las competencias en materia de Sanidad y se integran los hospitales públicos en el SES.

Actualmente, la Comunidad Autónoma cuenta con una red de 14 hospitales públicos, distribuidos por las dos provincias. Estos centros, que inicialmente surgieron con el objetivo exclusivo de prestar una función asistencial, han ido incorporándose a la función docente e investigadora.

En el año 2003, la Dirección Gerencia del SES convoca y desarrolla un Plan de Formación Continuada del Servicio Extremeño de Salud, con actividades y cursos de formación dirigidas al personal de las Instituciones Sanitarias del SES, así como a la totalidad del personal adscrito o integrado en dicho organismo. Entre las actividades programadas se incluyen cursos relacionados con la humanización o con habilidades de comunicación.

Es a partir de 2004, cuando la extinta Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Consumo, convoca y desarrolla actividades formativas programadas dentro del I Plan de Formación Continua para profesionales del SES; teniendo continuidad en los años siguientes con el II y III Plan de Formación Continua durante los años 2005 y 2006 respectivamente.

Estas actividades incluyen cursos cuyos contenidos están relacionados con la humanización y con habilidades de comunicación.

En el punto 8.6 Anexos pueden observarse las tablas con las actividades formativas de los distintos Planes de Formación Continua del SES, relacionadas con la humanización, así como el número de ediciones y el total de alumnos.

Educación del uso adecuado de los recursos sanitarios por el ciudadano

La Consejería de Sanidad y Dependencia contempla una serie de actuaciones para la educación en el uso adecuado de los recursos sanitarios por el ciudadano.

Entre las actividades relacionadas con la educación para la salud, se ha elaborado un libreto de la serie "Documentos de apoyo a las actividades de Educación para

la Salud” sobre el uso racional de medicamentos y la utilización y resistencia a los antibióticos. Así mismo, el borrador del futuro Plan Marco de Educación para la Salud 2007-2012, en su análisis de situación hace referencia, entre sus actuaciones, al uso adecuado de los recursos sanitarios.

El Decreto 54/2006, de 21 de marzo (DOE nº 37 de 28 de marzo de 2006), establece las becas, acciones y actividades de investigación en materias de competencia de la Consejería de Sanidad y del SES, cuyo criterio de valoración para la concesión de las subvenciones, destinadas a financiar los proyectos y programas, tengan en cuenta entre sus criterios, el abordaje de la educación sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios.

Para el año 2006/2007 se ha aprobado un proyecto en la modalidad “agrupación de profesionales sanitarios” denominado “Programa sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios”.

3.9. HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA

Los usuarios/pacientes son el centro entorno al cual gira el SSPE; por ello, se apuesta por ofrecer una atención integral, incorporando programas, planes y actividades pensando en el ciudadano como persona y no sólo como enfermo.

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 avala lo anterior, estableciendo entre sus objetivos la elaboración y el desarrollo del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE.

El punto de partida de la Consejería de Sanidad y Dependencia, en relación con los planes, programas y actividades relacionados con la promoción de la humanización de la atención sanitaria, podemos calificarlo de bastante satisfactorio, como queda reflejado en este epígrafe.

En el mismo se describen los planes, programas y actuaciones relacionados con la humanización, que de forma intrínseca, persiguen objetivos que suponen una mejora del nivel de humanización del conjunto, o de una parte del Sistema Sanitario Público, que a su vez están íntimamente relacionados.

3.9.1. Planes sanitarios

Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura

El Plan Marco de Calidad es un instrumento para la mejora continua de la calidad en todos los ámbitos de la organización sanitaria, con el que se dota el Sistema Sanitario Extremeño, a través de la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura.

Se estructura en ocho pilares estratégicos: la calidad de la atención sanitaria; la calidad relacional; autorización y acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios; evaluación sanitaria; investigación y formación; sistema de información; desarrollo profesional y gestión y financiación.

El periodo de vigencia del mencionado plan es de cuatro años, a partir de su publicación en mayo de 2006.

Plan Estratégico del SES 2005-2008

El Plan Estratégico del SES 2005-2008, cuenta con *ocho objetivos estratégicos*: la salud como derecho; la accesibilidad a los recursos sanitarios; el trato adecuado a las personas; el intentar conseguir un amplio consenso en materia laboral; la separación del Sistema Sanitario Público de la Sanidad Privada; la utilización de las Nuevas Tecnologías; la coordinación de la Formación e Investigación Sanitarias; la modernización del parque mobiliario e inmobiliario; y *cinco grandes líneas estratégicas*: orientar la organización hacia la mejora de la salud y satisfacción de los ciudadanos; desarrollar iniciativas para la implicación y participación de los profesionales; dirigir todos los esfuerzos a la calidad total; impulsar mejoras en la gestión de los recursos a través de la innovación e integración; y garantizar la eficiencia de la organización para contribuir a la estabilización económico-financiera.

El Plan contempla grandes líneas de desarrollo estratégico para alcanzar una mejora de la salud de los ciudadanos, contemplando a los mismos como los verdaderos protagonistas y valedores del Sistema Sanitario Público de Extremadura, por lo que la organización debe establecer que permitan la promoción, la prevención y la mejora de la salud, con una atención integral a la persona. Se han puesto en marcha programas, para la reincorporación y rehabilitación sociolaboral de

pacientes con diversas patologías, así como servicios de cuidadores personales en domicilio, para pacientes con dependencia severa. Se potencia que los ciudadanos se sientan más satisfechos con su servicio de salud, que los profesionales se impliquen y participen de forma que se provean servicios de calidad, se mejoren la gestión de recursos a través de la descentralización en la toma de decisiones, de la innovación e integración, y se contribuya a la estabilidad económico-financiera de la organización, a través de la eficacia en todas sus actuaciones.

Plan Integral sobre Drogas de Extremadura

El Plan Integral sobre Drogas (PID), vigente desde 1992, es el instrumento básico de la Junta de Extremadura para el desarrollo de acciones conducentes a disminuir la incidencia del consumo de droga entre la población general.

La Secretaría Técnica de Drogodependencias se constituye, según el PID, como órgano coordinador de la política en materia de drogodependencias de la Junta de Extremadura.

Las actuaciones incluidas en el PID se inscriben en seis grandes áreas: prevención, incorporación social, atención, asistencia, coordinación e información.

Plan de Salud Mental de Extremadura

En 1996 se puso en marcha el I Plan de Salud Mental de Extremadura, en el que se establecían los principios y fines rectores sobre los que debería asentarse la asistencia y gestión de la atención a la Salud Mental en Extremadura para los años siguientes.

De la evaluación del mismo, realizada en 2006, se desprende en cuanto a desarrollo general de objetivos, la distinción de dos periodos de tiempo claramente diferenciados. Uno de 1995 a 2001, en el que se desarrollaron los dispositivos de rehabilitación psicosocial e iniciaron los procesos de transformación de los hospitales psiquiátricos; y otro, de 2002 a 2005, en el que se ha producido el incremento de los dispositivos sanitarios, al tiempo que se continúa el desarrollo de los de apoyo social y la totalidad de las estructuras de coordinación.

De la misma evaluación se infieren algunos retos de futuro que apuntan la dirección a seguir por el II Plan de Salud Mental. Entre ellos destacan el refuerzo de la

atención ambulatoria, la creación de nuevas unidades de hospitalización breve, especialmente para la población infanto-juvenil, la creación de hospitales de día y el refuerzo de la red de rehabilitación residencial y de la red residencial de apoyo social.

Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

El Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005-2010 es una estrategia de actuación conjunta de las extintas Consejerías de Bienestar Social y de Sanidad y Consumo.

Con él se pretende hacer realidad un sistema de cuidados continuados en toda la Región, que comprende el Programa de Atención Sanitaria a las Patologías Crónicas, y el de Atención Social a la Dependencia. Se han creado mecanismos de coordinación sociosanitaria en base a la remodelación del mapa social, creándose 20 zonas sociosanitarias en la región; el mismo contempla el desarrollo de los centros de día y la rehabilitación comunitaria.

El Plan contiene el desarrollo de numerosos servicios y medidas reorganizativas, recursos y programas. Se han concertado las primeras camas de cuidados sociosanitarios continuados, aprobadas a comienzos de enero 2006, y se han puesto en marcha programas para la reincorporación y rehabilitación sociolaboral de pacientes con diversas patologías, así como también servicios de cuidadores personales en domicilio para pacientes con dependencia severa, además de los centros de día y la rehabilitación comunitaria.

Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares 2007-2011

Las enfermedades cardiovasculares constituyen el principal problema de salud para el conjunto de la sociedad extremeña. En la Comunidad Autónoma de Extremadura representan la primera causa de mortalidad y de ingresos hospitalarios, siendo origen de discapacidades y disminución de la calidad de vida de los extremeños, y produciendo importantes repercusiones socioeconómicas en nuestra sociedad.

Priorizada la estrategia frente a este problema tan importante, el Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (PIEC), en consonancia con la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS, sienta las bases que permiten un abordaje integral y de calidad en los aspectos de promoción de la salud,

prevención, asistencia, rehabilitación, sistemas de información, formación e investigación, en el ámbito de las patologías cardiovasculares más relevantes de Extremadura.

Se estructura en tres ejes estratégicos: salud cardiovascular; proceso asistencial de las patologías cardiovasculares más relevantes; e instrumentos de apoyo a la asistencia de las enfermedades cardiovasculares.

Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2007-2011

En Extremadura el cáncer supone globalmente la segunda causa de muerte en ambos sexos, habiendo llegado a alcanzar el primer lugar en el caso de los varones, siendo la primera causa de años potenciales de vida perdidos y una de las principales de disminución de la calidad de vida.

La Comunidad Autónoma de Extremadura, durante los últimos años, ha llevado a cabo un importante esfuerzo en la lucha contra el cáncer, reflejándose en un incremento de recursos tanto humanos como materiales y en una mejora de la calidad de vida de los pacientes. Siendo necesario avanzar hacia el objetivo final de prevenir y curar todas las formas de cáncer, la Junta de Extremadura, en desarrollo del Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, ha puesto en marcha el Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2007-2011 (PICA), en consonancia con la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

El PICA define el marco de atención general al cáncer, con un enfoque sistemático e integral, permitiendo establecer criterios de coordinación a todos los niveles, desde la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, hasta la rehabilitación y reinserción social de la enfermedad.

Cuenta con siete áreas de intervención: promoción de la salud y prevención primaria; prevención secundaria y programas de detección precoz; asistencia a adultos; cáncer infantil; rehabilitación y reinserción; cuidados paliativos; sistemas de información, formación e investigación.

Plan Marco de Educación para la Salud

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 enuncia la elaboración e implantación del Plan Marco de Educación para la Salud, referente regional para las actuaciones en este campo, e impulsor de políticas institucionales y de ONGs.

El Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura, se concibe como un instrumento capaz de orientar y coordinar esta acción en el ámbito de la CAE y de construir un modelo participativo y dinámico que se adapte a las necesidades de la población, teniendo en cuenta las condiciones sociales, ambientales y económicas.

Este Plan aborda la EpS, desde el punto de vista integral, abarcando los ámbitos fundamentales de la misma (educativo, sanitario y sociocomunitario), siendo el primero que existirá en España con estas características.

Plan Integral de Salud Laboral 2007-2011

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 propugna, desde una definición de las funciones de la autoridad sanitaria en relación con la Salud Laboral, la integración en las actuaciones que se realicen desde Salud Pública y la correspondiente coordinación con el resto de instituciones y organismos. Para ello, contempla entre sus objetivos la elaboración e implantación del Plan Integral de Salud Laboral.

Este Plan, con su entrada en vigor en 2007, se estructura en siete áreas de intervención: vigilancia de la salud; daños a la salud; sistemas de información; promoción de la salud; coordinación de las autoridades en la Ley de Prevención de Riesgos laborales, e inspección; formación; e investigación. Es una herramienta para la adopción de medidas preventivas eficaces en relación con los problemas de salud laboral detectados y su objetivo es reducir la incidencia de los daños a la salud ocasionados por el trabajo.

3.9.2. Programas y/o proyectos sanitarios

Proyecto Jara

Jara es el proyecto informático que integra los servicios de información del SES en un sistema único, accesible a todos los niveles asistenciales y administrativos de la CAE. El objetivo es que el ciudadano sea concebido como único para el sistema sanitario y que éste sienta como un todo único a la organización. Tiene un periodo de implantación de cuatro años (se encuentra en su segundo año de desarrollo y puesta en marcha en todas las áreas de salud extremeñas).

Se creará una historia clínica electrónica y única por paciente, a la que podrán acceder los profesionales del SES y que estará disponible según los criterios de consulta y visualización que se establezcan en función de los perfiles de los distintos usuarios. Además, esa información se integrará con los Sistemas Departamentales de Laboratorios, Radiología, Anatomía, Patología, Farmacia y Dietética con el fin de realizar órdenes de pedido e incorporar los resultados de las pruebas directamente a la historia clínica del paciente. El proyecto cubre los centros de salud (104), consultorios locales (417) y un total de 1.073.829 usuarios (enero de 2007).

Programa Compañía

El Programa Compañía, llevado a cabo por la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura en colaboración con la Asociación Extremeña de Familias afectadas por la Leucemia, Linfomas, Mielomas y Aplasia (AFAL), ofrece una alternativa de alojamiento a pacientes que deben recibir atención sanitaria en centros de fuera de Extremadura, así como a un acompañante autorizado.

El alojamiento, en viviendas de alquiler de uso compartido por el tiempo que duren los tratamientos, se realiza en 21 viviendas localizadas en Madrid (12), Toledo (3), Sevilla (1), Barcelona (1), Pamplona (1), Salamanca (1), Córdoba (1) y Valencia (1); o en su defecto en establecimientos hoteleros, cuando el centro sanitario en que se recibe asistencia, se encuentra en una ciudad en la cual el programa no dispone de viviendas alquiladas, las mismas están ocupadas, o la afluencia de pacientes a esas localidades es mínima (Burgos, Sevilla, Oviedo, Málaga, Santander, Cádiz, Murcia, Granada y Valladolid); además ofrece transporte de servicio público en taxi u otro, desde el alojamiento al centro sanitario y viceversa. Todo ello y con el único requisito imprescindible de ser derivado por el SES.

Durante el año 2005, fueron 302 los pacientes que se acogieron al Programa Compañía, la mayor parte de los cuales (218) recibieron asistencia en Madrid, seguido de Toledo (33) y Barcelona (22).

La estancia media de pacientes y acompañantes en los alojamientos es de una semana; en dos casos, la estancia fue de un año. En total la ocupación de alojamientos durante 2005 se cifra en 21.080 camas de un total de 10.590 habitaciones. El presupuesto del Programa Compañía para el año 2005 fue de 315.000 euros.

Durante el año 2006 se han atendido 433 pacientes, de los que 278 son nuevos y 155 repiten atención desde el inicio del programa. El 76,67% (332 pacientes) se han derivado a hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid y el 23,33% (101 pacientes) al resto de Comunidades Autónomas. Las atenciones prestadas a la familia han sido 1.082.

Se han realizado un total de 2.811 desplazamientos para 8.433 personas, utilizándose 9.947 habitaciones y 24.868 camas, con un promedio de aproximadamente 833 habitaciones al mes.

Residencias para Familiares de Enfermos Hospitalizados

Las Residencias para Familiares de Enfermos Hospitalizados, son un servicio que oferta el SES, estando las mismas concebidas para albergar a los familiares de pacientes ingresados en unidades como UCI, Reanimación, Unidad de Coronarias y Unidad de Trasplantes, que no residan en su ciudad.

La Residencia de Familiares del Complejo Hospitalario de Badajoz, con unas instalaciones situadas junto al Hospital Infanta Cristina, funciona desde el año 2003, ofreciendo alojamiento a familiares, higiene personal, servicio de lavandería y salas de estar, sin carga económica para el usuario y con unos criterios de adjudicación de plazas que tienen en cuenta, entre otros, los recursos económicos familiares y la accesibilidad.

Durante el año 2006, la mayor parte de los usuarios de la misma fueron allegados de pacientes ingresados en la UCI (47%), seguidos de las unidades Reanimación (26%), de Coronarias-Cardiología (20%) UCI pediátrica (3%), Unidad de Trasplantes (2%) y otras (2%).

La mayoría de los familiares, usuarios de estos servicios, procedían del Área de Salud de Llerena-Zafra (24%); el 24% del Área de Badajoz, el 15% del Área de Don Benito-Villanueva, el 14% del Área de Mérida, el 9% del Área de Cáceres, el 5% del Área de Plasencia, el 4% del Área de Coria, el 6% de otras Comunidades Autónomas, y el 2% del Área de Navalmoral de la Mata.

La estancia media fue de 1 a 3 días, aunque el 3% superó los 15 días y el 1% el mes. Los índices de ocupación se reflejan en la Tabla 16.

Tabla 16

Evolución del uso de la Residencia de Familiares del Complejo Hospitalario de Badajoz. Período 2003-2006.

Residencia de Familiares de Badajoz	2003	2004	2005	2006
<i>Alojamiento (nº de familiares)</i>	3.499	3.515	3.708	3.992
<i>Ocupación (%)</i>	80	81	88	90
<i>Nº de estancias</i>	7.040	7.399	8.183	8.236
<i>Servicio de higiene personal y lavado de ropa (nº de personas)</i>	992	1.540	1.502	1.158
Total de usuarios	4.491	5.055	5.210	5.150

Fuente: Residencia de Familiares C.H. Badajoz.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

El Complejo Hospitalario de Cáceres presta en la actualidad, el servicio de alojamiento de familiares de enfermos ingresados en Cáceres, en la Residencia de COCEMFE, a través de un convenio de colaboración con el SES, estando previsto que el nuevo hospital en construcción de Cáceres, tenga entre sus instalaciones una residencia para familiares.

En el caso del Hospital de Mérida, se han alquilado dos pisos amueblados cercanos al mismo, que cumplen la misma función y en Plasencia se ha llegado a un acuerdo con un hotel de la ciudad para el alojamiento de los familiares que, no siendo residentes de la localidad, desean permanecer cercanos al paciente.

Actividades desarrolladas por ONGs dentro del SSPE

Existen asociaciones de enfermos y familiares que colaboran en diversos procesos de atención dentro del SSPE, desarrollando tareas en áreas fundamentales y de manera singular en la concienciación ciudadana, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y/o sus posibles complicaciones.

Entre estas asociaciones, las hay que llevan décadas como es el caso de Cruz Roja, Hermandades de Donantes de Sangre o la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer, entre otras, y a las que se han unido en los últimos años un importante número de ellas, siguiendo una corriente social de sensibilización, solidaridad y altruismo.

Proyecto Mariposas

El denominado Proyecto Mariposas, promovido por la Asociación Oncológica Extremeña (AOEX) en colaboración con la Consejería de Sanidad y Dependencia, cumple el objetivo de proporcionar un lugar de descanso óptimo al paciente oncológico y su familia, en la Finca Mariposa, ubicada en la localidad de Hervás.

Es un lugar privilegiado para obtener un ambiente humanizado propicio para estos pacientes. Rodeado de bosques, permite completar los tratamientos convencionales con otros naturistas, tomando contacto con la naturaleza, y compartiendo con sus familiares y personas queridas. Algunas de las terapias complementarias que aporta este proyecto son masajes terapéuticos, de relajación, drenaje linfático manual, reflexología podal, para-fangos, baños de sol, danza energética o silencio corporal, apostando por una salud integral en un ambiente propicio y saludable.

Se han construido cuatro casas para alojamiento de pacientes y sus familiares, y un espacio para actividades y terapias.

Las casas están adaptadas para cubrir las necesidades del enfermo y sus familiares. Cada una cuenta con más de dos mil metros cuadrados, lo que permite absoluta intimidad e independencia.

Intérpretes de la lengua en la consulta

El servicio de intérpretes de lengua de signos española, a través de un acuerdo de colaboración entre las Federaciones de Sordos de Extremadura y el SES, presta una atención a la población sorda que utiliza esta lengua, en cualquier ámbito de la atención especializada, en atención primaria en situaciones especiales, así como en algunos recursos específicos en los que la comunicación directa y sin intermediarios es esencial para la atención sanitaria.

También para facilitar la comunicación facultativo-paciente, algunas áreas de salud cuentan con un servicio de traducción-interpretación para varios idiomas.

Telemedicina

La telemedicina, puesta en marcha en el año 2004, se desarrolla fundamentalmente en el ámbito rural. Integrada en la Cartera de Servicios y en los Contratos

de Gestión de cada Área de Salud, establece un vínculo entre la Atención Primaria y Especializada.

A través del servicio de teleconsultas, la telemedicina hace más resolutive la atención primaria, ya que los pacientes pueden recibir la consulta de los especialistas en presencia de su médico de familia y en su centro de salud, lo que evita los efectos de la dispersión geográfica, las distancias a los puntos de atención, y presta apoyo diagnóstico a los profesionales del SES, ofreciendo una atención de calidad, equitativa y accesible.

Son un total de 17 las especialidades incluidas en el programa de Telemedicina: Radiología, Dermatología, Cardiología, Medicina Interna, Nefrología, Traumatología; Neurología, Neumología, Tabaquismo, Salud Mental, Psiquiatría, Pediatría, Hematología, Enfermería, Infecciosas, Endocrinología y Reumatología. Se atienden igualmente a través de telemedicina consultas de cirugía mayor ambulatoria; trabajo social y unidad del dolor. Actualmente cuentan con el servicio de Telemedicina 27 centros de salud en la CAE.

El servicio de telemedicina generó 6.354 consultas en Extremadura durante el año 2006. La mayor parte de ellas se refirieron a la especialidad de Dermatología (2.730), seguida de Radiología (758), Traumatología (755), el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del Área de Salud de Badajoz (625), Endocrinología (371), Neumología (319), Reumatología (207), Nefrología (181), Cardiología (136), y Medicina Interna (101). Otras especialidades que también se sirvieron del programa fueron: Neurología, Tabaquismo, Salud Mental, Hematología, Enfermería, Infecciosas o Trabajo Social.

Sistema de Reclamaciones y Sugerencias del Sistema Sanitario Público de Extremadura

Los usuarios del SSPE pueden dirigir sus reclamaciones y sugerencias sobre aspectos relativos a la atención y asistencia sanitaria recibidas en sus centros, a los respectivos Servicios de Atención al Usuario o, en último extremo al Defensor de los Usuarios del SSPE.

Del Servicio de Atención al Usuario, pueden beneficiarse todos los usuarios/pacientes del SSPE, que así lo deseen, de todas las Áreas de Salud de Extremadura.

Se han establecido medidas para la mejora del procedimiento de recepción, tramitación y contestación de reclamaciones presentadas ante el SES, fomentando

la accesibilidad a las hojas de reclamaciones, la mejora en los tiempos de respuesta, así como la puesta en marcha de un sistema informático unificado para todas las áreas de salud. Estas reclamaciones son base para la propuesta de ejecución de medidas de mejora, y en consecuencia, la mejora de la calidad de la atención sanitaria.

Defensor de los Usuarios del SSPE

De conformidad con la Ley de Salud de Extremadura, el Defensor de los Usuarios del SSPE es un órgano que tiene por misión la defensa de los derechos y libertades de los usuarios de la Sanidad Pública de Extremadura.

Los usuarios tienen la facultad pública de ejercer una reclamación, independientemente de su consideración como interesado, ante cualquier actuación que perciba como irregular o anómala, en el funcionamiento de los servicios sanitarios del SSPE, o ante cualquier tipo de lesión de los derechos otorgados por la normativa vigente en sus centros, establecimientos y servicios sanitarios (Decreto 4/2003, de 14 de enero, por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del SSPE).

El Defensor de los Usuarios del SSPE, es designado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, a propuesta del Consejo Extremeño de Consumidores, para un período de cinco años.

Políticamente independiente, no recibe instrucciones de ninguna autoridad y desempeña sus funciones con absoluta autonomía. Publica un informe anual en el que se recogen las reclamaciones y sugerencias que le han dirigido los ciudadanos y las propuestas y recomendaciones que ha tomado para resolverlas, las investigaciones que ha llevado a cabo y los resultados obtenidos.

Las actuaciones del Defensor de los Usuarios se inician de oficio o a petición de persona interesada, pudiendo dirigirse al mismo, toda persona natural o jurídica que reciba atención sanitaria en los centros y servicios del mismo. No pueden presentar reclamación o sugerencia ante el Defensor de los Usuarios autoridades administrativas en asuntos de su competencia.

En el apartado 3.6 figuran de forma resumida los datos de actividad, la accesibilidad y las causas más frecuentes de presentación de reclamaciones por disconformidad de los usuarios del SSPE.

Servicio de Cita Previa Centralizada

A través de encuestas de satisfacción de los usuarios, se conoce que uno de los ítem donde mayor disconformidad existía, era el número de llamadas que había que realizar para conseguir una cita. Además, se hacía necesario disponer del mayor tiempo posible para atender con una mayor calidad a los usuarios, tiempo que debido a la carga burocrática y administrativa de los Equipos de Atención Primaria resultaba escaso.

Por estos motivos el SES puso en marcha el Servicio de Cita Previa, por el que se pone a disposición del usuario un número único que se añade al servicio de cita habitual de su centro de salud, con el que se facilita cita previa a través de un centro de llamadas que tiene acceso a las agendas de los profesionales de los equipos adscritos.

Los objetivos principales conseguidos con esta medida, han sido:

- Ampliar la franja horaria para peticiones de citas: de 07:30 a 21:00 horas, con lo que se aumenta la accesibilidad al sistema sanitario.
- Evitar las pérdidas de llamadas que se producían por la sobrecarga de éstas en un corto espacio de tiempo.
- Liberar a las Unidades Administrativas para que puedan dedicar tiempo a otras funciones que actualmente no pueden realizar por su carga de trabajo.
- Minimizar en la medida de lo posible, las cargas burocráticas de otros miembros del Equipo, disponiendo así todos los profesionales de mayor tiempo para la atención al usuario.

Su implantación progresiva se ha traducido en un incremento de satisfacción de la población y de los profesionales, por el funcionamiento del propio SES.

3.9.3. Actuaciones

Bajo este epígrafe figuran aquellas actuaciones, que actualmente se llevan a cabo desde el SSPE, relacionadas en mayor o menor medida con la humanización del mismo.

Atendiendo a la naturaleza, contenido y objetivos de dichas actuaciones, podemos establecer cuatro categorías:

- 1) Actuaciones de mejora de las infraestructuras.
- 2) Actuaciones de mejora de servicios y hostelería.
- 3) Actuaciones de mejora de información y atención al usuario.
- 4) Actuaciones de mejora de asistencia sanitaria.

1) Actuaciones de mejora de las infraestructuras

Señalización interna y externa de los centros

La señalización exterior e interior de los centros y servicios sanitarios mejora la accesibilidad del usuario al SSPE, al facilitar el acceso y la localización de las dependencias de los centros, haciendo más sencillo su uso.

La implantación progresiva de la adaptación y equipamiento de los centros sanitarios del SES al Manual de Identidad Corporativa, que emana de la nueva normativa del Decreto 7/2002, de 29 de enero, de la Imagen Corporativa de la Junta de Extremadura, ha cambiado el aspecto de los mismos, adaptándose a las necesidades de los usuarios.

Eliminación de barreras arquitectónicas

Las reformas dirigidas a eliminar barreras arquitectónicas son medidas que contribuyen a la mejora del bienestar y la facilidad de uso de los centros sanitarios por parte de los usuarios con algún tipo de discapacidad, completando la asistencia sanitaria prestada hacia estos usuarios, los cuales no deberían tener ningún tipo de impedimento físico en el ámbito de la accesibilidad.

En la actualidad, en todas las áreas de salud se trabaja para la total eliminación de estas barreras.

Residencias para familiares de enfermos hospitalizados

Este servicio, singular en España, es muy valorado por los usuarios, pacientes y familiares, como un elemento de calidad del SSPE. Tiene en cuenta las necesidades de las personas en momentos críticos, y la salud del cuidador, que en deter-

minados servicios y unidades especiales no pueden permanecer en la planta con su familiar, al no ser posible el acompañamiento. En el apartado 3.9.2 existe más información referida a este servicio.

Aulas infantiles y ciberaulas en los centros hospitalarios

Desde la Consejería de Educación se pretende garantizar la adecuada atención educativa del alumnado con escolarización irregular y/o dificultades de acceso a los centros escolares extremeños. El procedimiento está definido en una Instrucción de la Dirección General de Calidad y Equidad Educativa, donde se recogen las actuaciones que se destinan a garantizar la atención educativa del alumnado con dificultades de escolarización por problemas de salud cuando se encuentre hospitalizado en los propios centros hospitalarios o cuando, por prescripción facultativa, debe permanecer convaleciente, sin poder asistir al centro escolar en períodos superiores a un mes.

