

PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA  
ASISTENCIA SANITARIA 2016-2019.  
INFORME DE EVALUACIÓN FINAL.  
DIRECCIÓN GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE



CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.

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

© Comunidad de Madrid

Consejería de Sanidad

PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA  
ASISTENCIA SANITARIA  
2016-2019.  
INFORME DE  
EVALUACIÓN FINAL.



**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General de Humanización  
y Atención al Paciente  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	6
EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN.....	7
Evaluación de la estructura.....	8
Evaluación del proceso.....	11
✓ Financiación .....	12
Evaluación de resultados.....	13
✓ Tipología de las actividades.....	14
✓ Criterios de ejecución .....	14
✓ Programación de actividades.....	14
✓ Balance de actividades.....	17
✓ Grado de ejecución del Plan.....	17
✓ Grado de avance de las líneas estratégicas .....	18
✓ Desarrollo de la Línea 1 “Cultura de humanización”.....	20
✓ Desarrollo de la Línea 2 “Información personalizada y acompañamiento” ....	22
✓ Desarrollo de la Línea 3 “Humanización en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia”.....	26
✓ Desarrollo de la Línea 4 “Humanización en atención de urgencias”.....	29
✓ Desarrollo de la Línea 5 “Humanización en hospitalización” .....	32
✓ Desarrollo de la Línea 6 “Humanización en UCI” .....	37
✓ Desarrollo de la Línea 7 “Humanización en salud mental” .....	44
✓ Desarrollo de la Línea 8 “Humanización y paciente oncológico” .....	47
✓ Desarrollo de la Línea 9 “Humanización ante el final de vida”.....	49
Resultados en el ámbito hospitalario .....	52
Resultados en el ámbito de Atención Primaria.....	58
Resultados en el ámbito del SUMMA 112.....	61
Resultados de las actividades centralizadas.....	61
IMPACTO DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA .....	63
Impacto del Plan en los usuarios .....	63
Impacto del Plan en los profesionales.....	67
RECONOCIMIENTO DE LAS EXPERIENCIAS EXITOSAS EN HUMANIZACIÓN.....	69
Modelo de Evaluación de Criterios de Excelencia en Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid SER+HUMANO .....	69
Red de experiencias “Iniciativas que humanizan” .....	70
PUNTOS CLAVE Y CONCLUSIONES .....	71

Evaluación de la estructura para la implantación del Plan.....	72
Evaluación del proceso de implantación .....	72
Evaluación del resultado de la implantación.....	73



## INTRODUCCIÓN

En el año 2016 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid apostó por una estrategia destinada a visibilizar y potenciar la humanización de la asistencia sanitaria con el fin de ofrecer a los ciudadanos un sistema sanitario más cercano que ponga en valor la dimensión humana de la atención sanitaria y la personalización de la asistencia, elaborando y poniendo en marcha el primer Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, abarcando el periodo 2016-2019.

El plan alcanza a todos los centros, servicios y unidades de la Consejería de Sanidad (hospitales, centros de atención primaria, SUMMA 112 y aquellas unidades de los servicios centrales que intervienen en la asistencia sanitaria). Va dirigido a ciudadanos, pacientes, familiares y/o allegados, personas cuidadoras, profesionales y a la sociedad civil en su conjunto.

Comprende **372 actividades** distribuidas en **10 líneas estratégicas**:

- ✓ **Línea 1:** Cultura de Humanización.
- ✓ **Línea 2:** Información personalizada y acompañamiento.
- ✓ **Línea 3:** Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia.
- ✓ **Línea 4:** Humanización en la atención de urgencias.
- ✓ **Línea 5:** Humanización en la hospitalización.
- ✓ **Línea 6:** Humanización en las unidades de cuidados intensivos.
- ✓ **Línea 7:** Humanización en la atención de la salud mental.
- ✓ **Línea 8:** Humanización y paciente oncológico.
- ✓ **Línea 9:** Humanización ante el final de la vida.
- ✓ **Línea 10:** Escuela Madrileña de Salud.

Tras la aprobación del Plan en junio de 2016, se inició el proceso para su implantación y despliegue en los centros del Servicio Madrileño de Salud. Para ello, se llevó a cabo una estrategia de difusión y comunicación, se definieron las estructuras y procesos de coordinación intrainstitucional para impulsar su puesta en marcha y se establecieron los criterios para el desarrollo progresivo y sistemático de las intervenciones planificadas.



En el marco del seguimiento previsto en el Plan, se determinó la monitorización de las actividades con periodicidad semestral realizando un balance de las actuaciones programadas anualmente, según indicadores previamente establecidos en el Plan.

Este informe da cuenta de las **estructuras** creadas para facilitar el despliegue y coordinación del Plan, las actuaciones realizadas en el **proceso de implantación**, así como los **resultados** del balance de actividades de las nueve primeras líneas estratégicas. Respecto la Escuela Madrileña de Salud, incluida en la línea 10 del Plan, se evalúa de manera independiente dada la importante envergadura y alcance de este proyecto, por lo que en el presente documento no se hace referencia a su actividad.

## EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN

El Plan contempla la realización de balances semestrales, evaluaciones parciales anuales y una evaluación final que valora la ejecución y el impacto del Plan. Los aspectos a considerar en esta evaluación son:

- ✓ La creación de estructuras para la coordinación, seguimiento y evaluación.
- ✓ El proceso de implantación del Plan:
  - Desarrollo de la estrategia de difusión y comunicación.
  - Establecimiento de criterios para la programación anual de actividades.
- ✓ Los resultados de la implantación de las actividades programadas.

Las fuentes de información son las siguientes:

- ✓ Estructuras para la coordinación, seguimiento y evaluación del Plan: Registro de creación de Comisiones Humanización; registro y actas de reuniones de Comisiones de Seguimiento y Evaluación del Plan; registro de reuniones con las Comisiones de Humanización y registro de reuniones del Pleno y la Comisión Permanente del Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid. (*fuentes: Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente (SGHABIAP).*)
- ✓ Difusión del Plan: Registro de actividades de difusión y comunicación; informes de seguimiento [*fuentes: (SGHABIAP).*] Accesos a la página del Plan de Humanización



en intranet Salud@ (fuente: Dirección General de Sistemas de Información y Equipamientos Sanitarios).

- ✓ Criterios para la programación anual de actividades. Actas de reuniones de la Comisión Operativa y la Comisión Permanente del Observatorio; informes de seguimiento; reuniones con Comisiones Humanización (fuente: SGHABIAP).
- ✓ Balance de actividades 2017, 2018 y 2019. Registros e informes de seguimiento (fuente: SGHABIAP).

Los criterios para evaluar la implantación son los siguientes:

	Criterios de evaluación	Fuente de verificación
<b>Estructura</b>	Creación de estructuras para la implantación y coordinación del Plan	- Reuniones de coordinación: Comisiones - Seguimiento de las actividades del Plan
<b>Proceso</b>	Desarrollo de la estrategia de difusión y comunicación interna del Plan	Seguimiento de la difusión interna del Plan
	Establecimiento de una programación anual de actividades	Reuniones de coordinación: Comisiones
<b>Resultados</b>	Balance de las actividades	Seguimiento de las actividades del Plan

## Evaluación de la estructura

Con el objetivo de facilitar el despliegue e implantación de las acciones del Plan, se constituyó una estructura organizativa para impulsar el desarrollo de las actuaciones en todos los niveles de la organización, así como establecer la coordinación y los circuitos necesarios para el desarrollo progresivo y el seguimiento continuado de las actividades.

En este proceso se crearon los siguientes órganos:

- ✓ **Comisiones de Humanización** en los centros, dependientes de la Dirección/Gerencia. Se encargan de canalizar los objetivos institucionales relacionados con la humanización definidos en el Plan, así como del seguimiento y monitorización de las actuaciones realizadas en dichos centros.



A lo largo del primer semestre de 2017 se constituyeron una Comisión de Humanización en cada uno de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (34 Comisiones); una Subcomisión de Calidad Percibida y Humanización en la Gerencia de Atención Primaria que, junto con las siete Comisiones Locales de Calidad ya existentes en las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria, lideran el despliegue del Plan en los centros de salud; y una Comisión de Humanización en la Gerencia del SUMMA 112.

La entonces Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, como unidad coordinadora del seguimiento del Plan, celebró un total de 36 reuniones con cada una de estas Comisiones en relación con la programación de actividades y el establecimiento del circuito de información para el comienzo de la implantación. Posteriormente se han mantenido reuniones anuales con cada ámbito asistencial y se ha sostenido una comunicación fluida a lo largo de la vigencia del Plan para la monitorización y el balance de actividades.

- ✓ **Comisión de Seguimiento y Evaluación.** Al inicio de la implantación se configuró como el órgano central de la gestión del Plan y del impulso de su desarrollo, garantizando el apoyo institucional necesario para su ejecución.
- ✓ **Comisión Operativa de Seguimiento y Evaluación.** Se dispuso como el órgano responsable del proceso de seguimiento y evaluación, centralizando la información derivada del Plan, promoviendo la realización de las actividades y sirviendo de soporte a la Comisión de Seguimiento y Evaluación.
- ✓ **Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria.** Se trata de un órgano colegiado consultivo establecido en el propio Plan, que fue creado mediante la Orden 558/2018, de 8 de junio, del Consejero de Sanidad, y que se constituyó formalmente el 1 de octubre de 2018. El Observatorio se configura en Pleno y Comisión Permanente, así como en los grupos de trabajo que resulten de interés. Dada la similitud en sus composiciones y con el fin de optimizar los esfuerzos, se decidió el cese de la actividad de la Comisión de Seguimiento y Evaluación y de la Comisión Operativa de Seguimiento y Evaluación antes mencionadas y que sus



funciones fueran asumidas por el Pleno y la Comisión Permanente, respectivamente.