Uno de los fines del Aula Hospitalaria, es que el niño no se sienta retrasado en relación con sus compañeros, para ello, el profesor del aula se pone en contacto con el tutor del alumno, para conocer la programación, o son los propios padres los que se preocupan de solicitar los deberes a los compañeros de clase de su hijo.

A esto hay que añadir la confección de la revista "Hospitalín", de carácter cuatrimestral, elaborada por los niños del Aula Hospitalaria, nacida con la intención de divertir y educar a los niños ingresados en la planta de pediatría y de ser un medio de animación a la lectura y de difusión para compartir experiencias, conocimientos, usos y costumbres de nuestros pueblos, etc. que se recogen en forma de artículos.

Durante el curso escolar 2005/2006, un total de 1.437 alumnos recibieron atención educativa en las cuatro aulas hospitalarias existentes en los hospitales de la Comunidad Autónoma de Extremadura (San Pedro de Alcántara de Cáceres, Materno-Infantil de Badajoz (2) e Infanta Cristina de Badajoz).

Las ciberaulas son unos espacios sociosanitarios dentro de los hospitales, pensados para minimizar el impacto que supone, para los niños y niñas enfermos y sus familias, la estancia en un hospital. En este espacio abierto, los menores hospitalizados se relacionan entre sí y con sus familiares en un entorno de ocio y comunicación. Actualmente existen ciberaulas en CHU de Badajoz (3), Cáceres, Plasencia y Mérida.

2) Actuaciones de mejora de servicios y hostelería

Habitación individual para pacientes

La habitación individual para los pacientes ingresados, supone una mejora esencial para la asistencia sanitaria pública promovida por la Junta de Extremadura, así como una demanda importante por parte de los usuarios que muchos consideran irrenunciable.

El programa de habitación individual es una acción encaminada a dar cumplimiento al compromiso político de mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada en los centros hospitalarios del SES, que se materializa con la oferta en toda la red hospitalaria de habitaciones para un solo paciente.

La medida busca que el paciente y su familia dispongan de un confort adecuado a las necesidades de recuperación y que garantice el derecho a la intimidad. En la actualidad, la habitación individual es una realidad en 4 de los hospitales del SES, estando prevista su inmediata implantación en todos los hospitales actuales en los que es posible su adaptación, así como en los de nueva creación.

Sofá/cama para acompañante en la habitación del paciente ingresado

En la actualidad existen camas para acompañantes en determinadas unidades del Área de Salud de Badajoz: unidad de oncología pediátrica y unidad de trasplantes. Este servicio está siendo evaluado para su contemplación en futuros ejercicios, en el resto de las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Elección de menú para pacientes ingresados

La elección de comida a la carta para pacientes hospitalizados, es un servicio que adquiere importancia si se tiene en cuenta las variantes propias de las patologías y los distintos requerimientos de cada persona a la hora de elegir menú. Se trata de un proyecto a implantar en todos los hospitales del SES, y que en la actualidad es ofertado en 6 áreas de salud de la CAE.

Teléfono y televisión gratuitos en habitaciones de pacientes

El servicio de teléfono permite a los pacientes, poder recibir llamadas en las habitaciones de todos los hospitales de la región.

El servicio de televisión gratuita está implantado en todas las áreas de salud (la última en junio de 2006). Anteriormente, era un sistema previo pago.

Acceso a internet, biblioteca y distribución de prensa para pacientes

Se pretende dotar a cada hospital público de una ciberaula para niños y otra para adultos. En ella se dispondrá de acceso a internet, chat, correo electrónico, biblioteca de pacientes, zona de lectura, préstamo de libros, zona de televisión-DVD.

En la actualidad, el servicio de biblioteca es ofertado en cinco áreas de salud, y el de acceso a internet en tres, siendo contemplada su implantación en próximos ejercicios, en el resto de las áreas.

Horario de visitas y régimen de acompañamiento

El horario de visitas y régimen de acompañamiento preocupa mucho a usuarios, pacientes y familiares. Sin embargo presenta dos opiniones contrapuestas, para unos es una ventaja y para otros es un impedimento en su bienestar, descanso y recuperación. Cada área de salud difiere, al igual que ocurre con la opinión de los usuarios, en su aplicación: en unos casos optan por una entrada libre y en otros por un horario restringido.

Salas de estar comunes en planta de hospitalización

La salas de estar y de espera comunes en centros sanitarios, pretenden crear entornos confortables para que pacientes, usuarios y familiares puedan sentirse cómodos, mejorando la atención sanitaria prestada a éstos. Este servicio es ofrecido en la actualidad en cinco áreas de salud.

3) Actuaciones de mejora de la información y atención

Con la implantación progresiva del “Proyecto Jara”, el conocimiento por parte de usuarios y profesionales de las nuevas tecnologías, la remodelación de los centros, y la señalización de los mismos, se pretende agilizar los trámites administrativos por parte de profesionales y usuarios a la vez que se persigue la mejora del acceso a la información sanitaria o no sanitaria hacia los pacientes, haciendo que ésta sea lo más fácil posible, eliminando las barreras administrativas.

Servicio de información hospitalaria

Uno de los valores más importantes para el SSPE es la comunicación a todos los niveles. Por ello, el servicio de información orienta al usuario dentro del hospital y facilita su acceso a las diferentes prestaciones del mismo. Este servicio está implantado en siete áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Mejora del procedimiento de recepción, tramitación y contestación de reclamaciones presentadas ante el SES

Para la realización de esta medida, se fomenta la accesibilidad a las hojas de reclamaciones, la mejora en los tiempos de respuesta, así como un sistema informático unificado para todas las áreas de salud. Estas reclamaciones son base para la propuesta y ejecución de medidas de mejora.

Encuestas de satisfacción del usuario

Los estudios de satisfacción de los usuarios de los centros y servicios dependientes del SES, como las urgencias, la hospitalización y la atención primaria, son una herramienta que contribuye a mejorar la relación del usuario con el sistema sanitario. Las encuestas, realizadas por consultoras externas al SES, en las ocho áreas de salud, revelan qué se está haciendo bien y qué se está haciendo mal desde la óptica del usuario, lo que permite dar continuidad a aquello que satisface al ciudadano y corregir lo que le incomoda. En el apartado 3.5.2 del presente Capítulo 3 de Análisis de situación, se recogen algunos resultados de las últimas encuestas de satisfacción.

Coordinación y derivación “online” de pacientes entre niveles asistenciales

La coordinación y derivación de pacientes entre atención primaria y especializada es una realidad constante. Para mejorarla, se pretende que ésta se realice por medio de las nuevas tecnologías, agilizando trámites administrativos y listas de espera.

Actualmente se realiza en cinco áreas de salud. Con la implantación del Proyecto Jara y el total equipamiento de los centros se contempla como realidad en un futuro muy próximo, en todas las áreas de salud de Extremadura.

4) Actuaciones de mejora de la asistencia sanitaria

Cirugía Mayor Ambulatoria

Todas las áreas cuentan con este servicio para determinados procesos de cirugía que no requieren ingreso hospitalario.

Identificación del personal de asistencia del SSPE

Con el fin de orientar e informar a los usuarios, se está fomentando la identificación de los profesionales que trabajan en los centros y servicios sanitarios, para que el ciudadano pueda saber el nombre y profesión de las personas que le atienden. Desarrollándose en la actualidad en siete áreas de salud, en la única que falta está en proceso de implantación.

Unión madre-hijo ingresado tras el parto y programa de acompañamiento al parto

La unión madre-hijo ingresado tras el parto es una medida contemplada en todas las áreas de salud. La sensibilidad que existe en torno al parto, y la influencia positiva que tiene en la evolución de éste el acompañamiento continuo de la mujer, y la libertad de movimientos y posturas, es una realidad.

El programa de acompañamiento al parto pretende crear un ambiente humanizado en el proceso del parto, parto y puerperio, haciendo que el parto normal no sea un acontecimiento médico, personalizando el mismo, y requiriendo un esfuerzo de todos para conseguirlo.

Estrategia para la prevención de agresiones a sanitarios del SSPE

La Consejería de Sanidad, junto a los Colegios Oficiales de Médicos de Extremadura, han elaborado y publicado el Documento “Estrategias para paliar las agresiones a todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura”, donde se recogen estas estrategias de prevención de agresiones. Esta guía es un medio para poner en conocimiento de los profesionales extremeños los recursos con los que cuentan ante posibles agresiones sufridas en su lugar de trabajo, tanto en el sector público como en el privado y recoge el marco legal al que se puede recurrir, tanto regional como nacional y los tratados internacionales, además de los derechos y deberes de los pacientes.

3.10. ESTUDIO CUALITATIVO MEDIANTE LA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL PARA EVALUAR LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL SSPE

En el proceso de elaboración del Plan de Humanización, se introdujeron varios estudios previos para determinar el estado en que se encuentra la cuestión que nos ocupa, en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Desde la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la extinta Consejería de Sanidad y Consumo se planteó la realización de un estudio, mediante la técnica cualitativa de grupos focales o grupos de discusión.

El principal objetivo fue lograr un análisis, lo más detallado posible, de la situación en que se hallaba la humanización de la atención sanitaria en el SSPE, obtener información sobre el conocimiento, las opiniones, las actitudes y las expectativas del personal directivo y de los usuarios del SSPE, respecto a las estrategias que contribuyen a la humanización de la atención sanitaria y a su mejora continua.

La información obtenida en cada uno de los grupos se estructuró en base a los siguientes puntos:

- Humanización: aproximación conceptual.
- Opinión sobre las posibles aportaciones de un Plan de Humanización de la Atención Sanitaria al SSPE.
- Identificación de acciones relacionadas con la humanización en otros campos (sanidad privada, entornos no sanitarios).
- Grado de conocimiento sobre las medidas llevadas a cabo que, directa o indirectamente, contribuyan a incrementar el nivel de humanización de los servicios sanitarios prestados en los respectivos ámbitos de actuación.
- Opinión sobre las medidas implantadas en dichos ámbitos.
- Medidas que, a corto y medio plazo, se proponen para mejorar la situación actual.
- Identificación y priorización de acciones relacionadas con la humanización ya implantadas en el SSPE, diferenciadas por áreas de intervención

(Infraestructuras, Hostelería, Asistencia Sanitaria e Información/Atención al Usuario). La identificación y priorización debía realizarse a partir de la lista aportada por el equipo de investigación.

Los hallazgos de la investigación, derivados del análisis de la información correspondiente a las opiniones vertidas en los grupos focales, aparecen expuestos a continuación, conforme a los puntos anteriormente definidos.

1) Opiniones del personal directivo del SSPE

El planteamiento con relación al **concepto de humanización** lleva implícito, para los sujetos que han formado parte del estudio, la asociación con términos tales como: acercamiento, accesibilidad de instalaciones, trato individualizado, atención integral al individuo (abarcando la esfera biopsicosocial de los sujetos), sensibilización, cobertura y respuesta a unas demandas sociales crecientes. Pero, sobre todo, se ha identificado la humanización con la empatía, entendida como capacidad para identificarse con el otro y compartir sus sentimientos.

El individuo, desde que accede a los servicios del Sistema Sanitario Público, debe “sentirse como en su casa”, lo que conlleva una centralización de la organización en los usuarios, un acercamiento a los mismos. El paciente es ubicado en el centro mismo de un sistema cuyos recursos materiales y humanos serán coordinados para satisfacer, en la medida de lo posible, sus necesidades. Respecto a las implicaciones de la definición conceptual con los profesionales, los participantes señalan que humanización equivale a “profesionalización..., adquirir conocimientos de habilidad social”, “formación del personal”.

En un plano intermedio, el énfasis se coloca en el respeto a la dignidad y autonomía de la persona, tanto si se trata de un usuario del Sistema como si nos referimos a los profesionales del mismo, como medio para alcanzar un acercamiento entre ambos elementos de la relación: “...Respeto en su autonomía, en sus valores, en sus derechos y con ese respeto probablemente consigamos ese acercamiento”.

La humanización también ha sido definida como “calidad en el trato”, entendiendo por calidad el conjunto de características de un sistema, en este caso el Sistema Sanitario Público, que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades implícitas y explícitas de los usuarios con efectividad y eficiencia, es decir,

obteniendo los mejores resultados con el menor gasto y con una aceptación por parte los mismos (tanto de la técnica empleada como del trato recibido). En este ámbito se encontraría inserta la conceptualización de la humanización con términos como accesibilidad, confortabilidad de instalaciones, información al usuario o satisfacción de sus necesidades.

La sobrecarga y la presión asistencial aparecen como elementos negativos que dificultan un trato más humano; variables que merman el tiempo de atención a los usuarios, suponiendo un obstáculo a la adecuada relación sanitario-paciente. La propia estructura de la organización no siempre facilita el intercambio entre los componentes de la misma y los sujetos receptores de la asistencia. Se indica que la posibilidad de acercamiento es mayor en atención primaria que en atención especializada, debido entre otras razones a que existe más continuidad en el trato.

La Figura 14, muestra el posicionamiento conceptual de los sujetos que han intervenido en los diversos grupos focales, y su relación con el nivel de pertenencia. Diferenciamos tres bloques, dependiendo de si el énfasis en las respuestas se ha puesto en el usuario o en el profesional, principales componentes del SSPE, o bien en un punto común a ambos.

En los tres niveles, el mayor porcentaje se obtiene en el primer bloque, caracterizado por estimar que es el usuario el núcleo central en la definición de “humanización”.

Comparando los niveles entre sí, refiriéndonos siempre al posicionamiento centrado en el usuario/paciente, en el Nivel I (altos cargos de la extinta CSC y del SES: Gerentes, Directores Generales, etc.), se obtiene el mayor porcentaje (83,33%). A continuación se sitúa el Nivel III (71,19%); y en último lugar el Nivel II (directivos con rango de Subdirector, Jefe de Servicio, etc.), con un 57,50%.

En el Nivel III no existe gran diferencia entre los porcentajes del posicionamiento intermedio (15,25%), entendiéndose por tal aquel que abarca aspectos de los que son partícipes tanto usuarios como profesionales, y la posición que centraliza su definición de “humanización” en el profesional como parte esencial del Sistema (13,56%).

En el Nivel II es el tercer bloque, es decir, aquel que considera al profesional como eje vertebrador del Sistema, el que alcanza un número mayor de respuestas, con

el 32,50% de las mismas, frente al 10% correspondiente al posicionamiento central o intermedio.

Figura 14 Posiciones en la conceptualización del término “Humanización”.

	Posición centrada en el usuario	Posición intermedia	Posición centrada en el profesional
	1.1 /acercamiento/lejanía/ 1.2 /paciente como centro/atención integral/trato individualizado-personalizado/ 1.3 /empatía/	2.1 /respeto mutuo/ 2.2 /respeto en su autonomía/ 2.3 /respeto de valores, derechos/	3.1 /profesionalidad, formación/ progreso del sistema/
Nivel I	83,33% respuestas →	5,00% respuestas ←→	11,67% respuestas ←
Nivel II	57,50% respuestas →	10,00% respuestas ←→	32,50% respuestas ←
Nivel II	71,19% respuestas →	15,25% respuestas ←→	13,56% respuestas ←

Fuente y Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Respecto a las posibles aportaciones que podrían derivarse del establecimiento del PHAS, en los tres niveles se señala la homogeneidad en las actuaciones relacionadas con el ámbito de acción del citado Plan, es decir, la implantación de una “estrategia” común y la instauración de unas pautas a seguir por el conjunto del Sistema, una “guía para la acción”.

En términos generales, para todos los grupos, el Plan supondrá una mejora en la calidad de la atención y asistencia prestadas; pero para alcanzar este óptimo será necesario conocer la situación de partida. Determinar tanto las posibles deficiencias como las necesidades y demandas sociales planteadas al propio Sistema.

Todo ello se produce en un contexto donde cobra especial importancia la evolución sociocultural de nuestro país y su incidencia en la relación sanitario-usuario, colocado este último en una situación activa, de demanda respecto al proceso que vive ya que, en los últimos años, los ciudadanos se han posicionado activamente en cuanto receptores de la asistencia. Sus expectativas han crecido, y la participación de los mismos se configura como punto esencial.

Básicamente los participantes apuntan que el Plan va a mejorar la imagen que los usuarios tienen del Sistema, lo que a largo plazo redundará en un conocimiento más exacto del mismo y en la existencia de demandas más acordes con la realidad. Supone una modificación de actitudes, tanto de los ciudadanos como de los profesionales y con ello un acercamiento entre los componentes principales de la relación asistencial.

Desde los tres niveles se destaca la necesaria implicación de los profesionales con un Plan que puede contribuir a enriquecer la formación de los mismos, a aumentar sus habilidades y a orientar la atención sanitaria que se presta hacia su aspecto más humanitario (“...Es necesario que los actores realmente seamos capaces de llegar a ver la importancia de esa forma de hacer las cosas, orientada al aspecto humano de la atención sanitaria...”). Se plantea como un instrumento de mejora de la motivación del personal sanitario y de aumento de la satisfacción, lo que va a repercutir positivamente en la asistencia.

En resumen, con carácter general según la opinión de los intervinientes, como posibles contribuciones que el establecimiento del Plan tendrá para la asistencia prestada en el conjunto del SSPE, cabe destacar:

1. Homogeneidad en las actuaciones: establecimiento de pautas comunes.
2. Mejoras en: la calidad de la atención y asistencia que se brinda, y en la participación e implicación de usuarios y profesionales, lo que producirá un incremento de la satisfacción de ambos colectivos.

Puede afirmarse que, a la hora de enumerar los beneficios de la instauración del PHAS, prácticamente en todos los grupos se tienen muy presentes las características socio-estructurales de nuestra Comunidad Autónoma: la interrelación entre el aumento de la demanda, los procesos crónicos de una población envejecida y las repercusiones sociales de los mismos, como elementos que influyen negativamente, a los cuales se debe dar respuesta desde el ámbito sanitario.

El posible influjo de técnicas empresariales se aprecia al requerir a los participantes para que reflexionen acerca del desarrollo de acciones que, en mayor o menor medida, puedan estar relacionadas con la humanización de los servicios, sin que necesariamente se trate de servicios conexos con la salud.

Se señalan así una serie de actuaciones puestas en marcha en campos como la banca o las grandes superficies comerciales, que irían encaminadas a captar, en un primer momento, y a fidelizar, en un segundo, a los potenciales consumidores de estos servicios. Son medidas diversas que abarcan desde la atención personalizada e individualizada a los clientes, buscando también conocer el grado de satisfacción de los mismos una vez obtenida la prestación, hasta el exquisito cuidado con el que se diseñan y equipan sus centros.

Estas actividades formarán parte, como se apunta desde los tres niveles considerados, de una estrategia de intercambio y comunicación; de marketing, que las organizaciones desarrollan a fin de captar, estimular, comprender y satisfacer las necesidades de los consumidores.

Los servicios deben estar orientados al usuario/paciente, favoreciendo a un mismo tiempo la consistencia, es decir, que el mismo proceso sea atendido igual en todas partes; y la identidad, a través del logro de una imagen propia que sea transmitida como tal a los usuarios.

El análisis de las respuestas dadas por los participantes en el estudio indica que, la casi totalidad de los mismos, considera muy positiva la aplicación de los principios del marketing al ámbito sanitario, con el fin de proporcionar unos cuidados que resulten satisfactorios para los pacientes.

Principios concretados en medidas que los propios sujetos señalan como existentes en el sector de la sanidad privada, entre las cuales se hallan:

1. Presencia de instalaciones adecuadas, con elementos que favorezcan el bienestar y la comodidad de los usuarios (habitación individual, con espacios amplios, limpios y silenciosos y mobiliario ajustado a las necesidades; centros accesibles; entornos agradables; etc.).
2. Servicio de restauración, con posibilidad de elección de menú y adecuación del mismo a los requerimientos del paciente.

3. Sistema de información a los usuarios: identificación de todo el personal; establecimiento de paneles informativos.
4. Trato individualizado y personalizado: rapidez en la atención; recepción, acompañamiento y seguimiento del paciente durante su estancia; realización de encuestas de satisfacción.

Muchas de estas medidas ya se encuentran establecidas en el SSPE, en mayor o menor grado dependiendo del área de salud a la que nos refiramos. En este sentido, los componentes de los distintos grupos focales de los tres niveles reconocen, por su desarrollo e implantación, diversas y numerosas actuaciones.

En función de las respuestas obtenidas, y considerando en su identificación los tres niveles y el número total de grupos, puede establecerse el siguiente elenco de acciones instauradas:

1. Acciones relacionadas con las infraestructuras: adecuación de entornos, señalización, equipamiento y accesibilidad de centros.
2. Acciones relacionadas con la hostelería/restauración: habitación individual, televisión gratuita en habitaciones, elección y adaptación del menú a las necesidades de los usuarios.
3. Establecimiento del Servicio de Atención al Usuario (SAU).
4. Establecimiento de los Puntos de Información en centros sanitarios (atención especializada) y del sistema de Cita Previa (atención primaria).
5. Acciones relacionadas con la información/atención a la familia: disposición de pisos para familiares/acompañantes de pacientes desplazados, residencia para familiares.
6. Acciones relacionadas con la regulación de visitas en los centros hospitalarios.
7. Establecimiento de un Programa de Cuidados Paliativos.
8. Creación de la figura del Defensor de los Usuarios del SSPE. Instauración de un sistema de sugerencias y reclamaciones.

9. Telemedicina.
10. Acciones relacionadas con la recepción/seguimiento de pacientes: plan de acogida a pacientes ingresados, llamadas post-alta.
11. Identificación de todo el personal del Sistema Sanitario.

Señalar además que, en menor medida, han sido enumeradas una serie de acciones entre las cuales cabe destacar: la presencia de traductores, específicamente en zonas donde los colectivos inmigrantes son más numerosos; la posibilidad de contar con intérpretes de lengua de signos; la realización de encuestas de satisfacción a los usuarios; o el desplazamiento de facultativos especialistas a los Centros de Salud.

Las respuestas dadas a la **priorización de acciones**, son prácticamente coincidentes para los tres niveles. Diferenciando por áreas y niveles obtenemos los siguientes resultados (Tabla 17):

1. **Infraestructuras:** en los tres niveles se identifica como prioritario el “Programa de mejora de las áreas de urgencias”, con unos porcentajes de respuesta del 27,42% en el Nivel I; 25,89% en el Nivel II y 27,27% en el Nivel III. En segundo lugar, en los Niveles I y III, se sitúan las “Residencias para familiares de pacientes” (20,16% y 20,91%, respectivamente); en el Nivel II la “Eliminación de barreras arquitectónicas” (22,32%).
2. **Hostelería:** la acción prioritaria es el establecimiento de “Habitaciones individuales para pacientes”, con unos porcentajes de respuesta del 35,48% en el Nivel I; 29,46% en el Nivel II y 28,18% en el Nivel III. A continuación se señala el “Horario de visitas y régimen de acompañamiento”, con el 23,39% en el Nivel I; el 18,75% en el Nivel II y el 23,64% en el Nivel III. En tercer lugar destaca la instauración de la “Cama para acompañante en la habitación del paciente”, con un 19,35% en el Nivel I; 25,89% en el Nivel II y 13,64% en Nivel III.
3. **Asistencia sanitaria:** las “Alternativas a la hospitalización (Cirugía Mayor Ambulatoria)” alcanzan el 36,29% de respuestas en el Nivel I; 32,14% en el Nivel II y el 26,36% en el Nivel III. Seguidamente encontramos la “Identificación de todo el personal del SSPE”, con un 19,35% en el Nivel I; un 22,32% en el Nivel II y un 17,27% en el Nivel III.

4. Información/atención al usuario: se prioriza la “Información al paciente y/o familiares sobre su situación de salud”, con unos porcentajes de respuesta del 33,87% para el Nivel I; 26,78% en el Nivel II y 18,18% en el Nivel III. Las acciones situadas en segundo lugar son diferentes en los tres grupos: en el Nivel I, la “Asignación de médico y enfermera responsables del paciente” (19,35%); en el Nivel II, la “Ventanilla única de acceso al sistema (eliminación de barreras administrativas)” (15,18%) y en el Nivel III, “Simplificar la tramitación administrativa” (14,54%).

Tabla 17

Acciones priorizadas por niveles y áreas de intervención. Personal directivo.

ÁREA DE INTERVENCIÓN	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
INFRAESTRUCTURAS			
• Eliminación de barreras arquitectónicas	15,32%	22,32%	13,64%
• Residencias para familiares de pacientes	20,16%	18,75%	20,91%
• Programa de mejora de las Áreas de Urgencias	27,42%	25,89%	27,27%
HOSTELERÍA			
• Habitación individual para pacientes	35,48%	29,46%	28,18%
• Cama para acompañante en la habitación del paciente	19,35%	25,89%	13,64%
• Horario de visitas y régimen de acompañamiento	23,39%	18,75%	23,64%
ASISTENCIA SANITARIA			
• Alternativas a la hospitalización (Cirugía Mayor Ambulatoria)	36,29%	32,14%	26,36%
• Identificación de todo el personal del SSPE	19,35%	22,32%	17,27%
INFORMACIÓN/ATENCIÓN AL USUARIO			
• Información al paciente y/o familiares sobre su situación de salud	33,87%	26,78%	18,18%

Fuente y Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Respecto a los **colectivos específicos** a los cuales creen que deben ir dirigidas las actuaciones puestas en marcha, en los tres niveles aparecen como prioritarios: los profesionales (sobre todo en el Nivel III), incidiendo en aquellos que tienen un contacto más directo con los usuarios y, considerando que la población extremeña es una población envejecida, las personas mayores. También se apuntan otros posibles grupos diana receptores como niños, discapacitados, inmigrantes, familiares de pacientes y pacientes oncológicos o inmovilizados, entre otros.

Mención especial merece el interés que dispensan al conjunto de elementos componentes de lo que podría denominarse “Redes Sociales”, entendiendo por tales las asociaciones de pacientes, de familiares, organizaciones sin ánimo de lucro o agrupaciones de voluntarios cuya misión principal es tanto la de difundir y dar a conocer las mejoras alcanzadas en relación a la asistencia como la de prestar todo tipo de apoyo a los propios pacientes. Se afirma que: “...ya tienen una organización, como consecuencia de la detección de una necesidad...”, brindando así la posibilidad de actuar como medio transmisor y siendo importante por ello la atención a los mismos.

Las nuevas acciones planteadas por los componentes de los distintos grupos, han sido diversas. Entre las comunes a los tres niveles, que pueden ser agrupadas, dependiendo de si centran su atención en el personal del SSPE, en los usuarios o en el propio Sistema estimado en su conjunto, destacan:

- 1. Dirigidas al personal:** mejora de la formación de los profesionales a través de: planes específicos (“...con el objeto de introducirles en la cultura del trato personalizado...”); realización de cursos sobre aspectos relacionados con la humanización. Instauración de la figura del “Técnico en Humanización”.
- 2. Dirigidas a los usuarios:** actuaciones encaminadas a: acrecentar la formación de los mismos en educación para la salud; mejorar la información que se les proporciona en todos los aspectos (“...cuando un paciente llegue a un centro tenga, si puede ser contado por un profesional y si no por lo menos por escrito, una información sobre cómo moverse por el centro...”) y aumentar su participación e implicación con el Sistema, a través de la puesta en marcha de “Campañas de Sensibilización”, aportando “...información sobre el Sistema, ...información personalizada al usuario también del consumo de recursos sanitarios y de los gastos que provocan los procesos clínicos...”.
- 3. Dirigidas al conjunto del Sistema:** establecimiento de estructuras de coordinación de los recursos existentes en todos los ámbitos (“...colaboración entre servicios y niveles asistenciales...”; “...crear estructuras de coordinación entre niveles y estamentos...”; “...modificar rutas y horarios de los transportes públicos, intentar coordinarlas con los horarios de consultas...”).

En general, las demandas suscitadas se centran tanto en la coordinación de los recursos existentes como en el aumento de los mismos, a nivel material y hu-

mano, tratando al mismo tiempo de reducir la burocracia. Los esfuerzos deben ir encaminados a lograr la implicación de los propios profesionales, mediante la formación e información a los mismos. Implicación directa a todos los niveles, pudiendo incluso alcanzar a la participación en la configuración de los centros, como mecanismo con el que conseguir vencer la resistencia que suele existir ante los cambios (“La resistencia habitual a cualquier tipo de cambio en actitudes solamente se puede combatir con información y estimulación”).

2) Opiniones de los usuarios del SSPE

Los hallazgos de la investigación, derivados del análisis de la información correspondiente a las opiniones vertidas en el grupo focal de usuarios, aparecen expuestos a continuación.

El planteamiento con relación al **concepto de Humanización**, lleva implícito aportaciones como una atención bio-psicosocial, la empatía, junto con un acercamiento del profesional al paciente y un trato más cariñoso y entrañable. Debe contemplar el situar al ciudadano en el centro del sistema, que se convierta en la primera preocupación de los profesionales. La propia rutina laboral ha producido un alejamiento y unas relaciones más frías. Los profesionales no están formados en materia de relaciones personales y resolución de conflictos.

Los participantes detectan que, a medida que descendemos en la categoría profesional, desciende también la calidad del trato que se dispensa. Esta afirmación pone de manifiesto que, si existe esa realidad quizás se deba a la menor formación que reciben estas categorías profesionales, o también, a la propia percepción del usuario que, aún hoy, mantiene una visión del médico casi endiosada.

Algunos de los participantes exponen que debemos tener en cuenta el cambio de actitud de los usuarios, cada vez más exigentes y con un trato diferenciado hacia según qué tipo de profesionales. Todos están de acuerdo en que seguimos teniendo un sistema paternalista que hay que cambiar. Así mismo, marcan la diferencia existente entre los distintos niveles asistenciales, recalcando la mejora del trato en atención primaria, quizás por el contacto más directo entre profesionales y usuarios.

Respecto a las **aportaciones del Plan de Humanización**, todos están de acuerdo que serían siempre beneficiosas. Califican esta iniciativa como nove-

dosa, valorando muy positivamente que se haya contado con ellos para intervenir en su elaboración. Creen que puede ser una herramienta que sirva para producir cambios de actitud en los profesionales para mejorar su relación con los pacientes.

Es muy importante hacer un exhaustivo análisis de situación para conocer la situación actual y permita detectar las actuales necesidades, de cara a planificar nuevas acciones y actividades encaminadas a corregir las deficiencias, además de percibir el estado de motivación de los profesionales.

Una de las repercusiones del Plan será una mejora en la satisfacción del usuario del sistema, siendo necesario para conseguirlo, el “creerse” el propio Plan.

El Plan puede convertirse en referente de otros planes, es decir, que contenga un conjunto mínimo de normas aplicables a todo el Sistema y que puedan ser referenciadas desde otros planes acometidos por la Junta de Extremadura. Además, debe ser accesible, entendiendo esta accesibilidad como una eliminación de barreras, y que beneficie también a los profesionales. Sería bueno que los propios profesionales supieran qué opina el usuario de ellos.

Respecto a las **características de la sanidad privada** frente al Sistema Sanitario Público, éstas quedan resumidas en un trato más amable, un entorno mejor cuidado, menores tiempos de espera, mayor intimidad, mayor tiempo de atención, seguimientos post alta de los pacientes, dirigirse a las personas por su nombre y mejoras hosteleras; encaminando todas ellas a hacer prevalecer un trato más humanizado sobre la asistencia puramente técnica o científica.

Esta forma de actuar es un avance en la enfermedad, pues genera más relax en el paciente y una sensible mejora en su estado de ánimo, que facilita una pronta recuperación, yendo el usuario con una actitud mucho más paciente y afable a los servicios sanitarios privados.

Alguno de los participantes del grupo cuestiona que exista esa diferenciación tan pronunciada en el trato desde un sector a otro, aunque reconoce que son las herramientas con las que la privada vende su producto.

Entre las **medidas conocidas de humanización** en el SSPE se encuentran:

1. Acciones relacionadas con las infraestructuras: mejora en la señalización, equipamiento y en la accesibilidad de centro.

2. La existencia de habitaciones individuales en algunos centros.
3. La residencia para familiares de pacientes, que da solución a una problemática social importante.
4. Los recursos de atención sociosanitaria que existen en la actualidad como los pisos tutelados para pacientes mentales.
5. La participación de los pacientes en la toma de decisiones que se ha producido en algunas áreas para aportar ideas a las reformas estructurales que se van a llevar a cabo.
6. El Defensor de los Usuarios del SSPE como garante de la protección de los derechos de los pacientes.
7. Programa Compañía, realizado por AFAL, como una de las medidas más humanizadoras de nuestro sistema.
8. El Programa de Cuidados Paliativos, también muy valorado por todo el grupo.
9. El apoyo psicológico que se proporciona desde algunas asociaciones de pacientes en colaboración con la Consejería de Sanidad y Dependencia.
10. Consultas monográficas para determinadas patologías, donde el mismo facultativo realiza el seguimiento completo del paciente.
11. La formación que se le está dando a los profesionales sobre el manejo de determinados pacientes.

Mencionar también la demanda que realizan los usuarios de una información más amplia cuando se producen cambios de citas o anulación de consultas. También reclaman la existencia de teléfonos de información general al usuario.

Las respuestas dadas por el grupo de usuarios a la **priorización de acciones por áreas**, reflejadas en la Tabla 18, son las siguientes:

1. **Infraestructuras:** se identifica como prioritario las “Residencias para familiares de pacientes” (42,86%). En segundo lugar, “Eliminación de barreras arquitectónicas” con 28,57%.
2. **Hostelería:** la acción prioritaria es el establecimiento de “Habitación individual” con un porcentaje de respuesta de 35,71%. A continuación se señala el “Horario de visitas y acompañamiento” con el 28,57.
3. **Asistencia sanitaria:** la “Unión madre-hijo ingresado” alcanza el 42,86%, seguidamente encontramos la “Alternativas a la hospitalización: Cirugía Mayor ambulatoria” con un 35,71%.

4. **Información/atención al usuario:** se prioriza el “Programa Mariposa” con el 21,43%. Las acciones en segundo lugar son “Información al paciente y familiares”, “Muerte digna y duelo”, “Programa Compañía” y “Pisos de acogida a enfermos mentales” todas ellas con un porcentaje de respuesta del 14,28%.

Tabla 18 Acciones priorizadas por niveles y áreas de intervención. Usuarios.

ÁREA DE INTERVENCIÓN	USUARIOS
INFRAESTRUCTURAS <ul style="list-style-type: none"> Residencias para familiares de pacientes Eliminación de barreras arquitectónicas Programa de mejora de las Áreas de Urgencias 	<p>42,86%</p> <p>28,57%</p> <p>14,28%</p>
HOSTELERÍA <ul style="list-style-type: none"> Habitación individual para pacientes Horario de visitas y régimen de acompañamiento Cama para acompañante en la habitación del paciente 	<p>35,71%</p> <p>28,57%</p> <p>21,43%</p>
ASISTENCIA SANITARIA <ul style="list-style-type: none"> Unión madre-hijo ingresado Alternativas a la hospitalización (Cirugía Mayor Ambulatoria) Intérpretes para colectivos necesitados 	<p>42,86%</p> <p>35,71%</p> <p>14,28%</p>
INFORMACIÓN/ATENCIÓN AL USUARIO <ul style="list-style-type: none"> Programa Mariposa Información al paciente y/o familiares sobre su situación de salud Muerte digna y duelo Pisos de acogida a enfermos mentales Programa Compañía 	<p>21,43%</p> <p>14,28%</p> <p>14,28%</p> <p>14,28%</p> <p>14,28%</p>

Fuente y Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

En general, todos creen que la **respuesta del usuario al Plan** será muy buena y tendrá gran acogida. El éxito del Plan radicará en que existan resultados visibles a corto plazo, sobre todo en lo referido a información y comunicación con los profesionales. Un gran paso es que se haya contado con ellos para pulsar su opinión y, ese hecho, se manifiesta como un cambio que se está produciendo en la administración sanitaria; un cambio cultural en el que el usuario cada vez está más representado, siendo éste Plan la respuesta a una reivindicación que los usuarios llevan realizando desde hace muchos años.

3.11. ESTUDIO DELPHI SOBRE “LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA (SSPE)”

La Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, con el objetivo de completar el análisis de situación del PHAS, impulsó un estudio de consenso entre profesionales y usuarios del SSPE.

El objetivo principal fue obtener información relevante sobre el grado de humanización del SSPE, para ser incorporada en posteriores períodos de planificación sanitaria; además de recoger sugerencias y aportaciones realizadas por los participantes en el estudio.

También se pretendió obtener el máximo común denominador de las opiniones de expertos, a través de métodos estructurados de consenso entre profesionales y usuarios del SSPE (técnica Delphi) sobre las posibilidades y perspectivas de mantener y/o promover actividades relacionadas con la humanización de la atención sanitaria.

Los resultados del estudio Delphi permitieron identificar tendencias y dimensiones críticas, pero no obtener conclusiones prescriptivas, ni ser un argumento definitivo los consensos obtenidos.

La información que se obtuvo con el mismo sobre el grado de humanización del SSPE, fue considerada como sugerencia para, entre otros, la posterior incorporación al Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE.

1) Opiniones de usuarios y profesionales

Concepto de humanización

El concepto de humanización está relacionado con recibir un trato personalizado y cercano, tener respeto a la intimidad de las personas, percibir una igualdad social de trato, tener confidencialidad en la asistencia, beneficiarse de una información completa y comprensible, y disfrutar de respeto mutuo. Otros aspectos como la accesibilidad y el confort también se relacionan, aunque en menor medida, con la humanización; sin embargo más confort no va a suponer que la

sanidad esté más humanizada, y no se debe confundir comodidad con confortabilidad.

La expresión "sentirse como en casa" genera más controversia y no está tan clara su relación con el concepto de humanización:

1. Para determinadas personas no existe relación, se supone que en ningún centro sanitario puedes sentirte como en casa, pues no tienes ni los derechos ni la libertad que puedes tener en tu propia casa, y no esperas encontrarlos en determinadas situaciones. No hace falta sentirse como en casa o tener un gran confort, lo que importa es el buen trato, con intimidad, educación y respeto.
2. Para otras sí existe mucha relación, y piensan que es la casa el lugar donde más cómodo se está y donde las personas se comportan con más naturalidad, y para poder mejorar en salud se necesita poder sentirse en un hospital como si se estuviera en casa, sin encontrar diferencias.

El término empatía también está muy relacionado con humanización. En la mayoría de las ocasiones se necesita que, el profesional que atiende entienda al usuario y la atención sea cordial, que se haga un esfuerzo para ponerse en la situación del paciente y/o familiares, para atenderles e informarles de acuerdo a la excepcional circunstancia que están viviendo.

Otros aspectos relacionados con humanización serían la calidad, la adaptación de las diferencias y la valoración de la persona y sus circunstancias.

Importancia de la humanización en el SSPE

La unanimidad que existe al valorar positivamente la importancia que tiene la humanización dentro de la atención sanitaria, indica la necesidad de unir la calidad humana a la calidad asistencial en la prestación de servicios sanitarios.

La humanización debe de ir en ambos sentidos: el colectivo sanitario comprende la necesidad del enfermo de verse arropado, alentado y animado en la superación de su enfermedad, haciendo especial hincapié en los aspectos del trato humano; y el paciente y sus familiares valoran el buen hacer del colectivo de profesionales sanitarios.

Situación actual del SSPE

Diversos aspectos del SSPE precisan de mejora, como el trato amable (de manera global, el comportamiento del conjunto de los trabajadores del SSPE es bueno; son sólo unos pocos profesionales los que hacen fallar el sistema), el confort (sin confundir con el lujo), la intimidad (es difícil entender hospitales con habitaciones de 3-4 pacientes), la información, la accesibilidad (entre otros la eliminación de barreras arquitectónicas), el respeto mutuo, la identificación de profesionales y usuarios, el acceso al centro sanitario en transporte público, y la toma compartida de decisiones (el paciente reclama una mayor comunicación con los profesionales, con nuevos canales y calidad en la información, con una participación más activa en la toma de decisiones sobre su salud).

Otros aspectos a mejorar tienen relación con las listas de espera, la demora en la realización de pruebas diagnósticas, y la seguridad en los centros.

Información recibida desde el SSPE

Desde el SSPE se recibe suficiente información, susceptible de ser mejorable, respecto a: los servicios que presta el sistema en general; los derechos y deberes; la relacionada con el problema de salud, estado, diagnóstico, tratamiento y evolución; la ubicación de los servicios sanitarios; los horarios para pruebas diagnósticas y de consulta (siendo práctica habitual sobre todo en hospitales el no respetarlos); la identificación del personal que atiende; las pruebas o intervenciones quirúrgicas; y las medidas de prevención de la enfermedad.

No se recibe suficiente información sobre aspectos de fomento o mejora de la salud, debiendo tenerse en cuenta que el uso que se hace de ella depende de quien la recibe, además de múltiples factores sociales, culturales, de estudios, etc. Sería preciso unificar criterios para evitar mensajes contradictorios.

Conocimiento general del SSPE

El teléfono de emergencias sanitarias 112 y el teléfono de cita previa son los aspectos mejor conocidos del SSPE, quizás influenciado por la publicidad que se realiza del servicio 112 en un caso, y por el uso masivo de la atención primaria en el otro.

Aspectos como la estructura del equipo directivo, los mecanismos de participación ciudadana, el acceso al Defensor de los Usuarios del SSPE, normativas sani-

tarias, y planes y programas sanitarios son poco conocidos. Entre profesionales, la información que existe referente a normativas sanitarias, que a veces es abundante, no llega a leerse o ser comprendida en su totalidad.

Más conocidos son los puntos de información y servicios de admisión, los horarios de atención y visitas, los sistemas de reclamaciones, los derechos y deberes, las prestaciones que ofrece el sistema, y las funciones de los profesionales.

Valoración de actuaciones relacionadas con la humanización

Al valorar el desarrollo de las distintas actuaciones relacionadas con la humanización que se están llevando a cabo, la subjetividad es una de las características principales. Si se piensa que algunas de las actuaciones se están desarrollando bien, existen opiniones que discrepan de ello al considerar que no se están realizando, no se conocen, la puesta en práctica es muy lenta o se realizan de manera inadecuada; y viceversa.

De las medidas o actuaciones relacionadas con la humanización, y que en mayor o menor grado se están desarrollando en todas o en la mayoría de las áreas de salud, las que mejor se están llevando a cabo son: la eliminación de barreras arquitectónicas, el Programa Unión Madre-Hijo ingresado, Programa de Acompañamiento al Parto, televisión gratuita en las habitaciones de hospital, teléfonos en las habitaciones de hospital, horarios de visitas y régimen de acompañamiento (tener en cuenta que en el caso de ofrecer un hospital un horario libre de visitas, a cualquier hora están las plantas llenas de familiares, con lo que se puede producir un deterioro de la asistencia), cirugía mayor ambulatoria como alternativa a la hospitalización, y la señalización de centros y servicios.

La peor percepción que se tiene del desarrollo de medidas relacionadas con la humanización son: servicios cita previa de centros de salud, información al paciente sobre su estado de salud, telemedicina (aunque mejora la accesibilidad, en muchas ocasiones no evita la consulta física), sistema de reclamaciones y sugerencias del SSPE, encuestas de satisfacción de usuarios, carta de derechos y deberes de pacientes, guías de información al usuario, consentimiento informado, programa menú, salas de estar comunes en plantas de hospitalización, servicio de barbería y peluquería a pacientes ingresados, intérpretes para colectivos que lo necesiten, accesibilidad al Defensor de los Usuarios del SSPE, muerte digna y duelo, acceso a segunda opinión médica, asignación médico y enfermera responsables del paciente, libre elección de médico, centro y ser-

vicio, asistencia espiritual y cultural, y la simplificación de la tramitación administrativa.

Otras acciones que podrían influir en la humanización del SSPE serían principalmente las de creación de aulas infantiles en centros hospitalarios y de residencias para familiares de pacientes. Tendrían influencia aunque en menor medida que las anteriores: la coordinación y derivación “on line” de pacientes entre niveles asistenciales, la expresión anticipada de voluntades, la cama para acompañante en la habitación del paciente y la realización de actividades de entretenimiento con voluntariado (sólo para determinados pacientes y en situaciones concretas).

No serían trascendentes: el acceso a internet de pacientes, la distribución de prensa diaria, y la felicitación de onomásticas durante el ingreso.

Existen además una serie de acciones que, con más o menos aceptación, pueden mejorar la humanización tanto en usuarios como en profesionales: ambientes agradables, intimidad en la información a familiares, preservar en todo momento la dignidad del paciente, facilitar la comida al acompañante, apoyo administrativo a profesionales sanitarios, incremento de recursos humanos, creación de equipos interdisciplinarios para un abordaje integral, mayor coordinación entre profesionales y asociaciones de usuarios, y mejora en habilidades de comunicación de los profesionales: *counseling* o relación de ayuda, psicología para el sufrimiento o psicología para la salud, formación en bioética, etcétera.

Obstáculos e impedimentos

Los principales obstáculos e impedimentos para ganar en humanización la atención sanitaria del SSPE son: la masificación del sistema sanitario, la desmotivación profesional, el tiempo escaso disponible para la atención, y la falta de formación en comunicación y relaciones personales (se debe tener en cuenta que el sistema refleja el comportamiento de sus trabajadores).

Otros impedimentos no menos importantes serían: la información que se recibe y la dificultad para su acceso, la falta de coordinación entre servicios y estamentos, el aumento de las exigencias de los usuarios y la respuesta esperada de usuarios y familiares, la dificultad de acceso y/o retraso a pruebas diagnósticas y consultas de atención especializada, el mayor o menor interés de los directivos, y los recursos económicos limitados. También se podrían incluir: el supuesto corporativismo

existente, la falta de reconocimiento en valores del profesional, y ciertos aspectos laborales (profesionalidad, inestabilidad profesional).

Se observa que no existe mucha dificultad para el acceso a urgencias y a las consultas de atención primaria (con el consiguiente problema de los hiperfrecuentadores y la sobreutilización de estos servicios al tener dificultades para el acceso a la atención especializada).

Influencia de actuaciones relacionadas con las infraestructuras, hostelería, asistencia sanitaria y atención al usuario en el SSPE

Las principales actuaciones cuyo desarrollo tienen influencia sobre la humanización del SSPE son:

- **Hostelería:** habitación individual para pacientes.
- **Asistencia sanitaria:** unión madre-hijo ingresado en hospitales.
- **Información/Atención al usuario:** información al paciente y/o familiares sobre su situación de salud; formación de los profesionales en técnicas de comunicación; facilitar el acompañamiento durante el ingreso; simplificación de la tramitación administrativa; muerte digna y duelo; y pisos de acogida para enfermos mentales.

Otras actuaciones con influencia sobre la humanización del SSPE:

- **Infraestructuras:** señalización de centros y servicios, eliminación de barreras arquitectónicas (prioritario para las personas con discapacidad), residencias para familiares de pacientes, mejora de las áreas de urgencias, aulas infantiles para la escolarización continuada, telemedicina, mejoras ambientales y de entornos de los centros.
- **Hostelería:** cama para acompañante en la habitación del paciente, horarios de visitas y régimen de acompañamiento, teléfono y servicio de televisión (gratuita) en habitación, programa menú (comida a elegir), salas de estar comunes en hospitales, y realización de actividades de entretenimiento con voluntariado.
- **Asistencia sanitaria:** Cirugía Mayor Ambulatoria como alternativa a la hospitalización, identificación del personal, Programa de Acompañamiento al Parto, e intérpretes para colectivos que lo necesiten.

- **Información/atención al usuario:** ventanilla única de acceso al sistema sanitario, servicio cita previa, accesibilidad al Defensor de los Usuarios del SSPE, sistemas de reclamaciones y sugerencias del SSPE, encuestas de satisfacción de usuarios, Programa de acogida y despedida de pacientes ingresados, carta de derechos y deberes de pacientes, información sobre autopsias y donaciones, acceso a segunda opinión médica, asignación médico/enfermera responsables del paciente, guía de información al usuario, libre elección de médico, centro y servicio, expresión anticipada de voluntades, consentimiento informado, Programa “Compañía”, Programa “Mariposas”, coordinación y derivación “on line” entre niveles asistenciales, y programas de participación comunitaria.

Entre las actuaciones con menos influencia sobre la humanización del SSPE:

- **Hostelería:** acceso a internet de pacientes, biblioteca y préstamos de libros, distribución de prensa, servicio de barbería y peluquería a pacientes ingresados, felicitación de onomásticas durante el ingreso.
- **Asistencia sanitaria:** publicación de la revista “Saludextremadura”.
- **Información/atención al usuario:** asistencia espiritual y cultural.

Valoración y priorización de acciones

Las personas que formaron parte de los grupos focales, participantes en el estudio cualitativo para evaluar la humanización de la atención sanitaria del SSPE, priorizaron una serie de acciones (13) relacionadas con las infraestructuras, hostelería, asistencia sanitaria, e información/atención al paciente del SSPE, que posteriormente fueron ordenadas por los participantes, en el cuestionario del presente estudio Delphi, realizando su propia valoración y priorizando de mayor a menor importancia:

- 1ª Información al paciente y familiares
- 2ª Habitación individual
- 3ª Asignación médico/enfermera responsables
- 4ª Mejora de las áreas de urgencias
- 5ª Unión madre e hijo ingresados
- 6ª Residencia para familiares
- 7ª Cama para acompañantes
- 8ª Cirugía mayor ambulatoria
- 9ª Eliminación de barreras arquitectónicas

- 10ª Simplificación de la tramitación administrativa
- 11ª Ventanilla única para usuarios
- 12ª Identificación del personal
- 13ª Horarios de visitas

Valoración del grado de humanización de la atención sanitaria

La valoración global del grado de humanización de la atención sanitaria prestada por el SSPE es buena, siendo una opinión compartida tanto por usuarios como por profesionales del SSPE.

2) Opiniones de los usuarios

Dificultad para hacer uso del SSPE por los usuarios

La mayor dificultad de uso de los usuarios es la de entrevistarse con directivos o cargos superiores. También existe dificultad para hacer uso de las consultas de hospitales y centros de especialidades, realización de pruebas diagnósticas, servicios de admisión, y de atención al paciente, y del Defensor de los Usuarios del SSPE.

La menor dificultad de uso es para las consultas médicas y de enfermería de atención primaria, y de los servicios de urgencias, aunque en todos estos casos salvo excepciones, diversos colectivos, entre ellos las personas sordas signantes, tienen dificultad al no haber intérpretes.

Estos datos sobre la percepción que tienen los ciudadanos del grado de accesibilidad global en el uso de los recursos del SSPE, representan una importante oportunidad de mejora para nuestro sistema sanitario.

Valoración como usuario, del trato, intimidación, confort, instalaciones, e información sanitaria del SSPE

El trato personalizado y/o cercano que percibe el usuario de los diversos colectivos de profesionales es bueno en general. Las mejores valoraciones son para los colectivos de: fisioterapeutas, matronas, enfermería, médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos, auxiliares de enfermería, celadores, servicio de limpieza y personal de los puntos de información. Las peores valoraciones son para el personal administrativo, directivos, personal del servicio de admisión y del servicio de

atención al usuario, y veterinarios. Hay que tener en cuenta, que el trato depende en gran medida de la persona, y que el comportamiento de ésta puede influir en la opinión que se tenga de todo el colectivo al que pertenece.

La valoración global de la intimidad percibida es buena durante la consulta médica, la consulta de enfermería, y al recibir información el paciente sobre su estado de salud; aunque debería vigilarse el tránsito de otros profesionales ajenos a la consulta.

Es principalmente durante la realización de pruebas diagnósticas, y durante la estancia en general en el hospital, donde no se percibe intimidad. Además, en los servicios de urgencias, al recibir información de un familiar enfermo, y en una situación de duelo.

Las mejores valoraciones del grado de confort percibido dentro del SSPE son para la limpieza y el menú. No se tiene buena valoración del confort en las siguientes estancias: salas de espera para consultas, salas de consulta, habitaciones del hospital, salas de espera para familiares en hospitales, salas de duelo, así como del mobiliario y la decoración.

Al recibir información sanitaria, los medios con mayor influencia son las charlas, jornadas, coloquios y talleres, la prensa escrita, y los folletos (a pesar de la poca atención que a veces se presta a los mismos). Menos influencia ejerce la radio, la televisión e internet.

Otro medio para recibir información sanitaria sería a través del personal médico y/o especializado, las asociaciones, y la información individualizada (distribución postal). Se debe tener en cuenta la influencia que puede tener el llamado “boca a boca”.

Corresponsabilidad del usuario en situaciones perjudiciales para el SSPE

Diversas situaciones consideradas “negativas” para el SSPE son achacables en mayor medida al usuario que a la Administración: acceso a los servicios de urgencias hospitalarias sin pasar por el centro de salud; acudir al centro de salud en horario de urgencias para evitar la espera para consulta; no respetar los horarios de visita en hospitales; no avisar de su ausencia a consultas y/o pruebas diagnósticas para cancelarla; solicitar varias citas para consulta por la misma causa; uso inadecuado de los medios e instalaciones; y acopio innecesario de medicamentos.

También son consideradas situaciones negativas para el SSPE: el no respetar las normas básicas de civismo en los centros sanitarios, o permitir un trato de favor por amiguismo.

3) Opiniones de profesionales

Implicación personal del profesional y del conjunto de profesionales en la mejora de la humanización

El profesional tiene un alto grado de implicación personal con las actuales medidas de humanización. Sin embargo, es menor la valoración global del grado de implicación que creen los profesionales que tiene el conjunto de profesionales con las actuales medidas de humanización. Esta diferencia de valoración puede ser debida a que personalmente, como profesional se realizan una serie de acciones para mejorar continuamente en su trabajo, y a la vez se tiene la sensación de que al valorar el conjunto de profesionales, cada profesional va a lo suyo y que éste intenta hacer lo que puede o lo que le dejan.

Trato recibido por el profesional

El profesional sanitario recibe un buen trato de los distintos colectivos de profesionales (compañeros, superiores y directivos), así como de usuarios y familiares de pacientes.

Las relaciones entre los profesionales sanitarios del SSPE y la mayoría de los usuarios del sistema sanitario, se basan en el mutuo respeto y colaboración. Sin embargo, lo que venía perfilándose desde antaño como el común denominador en la asistencia sanitaria, se ha visto alterado en los últimos años con la proliferación de incidentes de violencia (tanto física como verbal) contra los profesionales sanitarios, generando en este colectivo desmotivación, actitudes defensivas, temor e irritación.

Trato recibido por el usuario, de los distintos colectivos sanitarios, según los profesionales

El usuario recibe un buen trato personalizado y/o cercano por parte de los diversos colectivos sanitarios y de profesionales del SSPE: directivos, médicos, farmacéuticos, veterinarios, enfermería, matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales,

auxiliares de enfermería, personal del servicio de limpieza, personal del servicio de atención al usuario y personal de los puntos de información.

Los colectivos peor valorados, en comparación con los anteriores, serían el de celadores, el personal administrativo, y el personal del servicio de admisión.

Valoración de los profesionales sobre aspectos relacionados con su trabajo

Los diferentes recursos de los que disponen los profesionales del SSPE son suficientes para la realización de su trabajo, en relación a: medios tecnológicos disponibles, mobiliario e instalaciones, acceso a documentación de consulta, y procedimientos, protocolos, guías clínicas, etc.

Se precisaría un aumento en aspectos como recursos humanos y formación.

Influencia de diversos aspectos para la mejora de la humanización del SSPE

Los aspectos que más influyen para lograr una mejora de la humanización del SSPE son: la coordinación entre niveles asistenciales, la presión asistencial, el tiempo disponible de atención por paciente, la satisfacción con su trabajo, y la formación en comunicación y relaciones personales.

Otros aspectos son: la elaboración de diseños arquitectónicos adaptados a las necesidades, la información y/o comunicación con los directivos, un sistema desburocratizado, la unificación de criterios, programas y acciones en las distintas áreas de salud, y los sistemas de contratación de personal.

La publicación y distribución de la revista Saludextremadura no tiene mucha influencia en la mejora de la humanización del SSPE.

Influencia de nuevas acciones para la mejora de la humanización

Las acciones que tendrían más influencia en la mejora de la humanización son: la adecuación de los perfiles profesionales a los puestos de trabajo, y la formación y motivación de los profesionales.

Con menor influencia que las anteriores, aunque sin dejar de ser interesantes para la mejora de la humanización, otras nuevas acciones serían: la mejora de la

accesibilidad a los equipos directivos, estableciendo entre otras medidas, canales de comunicación profesionales-directivos; la realización de campañas informativas; la formación y corresponsabilidad de los usuarios; y las guarderías en los centros para hijos de trabajadores.