A través de las Direcciones/Gerencias de los centros y de las citadas Comisiones se ha establecido la coordinación y el circuito de información necesarios para monitorizar las actividades programadas y realizar los balances periódicos de las intervenciones programadas en 2017 (Figura 1).



Figura 1: Flujo de la información del seguimiento y evaluación del Plan



## Evaluación del proceso

Al objeto de facilitar y promover la implantación y despliegue del Plan en los centros y servicios de la Consejería de Sanidad, se diseñó una estrategia de difusión y comunicación, se establecieron los criterios para el desarrollo progresivo de las intervenciones planificadas y se sistematizó la metodología para su seguimiento.

Dentro de la estrategia de difusión y comunicación se programaron actividades de comunicación **interna**, dirigidas a los equipos directivos, mandos intermedios y profesionales de los centros sanitarios, y **externa**, dirigidas a asociaciones de pacientes, ciudadanos y otros grupos de interés. En la tabla 1 se resume el cronograma de las actividades realizadas desde la presentación oficial del Plan en junio de 2016 hasta finales del año 2017.

Tabla 1: Estrategia de difusión y comunicación del Plan. Cronograma de actuaciones									
Actividades	Junio	Julio	Ag.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	1º semestre	2º semestre
	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2017	2017
Comunicación interna	Jornada de presentación oficial								
	Presentación a profesionales en Jornada Interautonomía Humanización								
	Sesiones de presentación a equipos directivos y mandos intermedios								
	Sesiones en las Comisiones de Humanización de los centros								
	Comparecencia en la Asamblea de Madrid								
	Jornada técnica dirigida a profesionales								
Comunicación externa	Difusión documento del Plan a ciudadanos y grupos de interés								
	Sesiones de presentación a sociedades científicas, asociaciones de pacientes y ciudadanos y entidades de voluntariado								
	Comparecencia del Consejero de Sanidad en Asamblea de Madrid								
	Comunicaciones y ponencias en jornadas y congresos								



Por otra parte, y en el marco de las actividades de difusión interna, en el mes de julio de 2016 se creó una sección en intranet Salud@ en la que está disponible información del Plan y sobre su seguimiento y desarrollo. Este espacio también incluye una “biblioteca” que contiene el documento del Plan y archivos de cada una de sus líneas estratégicas. Desde junio del 2017 el espacio de Humanización en la Intranet Salud@ ha tenido un total de 606.752 visitas, lo que ha facilitado el conocimiento y difusión del Plan. Asimismo, se han realizado un total de 8.921 descargas del libro de Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.

### Financiación

El Plan no lleva aparejado un presupuesto específico y para la ejecución y seguimiento de las actividades programadas se han utilizado los recursos humanos y materiales de la red de asistencia sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, tanto en el ámbito de atención primaria, como de atención hospitalaria y SUMMA 112.

Las actividades se han clasificado en las diferentes categorías:

- ✓ **Actividad sin coste adicional:** puede ser asumida con recursos propios sin precisar una financiación adicional. En ella se incluyen: elaboración o actualización de procedimientos, evaluaciones internas, cambios organizativos, sesiones clínicas, divulgación interna, etc.
- ✓ **Coste de la actividad incluida en presupuestos habituales:** incluye actividades de formación, publicaciones, acciones divulgativas, mantenimiento de instalaciones, mobiliario, enseres, etc.
- ✓ **Nuevas actividades no incluidas en los presupuestos habituales:** dotación de impresos oficiales de certificados médicos, dieta para acompañantes en determinados casos, adquisición de dosímetros para medir el ruido ambiental, refuerzos de personal en algunos casos, mejora en instalaciones, mobiliario e infraestructuras, etc.



## Evaluación de resultados

En el marco de la estrategia establecida para la implantación progresiva de las actuaciones del Plan, se realizó una programación de actividades atendiendo a los siguientes criterios:

- ✓ Establecer un desarrollo progresivo de las actuaciones a lo largo de los años 2017, 2018 y 2019, a través de planes de acción anuales (aproximadamente 1/3 del total de actuaciones/año). Las actuaciones no ejecutadas al finalizar los periodos anuales eran reprogramadas.
- ✓ Establecer una programación por ámbito asistencial (atención primaria, atención hospitalaria y SUMMA 112), teniendo en cuenta las líneas estratégicas que son de aplicación en cada uno de estos ámbitos. En atención hospitalaria se ha realizado una programación específica para los centros atendiendo a su nivel de complejidad y cartera de servicios.
- ✓ Establecer una programación de actividades de carácter centralizado que requieren determinar procedimientos homogéneos en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud. Algunas de estas actividades implican la participación de varios ámbitos asistenciales, suponen la creación de grupos de trabajo para llevarlas a cabo (elaboración de protocolos y procedimientos, actualización o elaboración de documentos) y otras son actuaciones puntuales.

Acorde con los criterios definidos, a lo largo de los 3 años se programaron 275 actividades en el ámbito asistencial, de las cuales 266 fueron programadas en los hospitales que disponen de todas las líneas estratégicas, 50 en Atención Primaria y 44 en SUMMA 112. A nivel centralizado la programación ha comprendido 85 actividades. Es importante recalcar que algunas de ellas son de carácter transversal y se han programado en todos los niveles asistenciales.

12 de las 372 actividades previstas inicialmente fueron suprimidas por deficiencias en el diseño del Plan.



### Tipología de las actividades

Las actividades descritas se clasifican en distintos bloques según su tipología:

- ✓ Desarrollo de protocolos y estrategias.
- ✓ Desarrollo de la competencia profesional.
- ✓ Información y educación para la salud.
- ✓ Movilización de alianzas.
- ✓ Investigación y generación de información.
- ✓ Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de las intervenciones del plan.

### Criterios de ejecución

El nivel de ejecución de las actividades se evalúa de la siguiente manera:

- ✓ **Ejecutadas:** Cumplen con el estándar establecido para el indicador.
- ✓ **Iniciadas:** El grado de ejecución de las actividades no alcanza el estándar establecido para el indicador.
- ✓ **Puestas en marcha:** Las actividades ejecutadas más las iniciadas.
- ✓ **No iniciadas:** No se ha iniciado el desarrollo de las actividades.

### Programación de actividades

En el siguiente gráfico se muestra el número de actividades programadas en cada ámbito.



Gráfico 1: Nº de actividades programadas por ámbito asistencial y centralizadas.  
Fuente: elaboración propia



En el ámbito hospitalario se estableció una programación específica, considerando las líneas estratégicas del Plan que son de aplicación en cada centro en función de su nivel de complejidad y cartera de servicios.

Tabla 2. Hospitales en los que no aplican todas las líneas estratégicas	
Hospitales	Observaciones
H. El Escorial	No incluye L6 y L8
H. de La Princesa	No incluye L3
H. Dr. Rodríguez Lafora	No incluyen L3, L4, L6, L8
IPS José Germain	
H.U. Santa Cristina	No incluye L3, L4, L6
H. Cruz Roja	No incluyen L3, L4, L6, L7, L8
H. Guadarrama	
H. La Fuenfría	
H. Virgen de la Poveda	
<i>L3: Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia; L4: Humanización en la atención de urgencias; L6: Humanización en las unidades de cuidados intensivos; L7: Humanización en la atención de salud mental; L8: Humanización y paciente oncológico</i>	

Fuente: elaboración propia

En los siguientes Gráficos 2 y 3 se muestra el número de actividades por línea estratégica, a nivel asistencial y a nivel centralizado. Algunas de ellas se han programado en todos los niveles asistenciales.