Para el profesional es importante que se estimule y apoye la asunción de responsabilidades; que se haga un refuerzo positivo de las actitudes que benefician a la organización, con reconocimiento profesional; y que se atiendan sus quejas y sugerencias.

Impacto de un Plan de Humanización en diversos colectivos

La respuesta que darán los diversos colectivos de profesionales sanitarios y no sanitarios del SSPE, incluidos directivos, así como usuarios y sus familiares, a la implantación y desarrollo de un Plan para la mejora de la Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE, será buena.



Capítulo IV: Ejes Estratégicos

*“Las ideas de la víspera
hacen las costumbres del mañana”*

Anatole France

4. EJES ESTRATÉGICOS

El Plan de Salud de Extremadura establece que el ciudadano es el centro del Sistema Sanitario Público de Extremadura. En consecuencia, sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción se convierten en los objetivos fundamentales de la política sanitaria de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

Junto a una apuesta clara por la calidad en la atención sanitaria, -definida estratégicamente en el Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura-, la satisfacción de los ciudadanos requiere no sólo tratar bien el problema de salud, sino tratar bien a la persona. Para ello, es necesario el esfuerzo de todos los agentes que intervienen en los procesos de atención sanitaria: usuarios, profesionales, directivos y responsables políticos.

Este tratar bien a la persona, es traducido por el PHAS, en la consecución de una serie de Objetivos y Líneas de Actuación, agrupados en torno a 5 Ejes Estratégicos:

1. **La atención e información al usuario/paciente**
2. **Asistencia sanitaria integral**
3. **Los profesionales, agentes activos de la humanización**
4. **Infraestructura y hostelería**
5. **Implicación y participación ciudadana**

A través del cumplimiento de los objetivos enunciados, mediante la materialización efectiva de sus correspondientes líneas de actuación, se facilitarán las mejores cotas de humanización de la atención sanitaria del conjunto de centros y servicios sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.



Capítulo V: Objetivos y Líneas de Actuación

“La medida de un ser la da el corazón”

Maxence Van Der Meersch

Capítulo V: Objetivos y Líneas de Actuación

1^{er} EJE ESTRATÉGICO:

La atención e información al usuario/paciente

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

Sigmund Freud

1^{er} EJE ESTRATÉGICO:

La atención e información al usuario/paciente

Objetivo General del 1^{er} Eje

Ofrecer la adecuada atención, comunicación e información a los usuarios, los pacientes y los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura, mediante la mejora de las vías de comunicación entre sí y de ellos con la Administración sanitaria, aumentando el grado de satisfacción de los ciudadanos por la atención recibida.

Desde la estrategia de atención e información al usuario/paciente, el PHAS plantea respuestas eficaces ante la necesidad de establecer canales de información y comunicación óptimos e imprescindibles para una prestación sanitaria de calidad. Propugna iniciativas que contribuyan a mejorar la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios/pacientes, así como las expectativas de los profesionales.

La información sanitaria de los ciudadanos está recogida como un derecho de los mismos, entre otras disposiciones, en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Salud de Extremadura.

Desde la extinta Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, la transparencia, la información y la participación ciudadana respecto de la Sanidad y la Salud, han sido constantes en el Sistema Sanitario Público de Extremadura. Se ha llevado a cabo un esfuerzo notable por poner a disposición de los usuarios y de los trabajadores del mismo toda la información básica disponible, utilizando a tal fin los medios convencionales, las nuevas tecnologías y los sistemas de información.

En este sentido se considera información básica la relativa a:

- Las prestaciones sanitarias.
- Los servicios y recursos sanitarios por áreas de salud.
- La situación del estado general de salud de la población.
- El proceso patológico del paciente, su diagnóstico, tratamiento, alternativas terapéuticas y consentimiento.

- Carta de Servicios de Establecimientos y Centros del SSPE.
- Y aquellas otras relacionadas de interés.

Para ello es necesario establecer una buena comunicación, concebida como una herramienta de gestión encaminada hacia la mejora de los resultados del conjunto de la organización sanitaria.

Las necesidades de información y comunicación de los ciudadanos con la Administración sanitaria y el valor que está adquiriendo en nuestra sociedad todo lo relacionado con la salud, deben favorecer el impulso de comportamientos y actitudes de excelencia en la relación de los profesionales del Sistema Sanitario con los usuarios/pacientes, con lo que la calidad técnica y el trabajo bien realizado, serán percibidos en toda su dimensión.

Información y comunicación basadas en una atención y trato cercanos entre la Administración, los profesionales y los ciudadanos, puesto que el SSPE es de todos, y a su vez todos formamos parte de él, disfrutando así los diferentes agentes de una responsabilidad compartida.

En el caso de los profesionales de la salud, la comunicación no debe ser sólo información, sino que debe preocuparse de la comprensión de su ansiedad, y en algunos casos la ansiedad de la no comprensión y la ansiedad de la comprensión de una información respecto de una situación grave o desfavorable.

Es importante qué comunicar, cómo comunicar, dónde comunicar, a quién comunicar. Y por tanto, la comunicación tiene que ser comprensible, tiene que haber cierta empatía y afectividad que generen un clima de confianza, en un lugar adecuado, que posibilite la distensión y la confidencialidad, del usuario/paciente y/o a sus familiares.

Desde la Administración sanitaria, se asume el reto de conseguir que el paciente/usuario esté mejor informado; que utilice los recursos sanitarios de la forma más adecuada cuando sea necesario; elija la opción terapéutica más idónea, previniendo así posibles complicaciones; cumpla de forma óptima con la terapia prescrita; y en definitiva, cuide mejor de su salud y de las personas que lo rodean.

También se asume el reto de lograr que los profesionales del SSPE estén mejor informados y que se les facilite la presentación y gestión de sus reclamaciones y sugerencias.

Por todo ello, junto a la mejor información de los pacientes, también se pretende facilitar, agilizar y conseguir los trámites administrativos, incluida la resolución de los posibles problemas que les pudieran surgir en el complejo proceso asistencial, ante los cuales puedan sentirse ajenos o con ciertas dificultades. Desde el PHAS se propugna la eliminación de barreras y dualidades en el funcionamiento cotidiano del Sistema sanitario, ya sea entre sus distintos niveles de atención (primaria-hospitalaria; hospital de referencia-hospital de área), o entre profesionales (médicos-enfermeros), y el aseguramiento de la continuidad asistencial.

De la misma manera, con la implicación de los profesionales y trabajadores, el PHAS propone y persigue mejorar la calidad de la atención o trato a los usuarios/pacientes, siendo para ello de especial interés la educación para la salud de la población general, y la formación en el ámbito de la información/comunicación/atención del personal que presta sus servicios en el sistema sanitario.

Para la mejora del nivel de atención y de las vías de comunicación, se proponen medidas que han sido demandadas por los propios directivos, profesionales, y la población general, puestas de manifiesto en los estudios realizados por la Consejería de Sanidad, recogidos en el Capítulo de Análisis de Situación del PHAS.

Entre las medidas propugnadas por el PHAS, destacan las siguientes: la introducción de criterios homogéneos de información en todos los centros hospitalarios de Extremadura; la creación de la Oficina de Atención e Información al Ciudadano en todas las áreas de salud; la adecuada identificación de los profesionales y trabajadores del Sistema; el impulso de la figura de Defensor de los Usuarios del SSPE; el desarrollo de nuevas tecnologías y sistemas de información; la elaboración de protocolos de atención para la comunicación y la atención a determinados colectivos en situaciones y con necesidades especiales; o la Carta de Servicios del Paciente.

Dicha Carta de Servicios del Paciente es un elemento esencial para el desarrollo del PHAS, constituyendo una pieza muy importante del principio básico de servicio del SSPE a los ciudadanos y de la gestión de calidad de la Administración sanitaria pública. A través de ella, los ciudadanos estarán en condiciones de conocer por anticipado qué clase de servicios pueden esperar y demandar, y cuáles son los compromisos de calidad que la propia Administración ha asumido en la prestación de esos servicios.

Objetivo 1:

Conseguir la mejora de las vías de comunicación y un grado óptimo de atención, trato e información entre los usuarios/pacientes, profesionales, trabajadores y la Administración sanitaria.

Líneas de Actuación:

1.1.- Creación y puesta en marcha de la Oficina de Atención e Información a los ciudadanos y de la Oficina de Atención e Información para el profesional, en cada una de las áreas de salud.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Gerencias de las Áreas de Salud

1.2.- Puesta en marcha de una aplicación informática centralizada para la gestión de reclamaciones y sugerencias referidas al ámbito sanitario, presentadas por los usuarios y trabajadores del SSPE, que asegure el control de las respuestas.

Responsable:

Dirección Gerencia del SES

1.3.- Disponibilidad de un servicio “on line” para la presentación de reclamaciones y sugerencias referidas al ámbito sanitario, realizadas por los usuarios y trabajadores del SSPE.

Responsable:

Dirección Gerencia del SES

1.4.- Impulso del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

1.5.- Establecimiento de los signos identificativos en el vestuario de los diferentes estamentos que trabajan en los servicios asistenciales del SSPE, siendo establecida su aplicación de forma uniforme y generalizada en todos los centros sanitarios.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

1.6.- Establecimiento de unos criterios homogéneos de información a los pacientes en todos los centros hospitalarios del SSPE, referidos a su proceso patológico, diagnóstico, tratamiento, alternativas terapéuticas y consentimiento informado y derecho a que se respete su voluntad de no ser informado, cuidando los tiempos de respuesta a la hora de informar, y destinándose en cada servicio una zona o espacio físico adecuado para tal fin.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

1.7.- Difusión y puesta en marcha del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

Indicadores de Evaluación:

1.- Funcionamiento o no de los servicios de las Oficinas de Atención e Información a los ciudadanos y de la Oficina de Atención e Información para los profesionales en las áreas de salud.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Implantación o no de una aplicación informática centralizada para la gestión de reclamaciones, quejas y sugerencias referidas al ámbito sanitario, presentadas por los usuarios y trabajadores del SSPE.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Sistemas de Tecnología de Información Sanitaria

3.- Existencia o no del servicio “on line” para la presentación de reclamaciones y sugerencias.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

4.- Memoria Anual de Actividades del Defensor de los Usuarios del SSPE.

Fuente de Información: Defensor de los Usuarios del SSPE

5.- Existencia o no de los criterios homogéneos de información a los pacientes en todos los centros hospitalarios del SSPE referidos a su proceso patológico, diagnóstico, tratamiento, alternativas terapéuticas y consentimiento informado.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

6.- Disponibilidad de zonas o espacios físicos adecuados para informar a pacientes y familiares en todos los centros hospitalarios.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

7.- Datos de actividad del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Fuente de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia

Objetivo 2:

Establecer los mecanismos necesarios para poner a disposición del paciente/usuario y de los profesionales, la información básica relativa a los centros, servicios y prestaciones sanitarias del Sistema Sanitario Público de Extremadura, mejorando la atención, la comunicación e información a los mismos.

Líneas de Actuación:

2.1.- Elaboración y difusión de la Guía de Información al Ciudadano, donde se especifiquen sus derechos y deberes, los servicios y prestaciones disponibles, requisitos de acceso a los mismos, las características asistenciales, los procedimientos de sugerencias y reclamaciones, así como los recursos (dotación de personal, instalaciones, medios técnicos, etc.) del SSPE.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

2.2.- En aquellos centros, que por su dimensión y/o distribución de sus dependencias así se recomiende, se colocarán de manera accesible para el del usuario, planos, croquis, etc. (estáticos, en papel, en formato digital u otros) adaptados a determinados colectivos.

Responsable:

Dirección Gerencia del SES

2.3.- Elaboración y distribución de la Carta de Servicios del Paciente, disponible en todos los centros del SSPE.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección Gerencia del SES

2.4.- Actualización, desarrollo y potenciación de los medios de comunicación e información institucionales, como son: la página web de la Consejería de Sanidad y Consumo y del SES; el Periódico Salud Extremadura, así como otros espacios y programas de información y educación sanitaria.

Responsables:

Vicepresidencia Primera

Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección Gerencia del SES

2.5.- Elaboración y puesta en marcha, de un Plan de Acogida y un Plan de Despedida de los pacientes, que será adaptado a todos los centros hospitalarios del SSPE.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES

Gerencias de las Áreas de Salud

2.6.- Elaboración y distribución de las Guías de Acogida y Despedida de los pacientes de cada centro hospitalario del SSPE.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

2.7.- Elaboración y puesta en marcha de un protocolo de actuación para la información y comunicación de los pacientes con discapacidad intelectual y/o sensorial, especialmente la ceguera y la sordera, así como de los pertenecientes a colectivos de inmigrantes que presenten dificultades con nuestro idioma.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

2.8. Elaboración de encuestas de satisfacción de los usuarios, que permitirán valorar e introducir posibles medidas de mejora, relacionadas con la satisfacción percibida por los mismos.

Responsable:

Dirección Gerencia del SES

2.9.- Fomento de campañas de información a los ciudadanos sobre el uso adecuado de los servicios sanitarios.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

Indicadores de Evaluación:

1.- Disponibilidad de la Guía de Información al Ciudadano.

Fuente de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia

2.- Nº de centros que disponen de planos de los mismos, a disposición del usuario.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

3.- Disponibilidad de la Carta de Servicios del Paciente, disponible en todos los centros del SSPE.

Fuentes de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección Gerencia del SES

4.- Disponibilidad y funcionamiento de los medios de información y comunicación institucionales.

Fuentes de Información: Vicepresidencia Primera. Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección Gerencia del SES

5.- Disponibilidad y funcionamiento de un Plan de Acogida y del Plan de Despedida de los pacientes, que será adaptado a todos los centro hospitalarios del SSPE.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

6.- Disponibilidad de las Guías de Acogida y Despedida de los pacientes de cada centro hospitalario del SSPE.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

7.- Disponibilidad y funcionamiento del protocolo de actuación para la información y comunicación de los pacientes con discapacidad sensorial, especialmente la ceguera y la sordera, así como de los pertenecientes a colectivos de inmigrantes que presenten dificultades con nuestro idioma.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

8.- Disponibilidad de las encuestas anuales de satisfacción de los usuarios del SSPE.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

9.- Nº de campañas informativas relacionadas con el uso adecuado de los servicios sanitarios.

Fuentes de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección Gerencia del SES

Objetivo 3:

Durante las prestaciones de servicios, aportar calidad en las formas y el trato, de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura hacia los ciudadanos/usuarios/pacientes y viceversa.

Líneas de Actuación:

3.1. Promoción del servicio personalizado al ciudadano/usuario/paciente.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

3.2. Impulso de actitudes y comportamientos de excelencia de los profesionales del SSPE, y de forma especial aquellos dirigidos a: preservar y garantizar la intimidad y la confidencialidad de los ciudadanos/usuarios/pacientes; comunicar malas noticias; facilitar la comprensión del lenguaje sanitario, etc.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

3.3. Elaboración e implantación de protocolos de traslados de pacientes entre servicios, que aseguren las adecuadas condiciones y contemplen la información previa, preservando su intimidad y confidencialidad.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencia de las Áreas de Salud

3.4. Formación específica de los directivos y profesionales en materia de comunicación interpersonal, priorizando los aspectos que favorezcan la empatía, como factor determinante para propiciar un buen proceso de comunicación, necesario para ofrecer un servicio de calidad (y tener usuarios satisfechos).

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

Indicadores de Evaluación:

1.- Incorporación del servicio personalizado al ciudadano/usuario/paciente, como objetivo en todos los Contratos de Gestión del SES con las Gerencias de las Áreas de Salud.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

2.- Nº de actuaciones relacionadas con la promoción entre los profesionales de actitudes y comportamientos de excelencia, de forma especial aquellos dirigidos a favorecer la intimidad y la confidencialidad de los ciudadanos/usuarios/pacientes respecto a los usuarios.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

3.- Existencia de protocolos de traslados de pacientes entre servicios, que aseguren las adecuadas condiciones, y contemplen la información previa, preservando su intimidad y confidencialidad.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

4.- Nº de actividades formativas para directivos y profesiones en materia de comunicación interpersonal.

Fuente de Información: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias

Objetivo 4:

Promover la Educación para la Salud, como instrumento de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que ayude al individuo y a la comunidad a responsabilizarse de su propia salud, de la correcta utilización de los servicios sanitarios y la disponibilidad de los mismos.

Líneas de Actuación:

4.1. Durante el periodo de vigencia del PHAS, se desarrollará el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura.

Responsable:

Junta de Extremadura

4.2. Realización de estudios de investigación en el ámbito de la Educación para la Salud dirigidos a la población extremeña.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección Gerencia del SES

Consejería de Educación

4.3. Formación en materia de Educación para la Salud, dirigida a los profesionales del ámbito sanitario y escolar.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud
Consejería de Educación

Indicadores de Evaluación:

1.- Evaluación del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura.

Fuente de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia

2.- Disponibilidad de estudios de investigación en el ámbito de la Educación para la Salud dirigidos a la población extremeña.

Fuente de Información: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias

3.- Nº de cursos de formación en materia de Educación para la Salud, dirigidos a los profesionales del ámbito sanitario impartidos/nº de alumnos.

Fuente de Información: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud

Objetivo 5:

Dar a conocer los resultados del PHAS y de la satisfacción del usuario/paciente, facilitando la creación de una corriente de opinión favorable para la aceptación y desarrollo del Plan.

Líneas de Actuación:

5.1. Presentación de los resultados del PHAS y de la satisfacción de los usuarios/pacientes, a los medios de comunicación.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

5.2. Presentación de los resultados del PHAS y de la satisfacción de los usuarios/pacientes, a los órganos directivos, consultivos y de participación del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

5.3. Presentación de los resultados del PHAS y de la satisfacción del usuario/paciente, a los profesionales del Sistema Sanitario Público.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

5.4. Presentación de los resultados del PHAS y de la satisfacción del usuario/paciente, a la población general y a los representantes y/o líderes de opinión.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

Indicadores de Evaluación:

1.- Presentación de los resultados del PHAS y de la satisfacción del usuario/paciente a los diferentes órganos y agentes.

Fuente de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia

Capítulo V: Objetivos y Líneas de Actuación

2º EJE ESTRATÉGICO:

**Asistencia sanitaria
integral**

*“No te fatigues en responder mucho,
sino en responder bien,
a tiempo y en razón”.*

Juan Luis Vives

2º EJE ESTRATÉGICO:

Asistencia sanitaria integral

Objetivo General del 2º Eje

Potenciar la humanización en los procesos de atención sanitaria mediante la mejora de su accesibilidad, la supresión de las barreras organizativas y administrativas innecesarias, la eficiencia y alta resolución, el mantenimiento de un trato afable y el uso adecuado de las nuevas tecnologías.

La aproximación a un centro sanitario asistencial, máxime cuando se corresponde al padecimiento de una enfermedad, frecuentemente se ve acompañada de una situación o sentimiento de cierta indefensión o minoración personal, vivida por el usuario, pero también de su entorno familiar y social.

Esa circunstancia, que no es ajena a otros campos de la actividad de la sociedad actual (juzgados, comisarías de policía, centros sociosanitarios, centros penitenciarios, etc.), se hace especialmente patente en los servicios hospitalarios.

Por ello, se necesita realizar un esfuerzo continuado para ofertar una atención sanitaria desde el Sistema Sanitario Público lo más personalizada y humana posibles, y particularmente en cada uno de los procesos asistenciales que recibe el enfermo.

La humanización de la asistencia sanitaria es imprescindible para dar un servicio de calidad. Es una demanda y una necesidad. Su carencia provoca que, incluso con un resultado científicamente bueno, el enfermo no se sienta contento o satisfecho. Supone un requisito para mejorar la calidad percibida por el usuario, ya que en estos momentos los centros del SES gozan de una calidad clínica comparable a los servicios más avanzados del mundo.

La estrategia de una asistencia sanitaria humanizada se puede sintetizar en principios programáticos de actuación, como: la importancia de las personas; la organización de los servicios hacia el usuario; el gusto por el trabajo bien hecho; la bioética; y la orientación a los resultados clínicos y de satisfacción del usuario.

La ejecución de los procesos de asistencia sanitaria, junto a la calidad científica y técnica, deben impregnarse de principios bioéticos y humanismo. Los profesionales, en su actividad asistencial, deben proyectar el sistema con valores y principios que regulen su comportamiento a través de la comunicación con el enfermo.

El Plan de Humanización aborda, igualmente, la necesidad de una adecuada comunicación entre el sanitario y el ciudadano (médico-paciente, enfermero-paciente, etc.), centrada en la función afectiva, para el logro de una atención sanitaria humana y de calidad.

No descuida el facilitar la interrelación favorable entre enfermo y familiar o acompañante. Resultan paradigmáticos, desde el punto de vista de la humanización de la atención sanitaria, los aspectos favorecedores de la interrelación mutua entre madre e hijo ingresado, de la asistencia del padre al parto de su esposa o compañera y poder disponer de la intimidad necesaria.

Además, el Plan tiene en cuenta cómo la humanización de la asistencia del Sistema Sanitario puede facilitarse de forma muy notable, favoreciendo las alternativas a la hospitalización tradicional, mediante la hospitalización domiciliaria, los programas de atención domiciliaria, los hospitales de día, la cirugía mayor ambulatoria o la atención sanitaria de alta resolución que evita numerosos desplazamientos y proporciona un diagnóstico de forma inmediata y fiable. En este campo, el PHAS realiza un esfuerzo importante en sus objetivos y actividades, para conseguir que el Sistema Sanitario Público de Extremadura siga ampliando estos recursos y estrategias en el marco de la asistencia sanitaria.

La humanización de la asistencia sanitaria implica también, la generosidad y solidaridad de los ciudadanos como usuarios del Sistema Sanitario. En este ámbito, el PHAS propugna la promoción de la donaciones altruistas de sangre, de órganos y otros tejidos, encaminadas a salvar vidas o mejorar el estado de salud de determinados enfermos. Junto a la misma, los responsables sanitarios informarán sobre autopsias, en particular las clínicas, que permiten mejorar el conocimiento de las enfermedades, contribuyendo al avance en su diagnóstico y tratamiento.

Finalmente, el PHAS aboga por involucrar a los profesionales del SSPE en la consecución de sus objetivos y reconocerles el esfuerzo, lo que redundará en un mayor nivel de satisfacción en el desempeño de sus funciones.

Objetivo 6:

Facilitar el acceso de los usuarios a los servicios sanitarios, y su movilidad, suprimiendo las barreras organizativas y administrativas innecesarias.

Líneas de Actuación:

6.1.- Centralización de la cita previa, como una estrategia para la mejora de la accesibilidad de los usuarios a los servicios sanitarios, la homogeneización de procedimientos y la optimización de los recursos.

Responsable:

Dirección Gerencia del SES

6.2.- Reducción de los tiempos máximos de espera para la primera consulta, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas, según se recoge en la normativa.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

6.3.- Implantación progresiva de la gestión por procesos asistenciales en el Servicio Extremeño de Salud.

Responsables:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias

Gerencias de las Áreas de Salud

6.4.- Introducción en la práctica clínica del concepto de atención sanitaria de alta resolución. En base al mismo, se posibilitará la realización de las pruebas preoperatorias o de las pruebas complementarias diagnósticas en el mismo día, evitando desplazamientos.

Responsables:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Gerencias de las Áreas de Salud

6.5.- Potenciación de los Servicios de Atención al Usuario (SAU) para facilitar la acogida y orientación del usuario/paciente y de sus familiares/cuidadores.

Responsables:

Dirección del centro asistencial
Jefes del Servicio de Atención al Usuario
Gerencias de las Áreas de Salud

6.6.- Implantación, según necesidades evaluadas, del servicio de intérprete de idiomas y otros lenguajes específicos en los centros sanitarios del SES, facilitando su conocimiento por parte de los profesionales.

Responsable:

Dirección Gerencia del SES

6.7.- Notificación del alta hospitalaria con antelación suficiente (notificación de prealta), tanto a los servicios de gestión del hospital como al paciente, ofertándole a este último el horario de mañana o de tarde para su alta.

Responsables:

Gerencias de las Áreas de Salud
Dirección Médica de los hospitales del SES

6.8.- Planificación desde los hospitales del SSPE, en los casos de emergencia social, del alta hospitalaria, del traslado en transporte sanitario y de la continuidad de la asistencia del paciente en ese tipo de situaciones.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

6.9.- Constitución de las Comisiones de Humanización de Área, formadas por representantes de los órganos directivos de las Gerencias de las Área de Salud, de los Servicios de Atención al Usuario de cada uno de los centros, y de otros colectivos de profesionales que presten atención directa al usuario/paciente, cuya misión será la de coordinar, implantar y realizar el seguimiento del PHAS.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Cobertura de la centralización de la cita previa.

Fuente de Información: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

2.- Análisis de las listas de espera.

Fuente de Información: Sistemas de información del SSPE

3.- N°. de procesos de atención implantados.

Fuente de Información: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias

4.- Indicadores de actividad de los Hospitales de Alta Resolución de Zafra, Tierra de Barros y La Siberia-La Serena y del Centro de Salud de Alta Resolución de Trujillo.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

5.- Actuaciones de mejora realizadas para potenciar los SAU (incremento de recursos, de actividad y/o de horarios de atención al público).

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

6.- Evaluación de los programas de servicio de intérprete idiomático y de signos.

Fuente de Información: Memorias de las Gerencias de Área del SES

7.- Hospitales que cuenten con la notificación prealta implantada.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

8.- Hospitales que, en los casos de pacientes en situación de emergencia social, planifiquen el alta hospitalaria, el transporte sanitario y la continuidad de la asistencia a los mismos.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

9.- Creación de la Comisión de Humanización en las Áreas de Salud.

Fuente de Información: Memorias de las Gerencias de Área del SES

Objetivo 7:

Mejorar el entorno y las condiciones afectivas que rodean a la mujer en el proceso del parto y la atención materno-infantil.

Líneas de Actuación:

7.1.- Facilitación, en todos los centros hospitalarios del Servicio Extremeño de Salud, del derecho de la mujer a permanecer acompañada durante todo el proceso del parto, con la intimidad necesaria.

Responsables:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

7.2.- Realización de estudios para la mejora de la humanización de la asistencia materno-infantil, tanto en centros con régimen de internamiento, como en los centros de atención primaria.

Responsables:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

7.3.- Impulso del programa de educación para la salud dirigido a embarazadas, puérperas y madres lactantes y grupos de lactancia materna, padres y profesorado en todas las zonas de salud, de acuerdo con lo que establece el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura.

Responsables:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

7.4.- Información adecuada a la familia, por parte del personal sanitario responsable, en los casos en que sea detectada una discapacidad infantil, y notificación inmediata del caso al Servicio de Atención al Usuario y al Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (CEDI).

Responsables:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Resultados específicos de las encuestas de satisfacción.

Fuente de Información: Encuesta de Satisfacción de Usuarios del SES

2.- Nº de estudios realizados sobre la humanización en el área materno-infantil.

Fuentes de Información: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. Consejería de Sanidad y Dependencia

3.- Nº de zonas de salud en las que se desarrolla el programa de educación para la salud dirigido a embarazadas, puérperas y madres lactantes y que cuentan con al menos un grupo de lactancia materna.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

4.- Nº de casos de discapacidad infantil atendidos por los SAU.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

5.- Nº de casos de discapacidad infantil atendidos por el CEDI.

Fuente de Información: CEDI

Objetivo 8:

Minimizar el dolor, el sufrimiento y los efectos secundarios, en el proceso general de la asistencia sanitaria.

Líneas de Actuación:

8.1.- Implantación del protocolo de prevención y cuidados locales de úlceras por presión (UPP).

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

8.2.- Oferta del parto bajo anestesia epidural en todas las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Responsables:

Gerencias de las Áreas de Salud

Dirección Médica de los hospitales del SES

8.3.- Desarrollo de protocolos clínicos específicos por procesos para la mejora del confort post-operatorio (minimización del dolor post-quirúrgico).

Responsables:

Gerencias de las Áreas de Salud
Dirección Médica de los hospitales del SES

8.4.- Inclusión del dolor, la disnea y las náuseas, como signos a monitorizar diariamente en los centros hospitalarios del SSPE.

Responsables:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las Áreas de Salud
Dirección Médica de los hospitales del SES

8.5.- Sensibilización y formación de todos los profesionales del SSPE, sobre la necesidad de minimizar el dolor del paciente en todos los procesos asistenciales.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

8.6.- Inclusión en la historia clínica de los pacientes hospitalizados, de la visita por parte del personal sanitario responsable del mismo, previa a la realización de intervenciones consideradas como estresantes (intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas o terapéuticas de riesgo, etc.).