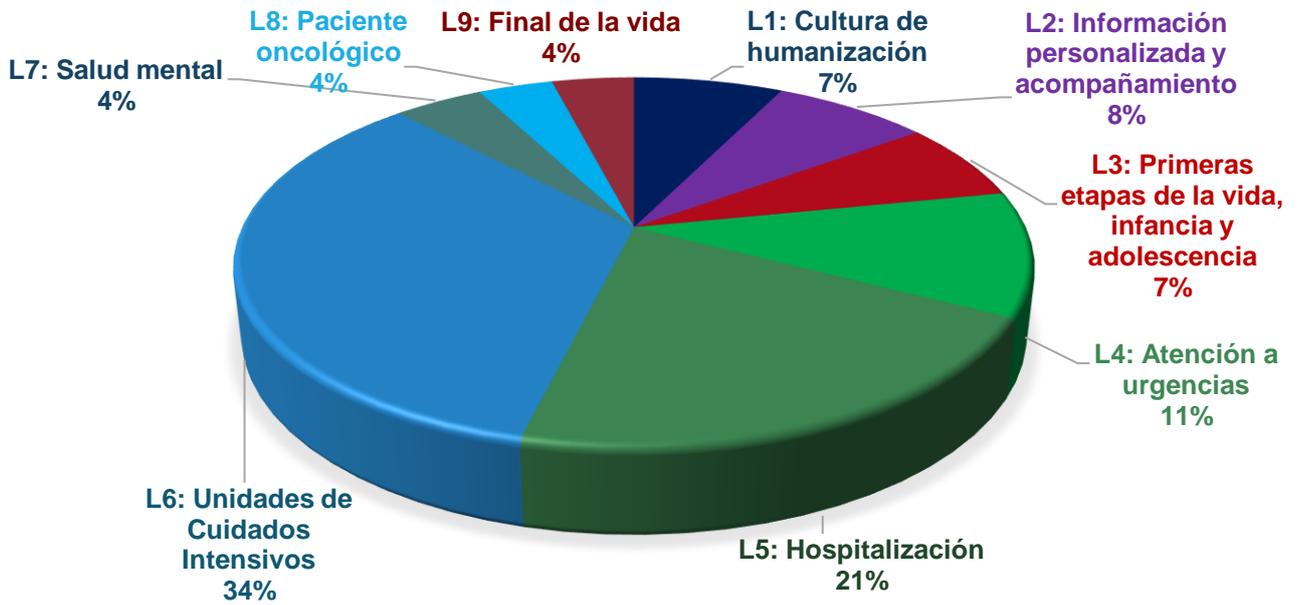


Gráfico 2: N° actividades programadas por línea en el ámbito asistencial  
Fuente: elaboración propia

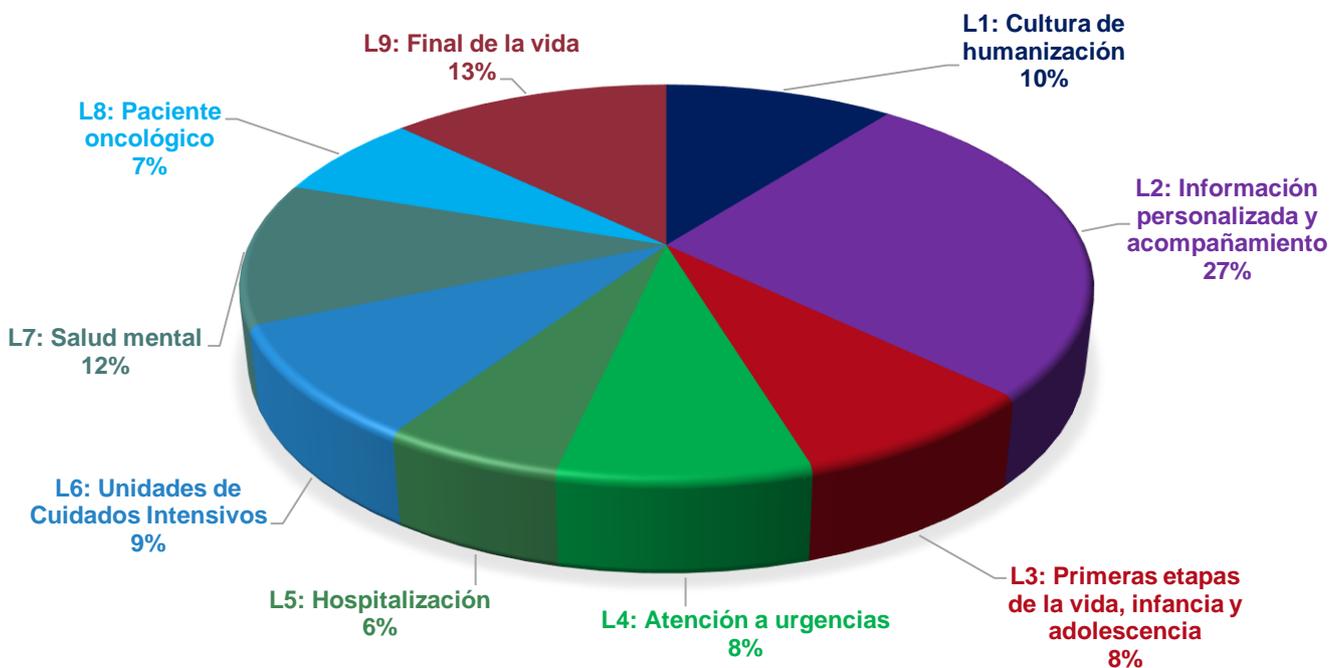


Gráfico 3: N° actividades programadas por línea en el ámbito centralizado  
Fuente: elaboración propia



## **Balance de actividades**

Con el fin de facilitar el despliegue y la aceptación del Plan, parte de la programación del año 2017 comprendía actividades que ya estaban puestas en marcha en muchos centros.

2018 fue el año en el que se programaron más actividades (hasta 114 en hospitales), con el fin de que fuera el periodo de mayor impulso de la implantación. Algunas de ellas eran más novedosas o requerían más inversión económica, lo que supuso alcanzar un nivel de ejecución global menor que el de 2017.

Junto con los datos del balance de 2019 se solicitó a los centros una actualización del estado de actividades que en 2017 y 2018 habían quedado como iniciadas o no iniciadas. La recaptación dio muy buen resultado y puso de manifiesto que eran actividades de una ejecución más difícil y que requerían más tiempo para ser finalizadas, pero había interés en ponerlas en marcha y se ha hecho un importante esfuerzo para ello. Para ajustarnos a esta actualización y evaluar correctamente los años anteriores, se reelaboraron los informes de ejecución de todos los centros y del ámbito centralizado, incorporando los datos a 31 de diciembre de 2019, con un total de 1122 modificaciones que han mejorado de forma importante el grado de avance del Plan y que reflejan la situación actual.

Las fuentes de información han sido cada una de las 34 Comisiones de Humanización de los hospitales, la Subcomisión de Calidad Percibida y Humanización de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y la Comisión de Humanización de la Gerencia del SUMMA 112. Respecto a las actividades centralizadas, la información ha sido facilitada por las unidades pertenecientes a Servicios Centrales que coordinan dichas actuaciones.

A continuación se presentan los datos del balance final de las actividades programadas en el periodo 2017-2019. Se valora el grado de ejecución del Plan en este periodo y el avance de cada una de las líneas estratégicas. Asimismo, se muestra el nivel de ejecución de las actividades programadas en cada uno de los ámbitos asistenciales.

## **Grado de ejecución del Plan**

El grado de ejecución del Plan viene determinado por el grado de avance de cada una de las actividades programadas, considerando los ámbitos en los que la acción resulta de aplicación.



En el ámbito asistencial destaca que en Atención Primaria y SUMMA 112 se han puesto en marcha el 100% de las actuaciones programadas. En el ámbito hospitalario se han puesto en marcha un 96,5% de actividades, de las cuales un 88,2% han sido ejecutadas acorde con el estándar determinado. Cabe destacar que a nivel hospitalario se han programado un número mucho mayor de actividades que en los otros ámbitos.

En cuanto a las actividades de carácter centralizado coordinadas por unidades no asistenciales, se han puesto en marcha el 97,4%, de las cuales un 84,7% se encuentran ejecutadas según el estándar previsto.

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

**\*Nivel de ejecución de actividades:**  
**Ejecutada:** Cumple con el estándar establecido para el indicador (actividad realizada según lo programado)  
**Iniciada:** El grado de ejecución de la actividad no alcanza el estándar establecido para el indicador  
**Puestas en marcha:** Las actividades ejecutadas más las iniciadas  
**No iniciada:** No se ha iniciado el desarrollo de la actividad

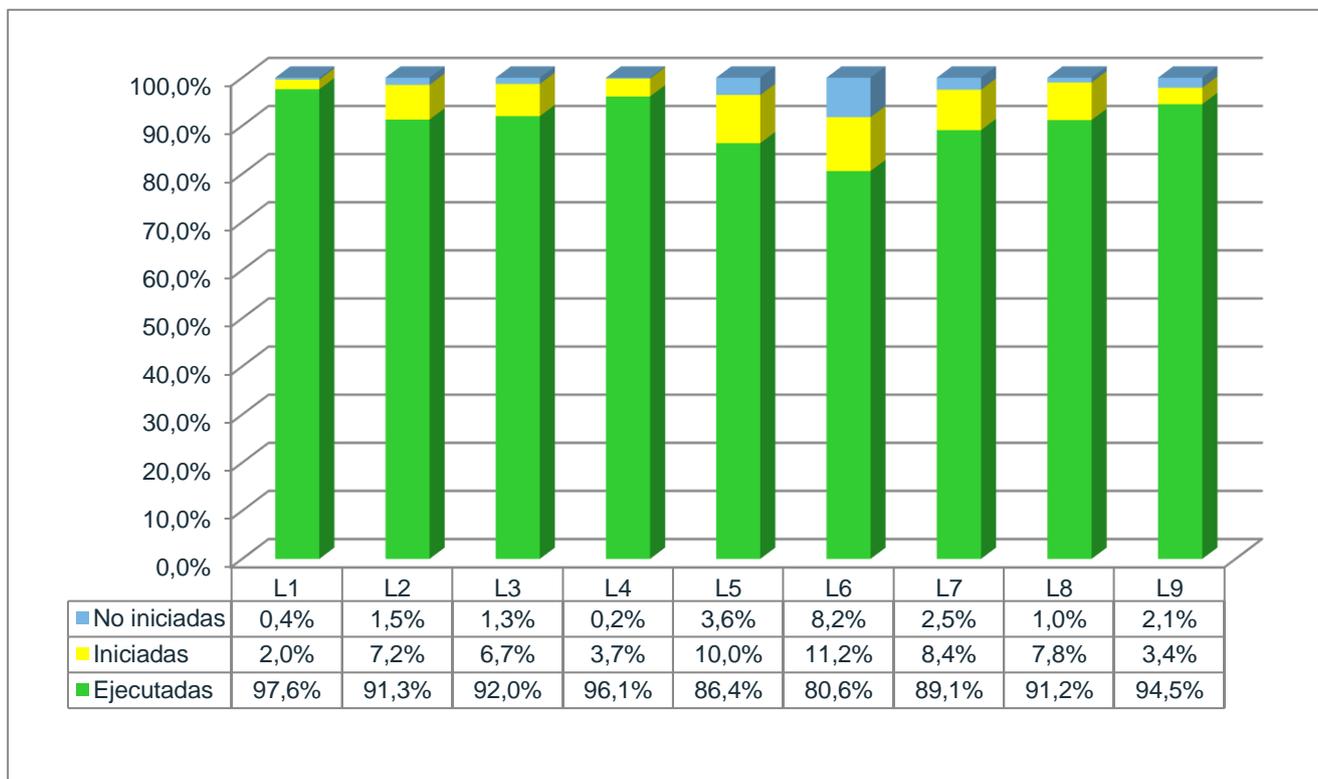
*Fuente: elaboración propia*

### Grado de avance de las líneas estratégicas

El grado de desarrollo de cada una de las líneas estratégicas viene determinado por el nivel de ejecución de las acciones programadas que se integran en cada una ellas.

Se han puesto en marcha todas las líneas, encontrándose en un nivel avanzado de desarrollo. Este avance se debe, fundamentalmente, a las actividades ejecutadas.





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

Gráfico 4. Nivel de ejecución de las líneas estratégicas en el ámbito asistencial.  
Fuente: elaboración propia

Las líneas con un mayor nivel de ejecución son la 1, con un 97,6%, y la 9, con un 94,5%. Cabe destacar la situación de la línea 6 que, aunque su nivel de ejecución ha sido importante, observamos que el 8,2% de sus actividades no se han iniciado y un 11,2% están en situación de “iniciadas”.

A continuación se analiza el grado de ejecución de las actividades programadas en cada una de las líneas.



### Desarrollo de la Línea 1 “Cultura de humanización”

El objetivo de esta línea es impulsar en nuestra organización una cultura humanizadora, donde los líderes actúen como modelo de referencia. La programación establecida esta línea ha incluido **29 actividades**, de las cuales 20 fueron no centralizadas y las 9 restantes se programaron en el ámbito centralizado. Cabe destacar que, al tratarse del corazón de la estrategia, la totalidad de las actividades propuestas son de aplicación en todos los ámbitos asistenciales

Las actividades programadas en el ámbito asistencial se han puesto en marcha en un 99,6% encontrándose ejecutadas en un 97,6%.

Tabla 4. Grado de ejecución de actividades en el ámbito asistencial L1									
Actividades del ámbito asistencial L1	Nivel ejecución (%)								
	HOSPITALES			A. PRIMARIA			SUMMA 112		
	Ejecutada	Iniciada	No iniciada	E	I	NI	E	I	NI
Establecimiento de un plan de comunicación de la misión, visión y valores de humanización	91,2%	8,8%	--	100%	--	--	X	--	--
Comunicación y transmisión de la misión, visión y valores de humanización	97,1%	2,9 %	--	100%	--	--	X	--	--
Establecimiento de mecanismos para escuchar la voz de los ciudadanos y de los profesionales en relación a la humanización	97,1%	2,9 %	--	100%	--	--	X	--	--
Elaboración de informe anual sobre las expectativas y necesidades de los ciudadanos y de los profesionales en relación a la humanización	85,3%	11,8%	2,9%	100%	--	--	X	--	--
Comunicación de la carta de compromisos con la humanización de la asistencia	94,1%	5,9	--	100%	--	--	X	--	--
Evaluación/análisis de situación inicial de la humanización en el centro, identificando fortalezas y áreas de mejora	94,1%	5,9	--	100%	--	--	X	--	--
Constitución de una comisión de humanización	100%	--	--	100%	--	--	X	--	--
Elaboración de plan de mejora para fomentar una organización saludable	76,5%	23,5	--	100%	--	--	X	--	--
Realización de actividades formativas para la promoción de la salud emocional de los profesionales y la prevención del burn-out	100%	--	--	100%	--	--	X	--	--
Ofrecimiento de actividades para el diálogo entre los profesionales para la gestión emocional y la eficacia personal	79,4%	11,8%	8,8%	100%	--	--	X	--	--



Ofrecimiento de atención personalizada a los profesionales para prevenir y abordar el burn-out y otros aspectos relacionados	85,3%	11,8%	2,9%	100%	--	--	X	--	--
Ofrecimiento de espacios para mejorar las competencias en humanización de los profesionales (cine forum, concursos de relatos, espacios de reflexión/intercambio)	85,3%	8,8%	5,9 %	100%	--	--	X	--	--
Llevar a cabo acciones para detectar e identificar las necesidades formativas de los profesionales	100%	--	--	100%	--	--	X	--	--
Desarrollo de un plan formativo de sensibilización y aprendizaje de competencias para mejorar la humanización de la asistencia	97%	3%	--	100%	--	--	X	--	--
Llevar a cabo las actividades de sensibilización y formación	97%	3%	--	100%	--	--	X	--	--
Difusión del documento "Recomendaciones de estilo"	94,1%	5,9 %	--	100%	--	--	X	--	--
Sesiones de sensibilización y adquisición de las recomendaciones de estilo con los profesionales	97%	3%	--	100%	--	--	X	--	--
Difusión entre los profesionales del "Decálogo para la humanización"	97%	3%	--	100%	--	--	X	--	--
Incluir en la definición de los procesos asistenciales las necesidades y expectativas de los ciudadanos/pacientes sobre la humanización. (Se cuidará especialmente la agilidad de los mismos y la gestión de citas y trámites)	88,3%	8,8%	2,9%	100%	--	--	X	--	--
<b>Grado global de desarrollo de la línea 1 en el ámbito asistencial</b>									
<b>EJECUTADAS</b>			<b>INICIADAS</b>			<b>NO INICIADAS</b>			
<b>97,6%</b>			<b>2%</b>			<b>0,4%</b>			

*Fuente: elaboración propia*

Entre estas actividades destacan la creación de todas las Comisiones de Humanización previstas, la realización de actividades formativas para la promoción de la salud emocional, la difusión del decálogo de humanización y las sesiones de sensibilización y adquisición de las recomendaciones de estilo con los profesionales. Por otro lado, el ofrecimiento de actividades para el diálogo entre los profesionales para la gestión emocional y la eficacia personal no se ha iniciado en un 8,8% de los hospitales.

Se han ejecutado según el estándar previsto las 9 actividades centralizadas relacionadas con la cultura de humanización.



Tabla 5. Grado de ejecución de actividades centralizadas L1	Nivel ejecución
Elaboración de un informe de seguimiento, evaluación, aprendizaje y mejora	Ejecutada
Establecimiento de indicadores de humanización en contrato-programa de centro	Ejecutada
Creación de un sistema de reconocimiento de las experiencias exitosas en humanización	Ejecutada
Evaluación del impacto de la formación de los profesionales	Ejecutada
Establecimiento de acciones de aprendizaje y mejora	Ejecutada
Evaluación del conocimiento tras la implantación del “Decálogo para la humanización”	Ejecutada
Investigación sobre humanización para generar conocimiento que podamos incorporar en la mejora de los procesos asistenciales	Ejecutada
Evaluación del conocimiento que tienen los profesionales de nueva incorporación de la cultura de humanización de nuestra organización	Ejecutada
Evaluación del conocimiento que tienen los profesionales en formación de la cultura de humanización de nuestra organización	Ejecutada

*Fuente: elaboración propia*

## Desarrollo de la Línea 2 “Información personalizada y acompañamiento”

Esta línea se ocupa de desarrollar procesos que mejoren la asistencia personalizada en todos los ámbitos, a través de la humanización, potenciando la integración de la información, una relación adecuada y respetuosa que refuerce el papel activo del paciente, familia o allegados, así como el desempeño satisfactorio del profesional. También establece mecanismos para facilitar que el paciente pueda permanecer acompañado por la persona elegida, con las limitaciones propias de la actividad asistencial, permitiendo el debido apoyo de sus familiares o allegados.

La programación establecida en esta línea ha sido de **44 actividades**, 21 de ellas de aplicación en el ámbito asistencial, y las 23 restantes de carácter centralizado. Las actividades programadas en el ámbito asistencial se han puesto en marcha en el 98,5% de los centros (ejecutadas en el 91,3% de los centros e iniciadas en el 7,2%).