Responsables:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las Áreas de Salud
Dirección Médica de los hospitales del SES

8.7.- Mejora de las acciones dirigidas a la prevención de eventos adversos en los pacientes durante su asistencia sanitaria a través de la creación de unidades específicamente dedicadas, a las actividades de prevención y monitorización de riesgos clínicos.

Responsables:

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las Áreas de Salud
Dirección Médica de los hospitales del SES

8.8.- Mantenimiento del programa de telemarketing post-ingreso. Llamada, lo antes posible después de haber recibido el alta hospitalaria, centrada en el estado de salud del usuario y opinión sobre calidad de los servicios y el trato dispensado durante su estancia.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Hospitales del SSPE que han implantado el protocolo de prevención y cuidados locales de úlceras por presión.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Hospitales del SSPE donde se oferta el parto bajo anestesia epidural.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

3.- Hospitales del SSPE que cuentan con protocolos para la mejora del confort post-operatorio.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

4.- Hospitales del SSPE que monitorizan diariamente el dolor, la disnea y las náuseas.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

5.- Inclusión de la “minimización del dolor” en los planes de formación de los profesionales del SSPE.

Fuentes de Información: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias. Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud. Universidad de Extremadura

6.- Hospitales del SSPE que han incluido en las historias clínicas de los pacientes, la visita previa a intervenciones consideradas como estresantes.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

7.- Hospitales del SSPE que cuentan con unidades dedicadas a las actividades de prevención y monitorización de riesgos clínicos.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

8.- Hospitales del SSPE que cuentan con programa de telemarketing post-ingreso.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

Objetivo 9:

Mejorar la accesibilidad de la asistencia sanitaria y de la movilidad, mediante la implantación de nuevos recursos, tecnología y procedimientos.

Líneas de Actuación:

9.1.- Ampliación de la cobertura de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

9.2.- Desarrollo de los programas de atención domiciliaria en atención primaria.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

9.3.- Desarrollo de las Unidades de Hospitalización domiciliaria.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

9.4.- Desarrollo de los Hospitales de Día.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

9.5.- Desarrollo de acciones a cargo de asociaciones de voluntarios (fundamentalmente en los hospitales), como nuevos recursos cercanos a los pacientes que prestarán sus servicios de forma complementaria a la labor asistencial de los profesionales.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

9.6.- Desarrollo telemático del SSPE (telemedicina, teleformación, sistemas de citación, etc.).

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

9.7.- Incorporación de indicadores de evaluación y satisfacción de los usuarios en el Programa Estratégico de Transporte Sanitario Integrado (PETS) del SES.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

9.8.- Consolidación del transporte singularizado a colectivos específicos (pacientes en diálisis, oncológicos, etc.).

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Cobertura de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Zonas de Salud que han implantado programas de atención ambulatoria.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

3.- Unidades de Hospitalización domiciliaria en funcionamiento.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

4.- Hospitales de Día en funcionamiento.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

5.- Nº de hospitales que cuentan con asociaciones de voluntarios para el desarrollo de actividades complementarias.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

6.- Indicadores de actividad de telemedicina, teleformación, citación on-line, etc.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

7.- Nº de indicadores del PETS, que midan la satisfacción de los usuarios.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

8.- Cobertura de colectivos con transporte singularizado.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

Objetivo 10:

Promover la donación de órganos, médula, ósea, sangre y otros, informando a la población general, paciente y familiares sobre donación de órganos, autopsias y otros temas relacionados.

Líneas de Actuación:

10.1.- Información a través de la Carta de Recepción al centro hospitalario y de carteles en lugares visibles, de que el centro hospitalario en cuestión se encuentra autorizado para la realización de extracción de órganos y en su caso, para el trasplante de órganos y tejidos.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

10.2.- Campañas informativas dirigidas a promocionar la donación de órganos de fallecidos a enfermos que los precisan, para salvar su vida o mejorar su estado de salud.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

10.3.- En todos los centros hospitalarios se facilitará información sobre autopsias judiciales y clínicas, a través de un modelo de información sobre autopsias para el conjunto del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Responsable:

Dirección Gerencia del SES

Indicadores de Evaluación:

1.- Disponibilidad en todos los hospitales del SSPE de Cartas de Recepción y carteles informativos, donde figure información sobre la autorización del centro para la realización y/o extracción de órganos y tejidos.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Nº de campañas informativas dirigidas a promocionar la donación de órganos y tejidos.

Fuente de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia

3.- Disponibilidad de información en los centros hospitalarios sobre autopsias judiciales y clínicas.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

Objetivo 11:

Incorporar los objetivos generales del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura en las actividades asistenciales de los Contratos de Gestión del Servicio Extremeño de Salud.

Líneas de Actuación:

11.1.- Introducción de los objetivos y actuaciones del PHAS, en los procesos, las actividades y servicios asistenciales, de los Contratos de Gestión.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

11.2.- Incentivación profesional por la consecución de los objetivos del PHAS.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Nº. de objetivos y actividades del PHAS, incluidos en los procesos, las actividades y los servicios asistenciales de los Contratos de Gestión.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Medidas de incentivación profesional aplicadas por la consecución de objetivos del PHAS.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencia de las Áreas de Salud

Objetivo 12:

Optimizar el flujo de derivación de pacientes entre los diferentes dispositivos asistenciales.

Líneas de Actuación:

12.1.- Introducción progresiva de la gestión por procesos asistenciales.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

12.2.- Desde los centros asistenciales del SSPE se proporcionará cita al usuario/paciente que requiera atención especializada.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

12.3.- Elaboración de protocolos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales, que incluyan las pruebas complementarias más frecuentes.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Procesos asistenciales en funcionamiento.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Disponibilidad de citación a la atención especializada desde los centros asistenciales del SSPE.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

3.- Disponibilidad de protocolos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales, que incluyan las pruebas complementarias más frecuentes.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

Objetivo 13:

Implementar a los procesos de asistencia sanitaria, gestos de amabilidad y cortesía al usuario/paciente.

Líneas de Actuación:

13.1.- Disponibilidad de prensa diaria para los pacientes hospitalizados en los centros del SSPE, que facilite su contacto con el exterior.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

13.2.- Felicitación a las personas hospitalizadas en los centros del SSPE con motivo de su cumpleaños, por parte de la Consejería de Sanidad y Dependencia, bajo la previa supervisión del personal de enfermería responsable de las mismas.

Responsables:

Gerencias de las Áreas de Salud

Servicios de Admisión de los centros hospitalarios del SSPE

13.3.- Felicitación a las madres que han dado a luz en los centros del SSPE, acompañada de un obsequio y folletos informativos para la salud materno-infantil institucionales, bajo la previa supervisión del personal de enfermería responsable de las mismas.

Responsables:

Gerencias de las Áreas de Salud

Servicios de Admisión de los centros hospitalarios del SSPE

13.4.- Celebración de las festividades del 8 de septiembre, 25 de diciembre y 6 de enero. Entrega de regalos a los niños hospitalizados el día 6 de enero, bajo la previa supervisión del personal de enfermería responsable de los mismos.

Responsables:

Gerencias de las Áreas de Salud

Servicios de Admisión de los centros hospitalarios del SSPE

Indicadores de Evaluación:

1.- Nº. de hospitales del SSPE que cuentan con distribución gratuita de prensa diaria a los pacientes hospitalizados.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Nº. de hospitales del SSPE que felicitan a los pacientes hospitalizados con motivo de su cumpleaños.

Fuentes de Información: Gerencias de las Áreas de Salud. Servicio de Admisión de los centros hospitalarios

3.- Nº. de hospitales del SSPE que felicitan y obsequian a las madres con motivo de su alumbramiento.

Fuentes de Información: Gerencias de las Áreas de Salud. Servicio de Admisión de los centros hospitalarios

4.- Nº. de hospitales del SSPE que celebran el 8 de septiembre, 25 de diciembre y 6 de enero (entrega de regalos a niños hospitalizados, menú singular, etc.).

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

Capítulo V: Objetivos y Líneas de Actuación

3^{er} EJE ESTRATÉGICO:

**Los profesionales,
agentes activos
de la humanización**

*“Hay que estar con el enfermo,
sin ser el enfermo”.*

Miguel de Unamuno

3^{er} EJE ESTRATÉGICO:

Los profesionales, agentes activos de la humanización

Objetivo General del 3^{er} Eje

Mejorar la calidad de la atención y comunicación entre los profesionales y los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE).

En términos generales, el actual usuario de la sanidad es un ciudadano con unos niveles socioeconómico, educativo y cultural importantes y con notables posibilidades de hacerse corresponsable de su salud, y decidir.

La citada relación ha evolucionado en los últimos años, pasando de una relación paternalista, y por tanto pasiva a una relación donde el usuario/paciente es un sujeto activo, y corresponsable de su salud; donde los profesionales sanitarios atienden al paciente y ofrecen las posibles alternativas diagnósticas y/o terapéuticas, y el paciente decide.

Por otra parte, la formación recibida por los profesionales ha abundado en su aspecto científico, con una mínima o nula preparación humanística y en técnicas de habilidades de comunicación, salvo la que haya podido ir adquiriendo por otras vías.

Los ciudadanos, como usuarios o pacientes, cada vez mejor informados y con mayor accesibilidad a la información (a través de internet, de libros de autoayuda, etc.), valoran cada vez más su salud. Son conscientes de que perderla significa una peor calidad de vida, y por tanto, exigen a los profesionales del Sistema Sanitario una mayor atención y preparación.

El usuario, en su función de paciente del Sistema Sanitario con motivo de una patología, máxime si es grave, se encuentra fuera de su entorno habitual, así como en una situación de "entrega", acompañado de estrés, angustia, etc., que hace que el componente "afectivo" y de empatía en la comunicación sea un factor primordial.

Una buena comunicación entre los profesionales de la salud y el usuario, en términos generales, y entre el médico y el paciente, en términos particulares, es un pilar fundamental de la atención del sistema sanitario.

El PHAS considera un objetivo importante: que el conjunto de los profesionales del SSPE se impliquen en todas las estrategias de comunicación, desde el inicio de todo el proceso de atención hasta la resolución del mismo (telefonistas, celadores, auxiliares, enfermeros, facultativos, etc.).

De ahí que tanto en la elaboración de los citados procesos, como de los protocolos, intervengan todos los profesionales del SSPE, impregnándolos, además del rigor científico, de trato afable y empatía, elementos necesarios para el buen funcionamiento del Sistema Sanitario.

El SSPE debe poner un mayor énfasis en la formación de sus profesionales en habilidades de comunicación que palíe el déficit de formación de los profesionales en esta materia. La humanización de la atención sanitaria se debe cuidar desde la formación de los profesionales de la salud, ya sea en pregrado, en postgrado o en formación continuada.

Una mayor dedicación de los profesionales a los usuarios/pacientes, redundaría en unos mejores resultados en términos de salud y de satisfacción de los mismos, por lo que se considera importante la adecuación de los recursos humanos del SSPE y la dotación de las tecnologías necesarias que disminuyan las tareas burocráticas.

Así mismo, el establecimiento de áreas o espacios que posibiliten una comunicación idónea de los profesionales con los usuarios/pacientes y sus familiares, es también un factor importante que favorece la confidencialidad e intimidad.

Por otra parte, se hace necesaria la actualización y el impulso de los órganos de participación en los centros sanitarios, así como un impulso de éstos (Comisión Técnico-Asistencial, Comisión Mixta, Consejo de Salud de Área y de Zona).

Objetivo 14:

Propiciar la implicación de los profesionales en un espacio de mejora de la comunicación médico/paciente.

Líneas de Actuación:

14.1.- En la definición de todos los Procesos de Atención, se contemplarán medidas que permitan la mejora de la atención y comunicación médico/paciente y enfermero/paciente.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

14.2.- Participación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en la elaboración de todos los protocolos que contemplen objetivos y líneas de actuación relacionados con la atención al usuario/paciente.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

14.3.- Inclusión en todos los protocolos de atención del SSPE, de medidas y herramientas que faciliten la atención y comunicación entre los profesionales y los usuarios/pacientes.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

14.4.- Prestación de una especial atención a los familiares y allegados en los casos de fallecimiento repentino, accidentes, donaciones de órganos y tejidos, y en aquellas situaciones que así lo requieran.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

14.5.- Desarrollo de actividades formativas en cada Área de Salud, dirigidas a los profesionales del SSPE implicados, sobre aspectos culturales de la población inmigrante que influyen en la relación de estos con el sistema.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Nº de Procesos de Atención en los que se hayan contemplado medidas para la mejora de la atención y comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios/pacientes.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Participación efectiva de los profesionales en la elaboración de todos los protocolos que contemplen objetivos y líneas de actuación relacionados con la atención al usuario/paciente.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

3.- Nº de medidas y herramientas que faciliten la atención y comunicación entre profesionales y pacientes, incluidas en los protocolos del atención del SSPE.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

4.- Actividades formativas desarrolladas por las Áreas de Salud en relación a las características socioculturales de la población inmigrante.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

Objetivo 15:

Impulsar la formación específica de los profesionales del SSPE en humanización y en habilidades de comunicación, que posibiliten la mejora de la calidad de la atención sanitaria.

Líneas de Actuación:

15.1.- Inclusión de actividades docentes (cursos, talleres y seminarios) referidas al área de comunicación, humanización y calidad relacional, en los diferentes Planes y Programas Formativos dirigidos a los profesionales del SSPE.

Responsable:

Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias

15.2.- Impulso de talleres de habilidades de comunicación, para los profesionales, en los centros sanitarios del SSPE.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

15.3.- Impulso de los aspectos relacionados con la humanización de la atención sanitaria desde los centros de formación de los profesionales de la salud, ya sea en pregrado, en postgrado o en formación continuada.

Responsables:

Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias
Gerencias de las Áreas de Salud
Universidad de Extremadura

15.4.- Incorporación de la dirección por valores en todos los órganos de dirección del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Responsable:

Dirección Gerencia del SES

Indicadores de Evaluación:

1.- Nº de actividades docentes referidas al área de comunicación, humanización y calidad relacional, incluidas en los Planes y Programas formativos dirigidos a los profesionales del SSPE.

Fuentes de Información: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Nº de talleres de habilidades de comunicación realizados en los centros sanitarios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

Objetivo 16:

Favorecer un entorno que posibilite la atención y la comunicación adecuadas entre los profesionales y los usuarios/pacientes del SSPE.

Líneas de Actuación:

16.1.- Adecuación de los recursos humanos del SSPE que permita la dedicación de un tiempo razonable a la atención de los usuarios/pacientes.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

16.2.- Incorporación de nuevas tecnologías, que permitan disminuir la carga burocrática de los profesionales del SSPE (sistemas de información, telemedicina, receta de crónicos y electrónica, etc.).

Responsable:

Dirección Gerencia del SES

16.3.- Impulso de los Consejos de Salud de Zona y de los Consejos de Salud de Área.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

16.4.- Impulso de los diferentes órganos de participación de los centros y servicios del SSPE.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

16.5.- Establecimiento de espacios adecuados para que la comunicación entre los profesionales y pacientes y/o sus familiares, se pueda llevar a cabo con normalidad y privacidad.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

16.6.- Elaboración de encuestas a profesionales, que permitan valorar e informar posibles medidas de mejora relacionadas, entre otros aspectos, con la satisfacción de los mismos.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

16.7.- Difusión y distribución, entre los profesionales del SSPE, de las estrategias para la prevención de agresiones a los mismos.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

16.8.- Regulación general del régimen de visitas y acompañamiento a nivel hospitalario en Extremadura, asegurando el respeto a la voluntad y a las necesidades del usuario/paciente.

Responsables:

Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Ratio de profesionales por número de usuarios/pacientes.

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Nuevas tecnologías disponibles que permitan disminuir la carga burocrática (sistemas de información, telemedicina, receta de crónicos y electrónica etc.).

Fuentes de Información: Dirección Gerencia del SES. Gerencias de las Áreas de Salud

3.- Nº. de Consejos de Salud de Zona y de Área constituidos y en funcionamiento.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

4.- Funcionamiento efectivo de los órganos de participación de los centros y servicios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

5.- Espacios creados con la finalidad de permitir la adecuada comunicación y privacidad entre profesionales y pacientes y/o familiares en los centros hospitalarios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

6.- Existencia o no de encuestas a profesionales del SSPE.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

7.- Grado de distribución, entre los profesionales del SSPE, de las estrategias para la prevención de agresiones a los mismos.

Fuentes de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección Gerencia del SES

8.- Existencia o no de regulación general del régimen de visitas y acompañamiento en los centros del SSPE.

Fuente de Información: Dirección Gerencia del SES

Capítulo V: Objetivos y Líneas de Actuación

4º EJE ESTRATÉGICO:

**Infraestructura
y hostelería**

*“Las palabras han de ser
prendas de las obras,
y así han de tener el valor”.*

Baltasar Gracián

4º EJE ESTRATÉGICO:

Infraestructura y hostelería

Objetivo General del 4º Eje

Aumentar el grado de satisfacción derivado de la percepción objetiva que los usuarios del SSPE tienen de todo aquello que rodea a la atención sanitaria, mediante la mejora continua de las infraestructuras de los centros sanitarios y de la hostelería hospitalaria.

Uno de los componentes que contribuyen a conformar la percepción de los ciudadanos respecto a la atención sanitaria que reciben del Sistema Sanitario Público de Extremadura, no menos importante que la propia resolución de sus necesidades o problemas de salud, lo constituye todo aquello que rodea a la propia atención sanitaria: existencia o no de barreras arquitectónicas, una señalización adecuada de los servicios, unas infraestructuras con un buen mantenimiento, la posibilidad de elegir el menú, unas instalaciones capaces de ofertar confort a los usuarios, etc.

La eliminación de las barreras arquitectónicas supone una obligación y una necesidad que lleva a cabo, sistemáticamente, la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura, pero que precisa ser mantenida en el tiempo para ofertar la mejor solución en cada momento.

La señalización adecuada de los servicios sanitarios, la ubicación de un hospital, un centro de atención primaria, las unidades de los diferentes recursos sanitarios, suponen un elemento más en la mejora de la organización sanitaria, un elemento de seguridad y, en muchas ocasiones, un factor determinante en la humanización de la atención sanitaria.

Un buen mantenimiento de las infraestructuras resulta una estrategia imprescindible a la hora de prestar una atención de calidad.

En aras de evitar la masificación y la espera de los usuarios y familiares en las salas de los centros sanitarios habilitadas para tal efecto, el PHAS propugna la generalización de la citación horaria.

Aspectos como la posibilidad de elegir el menú en el caso de los pacientes hospitalizados, o el facilitar que puedan beneficiarse del mismo sus acompañantes, representan ejemplos en el Sistema Sanitario Público de Extremadura que, tratando bien la enfermedad, pretende en todo momento cuidar lo mejor posible al paciente, acompañantes o familiares, como parte integral de la persona y de los cuidados que a ella se prestan (atención holística).

En el terreno de la mejora del confort de los usuarios del SSPE, el Plan de Humanización aboga por el mantenimiento de acciones y la implantación de otras nuevas que van desde la generalización de la habitación individual en todos los hospitales del SES, hasta la habilitación de ciberespacios multifuncionales y ciberaulas en sus centros hospitalarios, pasando por la mejora estandarizada de todos los servicios de urgencias de los hospitales, la implantación progresiva de las residencias para familiares de enfermos ingresados o la incorporación en los centros sanitarios de espacios específicamente diseñados para los niños. Todos los centros sanitarios deben asumir el confort de los pacientes y acompañantes como una función en sí mismo.

Corresponde a cada centro la identificación, la concreción y el desarrollo de las líneas de actuación, en aras a generar, de forma progresiva, una cultura de mejora continua que involucre a los distintos profesionales en su ejecución.

Objetivo 17:

Eliminar las barreras arquitectónicas y sensoriales, y mejorar la accesibilidad física de los centros y servicios sanitarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Líneas de Actuación:

17.1.- Realización de un estudio para la identificación y eliminación de barreras arquitectónicas y la mejora de accesos de los centros hospitalarios y de atención primaria, especialmente para personas con algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial, promovido por cada una de las Gerencias de las Áreas de Salud.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

17.2.- Eliminación de todas las barreras arquitectónicas y mejora de los accesos y del entorno de los centros hospitalarios y de atención de primaria, de conformidad con el estudio realizado.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

17.3.- Mantenimiento, evaluación y actualización continua del Programa de señalización para los centros sanitarios del Servicio Extremeño de Salud, incluida la señalización en las vías públicas.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

17.4.- Adecuación del horario de visitas a los centros hospitalarios del Servicio Extremeño de Salud. Cada hospital, en función de su práctica asistencial y estructura, podrá facilitar la ampliación del horario de visitas.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

17.5.- Sistema de citación horaria previa, tanto en atención primaria como en los centros hospitalarios (ver Línea de Actuación 6.1).

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

17.6.- Mejora continua de la accesibilidad y de la eficiencia en los servicios de urgencias hospitalarios, mediante la implantación de un modelo de gestión del paciente que incluya el triage estructurado (clasificación y priorización de los pacientes según criterios de gravedad clínica), el control del proceso asistencial y el control de calidad, como estrategia de mejora de la calidad y satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Realización del estudio para la identificación y eliminación de barreras arquitectónicas y mejora de accesos, ambientales y del entorno de los centros.

Fuente de Información: Secretaría General del SES

2.- Acciones de eliminación de barreras arquitectónicas y de mejora de acceso y entorno de los centros sanitarios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

3.- Evaluación del Programa de señalización de centros sanitarios del SES.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

4.- Grado de satisfacción de los usuarios con el horario de visitas a pacientes hospitalizados.

Fuente de Información: Encuesta de Satisfacción de Usuarios del SES

5.- Porcentaje de centros con citación previa.

Fuente de Información: Sistemas de Información del SSPE

6.- Porcentaje de servicios de urgencias hospitalarios con número considerable de pacientes, que cuentan con el triage estructurado.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

Objetivo 18:

Incrementar el confort de los ciudadanos mediante mejoras continuas y adecuación de las infraestructuras y los recursos humanos del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Líneas de Actuación:

18.1.- Culminación del programa de oferta de habitaciones individuales en todos los centros hospitalarios del Servicio Extremeño de Salud.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.2.- Implantación y potenciación en los servicios de atención al usuario (SAU) de todos los centros hospitalarios, de medidas encaminadas a mejorar el confort de los pacientes y acompañantes, haciendo especial hincapié en el seguimiento in situ de los mismos. Estas medidas se realizarán en coordinación con el personal de enfermería encargado del cuidado del paciente.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.3.- Desarrollo de una estrategia de mejora estandarizada de todos los servicios de urgencias de los hospitales de la red del Servicio Extremeño de Salud, dirigida de forma prioritaria a la recepción, información y salas de espera, para lograr un mayor confort y grado de atención de los pacientes y familiares.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.4.- Implantación progresiva de las residencias para familiares de enfermos ingresados en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura o, en su defecto, en centros habilitados, de conformidad con los requisitos de necesidad.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.5.- Incorporación en los planes funcionales de los nuevos Centros de Salud, de espacios específicamente diseñados para los niños.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.6.- Dotación de ciberespacios multifuncionales y ciberaulas en los centros hospitalarios del Servicio Extremeño de Salud, de uso gratuito para pacientes.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.7.- Disponibilidad de bibliotecas para pacientes, que contarán con un servicio de préstamo de libros y revistas por las plantas de hospitalización para pacientes encamados.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.8.- Dotación y disponibilidad de uso de servicios de televisión y acceso a internet gratuitos, así como recepción de llamadas telefónicas en las habitaciones de los pacientes, en todos los centros hospitalarios del SSPE.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.9.- Disponibilidad del servicio de barbería y peluquería gratuitos para la atención a pacientes ingresados en todos los centros hospitalarios del SSPE.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.10.- Adecuación y adaptación de los espacios físicos para asegurar una muerte digna, y un duelo en las mejores condiciones de intimidad y confort a los familiares, en todos los centros hospitalarios del SSPE.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.11.- Creación y/o reformas para la adecuación de las salas de estar comunes (enfermos y acompañantes) en todas las plantas de los centros hospitalarios del SSPE.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

18.12.- Implantación de estrategias dirigidas a la mejora del confort del acompañante del paciente ingresado en los centros hospitalarios del SES: uso de aseos, habilitación del sofá/cama o cama del acompañante, acceso al menú del centro (situaciones especiales), etcétera.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Estado del Programa de oferta de habitaciones individuales en los centros hospitalarios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Número de medidas dirigidas a la mejora del confort del paciente y acompañantes, llevadas a cabo por el personal de enfermería encargado del paciente y del SAU, realizadas.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

3.- Evaluación de la estrategia de mejora estandarizada de los servicios de urgencias hospitalarios.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

4.- Evaluación de la oferta de plazas para familiares de enfermos ingresados concertadas o en residencias para familiares.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

5.- Nº de espacios diseñados para niños que han sido incorporados a los planes funcionales de los nuevos centros de salud.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

6.- Existencia de ciberespacios multifuncionales y ciberaulas en los centros hospitalarios del SES.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

7.- Existencia de bibliotecas para pacientes ingresados en todos los centros hospitalarios del SES.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

8.- Disponibilidad de servicios de televisión y recepción de llamadas telefónicas en las habitaciones de pacientes de los centros hospitalarios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

9.- Disponibilidad de servicios de barbería y peluquería gratuita para pacientes de los centros hospitalarios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

10.- Nº de adaptaciones y reformas realizadas en zonas de duelo y tanatorios de todos los hospitales del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

11.- Nº de salas de estar comunes en las plantas de los centros hospitalarios del SSPE, creadas, reformadas y/o adaptadas.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

Objetivo 19:

Mejorar las condiciones y las prestaciones de los servicios hosteleros de los centros hospitalarios a pacientes y sus acompañantes.

Líneas de Actuación:

19.1.- Oferta a los pacientes ingresados en todos los centros hospitalarios del SSPE de la elección del menú, facilitándose información sobre las dietas más aconsejables que favorezcan la salud del usuario y la promoción de estilos de vida saludables, así mismo la elección de menú se ofrecerá a los colectivos con dietas especiales y/o terapéuticas.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

19.2.- Implantación del menú al acompañante del paciente hospitalizado, en situaciones especiales, en todos los centros hospitalarios del SSPE.

Responsable:

Gerencias de las Áreas de Salud

19.3.- Consolidación de la oferta de pisos de residencia temporal, a los acompañantes de los enfermos desplazados para su asistencia sanitaria a centros hospitalarios o de especialidades fuera de Extremadura, en el marco del Programa Compañía.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

19.4.- Consolidación de la oferta del Proyecto Mariposas, dirigida a pacientes que han finalizado el tratamiento oncológico, o con procesos dolorosos y/o estresantes similares.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

19.5.- En todos los centros hospitalarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, se ofrecerá la atención escolar al niño hospitalizado y el acceso telemático al centro escolar de referencia.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia

Consejería de Educación

Gerencias de las Áreas de Salud

Indicadores de Evaluación:

1.- Estado de la oferta de menú a los pacientes ingresados en todos los centros hospitalarios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

2.- Estado de la oferta de menú al acompañante del enfermo ingresado en todos los centros hospitalarios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

3.- Estado de la oferta de pisos para residencia temporal a los acompañantes de enfermos desplazados fuera de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Fuentes de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección Gerencia del SES

4.- Estado de la oferta del Proyecto Mariposas.

Fuentes de Información: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección Gerencia del SES

5.- Estado de la oferta de atención escolar a los niños ingresados en los centros hospitalarios del SSPE.

Fuente de Información: Gerencias de las Áreas de Salud

Capítulo V: Objetivos y Líneas de Actuación

5º EJE ESTRATÉGICO:

Implicación y participación ciudadana

*“A lo largo del proceso de toma
de decisiones colectivas, cada ciudadano
debe tener una oportunidad adecuada e igual
para expresar sus preferencias
respecto al resultado final”*

R. Dahl

5º EJE ESTRATÉGICO:

Implicación y participación ciudadana

Objetivo General del 5º Eje

Fomentar la implicación y participación ciudadana en Sanidad y Salud.

La humanización de la atención sanitaria no es posible sin la participación del ciudadano/usuario/paciente en la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y en la protección y promoción de la Salud colectiva e individual.

Sanidad y Salud no son términos sinónimos, aunque sí relacionados. Constitucionalmente se reconoce el derecho a la protección de la Salud, considerada como un bien en sí mismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado de bienestar biológico, físico, psíquico y social. Para su consecución es necesaria una implicación activa tanto de los individuos como de la sociedad en general, y por ello de las Instituciones y Administraciones Públicas, configurándose la Sanidad como el conjunto de servicios dispuesto por aquéllas para hacer efectivo este derecho a preservar la Salud.

La participación ciudadana se articula como uno de los elementos clave en las democracias actuales, y es una parte esencial en el desarrollo de los sistemas de salud.

Las últimas décadas han traído consigo profundos cambios y transformaciones sociales a todos los niveles. Ante esta perspectiva, los sistemas sanitarios deben adaptarse a las nuevas demandas planteadas por los ciudadanos. Los sujetos se han convertido en ejes fundamentales de la atención sanitaria, pasando de ser meros espectadores a erigirse en actores principales, decisores en lo que atañe a su salud.

La adaptación requerida hace necesaria una implicación plena de la ciudadanía con el sistema, en este caso con el Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE), al tiempo que desde el mismo se reconoce la encomiable labor que, en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, realizan colectivos y asociaciones en pro de la salud de la población.

En este marco, la información a los ciudadanos aparece como una herramienta básica, puesto que posibilitará un aumento del conocimiento sobre el propio sistema, así como una mejora de su participación, sintiéndose por ello parte efectiva del mismo.

La respuesta de los servicios sanitarios pasa tanto por hacer de los individuos componentes legitimadores del propio sistema, como por fomentar el desarrollo de la *ciudadanía sanitaria*: la conversión de los ciudadanos en participantes activos –no sólo en aquellas situaciones que les atañen de forma directa, cuando requieren atención sanitaria–, sino también como piezas básicas en el engranaje que mueve al sistema en su conjunto.

Los gestores deben poner al servicio de los ciudadanos los medios precisos para contribuir a su implicación efectiva y al despliegue de sus derechos y obligaciones en materia sanitaria.

Objetivo 20:

Implementar los medios necesarios para facilitar información sanitaria a los ciudadanos.

Líneas de Actuación:

20.1.- Establecimiento en los centros, servicios y establecimientos sanitarios de espacios informativos para la exposición de contenidos de interés ciudadano en materia sanitaria.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

20.2.- Desarrollo de los contenidos de interés ciudadano en materia de Sanidad y Salud para su posterior divulgación.

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

20.3.- Disponibilidad de un registro telemático de asociaciones, entidades y organizaciones relacionadas con la atención y el sistema sanitarios en Extremadura.

Responsable:

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

20.4.- Creación de la sección de registro telemático, responsables de la difusión e información de las actuaciones desarrolladas por las asociaciones, entidades y organizaciones inscritas en el mencionado registro.

Responsable:

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

20.5.- Fomento de las actividades desarrolladas por las asociaciones y grupos de ayuda mutua relacionados con la Salud, en el ámbito del SSPE.

Responsable:

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

Indicadores de evaluación:

1.- Existencia de espacios informativos en centros sanitarios.

Fuente de información: Sistemas de información del SSPE

2.- Existencia y divulgación de contenidos de interés ciudadano.

Fuente de información: Consejería de Sanidad y Dependencia

3.- Existencia del registro.

Fuente de información: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

4.- Existencia de la sección de registro telemático de asociaciones.

Fuente de información: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

5.- Actividades de colaboración realizadas.

Fuente de información: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

Objetivo 21:

Promover el desarrollo de la ciudadanía para la salud, a través de su participación efectiva en los órganos establecidos al efecto.

Líneas de Actuación:

21.1.- Consolidación de los órganos consultivos del Sistema Sanitario Público de Extremadura que cuentan con participación social (Consejo Extremeño de Salud, Consejo Científico Asesor del SSPE y otros Consejos consultivos y/o asesores).

Responsable:

Consejería de Sanidad y Dependencia

21.2.- Impulso de las actuaciones de los órganos de consulta y participación existentes en las distintas áreas y zonas de salud del SSPE (Consejos de Salud de Área, Consejos de Salud de Zona).

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

21.3.- Creación en cada uno de los hospitales del SSPE, de un órgano colegiado de participación comunitaria para asesoramiento y consulta en materia asistencial.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las Áreas de Salud

21.4.- Colaboración del SSPE con otras instituciones públicas, en órganos de participación, para la mejora de la salud de los ciudadanos.

Responsables:

Consejería de Sanidad y Dependencia
Corporaciones Locales / Mancomunidades

Indicadores de evaluación:

1.- Seguimiento de la evolución de actividades realizadas para consolidar los órganos consultivos del SSPE.

Fuente de información: Sistemas de información del SSPE

2.- Seguimiento de la evolución de actividades realizadas por los órganos de participación, en las áreas y zonas del SSPE.

Fuente de información: Sistemas de información del SSPE

3.- Número de Consejos de Participación Comunitaria creados en los hospitales del SSPE.

Fuente de información: Sistemas de información del SSPE

4.- Actuaciones de colaboración realizadas por el SSPE con otras instituciones.

Fuente de información: Sistemas de información del SSPE

Capítulo VI: Seguimiento y Evaluación



*“El cultivo de la memoria es tan necesario
como el alimento para el cuerpo”*

Cicerón

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013, establece el seguimiento y la evaluación de los objetivos planteados y de las líneas de actuación priorizadas para la consecución de los mismos.

A tal efecto, todos los objetivos y líneas de actuación enunciados tienen asignados responsables e indicadores de evaluación, con sus correspondientes fuentes mínimas de información.

El desarrollo del PHAS, incluye el seguimiento continuado del mismo, como uno de sus instrumentos clave, que generará información de los procesos previstos y de los resultados alcanzados durante su periodo de vigencia, lo que permitirá convertirlo en un instrumento de gestión actualizado y dinámico durante próximos siete años.

La Consejería de Sanidad y Dependencia efectuará de forma coordinada con las unidades administrativas implicadas, el seguimiento del PHAS 2007-2013, a través de su Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias y de la Oficina del Plan de Salud de Extremadura, que será la encargada de llevar a cabo el seguimiento y la evaluación del mismo, contando para ello con el apoyo de las Comisiones de Humanización de Área.

La Oficina del Plan de Salud llevará a cabo el seguimiento de la puesta en marcha y el grado de desarrollo de las actuaciones previstas, sobre la base de los indicadores establecidos y de aquellos otros que puedan determinarse en aras de dar una respuesta adecuada a las necesidades del momento.

El proceso de seguimiento permitirá, junto al establecimiento de los mecanismos correctores oportunos, disponer de un *feedback* fundamental para lograr la implicación de todos los sectores que intervienen en la ejecución del PHAS.

Tras la finalización del periodo de vigencia del Plan, la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Dependencia efectuará la evaluación final del mismo. La misma, abarcará la ejecución, efectividad y pertinencia del Plan, así como los resultados obtenidos en relación con las actuaciones propuestas para alcanzar los objetivos y líneas de actuación que en él se determinan.



Capítulo VII: Financiación

*“Los esfuerzos individuales
aportan el progreso general”*

Rubén Darío

7. FINANCIACIÓN

Compete a la Administración Sanitaria el formular las políticas y estrategias más oportunas en relación a garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos.

En el marco de la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Extremadura, el Plan de Salud de Extremadura propugna un Sistema Nacional de Salud (SNS) de cobertura universal y con prestaciones debidamente definidas, que contemple además del marco del aseguramiento único, el diseño de un modelo de financiación pública que garantice la estabilidad financiera para prestar la asistencia establecida, la compatibilidad con la capacidad económica del país, la corresponsabilidad en su control de los diferentes agentes de gasto, y la corrección de las disfunciones detectadas en el modelo de financiación actual. La Comunidad Autónoma de Extremadura cuenta con un Sistema Sanitario de financiación pública y cobertura prácticamente universal, en el que prevalece la equidad y la eficiencia, a través de la mejora del estado de salud individual y colectivo.

La misión del Sistema Sanitario Público de Extremadura estará dirigida hacia la prestación de una atención sanitaria integral a todos los ciudadanos extremeños, ofertando servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos, e impulsando la participación y motivación de sus profesionales.

En relación con la financiación del mismo, el *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008* propugna una separación de las funciones de autoridad (financiación y aseguramiento) de las de gestión y provisión de servicios. Ello permitirá aumentar la responsabilidad compartida entre los diferentes actores del Sistema Sanitario Público de Extremadura, potenciar la descentralización hacia las Áreas de Salud y ejercer la autonomía de gestión del Servicio Extremeño de Salud y el resto de proveedores.

El Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura se formula con un horizonte temporal situado en el año 2013; está orientado a la mejor atención a los ciudadanos, en base a la calidad relacional y el confort de las infraestructuras y contempla una evaluación basada en el cumplimiento de los objetivos previamente establecidos.

La financiación de las actuaciones previstas en PHAS provendrá fundamentalmente de aquellos organismos de la Administración Pública implicados en el diseño, ejecución o seguimiento de las mismas, a través de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En este sentido resulta evidente, que en la mayoría de los casos, para alcanzar la consecución de los objetivos y líneas de actuación propuestos por el Plan, será necesario vincularlos a la compra de servicios por parte de la Consejería de Sanidad y Dependencia, a través de los Contratos Programa con el Servicio Extremeño de Salud. Así mismo, se requerirá la necesidad de desarrollar otras actuaciones, tanto a nivel de la citada Consejería de Sanidad y Dependencia, de otras Consejerías de la Junta de Extremadura, y entidades representativas de la sociedad extremeña.

Los objetivos y líneas de actuación del Plan, pueden ser clasificados en dos categorías, atendiendo a la generación de su gasto:

a) En un primer grupo figuran los considerados como no generadores de gasto, considerándose que pueden llevarse a cabo con la financiación actual y/o una redistribución de los recursos existentes. También se incluyen aquellos en los que el ahorro potencial estimado por su consecución equilibraría el gasto requerido, aún cuando son clasificados como potenciales incrementadores del consumo de recursos.

b) En un segundo grupo estarían los objetivos y líneas de actuación generadores de gasto, es decir, aquellos cuya ejecución necesitará una inversión adicional, que se contemplará en los proyectos presupuestarios que puedan corresponder.

De los compromisos asumidos en el PHAS 2007-2013, se derivan importantes consecuencias desde el punto de vista estratégico en el ámbito de la humanización, para Sistema Sanitario Público de Extremadura, a través del organismo encargado de la financiación, la Consejería de Sanidad y Dependencia, y su principal proveedor de servicios, el Servicio Extremeño de Salud.



Capítulo VIII: Anexos

8. ANEXOS

8.1. ABREVIATURAS UTILIZADAS

- AFAL:** Asociación Extremeña de Familias afectadas por la Leucemia, Linfomas, Mielomas y Aplasia
- AOEX:** Asociación Oncológica Extremeña
 - AP:** Atención Primaria
 - APS:** Atención Primaria de Salud
 - BOE:** Boletín Oficial del Estado
 - CAE:** Comunidad Autónoma de Extremadura
 - CBS:** Consejería de Bienestar Social
 - CC:** Consejería de Cultura
 - CCAA:** Comunidades Autónomas
- CCU-112:** Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias
 - CD:** Disco Compacto
 - CDM:** Categorías Diagnósticas Mayores
- CEDEX:** Centro de Drogodependencia Extremeño
 - CEDI:** Centro Extremeño de Desarrollo Infantil
 - CES:** Consejo Extremeño de Salud
- CIE 10:** Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª revisión
- CIE 9:** Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión
- CH.:** Complejo Hospitalario
- CHU:** Complejo Hospitalario Universitario
- CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos
- COCEMFE:** Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España
 - COF:** Centro de Orientación Familiar
 - CSC:** Consejería de Sanidad y Consumo
 - CSD:** Consejería de Sanidad y Dependencia
 - D.G.:** Dirección General
 - DOE:** Diario Oficial de Extremadura

- DUE:** Diplomado Universitario en Enfermería
- EAP:** Equipo de Atención Primaria
- EECS:** Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud
- Eps:** Educación para la Salud
- INE:** Instituto Nacional de Estadística
- INSALUD:** Instituto Nacional de la Salud
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONG:** Organización No Gubernamental
- PAC:** Punto de Atención Continuada
- PETS:** Programa Estratégico de Transporte Sanitario Integrado
- PHAS:** Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE
- PICA:** Plan Integral contra el Cáncer de Extremadura
- PID:** Plan Integral sobre Drogas
- PIDA:** Plan Integral sobre Drogas y Adicciones
- PIEC:** Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares
- PLAN MASS:** Plan Marco de Atención Sociosanitaria
- PMEps:** Plan Marco de Educación para la Salud
- PSE:** Plan de Salud de Extremadura
- SAU:** Servicio de Atención al Usuario
- SES:** Servicio Extremeño de Salud
- SNS:** Sistema Nacional de Salud
- SSPE:** Sistema Sanitario Público de Extremadura
- SSP:** Sistema Sanitario Público
- TIC:** Tecnologías de la Información y Comunicación
- UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos
- UE:** Unión Europea
- UEx:** Universidad de Extremadura
- UHD:** Unidades de Hospitalización Domiciliaria
- UME:** Unidades Medicalizadas de Emergencia
- UPP:** Úlceras por Presión

8.2. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez E, Garrido V. Comentarios a la Constitución Europea. Tirant lo Blanch, Valencia, 2004. Vol. II.

Álvarez, R. El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica. Madrid: Díaz de Santos, 1996.

Amezcuca M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enferm Clin*, 2003; 13 (2): 112-117.

Baos V. El médico ante el nuevo paciente informado. *Jano*. 2006;0:61.

Bellón J.M. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *An Sist Sanit Navar*. 2001; 24(supl. 2):7-14.

Consellería de Sanitat. Dirección General para la Atención al Paciente. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana: Consellería Sanitat, 2000.

Consejería de Economía y Trabajo. IV Plan de Actuación de la Comunidad Autónoma de Extremadura para la Prevención de Riesgos Laborales 2004-2007. Junta de Extremadura, 2004.

Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Mérida: Junta de Extremadura, 2005.

Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Mérida: Junta de Extremadura, 2001.

Consejería de Sanidad y Consumo. Encuesta de Salud de Extremadura, 2001.

Consejería de Sanidad y Consumo. Encuesta de Salud de Extremadura, 2005.

Consejería de Sanidad y Consumo. Informe de Salud Pública de Extremadura. Año 2004 Mérida: Junta de Extremadura, 2005.

De la Cuesta C. Investigación cualitativa en el campo de la salud. *Rev. Rol de Enfermería*, 1997; 232:14-16.

Decreto 54/2003, de 22 de abril, por el que se crea el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil. DOE núm. 50, 29 de abril de 2003, p. 6246-6250.

Decreto 96/2004, de 15 de junio; regula la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura. DOE núm. 70, 19 de junio de 2004, p. 7789-7797.

Del Rosal Blasco, B. La humanización de los servicios sanitarios como instrumento de participación ciudadana. En: Conferencia Magistral en los Actos de Presentación de la Carta al Paciente. Valencia; Comunidad Valenciana, 18 mayo 2002.

Delgado JM, Gutiérrez J. (ed.). Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis, 1994.

Fraenkel J, Wallen N. How to design and evaluate research in education. 5ª ed. Toronto: Mc-Graw-Hill-Interamericana, 2000.

Girón M, Bevía B., Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Pública. 2002; 76(5): 561-575.

Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Viviendas. Varios años. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Cuentas Económicas. Contabilidad Regional de España. Varios Años. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por causa de muerte 1980-2001. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2001. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa 2002. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2003. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones Intercensales de Población. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Migraciones. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes. Varios años. Madrid: INE, 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Tasas estandarizadas de mortalidad según causa de muerte 2000. Madrid: INE, 2004.

Iñiguez Rueda. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Aten. Primaria. 1999; 23 (8): 496-502.

Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1988.

Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura. DOE núm.78, 7 de 2005, p. 9787-9792.

Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, DOE núm. 82, 16 de julio de 2005, p.10442-10458.

Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. DOE núm. 76, 3 de julio de 2001, p. 7288-7312. Boletín Oficial del Estado, núm. 177, 25 de julio de 2001, p. 27021-27039.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, 29 de abril de 1986, p. 15207-15227.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 126, 29 de mayo de 2003, p. 20567-20588.

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. BOE núm. 274, 15 de noviembre de 2002, p. 40126-40132.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE número 280, de 22 de noviembre de 2003, p. 41442-41458.

Ley Orgánica 1/1983, de 25 de febrero, del Estatuto de Autonomía de Extremadura. BOE núm. 49, 26 de febrero de 1983, p. 5580-5586.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71, 23 de marzo de 2007, p. 12611-12645.

Losada JL, López-Feal, R. Métodos de investigación en ciencias humanas y sociales. Madrid: Thomson, 2003.

Marqués JV, Osborne R. Sexualidad y Sexismo. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1991.

Merton RK, Fiske M, Kendall PL. The focused interview. New York: The Free Press, 1956.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria, 2004.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.

Morgan, DL. Focus groups as qualitative research. Londres: Sage Publications, 1988.

Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos del Niño. Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 1386 (XIV) de 20 de noviembre de 1959.

Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra: OMS, 1986.

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS, 1998.

Organización Mundial de la Salud. Salud. Salud para Todos en el Siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

Pascual A. Coordinador. Proyecto de Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park: Sage Publications; 1990.

Pi Llorens M. La Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea. Publicaciones de la Universidad de Barcelona, 2001.

Pill J. The Delphi method: Substance, context, a critique and an annotated bibliography. Socio-Econ Plan Sci 1971; 3: 57-71

Poli D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: McGraw-Hill-Interamericana, 1997.

Rabadán R, Ato, M. Técnicas cualitativas para la investigación de mercados. Madrid: Pirámide, 2003.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª ed. Madrid: Espasa Calpe, 2001.

Rossi PH, Freeman HE. Evaluation. A Systematic Approach. Newbury Park: Sage Publications, 1993.

Sexo, Género y Salud. Escenarios de progreso social. Análisis Prospectivos Delphi. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. 2004. Barcelona; p.79.

Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México DF: Pidos, 1988.

Weiss CH. Investigación Evaluativa. México: Trillas, 1991.

Yach D. The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. Social Science and Medicine, 1992; 35 (4): 605-612.

Ferrer Agualeles JL, Brioso Jerez A, Zarallo Barbosa T, Molina Alén E, Muñoz Sanz JJ, González Tovar G et al. Estudio Cualitativo mediante la técnica de grupo focal para evaluar la humanización de la atención sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura. 2007. De próxima aparición.

Ferrer Agualeles JL. Director técnico. Estudio Delphi sobre la Humanización en el Sistema Sanitario Público de Extremadura. Extremadura: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia; 2007. De próxima aparición.

8.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Accesibilidad:

Facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) de organización, económicos, culturales y emocionales. Es la posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita, en suficiente cantidad.

Actividad:

Es el desarrollo de la tarea planificada de los profesionales, en cada uno de los procesos y con todos los medios que intervienen.

Adecuación:

Es la medida en que la atención sanitaria se corresponde con las necesidades del paciente. Adecuado como sinónimo de correcto, conveniente o necesario para la patología concreta que es atendida. Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.

Atención sanitaria integral:

Acciones encaminadas a la mejora del estado de salud de los ciudadanos, que incluyen actividades de promoción y prevención, asistencia, rehabilitación e incorporación social.

Buenas prácticas:

Práctica de trabajo documentada, comprobada y libre de errores, que excede las prácticas operativas actuales conocidas de un determinado entorno de trabajo.

Calidad:

Es la adecuación al uso (Juran, 1950), o el conjunto de características de una entidad que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas de los clientes/usuarios, o la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

Calidad científico-técnica:

Capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en los usuarios. Nivel de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles actualmente.

Cartera de servicios:

Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

Centro sanitario:

Es el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

Cliente:

Denominación utilizada para designar a la persona física o jurídica que compra un producto o recibe un servicio, bien sea para su consumo, para incorporarlo a un proceso productivo, revenderlo, etc. Puede ser sinónimo de usuario, comprador, consumidor.

Competencias:

Características de conocimientos, habilidades y actitudes que las personas tienen, desarrollan y ponen de manifiesto en diversas situaciones reales de trabajo, para el adecuado desempeño de las funciones y responsabilidades que tiene su puesto.

Competencias profesionales:

Conductas y acciones que nos llevan a conseguir los resultados deseados y que buscan la excelencia. Comprenden el conjunto de conocimientos, experiencia técnica, habilidades y actitudes de todos y cada uno de los profesionales que participan en cada proceso asistencial.

Confidencialidad:

Derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto.

Confort:

Aquello que produce bienestar y comodidades.

Confort estructural:

Condiciones materiales que proporcionan bienestar y comodidad a través de factores dependientes de la distribución arquitectónica del edificio, tales como la iluminación, la amplitud de espacios, etc. Aquello que produce bienestar y comodidad por la distribución y el orden de las partes de un edificio.

Consejo de Consumidores y Usuarios:

Es el máximo órgano de representación y consulta de ámbito nacional de los consumidores/usuarios ante la Administración del Estado y organismos de carácter estatal. Se ocupa de todas las consultas que requieran las disposiciones que puedan elaborarse y afecten a los consumidores. Su creación está recogida en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (Ley 26/1984, de 19 de julio, artículo 22 bis) y supone un avance en la protección de los intereses de los consumidores.

Consentimiento informado:

La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud (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).

Continuidad asistencial:

Una visión compartida y continua del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo y que actúan en tiempos distintos, con el objetivo común de aumentar la accesibilidad del ciudadano al sistema.

Control de calidad:

Es la metodología que incluye las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas para comprobar los requisitos de calidad. Consiste en determinar si la calidad de la producción se corresponde con la calidad del diseño. Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia. Tradicionalmente se asocia con la supervisión de los procesos y la inspección de los productos finales. Implica un enfoque de calidad centrado en el producto y no en el cliente, concepción que se rechaza actualmente.

Estrategia

Es un proceso regulable, conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en su momento.

Evaluación:

Fase del proceso de toma de decisiones en la cual se analizan las posibles alternativas. Estimación del valor de las cosas. Examen sistemático de la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos especificados.

Garantía:

Una de las dimensiones de la calidad del servicio y del producto. Es la promesa temporal de la organización de que su producto/servicio servirá o se adecuará a lo que el cliente/usuario demanda. Para las organizaciones de servicios la garantía presenta ciertas dificultades, porque los servicios se consumen a la vez que se van creando y su evaluación es totalmente subjetiva. La garantía de calidad es sinónimo de aseguramiento de la calidad y comprende el conjunto de acciones planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicio va a cumplir los requisitos de calidad exigidos. Incluye el conjunto de actividades realizadas por la empresa, dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del consumidor.

Grupos focales:

También llamados Grupos de discusión. Korman define un grupo focal como: “una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación”. El punto característico que distingue a los grupos focales de otras técnicas similares es la participación dirigida y consciente, y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes.

Grupos nominales:

A los individuos se les presenta un problema y cada uno llega a una solución de manera independiente, luego las sugerencias se intercambian y se discuten. Después todos escogen por medio de voto secreto las mejores ideas. Es, en esencia, similar a la Lluvia de Ideas y a la Técnica Delphi, pero mucho más estructurada. Es también conveniente cuando se necesita la solución de problemas especializados que requieren algún grado de investigación. El grupo nominal está formado por 10 a 15 personas, participando cada una de ellas y llegando a un consenso tras la generación, presentación y discusión de las ideas.

Historia clínica:

Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Hostelería:

Conjunto de servicios que proporcionan alojamiento y comida a los huéspedes y viajeros mediante compensación económica.

Humanizar:

Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo.

Humanización:

La acción y efecto de humanizar o humanizarse, hacer algo benigno, humano, aportando sensibilidad, compasión, nobleza, cortesía, indulgencia, cordialidad, consideración etc. La obtención de una óptima relación interpersonal.

Humanización de la atención sanitaria:

Aglutinando todas las definiciones dadas por los directivos del SSPE, se ha obtenido como definición común, el que la humanización de la atención sanitaria equivale a “la existencia de un respeto mutuo entre usuarios y profesionales, donde prevalece la atención personalizada e integral sobre el problema sanitario; una relación en la que ambos actores son conocedores del sistema y del papel que juega cada uno en el proceso asistencial”.

Igualdad:

Principio que reconoce a todos los ciudadanos capacidad para los mismos derechos.

Organización:

Es la compañía, sociedad civil o mercantil, firma, empresa o institución, de carácter público o privado, jurídicamente constituida, que tiene su propia estructura funcional y administrativa. Se dedican a la compra de bienes y servicios para incorporarlos al proceso de producción, consumirlos o revenderlos. Pueden ser de cinco tipos: a) Empresas y cooperativas agrícolas, ganaderas o pesqueras, b) industrias, c) revendedores, d) administraciones públicas y empresas y e) otras instituciones de servicios.

Paciente:

Organización (persona, familia, grupo, vecindad, sociedad, población objetivo) que recibe atención sanitaria.

Participación:

Las opiniones de los ciudadanos en la toma de decisiones en temas relacionados con su salud; y de los profesionales en temas que afecten a la organización.

Plan de calidad:

Es un documento que establece las prácticas específicas, las normas, las técnicas, los recursos y la secuencia de actividades para un producto o servicio, de forma que se favorezca o facilite la mejora de la calidad.

Plan estratégico:

Plan que se utiliza para dar la orientación de la organización en un periodo de tiempo, de forma que suele estar formado por un conjunto de decisiones de gestión que se centran en lo que hará la empresa para alcanzar el éxito y la forma en que lo hará.

Planificación:

Es el proceso de establecer los objetivos y de diseñar las estrategias para tratar de alcanzarlos. Es posible hacer planificación a corto plazo, lo que recibe el nombre de planificación táctica u operativa, mientras que la planificación a largo plazo es denominada planificación estratégica.

Política de la organización:

Es el plan de actuación que debe seguirse para la evaluación y decisión respecto a una situación determinada o los posibles fallos o problemas que surjan, de modo que se facilite el alcance de los objetivos previstos.

Política de la calidad:

Comprende un conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad, expresados formalmente por la Dirección; son pues, los principios generales que guían la actuación de una organización. Forma parte de la política general de la empresa, aprobada por los órganos directivos y está constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.

Puérpera:

Mujer recién parida.

Satisfacción del consumidor/usuario:

La satisfacción del usuario es un objetivo prioritario de las empresas de todo tipo pero, sobre todo, de las de servicios, pues no poseen un producto tangible y su objetivo es producir un servicio, que únicamente se podrá valorar en función de su aceptación por parte del usuario. La satisfacción está relacionada positivamente con la calidad percibida, pero también con la discrepancia entre las expectativas de los usuarios y su valoración de la ejecución real.

Servicio Extremeño de Salud:

Organismo autónomo de carácter administrativo, cuyo fin es ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que le encomiende la Administración de la Comunidad de Extremadura.

Sistema Sanitario Público de Extremadura:

Conjunto de recursos, de actividades y de prestaciones que, conforme al Plan de Salud de Extremadura, funcionan de forma coordinada y ordenada, siendo desarrollados por organizaciones y personas públicas en el territorio de la Comunidad, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la asistencia sanitaria, la rehabilitación funcional y la reincorporación social del paciente.

Técnica Delphi:

Es una técnica relativamente simple para llegar a un consenso grupal. Se lleva a cabo con un grupo de personas que reciben información de un problema, analizándolo cada una por separado y emitiendo un informe con sus sugerencias. Posteriormente, un orientador resume las sugerencias en un solo documento, presentándolo al grupo para su discusión y aprobación por consenso.

Telemedicina:

Transmisión de imágenes, de actuaciones o intervenciones médicas o quirúrgicas reales, mediante la tecnología de videoconferencia (en tiempo real) o a través de ordenador (en tiempo real, o no).

Transparencia:

Característica de una organización abierta a la sociedad y al ciudadano, que informa, es creíble, y en la que se puede confiar.

Usuario:

Toda persona con domicilio habitual o eventual en Extremadura o, que no teniendo, utilice los servicios sanitarios del SSPE.

Triage:

Es un método para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las necesidades terapéuticas y de los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. Este término se emplea para la selección de pacientes en distintos ámbitos como son en catástrofes, urgencias extrahospitalarias y en las hospitalarias. En cada caso la sistemática de trabajo es diferente.