Tabla 6. Grado de ejecución de actividades en el ámbito asistencial L2									
Actividades del ámbito asistencial L2	Nivel ejecución (%)								
	HOSPITALES			A. PRIMARIA			SUMMA 112		
	Ejecutada	Iniciada	No iniciada	E	I	NI	E	I	NI
Elaboración del plan de formación continuada transversal con las materias correspondientes a cada grupo profesional	91,2%	5,9 %	2,9%	100%	--	--	X	--	--
Implementación de programas de formación continuada adaptados a la actividad profesional para facilitar la adquisición de conocimientos. Se contemplará la formación en el puesto de trabajo y se utilizarán nuevas tecnologías en la formación continuada	94,1%	5,9%	--	100%	--	--	X	--	--
Homogeneización de la cartelería informativa, en los lugares establecidos para ello, diseñando puntos de información fija	No aplica			100%	--	--	No aplica		
Organización de los flujos de comunicación telefónica, con la elaboración de un programa organizativo que mejore el acceso al centro por vía telefónica	85,3%	14,7 %	--	100%	--	--	No aplica		
Consideración de la vía telefónica como un punto eficaz de información y comunicación, integrándola funcionalmente en las unidades de información y atención al paciente	88,2%	11,8	--	No aplica			No aplica		
Utilización del servicio de teletraducción	100%	--	--	No aplica			X	--	--
Desarrollo de iniciativas seguras de información y citación a través de redes sociales y otras tecnologías básicas	93,9%	6,1%	--	No aplica			No aplica		
Entrega de la guía de acogida a pacientes ingresados o a sus familiares y/o allegados	94,1%	5,9 %	--	No aplica			No aplica		
Entrega a los familiares y/o allegados de la carpeta guía de atención al duelo en todos los hospitales en los que fallezca un paciente	94,1%	5,9 %	--	No aplica			No aplica		
Implantación de expositores de folletos y guías informativas	94,1%	5,9 %	--	100%	--	--	No aplica		
Protocolo para determinar la ubicación de los espacios de atención a los usuarios	76,5%	17,6%	5,9%	No aplica			No aplica		
Entrega de información escrita, junto a la guía de acogida, sobre acceso a la información clínica	88,3%	8,8%	2,9%	No aplica			No aplica		
Adecuación de espacios en el centro, servicio o unidad para facilitar la información clínica que garanticen la confidencialidad, intimidad, protección de datos y confort	97,1%	2,9%	--	No aplica			No aplica		
Entrega de informes y documentos necesarios junto a la guía de información al alta	97,1%	2,9%	--	No aplica			No aplica		



Establecimiento de un canal específico de información para el usuario para todas aquellas cuestiones relacionadas con la asistencia, que fluya desde los órganos directivos a las unidades de atención al paciente como referentes en atención e información personalizadas	97,1%	2,9%	--	100%	--	--	No aplica
Elaboración de procedimientos de comunicación sobre entrevista clínica	64,7%	20,6%	14,7%	No aplica	X	--	--
Desarrollo de protocolos de información en áreas clínicas, como hospitalización y urgencias	88,2%	11,8%	--	No aplica			No aplica
Elaboración de protocolo de información en el área quirúrgica, que contemple facilitar información a los familiares cada 30-60 minutos durante el transcurso de la intervención, acerca de la evolución de la misma	58,6%	34,5%	6,9%	No aplica			No aplica
Desarrollo de protocolos de información en áreas específicas sobre procedimientos clínicos quirúrgicos o pruebas invasivas	75,9%	20,7%	3,4%	No aplica			No aplica
Sesión clínica sobre materias transversales, como relación clínica, información y comunicación, percepción de los usuarios y otros temas relacionados	97,1%	2,9%	--	100%	--	--	
Elaboración de protocolo de acompañamiento de los pacientes por parte de sus allegados en todas las áreas asistenciales y en especial en aquellas en las que se atiendan a pacientes en situación de especial vulnerabilidad o con necesidades especiales	90,6%	6,3%	3,1%	No aplica			No aplica
<b>Grado global de desarrollo de la línea 2 en el ámbito asistencial</b>							
<b>EJECUTADAS</b>		<b>INICIADAS</b>			<b>NO INICIADAS</b>		
91,3%		7,2%			1,5%		

*Fuente: elaboración propia*

En esta línea destacan la utilización del servicio de teletraducción, la entrega de informes y documentos necesarios junto a la guía de información al alta y la adecuación de espacios en el centro, servicio o unidad para facilitar la información clínica que garanticen la confidencialidad, intimidad, protección de datos y confort. Sin embargo se ha encontrado gran dificultad para la elaboración del protocolo de información en el área quirúrgica, que contemple facilitar información a los familiares cada 30-60 minutos durante el transcurso de la intervención, acerca de la evolución de la misma, con un nivel de ejecución del 58%.

Por otra parte, se han ejecutado según el estándar previsto 20 de las 23 actividades centralizadas relacionadas con la información y el acompañamiento.



Tabla 7. Grado de ejecución de actividades centralizadas L2			Nivel ejecución
Recopilación de Información Sanitaria que contenga lo que todo profesional del ámbito de la salud debe desarrollar entre sus competencias y conocimientos			Ejecutada
Difusión de la Información Sanitaria entre las unidades docentes y de formación continuada			Ejecutada
Desarrollo de indicadores de evaluación e impacto de la formación			Ejecutada
Detección de áreas de mejora y corrección con medidas según los resultados obtenidos			Ejecutada
Elaboración de estándares homogéneos y específicos de señalización vertical y horizontal para todos los centros sanitarios			Ejecutada
Utilización de nuevas tecnologías en la información, orientación y direccionamiento de los usuarios			Iniciada
Refuerzo de las Unidades de Información, Atención al Paciente y Admisión			Ejecutada
Elaboración y actualización de procedimientos normalizados de actuación (acogida, alta, duelo, quejas/reclamaciones/agradecimientos y situaciones conflictivas)			Ejecutada
Elaboración de guías de información que incluyan la ubicación, organización y normas de utilización básicas			Ejecutada
Campañas de información entre los profesionales y entre los pacientes para fomentar una atención sanitaria informada, con distribución activa de materiales y guías de información			Ejecutada
Homogeneización del protocolo general para la identificación de los profesionales			Ejecutada
Elaboración de guías básicas (libre elección, segunda opinión, reintegro gastos, ARCO/SOPLAR y derechos y deberes de los usuarios)			Ejecutada
Actualización de las guías de acogida y de alta			Ejecutada
Establecimiento de dispositivos específicos para la acogida de los pacientes, mediante señalización homogénea, documentación al efecto y atención personalizada que se recoja en un protocolo			Ejecutada
Establecimiento de líneas y recomendaciones para la elaboración de informes clínicos	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria	Ejecutada	Ejecutada
	Gerencia Asistencial de Atención Primaria	Ejecutada	
	Gerencia de SUMMA 112	Ejecutada	
Desarrollo de un canal de información personalizada con cada paciente, que a través de las nuevas tecnologías reúna la información de su interés sobre su asistencia sanitaria			Ejecutada
Establecimiento de canales para que el profesional pueda disponer de la información necesaria sobre organización asistencial			Ejecutada
Actualización del documento "Recomendaciones de Estilo del Servicio Madrileño de Salud"			Ejecutada
Elaboración de procedimientos para facilitar la información no clínica			Ejecutada
Actualización del procedimiento de consentimiento escrito			Ejecutada
Implantación de programas de calidad que evalúen periódicamente la información en la práctica clínica, desarrollando propuestas de mejora	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria	No iniciada	Iniciada
	Gerencia Asistencial de Atención Primaria	Ejecutada	
	Gerencia de SUMMA 112	Ejecutada	
Identificación de profesionales de referencia para el paciente, en materia clínica y en gestores y facilitadores de procesos	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria	Iniciada	Iniciada
	Gerencia Asistencial de Atención Primaria	Ejecutada	
Desarrollo de convenios de colaboración con entidades de acción voluntaria y autoayuda que complementen la actuación de los profesionales en el acompañamiento a los pacientes			Ejecutada

Fuente: elaboración propia



### Desarrollo de la Línea 3 “Humanización en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia”

El objetivo de esta línea es impulsar la atención humanizada desde el final del embarazo y primeras etapas de la vida hasta la adolescencia, mejorando la calidad del proceso del nacimiento, periodo neonatal, infancia y adolescencia, centrando la atención en el paciente y su familia. La programación establecida en esta línea ha sido de **26 actividades**, 19 de ellas de aplicación en el ámbito asistencial y las 7 restantes de carácter centralizado.

En el ámbito asistencial el grado de puesta en marcha es de un 98,7 % (92% ejecutadas más 6,7% iniciadas). En esta tabla se recoge el nivel de ejecución de cada actividad en los centros en los que es de aplicación.