8.4. PERSONAS Y ENTIDADES PARTICIPANTES

Expertos Consultores

Abad Lluís; Elena
Abaurrea Ortiz, Pilar
Abengózar García-Moreno, Ángel
Agudo Guerrero, Ana María
Alcalá Romero, Manuel
Almeida Sánchez, Mercedes
Alonso Núñez, Vicente
Álvarez Cerezo, María
Aparicio Jabón, Pedro
Arbizu Crespo, Antonio
Arias García, José Vicente
Arias Senso, Adolfo
Arjona Mateos, Carlos
Arnau Carda, Fernando
Artigas García, Rosa
Barroso Gómez, Ángel
Bayo Poleo, Rosario
Becerra Becerra, José Alberto
Belinchón García, Juan C.
Bermejo Muriel, Isabel
Blanco Casallo, Casiano
Borrало Moreno, Marcelino
Bravo Cañadas, Víctor
Bravo Castelló, José
Bureo Dacal, Juan Carlos
Cabanillas Diestro, Carmen
Calvo Chacón, Francisco J.
Calvo Ribollo, Manuela
Campos Guisado, María Nieves
Campos Quintana, Julio
Caro Delgado, Francisco J.
Carrasco Fuentes, M^a Virtudes
Castillo Rodríguez, Josefa
Cebrián Ordiales, Clarencio
Cerca García, José Manuel
Claros Vicario, Pedro A.
Collado Sánchez, Manuel V.
Collado Simón, Pedro
Cordero Torres, Remigio
Corral Muñoz, M^a Isabel
Corral Peñafiel, Jaime
Cortés Mancha, Mercedes
Corvo Mendoza, M^a José
Cruz González, Juan
De Alvarado Gonzalo, Milagrosa
De la Torre Fernández, Jaime
Delgado Corral, Rafael
Delgado González, Oswaldo
Delgado Mateos, Federico
Díaz Díez, Fátima
Duarte Carlos, Carlos
Escudero Mayoral, Juan C.
Escudero Sánchez, Ignacio
Fernández de Ateca, Juan C.
Fernández García-H., Guadalupe
Fernández Lozano, Coronada
Fernández Marín, Ana Marta
Fernández Plasencia, Amalia
Fernández Rodríguez, Francisca
Fernández Tardío, Manuel E.
Ferrera Sánchez, Juan Luis
Filo Muñoz, José Luis
Fontán Vadillo, José
Franco Galán, Amalia
Franco Rubio, Ceciliano
Galán Castaño, Isabel
Gallardo Berrocal, M^a Carmen
García Casquete, Patricia

García Fernández, José
García García, Juan F.
García González, Isabel
García Martín, Noelia
García Muñoz, Félix M.
García Muñoz, Francisco M.
García Ramos, Pedro
García Urra, Fernando
García Vega, Víctor M.
Garrido Léxent, Eulalia
Garrote Sastre, Eladio
Gil Romera, Ana María
Gimeno Ortiz, Alfredo
Gómez, Concepción
Gómez Cerrato, María V.
Gómez Encinas, Jesús
Gómez García, Carlos
Gómez González, Carmen
González Campano, Enrique
González Conde, Gloria
González Corrales, José
González González, Eulogio
González Guerrero, José Luis
González Martos, Luis
Grande Murillo, Ana
Guerrero Martín, Jorge
Gumiel Barragán, Jesús
Hernández Hernández, Manuel
Herranz Bocos, José
Herrera Molina, Emilio
Hidalgo Antequera, José R.
Hidalgo Fernández, Pedro
Higuero García de Gadiana, M^a
Iglesias González, Rafael
Iglesias Sánchez, José M^a
Jiménez González, M^a José
Jiménez Merino, Juan José
Jiménez Rodríguez, Manuel
Jiménez Romano, Ramona
Jiménez Salgado, José A.
León Martínez, Luis E.
Llopis Pérez, Azucena
Lobato Suárez, Andrés
López García, Marco
Lozano Gragera, Isabel M^a
Lozano Samitier, Javier
Luis Mayoral, M^a Carmen
Macarro Olivera, Antonio
Majado Márquez, Begoña
Malpica Castañón, Santiago
Manzano Alonso, Isabel
Marcos Mateos, Carmen
Margallo Fernández, Emilio
Marín Ruiz, Helena
Martín Araujo, Juan Carlos
Martín Iglesias, Joaquín
Martín López, Manuela
Martínez Martínez, M^a Antonia
Melón Pérez, Julio César
Mesonero Rodríguez, Carlos
Molinero San Antonio, Eva María
Montes Salas, Gregorio
Morales Blanco, Pedro
Morales Núñez, M^a Isabel
Moreno García, Inés
Moriche García, Magdalena
Muñoz García, Julia Luisa
Muñoz Godoy, Elisa
Muñoz Núñez, José
Muñoz Ruíz, María
Muñoz Sanz, Juan José
Murillo de la Cueva, Ana Rosas
Muro Castillo, Inmaculada
Nevado Vital, Isidro
Ortíz Cansado, Avelino
Pamo Serrano, Manuel
Pardo Regaña, Bernardino
Paredes García, José María

Paredes Menea, Ángel
Peral Baena, Lidia
Peral Pacheco, Diego
Pérez Avilés, Santiago
Pérez Giraldo, Ciro
Pérez González, Consuelo
Pino Montesino, M^a del Carmen
Porras de Larrinaga, Santiago
Prieto Baltasar, Eugenia
Puente Campos, Julián
Pulido Cordero, Tomás
Ramos Aceitero, Julián M.
Ramos Jiménez, Asunción
Real Hernández, M^a Concepción
Rebosa Domínguez, Fernando
Redondo Fernández, María
Redondo Granado, Rosa María
Robles, Román
Rocafort Gil, Javier
Rodríguez Benitez-Cano, Rafael
Rodríguez Fernández, Isabel
Rodríguez Hernández, Ismael
Rodríguez Llanos, Raquel
Rodríguez Tabares, Juan M.
Rolán Merino, Isabel
Rolo Pache, Andrea
Ruano Sánchez, Ángel
Ruíz Muñoz, Eulalio
Salas Martínez, Jesús
Sánchez Cabrera, Cándido
Sánchez García, José A.
Sánchez Lancho, José A.
Sánchez Montero, Fausto

Sánchez-Porro Parejo, Arturo
Sánchez Rodríguez, M^a José
Sancho Caballero, Gabriel
Santos Velasco, Jesús M^a
Sanz Marca, Antonio
Serrano Reyes, Roberto
Simón Expósito, Miguel
Suárez González, Félix
Suárez Quevedo, Obdulia
Tardío Cordón, Carlos
Tejada Ruíz, Francisco J.
Tejero Cabello, Ana Isabel
Trejo Chacón, M^a Angélica
Tovar García, Isabel M^a
Trejo Balsera, Melchor
Vaca Álvarez, Isabel
Vala Alvez, Isabel M^a
Valencia Mejías, Manuel
Valentín Delgado, José J.
Valverde-Grimaldi G., Álvaro
Valverde Merino, Martín
Vázquez Mateos, Julio
Vela Andrada, Lourdes
Venegas Fito, Cecilio
Vergeles Blanca, José María
Vezuete González, Verónica
Villa Andrada, José María
Villa Mínguez, Dámaso
Villanueva Rebollo, Emilio
Vivas Mata, Matilde
Vizcaíno Jaén, Francisca
Vizcaíno Quintana, Mariano

Participantes en el Estudio Cualitativo para evaluar la Humanización de la Atención Sanitaria en el SSPE

Equipo Investigador

Amador Galván, Manuel
Brioso Jerez, Aurora
Ferrer Aguares, José Luis
González Tovar, Gema

Molina Alén, Estefanía
Muñoz Sanz, Juan José
Tomé Pérez, Yolanda
Zarallo Barbosa, Tomás

Integrantes de los Grupos Focales

Acín Capote, Eduardo
Agúndez Castela, Julia
Aguza Rodríguez, Manuel
Alcalá Romero, Manuel
Alonso Núñez, Vicente
Aparicio Jabón, Pedro
Arbizu Crespo, Antonio
Arias Casares, Elena
Arias García, José Vicente
Arias Senso, Adolfo
Arnau Cordá, Fernando
Barrena Rivero, Antonio
Barrera Serrano, Agustín
Barroso Gómez, Ángel
Bartolomé Martín, Isabel
Benegas Capote, Juan
Borrallo Moreno, Marcelino
Bravo Cañadas, Víctor
Bravo Castelló, José
Bravo Sánchez, Ángel
Broncano García, Manuel
Broncano González, Manuel
Bronet Sinovas, José Ramón
Bureo Dacal, Juan Carlos
Calvo Chacón, Francisco Javier
Calvo Palmero, Juan Manuel

Campos Quintana, Julio
Cancho Gordillo, Mercedes
Carrasco Ramos, Gabriel
Carrasco Solis, Joaquín
Carrero Roldán, Verónica
Carrillo González, Piedad
Carruncho Riola, José Luis
Castañeira Sánchez, Víctor
Cebrián Ordiales, Clarencio J.
Cepeda Simón, María Carmen
Chaparro Salguero, Olga
Cid Llerga, Francisco Ángel
Comellas Nicolás, Manuel
Cordón Cacho, José Ramón
Corisco Martín, Carlos
Corral Peñafiel, Jaime
Crespo Sánchez, José
Cruz González, Juan
Cruz Macías, Antonio
Cuevas Lorite, M^a José
De Alvarado Gonzalo, Milagrosa
De Francisco Enciso, Pilar
De Lemus Pulido, Lorenzo
Delgado Mateos, Federico
Díaz González, Manuel
Doblaré Castellano, Emilio

Domínguez Domínguez, Esther
Domínguez Martínez, Manuel
Dorado Martín, Juan José
Durán Mozo, Florentino
Escudero Mayoral, Juan Carlos
Escudero Sánchez, Ignacio
Estrada Cabeza, Emilio
Fernández Lozano, Coronada
Fernández Segura, José Manuel
Fernández Tardío, Manuel E.
Fernández Toro, José María
Ferrera Fernández, Antonio
Franco Rubio, Ángel
Franco Rubio, Ceciliano
Galán Castaño, Isabel
Galán Galán, Encarna
Gallego Montero, Rosa María
Gallego Torres, Antonio
Gambero Trigo, María José
García Boraita, Alicia
García Castro, María Ángeles
García Díaz, Miguel
García García, África
García García, Juan
García García, Patrocinio
García Hernández, María Teresa
García Mayolín, Nieves
García Muñoz, Félix
García Peña, Francisco Manuel
García Ramos, Pedro
García Rubio, Guadalupe
García Vega, Víctor Manuel
García Verdejo, Juan Ángel
García Vicioso, María del Mar
García Vinuesa, María Isabel
Garrote Sastre, Eladio
Glaver García, Milagros
Gómez Encina, Paloma
Gómez Encinas, Jesús
Gómez García, Carlos
Gómez Martín, Concepción
Gómez Pérez, Javier
González Campano, Enrique
González Conde, Gloria
González González, Eulogio
Gordillo Garrido, Marisa
Gracia Chico, Juan Pedro
Grandal Martín, Manuel
Grande Murillo, Ana
Grijota Manzanedo, Francisco
Halcón Bueno, Belén
Hernández Hierro, Concepción
Hernández Rodríguez, José
Hernández Zapata, Juan Carlos
Herranz Bocos, José
Herrera Molina, Emilio
Herrero Cobos, Víctor M.
Hurtado Fabrique, Manuel
Iglesias Campo, María Soledad
Iglesias González, Rafael Jorge
Iglesias Jiménez, Julián
Iglesias Sánchez, José María
Izquierdo Fuentes, Fernando
Jiménez Matas, Antonio
Jiménez Salgado, José Antonio
Jiménez Rodríguez, Manuel
León Martínez, Luis Enrique
López García, Rosa
López Méndez, Juan
López Palomo, Alberto
Losada Vaquero, María José
Lozano Gragera, Isabel
Lozano Llamazares, Pedro
Lozano Samitier, Javier
Luengo Pérez, Lucía
Luis Mayoral, María del Carmen
Macías Mateos, Catalina
Malpica Castañón, Santiago

Manrique García, Rafael
Marcos Mateos, Carmen
Margallo Fernández, Emilio
Martín Martín, María Antonia
Martín Rodríguez, Ventura
Martínez García, José Antonio
Martínez Mazón, María Teresa
Matsuki Sánchez, Luis
Mejuto Carril, María Jesús
Menaya Zambrano, Mercedes
Mesonero Rodríguez, Carlos
Molinero San Antonio, Eva María
Morales Núñez, María Isabel
Moralo Bejarano, María Ángeles
Moreno Sierra, Juan
Muñoz Godoy, Elisa
Muñoz Salas, Juan Antonio
Negueruela Sainz, María José
Nieto Gómez, María Luisa
Ortiz Cansado, Avelino
Ovejero Mendo, Tomás
Pajuelo Morán, José Manuel
Palomo Cobo, Luis
Pamo Serrano, Manuel
Paredes Menea, Angel
Parro Sánchez, Andrés
Peral Baena, Lidia
Pérez García, Blanca
Pérez González, Consuelo
Pérez Palomo, Julián
Pilar Jiménez, Isabel
Porras de Larrinaga, Santiago
Prieto Baltasar, María Eugenia
Prieto Baltasar, María Eugenia
Puente Ramos, Julián
Puerto Pino, Presentación
Ramos Jerez, Francisca
Ramos Jiménez, Asunción
Rayego Gil, Alejandro

Rayego Gil, Alejandro
Requejo Cepeda, Inmaculada
Rey Borrella, Juan José
Rivera Domínguez, Dulce
Robledo González, Fátima
Rocafort Gil, Javier
Rodríguez Benítez-Cano, Rafael
Rodríguez Hernández, Ismael
Rodríguez Llanos, Raquel
Rodríguez Prieto, Enrique
Román Gutiérrez, Francisco
Romero Frieros, Juan
Roncero Pascual, Jerónimo
Ruíz Cornejo, Carmen Moreno
Ruíz Moreno, María Pilar
Ruíz Sanz, Miguel Angel
Salas Martínez, Jesús
San Juan Ferrer, Alfredo
Sánchez Acedo, Valentina
Sánchez Cabrera, Cándido
Sánchez Díaz, Ana
Sánchez Galindo, Adolfo
Sánchez García, José Antonio
Sánchez González, Celestino
Sánchez Valle, Teresa
Sánchez Villa, Nuria
Sánchez-Porro Parejo, Arturo
Sancho Caballero, Gabriel
Sanz Marca, Antonio
Serrano Sandoval, Esteban
Silos Muñoz, José Luís
Simón Expósito, Miguel
Sosa Bejarano, Fernando
Suárez Quevedo, Obdulia
Tejada Merino, María Josefa
Tejero Cabello, Ana Isabel
Valencia Mejías, Manuel
Valentín Delgado, José Julio
Valverde Saiz, Julio

Vázquez Mateos, Julio
Vergeles Blanca, José María
Villa Mínguez, Dámaso

Villanueva Rebollo, Emilio
Vizcaíno Jaén, Francisca

Participantes en el Estudio Delphi sobre la Humanización de la Atención Sanitaria en el SSPE

Equipo Investigador

Amador Galván, Manuel
Brioso Jerez, Aurora
Ferrer Aguares, José Luis
González Tovar, Gema

Molina Alén, Estefanía
Muñoz Sanz, Juan José
Tomé Pérez, Yolanda
Zarallo Barbosa, Tomás

Expertos Participantes

Agúndez Castela, Julia
Almeida Sánchez, Mercedes
Alonso Núñez, Vicente
Arias Corrales, Julián
Ávila Picapiedra, Pedro Daniel
Azabal Vázquez, José María
Balas Rodríguez, Yohana
Barragán Gómez-Coronado, V.
Barrera Serrano, Agustín
Barrios González, Juana
Becerra Becerra, José Alberto
Belinchón García, Francisco
Benítez Sanabria, Antonia
Bernabé Fernández, Isabel
Bueno Jiménez, Cristóbal
Buldon Mateos, María Teresa
Caldito Botello, Teresa
Calle Donoso, Antonia
Calvo Riballo, Manuela
Calvo Tadeo, Isabel

Cercas García, José Manuel
Claros Vicario, Pedro Antonio
Clemente Gómez, María Jesús
Comellas Nicolas, Manuel
Conejero Fernández, Flor
Cordero Torres, Remigio
Corrales Peribanez, Rodrigo
Cruz-Sagredo García, Mercedes
Cuesta Franco, Isabel María
Curro Mendoza, María José
De la Torre Fernández, Jaime
De San Carlos Borja, David
Del Monte González, Tomás
Díaz Alias, Antonio
Díaz Díez, Fátima
Díaz Pérez, Félix
Esperilla Rosco, Manuel
Expósito Cejudo, M^a Carmen
Fernández Fernández, Leandro
Fernández Delgado, Manuel

Fernández Galán, María Castillo
Fernández Pérez, José
Fernández Prieto, Lorenzo
Folgado Cordores, María Peligro
Franco Galán, Amalia
Fuentes Izquierdo, Fernando
Gallardo Martínez, Javier
García García, Juan F.
García Malpartida, Juan F.
García Martín, Noelia
García Ramos, Pedro
García Serrano, Luis
Gómez Cerrato, María Victoria
González Campano, Enrique
González Conde, Gloria
González Flores, Juan Manuel
González Peinado José Aurelio
Guisado Macías, José
Hermosell Barnedo, Antonia
Herrera Molina, Emilio
Hidalgo Antequera, José Ramón
Hurtado Marcos, Encarnación
Jiménez Fernández, Juana
Jiménez Gómez, Humildad
Ledesma Flores, Pedro
López Bote, Nicasio
López Fuentes, Elsa
López-Tercero Díaz-Salazar, R.
Macarro Olivera, Antonio
Macías Martínez, Carlos
Majado Márquez, Begoña
Malpartida Iglesias, Felipa
Manrique García, Rafael
Manzano Alonso, María Isabel
Manzano González, Aurelio
Márquez Sánchez, Pedro
Martín Araujo, Juan Carlos
Martín-Pérez García, Pilar
Mauricio Blanco, Inés María
Mena Miranda, Rafael
Montero Leal, Juan de Dios
Montero Plaza, Marcelino
Murillo de la Cueva, Ana Rosas
Paniagua Paredes, Nuria
Pérez Avilés, Santiago
Pérez Gómez, María del Carmen
Pérez Hernández, Fº Javier
Pinedo González, Mª del Carmen
Porras de Larrinaga, Santiago
Puerto Pica, José María
Pulido Cordero, Tomás
Ramírez López, Ignacio
Robles Alonso, Vicente
Robles Pérez-Monteoliva, Nicolás
Rocafort Gil, Javier
Rodríguez Acosta, Celso
Rodríguez Hernández, Ángeles
Rolo Pache, Andrea
Romero López, María Ángeles
Rubio Martín, Vanesa
Ruiz Cardaba, María Luisa
Ruiz Sánchez, Alicia
Ruiz Vicho, Isabel
Sánchez Cortes, Carmen
Sánchez Díaz, Ana
Sánchez Lancho, José Antonio
Sánchez Martínez, María José
Sánchez Sánchez, Ángel
Santos Donoso, Gema
Sanz Marca, Antonio
Seller Hernández, Pilar
Sequeda González, Manuel
Serrano Reyes, Roberto
Simón Expósito, Miguel
Solo de Zaldívar, María Dolores
Suárez González, Félix
Tejada Merino, Josefa
Tena García, Juan Diego

Torrío Román, Pablo
Trejo Balsera, Melchor
Trejo Simoes, Francisco
Vaca Álvez, Isabel María
Vázquez González, Soledad
Vázquez Pérez, Jesús María
Venegas Fito, Cecilio

Velarde Sánchez, Marina
Vergeles Blanca, José María
Vidal Duran, Laura
Villa Mínguez, Dámaso
Vizcaíno Jaén, Francisca
Vizcaíno Quintana, Mariano

Instituciones

Colegio Oficial de Dentistas de Extremadura
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Badajoz
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Cáceres
Colegio Oficial de Enfermería de Badajoz
Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cáceres
Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Extremadura
Colegio Oficial de Médicos de Badajoz
Colegio Oficial de Médicos de Cáceres
Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura
Comité Autonómico de la Cruz Roja de Extremadura
Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura
Federación de Municipios y Provincias de Extremadura (FEMPEX)
Servicio Extremeño de Salud
Universidad de Extremadura (Facultad de Medicina)

Sociedades Científicas

Asociación de Cuidados Paliativos y Atención al Paciente Terminal
Asociación en Defensa de la Sanidad Pública
Asociación Extremeña de Informática Sanitaria
Asociación Extremeña de Planificación y Sexualidad
Asociación de Matronas Extremeñas
Asociación Profesional Inspección Servicios Sanitarios Extremadura
Sociedad de Cuidados Paliativos Extremadura
Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria Extremadura

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista en Extremadura
Sociedad Española de Medicina Urgencias y Emergencias de Extremadura
Sociedad Española de Directivos en Salud
Sociedad Extremeña de Cancerología
Sociedad Extremeña de Geriátría y Gerontología
Sociedad Extremeña de Medicina Urgencias y Emergencias
Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Extremeña de Medicina General
Sociedad Extremeña de Medicina Intensiva
Sociedad Extremeña de Medicina Interna
Sociedad Extremeña de Medicina Intensiva y U. Coronarias
Sociedad Médica Extremeña de Admisión y Documentación
Sociedad Oncológica Extremeña
Sociedad Pediatría Atención Primaria Extremadura

Asociaciones y Federaciones de usuarios, pacientes y familiares

Asociación Celíaca de Extremadura
Asociación de Donantes de Sangre de Extremadura
Asociación de Familias Afectadas por Leucemias, Linf., Miel. y Apl. (AFAL)
Asociación de Laringectomizados de Extremadura
Asociación de Padres de Niños Autistas de Badajoz (APNABA)
Asociación de Universidades Populares de Extremadura (AUPEX)
Asociación Defensa Tratamiento Trastornos Alimentarios en Extremadura
Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer (AECC)
Asociación Extremeña contra Fibrosis Quística
Asociación Extremeña contra la Bulimia y la Anorexia
Asociación Extremeña de Enfermos de Huntington
Asociación Extremeña de Pacientes con Espondilitis (AEXPE)
Asociación Extremeña de Padres para la Integración de Badajoz
Asociación Extremeña de Padres para la Integración en Cáceres
Asociación Extremeña Esclerosis Múltiple (AEXEM)
Asociación Extremeña Familiares Enfermos de Alzheimer y Demencias S.
Asociación Fibromialgia Extremadura (AFIBROEX)
Asociación Lucha contra las Enfermedades Renales
Asociación Madres "La Nacencia" para Lactancia Materna
Asociación Oncológica Extremeña (AOEX)
Asociación Padres con Hijos con Hidrocefalia y Espina Bífida (AESBIBA)

Asociación para el Estudio de la Médula Espinal
Asociación para la Donación de Médula Ósea
Asociación para la Lucha contra las Enfermedades Renales (ALCER)
Asociación Regional de Logopedia, Fonatría y Audiología (AREFAL)
Asociación Regional Parkinson Extremadura
Asociación Síndrome Down Extremadura
Comité Ciudadano Antisida de Extremadura (CAEX)
Comité Entidades Representantes Minusválidos Extremadura (CERMIEX)
Federación de Asociaciones de Alcohólicos (FALREX)
Federación de Asociaciones de Diabéticos de Extremadura (FADEX)
Federación de Asociaciones de Minusválidos Físicos Extrem. (COCEMFE)
Federación de Asociaciones Personas Discapacidad Intelectual (FEAPS)
Federación Española de Enfermedades Raras en Extremadura
Federación Extremeña Asociaciones de Parálisis Cerebral (ASPACE)
Federación Extremeña Atención al Drogodependiente (FEXAD)
Federación Extremeña Asociaciones Fam. Enfermos Mentales (FEAFES)
Federación Extremeña de Asociaciones de Sordos (FEXAS)
Federación Extremeña de Deficientes Auditivos (FEDAPAS)
Federación Extremeña de Donantes de Sangre
Federación Regional Extremeña Madres y Padres de Alumnos (FREAPA)
Liga Extremeña de Educación y Cultura Popular
Unión de Consumidores de Extremadura (UCE)

8.5. EVOLUCIÓN Y ESTUDIO COMPARATIVO DEL BARÓMETRO SANITARIO EN ESPAÑA Y EXTREMADURA. 2004-2005-2006

Tabla 19 Áreas consideradas de mayor interés para los ciudadanos.

Áreas de interés	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sanidad</i>	31.40	44.90	31.0	45.7	28.3	35.3
<i>Educación</i>	20.70	21.89	19.8	24.5	18.8	23.9
<i>Vivienda</i>	18.00	13.21	19.5	12.8	20.1	14.9
<i>Pensiones</i>	10.50	7.16	10.6	8.3	9.7	9.4
<i>Seguridad ciudadana</i>	12.40	8.68	9.4	4.9	13.1	8.2
<i>Defensa</i>	1.10	1.51	0.7	1.5	1.2	1.2
<i>Transporte</i>	0.60	0.38	0.6	0.4	0.7	0.4
<i>Servicios sociales</i>			3.6	0.4	4.1	1.6
<i>N.S.</i>	2.90	1.14	3.9	1.5	3.2	4.7
<i>N.C.</i>	0.50		0.8	0.0	0.8	0.4

Tabla 20 Opinión sobre el Sistema Sanitario en España.

Opinión S. Sanitario	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Funciona bastante bien</i>	19.80	21.28	21.3	22.6	19.2	22.0
<i>Fun. bien, necesita cambios</i>	47.10	45.61	47.8	42.3	50.5	48.2
<i>Necesita cambios fundamentales</i>	27.10	28.54	25.0	31.7	25.0	25.5
<i>Esta mal, hay que rehacerlo</i>	5.00	4.57	4.7	3.0	4.4	3.5
<i>N.S.</i>			1.2	0.4	0.8	0.8
<i>N.C.</i>			0.0	0.0	0.1	0.0

Tabla 21

Aumento del uso de los servicios sanitarios públicos (ingresos, consultas, pruebas, etc.) en los últimos diez años.

Aumento del uso de los servicios sanitarios públicos	2005	
	España	CAE
<i>Mucho</i>	19.9	17.0
<i>Bastante</i>	51.9	53.2
<i>Poco</i>	11.5	15.5
<i>Nada</i>	1.1	0.4
<i>N.S.</i>	15.3	14.0
<i>N.C.</i>	0.2	0.0

Tabla 22

Aumento de la oferta a los ciudadanos de los sanitarios públicos en los últimos diez años.

Aumento de la oferta de los servicios sanitarios públicos	2005	
	España	CAE
<i>Mucho</i>	6.8	8.7
<i>Bastante</i>	41.5	55.8
<i>Poco</i>	29.6	23.8
<i>Nada</i>	5.0	0.8
<i>No sabe</i>	16.5	10.6
<i>No contesta</i>	0.5	0.4

Tabla 23 Aspectos de los servicios sanitarios públicos que incrementaría.

Aspectos a incrementar	2005	
	España	CAE
<i>Más plazas hospitalarias</i>	14.4	9.4
<i>Más médicos</i>	15.9	15.1
<i>Más personal sanitario en general</i>	10.0	7.5
<i>Aumento y mejora de especialidades</i>	18.6	24.5
<i>Servicio de Odontología</i>	8.3	1.9
<i>Mejora del funcionamiento de urgencias</i>	7.3	1.9
<i>Mejor atención primaria</i>	11.4	3.8
<i>Mejora en la atención de ancianos</i>	3.9	1.9
<i>Listas de espera quirúrgicas y hospitalarias</i>	20.5	24.5
<i>Listas de espera especialidades y diagnósticos</i>	13.6	5.7
<i>Mejor trato, más tiempo, más información</i>	10.4	22.6
<i>Más medios y servicios en general</i>	12.5	11.3
<i>Más centros</i>	2.8	7.5
<i>Otras respuestas</i>	5.3	0.0

Tabla 24 Libertad de elegir médico general, pediatra, y especialista en la sanidad pública.

Libre elección médico y pediatra	2005	
	España	CAE
<i>De acuerdo</i>	79.2	82.3
<i>En desacuerdo</i>	10.8	14.7
<i>Libre elección de especialista</i>		
<i>De acuerdo</i>	68.6	71.3
<i>En desacuerdo</i>	16.7	24.2

Tabla 25 Satisfacción del funcionamiento del Sistema Sanitario Público.
(Valoración del 1 al 10; 1= Insatisfacción; 10= Muy satisfecho)

Satisfacción del funcionamiento S.S.P.	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Valoración media</i>	6.12	6.16	6.18	6.30	6.23	6.15

Barómetro Sanitario. Atención Primaria

Tabla 26 Asistencia en el último año a una verdadera consulta del médico de cabecera.