Tabla 8. Grado de ejecución de actividades en el ámbito asistencial L3									
Actividades del ámbito asistencial L3	Nivel ejecución (%)								
	HOSPITALES			A. PRIMARIA			SUMMA 112		
	Ejecutada	Iniciada	No iniciada	E	I	NI	E	I	NI
Establecimiento del plan personalizado del parto	95,8%	--	4,2%	No aplica			No aplica		
Desarrollo de estrategias y talleres para promoción de lactancia materna	100%	--	--	100%	--	--	No aplica		
Establecimiento de protocolo para facilitar información a padres cuando en el momento del parto manifiestan su deseo de dejar al recién nacido en adopción	91,7%	8,3%	--	No aplica			No aplica		
Desarrollo de actividades de educación para la salud dirigidas a población escolar para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables	No aplica			100%	--	--	No aplica		
Actividades de educación para la salud dirigida a padres para facilitar su integración en el proceso de los cuidados del niño	96,2%	3,8%	--	100%	--	--	No aplica		
Apoyo psicológico a los padres del menor en los casos que los profesionales sanitarios lo estimen necesario	70,8%	16,7%	12,5%	No aplica			No aplica		
Desarrollo de acciones de voluntariado	100%	--	--	No aplica			No aplica		
Diseño y establecimiento de procedimiento para detección precoz de la situación de riesgo o especial vulnerabilidad del menor y/o familia	92,3%	7,7%	--	100%	--	--		X	



Diseño y establecimiento de protocolos para facilitar a los padres/familiares/tutores autorizados la información clínica y social relacionada con el proceso asistencial del menor, garantizado la confidencialidad e intimidad, así como la coordinación entre los profesionales de las unidades de atención sanitaria y social	80,8%	11,5%	7,7%	100%	--	--	X		
Actividades de formación dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios: comunicación eficaz, habilidades en la comunicación, manejo de situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y control del estrés	96,2%	3,8%	--	100%	--	--	X		
Establecimiento de procedimiento para facilitar el acompañamiento de los pacientes por familiares o allegados	100%	--	--	No aplica			No aplica		
Elaboración de recomendaciones escritas dirigidas a los acompañantes	96,2%	3,8%	--	No aplica			No aplica		
Establecimiento de un procedimiento para la participación del voluntariado en el acompañamiento	96,2%	3,8%	--	No aplica			No aplica		
Elaboración de procedimiento de información sobre la situación sociosanitaria del paciente desde atención primaria a hospitalaria y viceversa	76,5%	23,5	--	85,7%	14,3%	-	No aplica		
Potenciación de la hospitalización a domicilio como forma de acortar la estancia hospitalaria de pacientes pediátricos y adolescentes, haciendo partícipes a los padres y al propio paciente de los cuidados en casa	100%	--	--	No aplica			No aplica		
Disponer de "ambientes amables" en las zonas de atención pediátrica de los centros de salud	No aplica			57,1%	42,9%	-	No aplica		
Establecimiento de protocolos para favorecer el descanso nocturno de los pacientes hospitalizados	96,1%	--	3,9%	No aplica					
Establecimiento de protocolo de actuación ante la adopción de medidas de protección (guarda/tutela) del menor	88,5%	11,5%	--	No aplica			No aplica		
Establecimiento de medidas para la coordinación y comunicación entre profesionales sanitarios y servicios sociales para detectar situaciones de riesgo, a través de medidas como: inclusión de la valoración social en la historia clínica; sensibilización a profesionales en los distintos niveles de asistencia sobre la detección del maltrato infantil con charlas/talleres/jornadas	80,8%	19,2%	--	100%	--	-	No aplica		
<b>Grado global de desarrollo de la línea 3 en el ámbito asistencial</b>									
<b>EJECUTADAS</b>			<b>INICIADAS</b>			<b>NO INICIADAS</b>			
92%			6,7%			1,3%			

Fuente: elaboración propia



En esta línea destaca el alto cumplimiento de la potenciación de la hospitalización a domicilio en aquellos hospitales en que lo recoge su cartera de servicios, el desarrollo de estrategias y talleres para promoción de lactancia materna, el procedimiento para facilitar el acompañamiento de los pacientes por familiares o allegados y el desarrollo de acciones de voluntariado. Sin embargo se evidencia la dificultad de poner en marcha la actividad de apoyo psicológico a los padres del menor en los casos que los profesionales sanitarios lo estimen necesario, que no está iniciada en un 12,5% de los hospitales. Esta actividad, que en un principio fue programada también en Atención Primaria, no se ha podido abordar en este ámbito ya que la cartera de servicios de los Psicólogos de Atención Primaria no lo contempla; por este motivo se reformuló la actividad a “no aplica”.

Por otra parte, 4 de las actividades centralizadas programadas se han ejecutado acorde con el estándar establecido y las otras 3 están iniciadas.

Tabla 9. Grado de ejecución de actividades centralizadas L3			Nivel ejecución
Elaboración de documento para facilitar información sobre trámites a realizar tras el parto (registro civil del recién nacido; inscripción en tarjeta sanitaria; baja maternal y situaciones especiales familiares y personales. Contactos: trabajo social (situaciones o sospecha de riesgo social); matrona (casos de alta precoz); primera cita con pediatra de atención primaria/profesional de enfermería; talleres de lactancia, cuidados del recién nacido			Ejecutada
Establecimiento de protocolos para la coordinación de la atención integral de mujeres en casos de sospecha o confirmación de abusos sexuales, que incluya los ámbitos sanitario, judicial y social			Ejecutada
Elaboración de protocolo para facilitar información al paciente, adaptada a su edad y situación (“miremos con ojos de niño”), respecto a la enfermedad o proceso, al tratamiento que se va a instaurar y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece; se considerarán los siguientes aspectos: presentación personalizada de los profesionales en la primera visita, dando una gran importancia a esta primera consulta; adecuación de espacios físicos disponibles para facilitar la información, actividades de educación para la salud individual y/o grupal en relación con el autocuidado			Ejecutada
Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes en edad escolar sobre la atención sanitaria recibida			Ejecutada
Evaluación del grado de satisfacción de los padres/familiares/tutores con el acompañamiento			Iniciada
Elaboración de protocolos para la coordinación entre atención hospitalaria y primaria para continuidad de cuidados domiciliarios de los pacientes pediátricos y adolescentes			Iniciada
Establecimiento de protocolo para la detección precoz del riesgo social y maltrato infantil	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria	Iniciada	Iniciada
	Gerencia Asistencial de Atención Primaria	Ejecutada	
	Gerencia de SUMMA 112	Ejecutada	

Fuente: elaboración propia



### Desarrollo de la Línea 4 “Humanización en atención de urgencias”

El objetivo de esta línea es contribuir a mejorar la satisfacción de los pacientes, familiares y/o allegados y de los profesionales en los servicios/ unidades de urgencias, así como proporcionar una atención personalizada en los servicios/unidades de urgencias.

La programación establecida para esta línea ha sido de **37 actividades**, 30 de ellas de aplicación en el ámbito asistencial hospitalario y las 7 restantes de carácter centralizado. En el ámbito asistencial se han puesto en marcha el 99,8% de las actividades (96,1% ejecutadas más 3,7% iniciadas). En esta tabla se recoge el nivel de ejecución de cada actividad en los centros en los que es de aplicación.

Tabla 10. Grado de ejecución de actividades en el ámbito asistencial L4									
Actividades del ámbito asistencial L4	Nivel ejecución (%)								
	HOSPITALES			A. PRIMARIA			SUMMA 112		
	Ejecutada	Iniciada	No iniciada	E	I	NI	E	I	NI
Establecimiento de acogida activa al paciente y acompañante a la llegada al servicio de urgencias	88,9%	7,4%	3,7%	No aplica			No aplica		
Elaboración de protocolo para facilitar información clínica y no clínica a pacientes y familiares en el servicio de urgencias	96,3%	3,7%	--	No aplica			No aplica		
Adecuación de espacios para facilitar información clínica a pacientes y familiares que garanticen la confidencialidad, intimidad, protección de datos y confort	96,3%	3,7%	--	No aplica			X		
Utilización del servicio de teletraducción	100%	--	--	No aplica			X		
Implementación progresiva de TICs en el proceso de información de pacientes y familiares	74,1%	25,9%	--	No aplica			X		
Elaboración de procedimiento para facilitar el acompañamiento de pacientes por familiares o allegados	96,3%	3,7%	--	No aplica			No aplica		
Elaboración de recomendaciones escritas para favorecer el normal funcionamiento de la actividad asistencial en el centro/servicio durante el acompañamiento	96,3%	3,7%	--	No aplica			No aplica		
Adecuación de espacios durante proceso asistencial que permitan la intimidad y el confort	92,6%	7,4%	--	No aplica			X		
Implantación de recursos tecnológicos que permitan la observación de pacientes inestables	85,2%	14,8%	--	No aplica			No aplica		