Asistencia consulta médico cabecera	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	69.80	76.60	72.8	77.7	71.2	69.0
<i>No</i>	29.60	22.65	26.6	21.9	28.3	30.6
<i>No recuerda</i>	0.40	0.70	0.3	0.4	0.2	0.0
<i>N.C.</i>	0.10	0.00	0.2	0.0	0.3	0.4

Tabla 27 Atención recibida en las consultas de medicina general.

Atención recibida consultas medicina general	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Muy buena</i>	21.00	16.68	19.4	26.8	21.5	24.0
<i>Buena</i>	63.40	66.04	64.8	58.9	62.5	60.4
<i>Regular</i>	13.50	17.27	12.5	13.2	12.7	13.0
<i>Mala</i>	1.40		2.2	1.1	1.7	2.0
<i>Muy mala</i>	0.60		0.5	0.0	1.0	0.0
<i>N.S./N.C.</i>	0.10		0.7	0.0	0.5	0.7

Tabla 28 Atención esperada en las consultas de medicina general.

Atención esperada medicina general	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Mucho mejor de lo esperado</i>	3.50	1.15	2.9	2.6	3.7	3.2
<i>Mejor de lo esperado</i>	23.80	25.28	20.8	22.1	22.0	22.7
<i>Más o menos igual</i>	65.50	66.66	67.1	66.8	65.7	66.2
<i>Peor de lo esperado</i>	5.80	6.91	7.3	6.8	6.5	6.5
<i>Mucho peor de lo esperado</i>	0.80	0.00	0.7	0.5	0.9	0.0
<i>N.S.</i>	0.40	0.00	0.3	0.5	0.2	0.6
<i>N.C.</i>	0.40	0.00	0.9	0.5	1.0	0.7

Tabla 29

Valoración de aspectos de la asistencia en medicina general y pediatría.
(Valoración 1= totalmente insatisfactorio; 10 = totalmente satisfecho)

Valoración asistencia sanitaria	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>La cercanía de los centros</i>	7.80	7.92	7.62	7.59	7.68	7.54
<i>El horario de atención</i>	7.20	7.54	7.13	7.50	7.10	7.04
<i>El trato recibido del personal sanitario</i>	7.40	7.64	7.42	7.95	7.36	7.46
<i>La atención a domicilio por médico y enfermería</i>	7.00	7.46	6.99	7.64	6.94	7.17
<i>El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo</i>	6.50	7.26	6.57	7.24	6.49	6.87
<i>El conocimiento del historial y seguimiento de cada usuario</i>	7.00	7.62	7.04	7.54	6.97	7.14
<i>La facilidad para conseguir cita</i>	6.70	6.30	6.65	6.46	6.63	6.35
<i>La confianza y seguridad que transmite el médico</i>	7.40	7.83	7.45	7.99	7.38	7.60
<i>El tiempo de espera hasta entrar en consulta</i>	5.60	5.29	5.63	5.82	5.58	5.39
<i>Cuando lo necesita, el médico de cabecera le envía a especialista</i>	7.20	7.57	7.14	7.32	7.20	6.98
<i>El equipamiento y medios tecnológicos existentes</i>	6.70	7.35	6.55	6.97	6.71	6.75
<i>La información recibida sobre su problema de salud</i>			7.21	7.82	7.11	7.61
<i>Los consejos médicos: alcohol, alimentación, ejercicio, tabaco</i>			7.14	7.74	7.00	7.15
<i>El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita</i>			6.62	7.19	6.44	6.73

Barómetro Sanitario. Urgencias

Tabla 30 Asistencia a urgencias en centro sanitario público o privado en el último año.

Asistencia a urgencias	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	29.70	29.81	28.9	31.3	29.1	30.6
<i>No</i>	70.30	70.19	71.1	68.7	70.9	69.4

Tabla 31 Acudir a urgencias porque:

Acudir a urgencias	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Usted lo decidió</i>	77.30	77.77	70.5	71.1	74.5	69.0
<i>Le mando su médico de cabecera</i>	12.70	12.99	17.0	20.0	15.4	16.7
<i>Le mandaron de urgencias AP</i>	7.30	7.39	11.2	8.9	7.9	11.9
<i>Le mandó un médico privado</i>	1.50	1.84	0.4	0.0	1.1	2.4
<i>N.C.</i>	1.20	0.00	0.9	0.0	1.1	0.0

Tabla 32 Razón de la iniciativa propia para acudir a urgencias.

Razón iniciativa propia acudir urgencias	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>No coincidía con horario médico cabecera</i>	32.80	59.50	37.3	25.0	39.4	51.8
<i>Donde pasa consulta mi médico no hay urgencias</i>	8.00	2.37	6.1	3.1	5.2	0.0
<i>No conozco las urgencias de AP</i>	2.90	2.37	3.0	0.0	1.7	0.0
<i>En urgencias hospitalarias hay mas medios</i>	37.30	26.23	36.4	59.4	37.9	48.2
<i>La cita con especialista era muy tarde</i>	1.90	0.00	2.3	0.0	2.3	0.0
<i>Estaba fuera de mi residencia habitual</i>	4.10	4.76	2.8	6.3	2.6	0.0
<i>N.C.</i>	13.00	4.76	1.1	0.0	1.4	0.0

Tabla 33 Rapidez en la atención en el servicio de urgencias.

Atención urgencias	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Con mucha rapidez</i>	19.20	26.87	20.0	22.0	20.5	24.3
<i>Con bastante rapidez</i>	46.70	44.90	45.7	47.6	45.4	54.0
<i>Con poca rapidez</i>	21.20	21.82	23.9	23.2	22.4	16.2
<i>Con ninguna rapidez</i>	10.90	5.14	9.2	6.1	10.4	4.1
<i>N.C.</i>	0.30	1.28	0.8	.0	1.0	0.0

Tabla 34 Atención recibida en el servicio de urgencias.

Atención recibida urgencias	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Muy bien</i>	22.60	29.47	20.7	25.6	23.2	17.6
<i>Bien</i>	54.00	48.71	57.9	56.1	53.7	74.3
<i>Regular</i>	16.30	19.26	14.2	15.9	14.4	5.4
<i>Mal</i>	5.40	1.29	3.7	2.4	4.7	2.7
<i>Muy mal</i>			2.7	0.0	2.7	0.0
<i>No recuerda</i>	0.20		0.1	0.0	0.0	0.0
<i>N.C.</i>	1.60	1.28	0.6	0.0	0.9	0.0

Barómetro Sanitario. Consultas de Atención Especializada

Tabla 35 Asistencia a consultas de Atención Especializada.

Asistencia especialista	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	44.70	44.53	45.8	44.5	44.1	37.3
<i>No</i>	55.10	55.47	53.8	55.1	55.8	62.7
<i>No recuerda</i>	0.00	0.00	0.3	0.4	0.1	0.0
<i>N.C.</i>	0.10	0.00	0.1	0.0	0.0	0.0

Tabla 36 Tiempo de espera en las consultas de Atención Especializada.

Tiempo espera cita para especialista	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Hasta 15 días</i>	17.20	7.36	16.5	9.3	18.3	12.1
<i>Hasta 1 mes</i>	17.20	15.80	16.8	16.5	17.9	24.2
<i>Hasta 2 meses</i>	16.10	15.81	17.3	16.5	16.8	16.7
<i>Hasta 3 meses</i>	10.20	12.62	14.2	16.5	13.7	9.1
<i>Hasta 4 meses</i>	4.90	5.29	5.5	7.2	5.1	4.6
<i>Hasta 5 meses</i>	2.70	2.10	2.8	4.1	2.4	3.0
<i>Hasta 6 meses</i>	5.60	8.41	7.1	7.2	7.8	3.0
<i>Mas de 6 meses</i>	5.60	7.34	7.5	8.2	7.7	10.6
<i>N.S.</i>	11.20	17.89	10.8	11.3	8.1	13.6
<i>N.C.</i>	9.30	7.37	1.5	3.1	2.1	3.0

Tabla 37

Valoración de aspectos de las consultas de especialistas de la asistencia especializada de la sanidad pública, independientemente de su uso o no.
(1= totalmente insatisfactorio; 10= totalmente satisfactorio)

Valoración consultas especialista	2004		2005		2006	
	Esp.	CAE	Esp.	CAE	Esp.	CAE
<i>El tiempo dedicado por el médico a cada usuario</i>	5.30	7.43	6.24	6.72	6.23	6.82
<i>El número de especialidades a las que se tiene acceso</i>	7.40	7.83	7.17	7.68	7.31	7.68
<i>El tiempo de espera hasta entrar en consulta</i>	5.30	5.33	5.37	5.18	5.36	5.10
<i>El conocimiento del historial y seguimiento problemas salud usuario</i>	6.40	7.36	6.47	7.04	6.41	6.81
<i>La confianza y seguridad que le transmite el médico</i>	6.90	7.71	6.93	7.57	6.90	7.33
<i>La facilidad para conseguir cita</i>	5.20	5.38	5.27	4.92	5.27	5.22
<i>El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros</i>	7.20	8.12	7.12	7.77	7.20	7.89
<i>El trato recibido del personal sanitario</i>	7.10	7.60	7.11	7.64	7.11	7.55
<i>La información recibida sobre su problema de salud</i>	6.90	7.86	6.98	7.59	6.94	7.62
<i>Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco</i>	6.60	7.15	6.76	7.28	6.78	6.85
<i>El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita</i>	4.70	4.72	4.64	4.39	4.77	4.71
<i>El tiempo que se tarda con las pruebas diagnósticas</i>					4.73	4.98

Tabla 38 Atención recibida en las consultas de Atención Especializada.

Atención recibida especialista	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Muy buena</i>	18.50	18.95	17.2	20.6	19.3	22.7
<i>Buena</i>	61.50	70.52	60.1	53.6	62.3	69.7
<i>Regular</i>	14.40	9.49	16.3	19.6	13.0	4.5
<i>Mala</i>	2.90	1.05	2.8	5.2	2.5	0.0
<i>Muy mala</i>	1.40	0.00	1.5	1.0	1.6	0.0
<i>Depende</i>			1.5	0.0	0.5	1.5
<i>No recuerda</i>			0.0	0.0	0.1	1.5
<i>N.C.</i>	0.30	0.00	0.6	0.0	0.7	0.0

Tabla 39 Atención esperada en las consultas de Atención Especializada.

Atención esperada especialista	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Mucho mejor de lo esperado</i>	4.70	1.06	3.7	4.1	4.7	1.5
<i>Mejor de lo esperado</i>	23.20	34.74	21.8	33.0	24.6	30.3
<i>Más o menos igual</i>	59.90	58.94	58.9	46.4	57.6	60.6
<i>Peor de lo esperado</i>	8.60	4.22	10.9	15.5	8.8	0.0
<i>Mucho peor de lo esperado</i>	1.50	1.05	2.2	0.0	1.8	0.0
<i>En unas mejor, en otras peor</i>			1.1	1.0	0.7	6.1
<i>N.C.</i>	0.40	0.00	1.2	0.0	1.7	1.5

Barómetro Sanitario. Hospital

Tabla 40 Ingreso en hospital público o privado durante el último año.

Ingreso hospitalario	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	9.80	8.30	9.8	9.4	9.5	6.3
<i>No</i>	90.20	91.70	90.0	90.6	90.4	93.7
<i>N.C.</i>	0.00	0.00	0.1	0.0	0.1	0.0

Tabla 41 Último motivo de ingreso en hospital público en el último año.

Motivo ingreso hospitalario	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Una operación</i>	46.10	42.82	48.3	45.5	44.4	40.0
<i>Prueba especial para saber lo que tenía</i>	17.40	9.53	17.2	13.6	18.7	20.0
<i>Tratamiento sólo se podía hacer ingresado</i>	16.60	14.23	14.4	4.5	17.1	6.7
<i>Otras razones</i>	18.40	33.42	18.6	36.4	18.5	33.3
<i>N.C.</i>	1.40	0.00	1.5	0.0	1.3	0.0

Tabla 42 Información del tiempo de espera para operación en un hospital público.

Información tiempo espera operación	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	73.20	88.82	72.6	80.0	76.4	33.4
<i>No</i>	25.30	11.18	23.5	20.0	20.3	66.6
<i>N.S.</i>		0.00	0.4	0.0	0.1	0.0
<i>N.C.</i>	1.50		3.6	0.0	3.1	0.0

Tabla 43

Asistencia prestada en hospitales públicos.
(1= totalmente insatisfactorio; 10= totalmente satisfactorio)

Valoración asistencia hospitalaria	2004		2005		2006	
	Esp.	CAE	Esp.	CAE	Esp.	CAE
<i>Aspecto de la hostelería (comidas, aseos, comodidad habitaciones)</i>	6.40	6.92	6.41	6.85	6.34	6.79
<i>El papeleo para el ingreso</i>	6.00	5.96	6.07	5.85	6.09	5.97
<i>Tiempo de demora para el ingreso no urgente</i>	4.30	4.29	4.25	3.82	4.45	4.26
<i>Los cuidados y atención por personal médico</i>	7.10	7.37	7.25	7.60	7.21	7.48
<i>Los cuidados y atención por personal enfermería</i>	7.20	7.29	7.35	7.66	7.29	7.38
<i>El número de personas que comparten habitación</i>	5.40	4.44	5.47	4.24	5.38	4.30
<i>El trato recibido por personal no sanitario (celadores, limpiadoras, etc.)</i>	6.90	6.52	7.04	7.16	6.99	6.90
<i>El equipamiento y medios tecnológicos de los hospitales</i>	7.70	8.14	7.64	8.10	7.68	7.99
<i>La información recibida sobre la evolución de su problema de salud</i>	7.10	7.62	7.16	7.59	7.12	7.48
<i>Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, etc.</i>	6.70	6.98	7.03	7.37	6.98	7.07

Tabla 44

Asignación de médico responsable en hospital público.

Asignación médico en hospital	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	76.40	71.28	69.6	68.2	73.4	80.0
<i>No</i>	18.10	23.93	21.3	27.3	17.8	13.3
<i>No recuerda</i>	3.90	0.00	7.2	4.5	3.3	0.0
<i>N.C.</i>	1.70	4.79	1.9	0.0	5.5	6.6

Tabla 45 Atención recibida en hospital público.

Atención hospitalaria recibida	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Muy buena</i>	29.20	42.82	34.4	27.3	28.6	6.7
<i>Buena</i>	58.70	38.08	52.1	59.1	54.9	60.0
<i>Regular</i>	7.90	14.32	9.6	13.6	8.1	13.3
<i>Mala</i>	1.60	0.00	1.5	0.0	1.6	6.7
<i>Muy mala</i>	0.90	4.79	0.7	0.0	1.3	6.7
<i>N.C.</i>	1.60	0.00	1.7	0.0	5.6	6.6

Tabla 46 Atención esperada en hospital público.

Atención hospitalaria esperada	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Mucho mejor de lo esperado</i>	9.20	9.57	12.4	4.5	13.4	0.0
<i>Mejor de lo esperado</i>	35.50	33.29	31.1	45.5	33.2	26.7
<i>Más o menos igual</i>	46.70	47.61	47.4	45.5	46.3	60.0
<i>Peor de lo esperado</i>	6.00	9.53	6.4	4.5	3.8	6.6
<i>Mucho peor de lo esperado</i>	0.60	0.00	1.7	0.0	1.2	6.7
<i>N.C.</i>	2.00	0.00	1.0	0.0	2.2	0.0

Barómetro Sanitario. Listas de espera

Tabla 47 Realización de acciones para mejorar las listas de espera.

Realización mejoras listas espera	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	46.40	57.00	46.1	55.8	48.5	51.8
<i>No</i>	30.10	26.79	31.1	26.8	30.1	27.1
<i>N.S.</i>	23.20	16.21	22.5	17.4	21.1	20.4
<i>N.C.</i>	0.30	0.00	0.3	0.0	0.2	0.8

Tabla 48 Listas de espera en el último año.

Listas de espera	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Ha mejorado</i>	24.20	29.08	23.6	34.3	24.4	26.7
<i>Ha empeorado</i>	9.00	9.83	11.6	5.7	9.7	6.3
<i>Sigue igual</i>	49.60	51.30	50.0	53.6	51.2	54.5
<i>N.S.</i>	17.00	9.79	15.1	6.4	14.6	12.6
<i>N.C.</i>	0.20	0.00	0.1	0.0	0.1	0.0

Barómetro Sanitario. Valoración de los Servicios Sanitarios Públicos

Tabla 49 Igualdad de servicios sanitarios públicos en todas las Comunidades Autónomas.

Igualdad servicios en todas las CCAA	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	49.60	63.40	44.4	41.1	46.6	49.0
<i>No</i>	24.20	25.66	28.7	38.5	30.2	30.2
<i>N.S.</i>	25.70	10.94	26.7	26.2	22.9	20.4
<i>N.C.</i>	0.40	0.00	0.2	0.0	0.3	0.4

Tabla 50 Igualdad de servicios sanitarios públicos en zonas rurales y urbanas.

Igualdad servicios en zona rural o ciudad	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	46.40	55.11	42.5	36.2	42.3	51.4
<i>No</i>	36.70	32.06	41.4	56.2	46.1	40.0
<i>N.S.</i>	16.60	12.83	16.0	7.2	11.4	8.2
<i>N.C.</i>	0.30	0.00	0.2	0.4	0.2	0.4

Tabla 51 Igualdad de servicios sanitarios públicos según la edad (joven o anciano).

Igualdad servicios según edad	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	70.50	73.98	66.6	67.2	71.2	67.5
<i>No</i>	17.70	18.86	21.8	26.4	21.8	27.4
<i>N.S.</i>	11.00	7.16	11.3	6.0	6.7	4.7
<i>N.C.</i>	0.70	0.00	0.3	0.4	0.3	0.4

Tabla 52 Igualdad de servicios sanitarios públicos según el nivel social.

Igualdad servicios según nivel social	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	68.60	69.07	61.2	56.2	67.9	56.9
<i>No</i>	18.90	22.65	25.3	35.1	23.6	33.3
<i>N.S.</i>	11.60	8.28	13.1	8.3	8.1	9.4
<i>N.C.</i>	0.90	0.00	0.4	0.4	0.4	0.4

Tabla 53 Información facilitada por los servicios sanitarios públicos.
(1= ninguna información; 10= mucha información)

Valoración información servicios sanitarios	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sobre los servicios que presta</i>	4.80	4.81	4.86	5.00	5.02	4.63
<i>Sobre derechos y vías de reclamación de usuarios</i>	4.10	4.50	4.19	4.43	4.29	4.43
<i>Sobre medidas y leyes adoptadas por la autoridad sanitaria</i>	4.20	4.39	4.26	4.55	4.46	4.47
<i>A través de campañas dirigidas a la población sobre problemas salud</i>	5.40	5.20	5.56	5.50	5.58	5.20
<i>Sobre trámites para el acceso a especialista o ingreso hospitalario</i>	5.10	5.15	5.08	5.57	5.01	5.07

Tabla 54 Situación de la Atención Primaria en los últimos cinco años.

Situación A.P.	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Ha mejorado</i>	51.70	59.24	47.7	68.3	48.3	44.3
<i>Ha empeorado</i>	4.50	1.51	5.0	1.5	5.2	2.0
<i>Sigue igual</i>	36.40	34.35	39.9	27.5	39.7	46.3
<i>N.S.</i>	7.10	4.90	7.2	2.6	6.7	7.5
<i>N.C.</i>	0.30	0.00	0.1	0.0	0.1	0.0

Tabla 55 Situación de la Atención Especializada en los últimos cinco años.

Situación A.E.	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Ha mejorado</i>	44.40	56.21	39.0	52.1	40.6	41.2
<i>Ha empeorado</i>	5.70	2.27	7.3	2.6	6.5	2.7
<i>Sigue igual</i>	38.20	35.10	41.5	38.5	41.4	44.7
<i>N.S.</i>	11.30	6.41	12.0	6.8	11.3	11.4
<i>N.C.</i>	0.50	0.00	0.2	0.0	0.3	0.0

Tabla 56 Situación de la Atención Hospitalaria en los últimos cinco años.

Situación A. hospitalaria	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Ha mejorado</i>	47.00	57.34	41.9	62.6	43.2	45.1
<i>Ha empeorado</i>	4.80	1.90	5.9	3.0	5.3	1.2
<i>Sigue igual</i>	36.40	35.49	39.1	28.3	39.1	43.9
<i>N.S.</i>	11.30	5.28	12.8	6.0	12.1	9.8
<i>N.C.</i>	0.50	0.00	0.3	0.0	0.3	0.0

Tabla 57 Comparación de servicios sanitarios públicos de otras Comunidades Autónomas con los que se recibe en la propia.

Comparación servicios sanitarios entre CCAA	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Mejores</i>	15.70	4.15	14.0	4.5	16.2	2.7
<i>Iguals</i>	35.40	42.63	36.7	41.9	35.1	37.7
<i>Peores</i>	9.90	30.94	12.5	27.5	12.0	26.3
<i>N.S.</i>	38.20	22.27	36.2	26.0	36.0	33.3
<i>N.C.</i>	0.80	0.00	0.5	0.0	0.7	0.0

Tabla 58 Servicio recibido gestionando la asistencia sanitaria las Comunidades Autónomas.

Gestión servicios sanitarios por las CCAA	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Mejor</i>	28.70	26.43	29.6	26.8	33.3	19.2
<i>Igual</i>	36.60	33.97	37.6	41.5	36.3	45.5
<i>Peor</i>	5.60	15.08	8.0	16.2	6.8	8.6
<i>N.S.</i>	28.10	24.52	24.0	14.7	22.5	26.3
<i>N.C.</i>	1.00	0.00	0.8	0.8	1.1	0.4

Tabla 59 Acuerdo entre Comunidades Autónomas para ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos.

Oferta nuevos servicios sanitarios	2004		2005		2006	
	España	CAE	España	CAE	España	CAE
<i>Sí</i>	80.10	89.06	82.4	91.3	84.0	81.2
<i>No</i>	3.30	1.13	4.1	0.4	3.2	3.9
<i>N.S.</i>	15.60	9.81	12.7	7.9	11.2	14.5
<i>N.C.</i>	0.90	0.00	0.8	0.4	1.7	0.4

Tablas 19 a 59:

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

8.6. ACTIVIDADES FORMATIVAS

Tabla 60

Actividades formativas del Plan de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura 2003, relacionadas con la humanización.

Actividad	Nombre	Ediciones	Nº total alumnos
Curso	<i>Humanización de la Atención Sanitaria</i>	1	25
Curso	<i>Atención a pacientes terminales</i>	1	30
Curso	<i>Derechos de los pacientes y usuarios del SSPE</i>	1	25
Curso	<i>Trasplantes de órganos</i>	1	25
Curso	<i>Gestión de marketing sanitario</i>	1	30
Taller	<i>La comunicación con los pacientes: reto de cada día</i>	1	20
Taller	<i>Comunicación de malas noticias</i>	1	20

Tabla 61

Actividades formativas del Plan de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura 2004, relacionadas con la humanización.

Actividad	Nombre	Ediciones	Nº total alumnos
Taller	<i>Habilidades de comunicación en cuidados paliativos</i>	4	80
Taller	<i>Comunicación y relaciones humanas</i>	1	25
Taller	<i>Entrevista motivacional en drogodependencias</i>	1	25
Taller	<i>Habilidades intervención con pacientes oncológicos</i>	3	75
Taller	<i>Habilidades en comunicación interpersonal</i>	1	30
Taller	<i>Entrevista clínica en Atención Primaria</i>	2	40
Taller	<i>Entrevista motivacional</i>	1	20
Curso	<i>Aplicación de técnicas de grupo en pacientes de hospitalización prolongada</i>	1	15

Tabla 62 Actividades formativas del Plan de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura 2005, relacionadas con la humanización.

Actividad	Nombre	Ediciones	Nº total alumnos
Curso	<i>Evaluación de la calidad al usuario en salud mental</i>	1	15
Curso	<i>Comunicación donante de sangre para su fidelización</i>	1	25
Curso	<i>Entrenamiento en habilidades de comunicación</i>	1	20
Curso	<i>Intervención en crisis y apoyo psicológico</i>	1	20
Taller	<i>Counselling. Instrumento básico en relación de ayuda</i>	3	60
Taller	<i>Cómo dar malas noticias en medicina</i>	1	20
Taller	<i>Entrevista motivacional</i>	5	100
Taller	<i>Atención psicosocial paciente oncológico y familiares</i>	1	20

Tabla 63 Actividades formativas del Plan de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura 2006, relacionadas con la humanización.

Actividad	Nombre	Ediciones	Nº total alumnos
Curso	<i>Cómo dar malas noticias en medicina</i>	1	12
Curso	<i>Formación formadores habilidades de comunicación</i>	2	20
Curso	<i>Habilidades de comunicación con niños y familiares en situaciones difíciles</i>	1	20
Taller	<i>Entrevista motivacional</i>	3	20
Taller	<i>Entrevista clínica en atención primaria</i>	4	12
Taller	<i>Habilidades de comunicación en cuidados paliativos</i>	1	20

Tabla 64 Actividades formativas del Plan de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura 2007, relacionadas con la humanización.

Actividad	Nombre	Ediciones	Nº total alumnos
Curso	<i>Cómo dar malas noticias</i>	1	12
Curso	<i>Básico de cuidados paliativos</i>	3	75
Curso	<i>Habilidades de comunicación para la labor inspectora</i>	1	20
Taller	<i>Entrenamiento en el manejo de la comunicación en la enfermedad avanzada</i>	1	20
Taller	<i>Entrevista clínica en Atención Primaria</i>	2	40
Taller	<i>Cuidando al cuidador del paciente con enfermedad avanzada</i>	1	20
Taller	<i>Entrevista motivacional</i>	1	20

Tabla 65 Actividades formativas del I Plan de Formación Continua del Servicio Extremeño de Salud, relacionadas con la humanización.

Actividad	Nombre	Ediciones	Nº total alumnos
Curso	<i>Actualización profesional del celador</i>	8	240
Curso	<i>Técnicas esenciales de gestión en instituciones sanitarias</i>	8	160
Curso	<i>Mejora de la atención al usuario. Habilidades comunicación</i>	8	160
Curso	<i>Organización del trabajo y tiempo en el área administrativa</i>	2	50
Curso	<i>Prevención y control del estrés</i>	8	160
Curso	<i>Habilidades manejo situaciones conflictivas. Pacientes difíciles</i>	2	50
Curso	<i>Atención telefónica al usuario</i>	8	160
Curso	<i>Manejo de situaciones conflictivas en la consulta</i>	8	240

Tabla 66 Actividades formativas del II Plan de Formación Continua del Servicio Extremeño de Salud, relacionadas con la humanización.

Actividad	Nombre	Ediciones	Nº total alumnos
Curso	<i>Comunicación telefónica</i>	3	60
Curso	<i>Manejo de situaciones conflictivas en la consulta</i>	2	40
Curso	<i>Prevención y control del estrés</i>	6	120
Curso	<i>Habilidades manejo situaciones conflictivas</i>	4	100
Curso	<i>Mejora atención usuario. Habilidades en comunicación</i>	5	100
Curso	<i>Comunicación efectiva</i>	2	50
Curso	<i>Fundamentos de asistencia sanitaria para celadores</i>	2	60
Curso	<i>Bioética para personal sanitario</i>	1	30
Curso	<i>Control y manejo del Burnout</i>	1	20
Taller	<i>Cuidados Paliativos</i>	1	25

Tabla 67 Actividades formativas del III Plan de Formación Continua del Servicio Extremeño de Salud, relacionadas con la humanización.

Actividad	Nombre	Ediciones	Nº total alumnos
Curso	<i>Actualización profesional del celador</i>	3	105
Curso	<i>Técnicas de gestión de personas en instituciones sanitarias</i>	3	60
Curso	<i>Mejora atención usuario. Habilidades de comunicación</i>	12	160
Curso	<i>Organización de trabajo y tiempo en área administrativa</i>	4	100
Curso	<i>Prevención y control estrés personal no sanitario</i>	6	120
Curso	<i>Prevención y control estrés personal sanitario</i>	5	100
Curso	<i>Habilidades manejo situaciones conflictivas. Pacientes difíciles</i>	4	100
Curso	<i>Habilidades atención al inmigrante</i>	2	40
Curso	<i>Introducción al lenguaje de signos</i>	2	40

Tablas 60 a 67:

Fuente: CSD. D.G. de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias.

Elaboración: CSD. D.G. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