Adecuación de espacios o zonas específicas para facilitar información a pacientes y familiares o allegados autorizados, garantizando la confidencialidad	100%	--	--	No aplica			X		
Sensibilización y formación de los profesionales sobre intimidad y confidencialidad	100%	--	--	No aplica			X		
Elaboración de protocolo para hospitalización preferente de pacientes con criterio de ingreso que precisen únicamente medidas de confort	85,2%	14,8%	--	No aplica			No aplica		
Establecimiento de procedimiento para atención prioritaria a pacientes en situación de especial vulnerabilidad o riesgo	96,3%	3,7%	--	No aplica			No aplica		
Elaboración de protocolo para detección y atención maltrato o violencia (género, infantil, personas mayores)	96,3%	3,7%	--	100%	--	--	X		
Elaboración de protocolo para detección y atención de casos de agresión sexual y sumisión química	100%	--	--	100%	--	--	X		
Adecuación del espacio físico para un mayor confort del paciente, si la estructura del hospital lo permitiese	96,3%	--	3,7%	No aplica			No aplica		
Adecuación de espacio durante el traslado urgente en vehículo de transporte sanitario que permita el confort del paciente	No aplica			No aplica			X		
Establecimiento de procedimiento para facilitar comunicación rápida del paciente con el personal	96,3%	3,7%	--	No aplica			No aplica		
Mantenimiento adecuado del mobiliario	100%	--	--	No aplica			X		
Priorización uso de camas al de camillas	100%	--	--	No aplica			No aplica		
Protocolización de utilización de salas de observación	92,3%	7,7%	--	No aplica			No aplica		
Protocolización de limpieza de sala de espera y zonas comunes	100%	--	--	No aplica			No aplica		
Implantación de un registro visible y actualizado de acciones de limpieza realizadas en las salas de espera	88,9%	11,1%	--	No aplica			No aplica		
Actuaciones para agilizar drenaje de pacientes tras la atención de pacientes de los servicios de urgencia hospitalarios	100%	--	--	No aplica			No aplica		
Establecimiento de un sistema de registro que permita conocer la ubicación del paciente durante todo el proceso asistencial de urgencias, así como los aspectos relacionados con el acompañamiento	100%	--	--	No aplica			No aplica		
Formación del personal de información acogida sobre el manejo del sistema de registro	92,6%	7,4%	--	No aplica			No aplica		



Elaboración de plan de formación para profesionales sanitarios y no sanitarios: *Comunicación eficaz *Manejo situaciones difíciles, estrés *Intimidad y confidencialidad *Acompañamiento y facilitador del duelo	92,6%	7,4%	--	No aplica	X		
Implantación de herramientas en sistemas de información para identificar personas vulnerables o de riesgo especial que acuden al servicio de urgencias	96,3%	3,7%	--	No aplica	No aplica		
Elaboración de plan de formación continuada del servicio de urgencias para profesionales sanitarios y no sanitarios	92,6%	7,4%	--	No aplica	X		
Encuentro entre profesionales del servicio de urgencias y pacientes o asociaciones de pacientes/sociedad civil	No aplica			100%	--	-	X
<b>Grado global de desarrollo de la línea 4 en el ámbito asistencial</b>							
<b>EJECUTADAS</b>		<b>INICIADAS</b>		<b>NO INICIADAS</b>			
<b>96,1%</b>		<b>3,7%</b>		<b>0,2%</b>			

*Fuente: elaboración propia*

Entre estas actividades destacan la elaboración de protocolo para detección y atención de casos de agresión sexual y sumisión química, la adecuación de espacios facilitar información garantizando la confidencialidad, la sensibilización y formación de los profesionales sobre intimidad y confidencialidad y el establecimiento de un sistema de registro para conocer la ubicación del paciente.

La actividad con más dificultad para su ejecución ha sido la implementación progresiva de tecnologías de la información y la comunicación en el proceso de información de pacientes y familiares de recursos tecnológicos que permitan la observación de pacientes inestables.

En cuanto a las actividades centralizadas, las 7 se han puesto en marcha y 5 de ellas se encuentran ejecutadas.



Tabla 11. Grado de ejecución de actividades centralizadas L4.	Nivel ejecución
Accesibilidad al sistema de interpretación de lengua de signos, para la comunicación entre los pacientes con dificultades auditivas y/o del habla y los profesionales del servicio de urgencias	Ejecutada
Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes y familiares con la información clínica y no clínica recibidas	Ejecutada
Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes y familiares con el acompañamiento	Ejecutada
Elaboración de protocolo de transferencia de pacientes de unidades SUMMA 112 a la urgencia hospitalaria para la atención prioritaria de pacientes en situación de especial vulnerabilidad o riesgo	Ejecutada
Establecimiento de procedimiento para coordinación de actuaciones entre los servicios de urgencias hospitalario y extrahospitalario	Ejecutada
Elaboración de protocolo para atención a personas con enfermedades mentales	Iniciada
Evaluación del grado de satisfacción de los profesionales	Iniciada

*Fuente: elaboración propia*

### Desarrollo de la Línea 5 “Humanización en hospitalización”

Esta línea tiene como objetivo mejorar la humanización en relación con 10 programas:

1. Mejora de la accesibilidad.
2. Humanización en la atención a familiares y acompañantes.
3. Acompañamiento/ revisión de espacios de pacientes ingresados a los que se va a realizar pruebas.
4. Calidad del descanso de los pacientes hospitalizados.
5. Humanización de espacios sanitarios.
6. Información al paciente y familiares-acompañantes durante el ingreso.
7. Preservación de la intimidad del paciente.
8. Menús a pacientes y acompañantes de pacientes especiales.
9. Minimización de sufrimiento en la asistencia.
10. Entretenimiento y cortesía.

La programación establecida para esta línea ha sido de **63 actividades**, 58 de ellas de aplicación en el ámbito hospitalario y las 5 restantes programadas en el ámbito centralizado.



A nivel hospitalario la media de actividades ejecutadas es de un 86,4% mientras que una media del 10,4% se encuentran iniciadas.

Tabla 12. Grado de ejecución de actividades en el ámbito asistencial L5			
Actividades del ámbito asistencial L5	Nivel ejecución (% hospitales)		
	Ejecutada	Iniciada	No iniciada
Adecuación de las dimensiones de los accesos y espacios compatibles con sillas de ruedas, camas y distintos tipos de mobiliario sanitario (carros de curas, porta sueros, tensiómetros...) dejando espacio suficiente para su desplazamiento	91,2%	8,8%	--
Elaboración de protocolo para la distribución de mobiliario y material accesorio que facilite la deambulaci3n	69,7%	24,2%	6,1%
Seguimiento del correcto funcionamiento de equipos de iluminaci3n y aviso	100%	--	--
Adecuaci3n de distancia y altura de interruptores y elementos de aviso (timbres/interfonos) para que sean accesibles al paciente, tanto encamado como sentado	78,8%	18,2%	3%
Colocaci3n de componentes/materiales reflectantes en interruptores y dispositivos de aviso	48,5%	33,3%	18,2%
Colocaci3n de cartelera informativa sobre la distribuci3n de las instalaciones (plano de situaci3n) y los distintos espacios de la unidad de hospitalizaci3n (habitaciones, control, despachos, salas de espera, acceso de escalera y ascensores, aseos...), incluyendo pictogramas	88,2	8,8%	3%
Seguimiento de la correcta identificaci3n de espacios	100%	--	--
Colocaci3n de sistemas de aviso luminosos y sonoros (informativos de la posici3n de ascensores y de apertura y cierre de puertas)	82,4%	8,8%	8,8%
Colocaci3n en los ascensores botoneras con altorrelieve en braille	73,5%	20,6%	5,9%
Seguimiento del funcionamiento de sistemas de aviso en ascensores	91,1%	3%	5,9%
Colocaci3n de elementos de aviso en columnas y huecos de las escaleras	57,1%	17,9%	25%
Revisi3n de adecuaci3n de mobiliario (sillones) utilizados por acompa1antes y familiares para su descanso	100%	--	--
Adecuaci3n de servicios de descanso y aseo para familiares o acompa1antes	84,8%	15,2	--
Exploraci3n de recursos para la puesta en marcha de un plan de entretenimiento que incluya a familiares y/o acompa1antes (espacio para juegos, internet, servicio de pr3stamo de revistas y libros, etc.)	100%	--	--
Organizaci3n de los horarios y espacios en los que se proporciona la informaci3n cl3nica	85,3%	14,7%	--
Educaci3n para la salud dirigida a familiares/acompa1antes de pacientes seleccionados por procesos cr3nicos con la finalidad de resolver sus dudas y miedos y facilitar su implicaci3n en los cuidados	100%	--	--
Elaboraci3n de un protocolo para sistematizar los circuitos para exploraciones y/o pruebas diagn3sticas	89,7%	3,4%	6,9%
Informaci3n y/o acciones formativas dirigidas a todo el personal que va a estar implicado	84,4%	12,5%	3,1%



Evaluación de la calidad del descanso percibida por los pacientes. Existen diferentes herramientas para establecer el nivel de calidad del silencio ambiental que perciben los pacientes. En el ámbito hospitalario, disponemos encuestas validadas en castellano, como el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg" (ICSP)	70,6%	20,6%	7,8%
Monitorización de niveles medios de ruido en hospitalización (en dB) (habitaciones y zonas comunes) registrados a lo largo de 24 horas y/o en franjas horarias específicas mediante el uso de dosímetros acústicos instalados en habitaciones y zonas comunes	75,8%	18,2%	6%
Identificación de fuentes que potencialmente pueden interrumpir el descanso de los pacientes	81,8%	12,2%	6% H
Selección y desarrollo de acciones de mejora. En función de los resultados hallados en relación a la calidad del silencio ambiental y a las fuentes potenciales de interrupción del descanso, se debe elaborar un plan de actividades dirigidas a disminuir todas aquellas actividades y factores que más interfieran en la calidad del descanso y sean factibles de mejorar	75,8%	21,2%	3%
Identificación de espacios en los que el paciente y/o el personal sanitario pase más tiempo y sean menos agradables objeto de proyecto de humanización	85,3%	14,7%	--
Identificación de espacios en los que se vayan a realizar obras de reforma próximamente, por necesidades médicas, implantación de nuevos equipos (TAC, resonancia magnética, aceleradores lineales) o de organización en el hospital (nuevas unidades).	94,1%	5,9%	--
Priorización de espacios para establecer el orden de prelación en la ejecución de los proyectos	100%	--	--
Inclusión de requisitos de humanización de espacios (iluminación adecuada, mobiliario conforme a necesidades de usuarios, interiorismo armonioso con color adecuado, correcto acondicionamiento acústico, espacios de socialización, adecuado confort para los acompañantes del paciente y el personal sanitario) en el pliego de condiciones del concurso público de obra o reforma y desarrollo de las obras conforme a los requisitos establecidos	87,1%	9,7%	3,2%
Talleres formativos para personal sanitario y no sanitario: empatía, técnicas de transmisión de información, comunicación de malas noticias	97,1%	2,9%	--
Trípticos información básica: Localización de secretaría, salas de tratamiento/diagnóstico, identificación del personal que le atiende, facultativo responsable	75,8%	24,2%	--
Soporte visual/iconografía acompañando al consentimiento informado de técnicas invasivas	64,5%	16,1 %	19,4%
Establecimiento de horarios adaptados a la actividad clínica, a los pacientes y familiares	85,3%	14,7%	--
Adecuación de espacios para proporcionar información (privacidad, confort)	88,2%	11,8%	--
Creación de una figura de "coordinador" de información, en casos de atención multidisciplinar	85,7%	10,7%	3,6%
Creación de un "calendario de pruebas", que incluya descripción de la prueba, su propósito, la preparación necesaria y los posibles efectos adversos (con independencia del consentimiento)	44,8%	41,4 %	13,8 %
Evaluación de las estructuras y recursos existente en el hospital dirigidas a asegurar la intimidad de los pacientes (disponibilidad de habitaciones individuales, sistemas de separación de camas (cortinas, divanes, etc.), tipo de lencería, salas de información a pacientes y familiares, etc.)	85,3%	14,7%	--



Habilitación de habitaciones individuales, siempre que sea posible; si no es posible, separación de camas mediante cortinillas o divanes que podrán desplegarse cuando se esté atendiendo al paciente	100%	--	--
Dispositivos en puertas de habitaciones para indicar que no se puede acceder por estar realizándose actividades asistenciales	81,8%	12,1 %	6,1 %
Lencería que, facilitando exploraciones y tratamientos sanitarios, no vulneren la intimidad del paciente	90,3%	9,7 %	...
Custodia de historias clínicas que sólo permita el acceso a ellas el personal implicado en el cuidado del paciente	100%	...	...
Designación de áreas o zonas para informar a pacientes y familiares	94,1%	5,9%	...
Elaboración de protocolos de traslados de pacientes entre servicios, que aseguren las adecuadas condiciones y contemplen la información previa, preservando su intimidad y confidencialidad	75,8%	18,2 %	6%
Diseño, elaboración e implementación de talleres de formación para la preservación de la intimidad de los pacientes. Se sugiere la realización de esta formación a través de la técnica "Role-playing"	88,2%	2,9%	8,9%
Elaboración de cartelería que recuerde las normas básicas para el respeto a la intimidad del paciente	76,4%	14,7%	8,9%
Elaboración de "hoja de elección de menú" en dietas basales, basales sin sal y para celíacos. Constará de varias alternativas de menú que el propio paciente podrá elegir con 24 horas de antelación	97%	--	3%
Introducción de alimentos "especiales" en momentos concretos de la estancia hospitalaria, tales como festivos señalados, nacimiento, etc.	100%	--	--
Elaboración de menús adaptados a las posibles necesidades, tanto clínicas como culturales y a las estaciones del año, elaborados con los alimentos predominantes en cada temporada	100%	--	--
Definición de criterios de inclusión para dieta de acompañante	87,5%	12,5 %	--
Gestión de riesgo mediante el establecimiento de estrategias para la seguridad del paciente-familia-cuidador, que combinen metodologías de identificación y análisis reactivas y proactivas	93,9%	6,1%	--
Selección y desarrollo de acciones de mejora para la seguridad	93,9%	6,1%	--
Utilización de equipos de juegos: cartas, puzzles, pinturas, juegos de mesa, potenciando su uso, individual o grupal (siempre que no existan medidas de aislamiento) y fomentando la participación de la familia	94%	3%	3%
Biblioteca móvil a pie de cama	80,6%	9,7%	9,7%
Oferta de actividades de ocio grupales con apoyo de voluntariado (cuentacuentos, lectura para pacientes con déficit visual, etc.). Disponibilidad de salas de juegos, comedores comunes, cine, teatro (utilización de instalaciones académicas en otro horario), paseo por zonas hospitalarias ajardinadas.	100%	--	--
Herramientas de ocio multimedia	79,4%	8,8%	11,80
Acceso a televisión gratuita y canales de ocio hospitalarios (unidades pediátricas)	90,5%	5%	
Aulas hospitalarias	100%	--	--
Creación y difusión de un decálogo de humanización	97%	3%	...
Detalle por la onomástica del paciente, como por ej. tarjetas de felicitación en la bandeja de comida y, si la situación lo permite, un postre especial; pequeño obsequio para pacientes pediátricos	75,8%	18,2	6%
Talleres de apoyo al profesional sobre herramientas orientadas a la reducción del estrés	97%	3%	...



Buzón de sugerencias para pacientes y para profesionales -incubadora de ideas-	94%	6%	...
Grado global de desarrollo de la línea 5 en el ámbito asistencial hospitalario			
EJECUTADAS	INICIADAS	NO INICIADAS	
86,4%	10%	3,6%	

Fuente: elaboración propia

En esta línea hay que destacar que el acceso a televisión gratuita se reorientó para que fuera de aplicación sólo en unidades pediátricas y que la actividad de biblioteca móvil a pie de cama tiene una ejecución muy desigual porque algunos Servicios de Medicina Preventiva lo han desaconsejado. Entre las actividades con un mayor nivel de implantación destacan la habilitación de habitaciones individuales o separación mediante cortinillas, la correcta custodia de historias clínicas o la educación para la salud a familiares de pacientes crónicos, ejecutadas en el 100% de los hospitales.

En cuanto a las actividades que han alcanzado menor nivel de implantación destacan la existencia de soporte visual/iconografía acompañando al consentimiento informado de técnicas invasivas, que no se ha puesto en marcha en el 19,4% de los hospitales, y la colocación de componentes/materiales reflectantes en interruptores y dispositivos de aviso, que se encuentra no iniciada en el 18,2% de los hospitales.

En cuanto a las actividades centralizadas, las 5 se han ejecutado según el estándar previsto.

Tabla 13. Grado de ejecución de actividades centralizadas L5	Nivel ejecución
Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes en relación con la accesibilidad	Ejecutada
Elaboración de manual con normas básicas y consejos para mejorar la estancia hospitalaria	Ejecutada
Realización de encuesta a pacientes en relación con el respeto a su intimidad	Ejecutada
Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes y familiares con la alimentación (encuestas/técnicas cualitativas), e incorporación de acciones de mejora	Ejecutada
Fomento del uso de la "Escala de Valoración del Dolor" , según tipo de paciente, así como escalas específicas de los síntomas prevalentes. Se considerarán iniciativas como el manejo del dolor pediátrico y la creación de "Unidades de Dolor Agudo"	Ejecutada

Fuente: elaboración propia



### Desarrollo de la Línea 6 “Humanización en UCI”

Los ámbitos de intervención de esta línea son los siguientes:

1. UCI de puertas abiertas
2. Comunicación
3. Bienestar del paciente
4. Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos
5. Cuidados al profesional
6. Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos
7. Infraestructura humanizada
8. Cuidados al final de la vida.

La programación establecida para esta línea ha sido de **102 actividades**, de las cuales 94 son de aplicación en el ámbito hospitalario, y 8 han sido programadas con carácter centralizado. El nivel de puesta en marcha en el ámbito asistencial es de un 91,8% (80,6% ejecutadas más 11,2% iniciadas). En esta tabla se recoge el nivel de ejecución de cada actividad en los hospitales en los que es de aplicación.

Tabla 14. Grado de ejecución de actividades en el ámbito asistencial L6			
Actividades del ámbito asistencial L6	Nivel ejecución (% centros)		
	Ejecutada	Iniciada	No iniciada
Divulgación dentro de cada SMI y a los diferentes profesionales del mismo, de experiencias de otras Unidades en las que esté implantado el modelo de “UCI de puertas abiertas”	96%	4%	--
Sesiones informativas/ trabajo con profesionales del SMI analizando barreras y soluciones a la implantación del nuevo modelo UCI de puertas abiertas	96%	--	4%
Elaboración de un protocolo asistencial de horario de visitas flexibilizado o de puertas abiertas adecuado a las características de cada centro	100%	--	--
Implantación del protocolo de horarios flexibles de visitas de familiares	100%	--	--
Retirada de barreras innecesarias (calzas, batas, guantes y mascarillas) salvo en casos especiales en los que estén indicados	100%	--	--
Implantación de un protocolo estructurado de traspaso de información en el cambio de turno/ cambio de guardia/alta a planta	88,9%	11,1%	--
Realización de rondas diarias por equipo multidisciplinar	81,5%	11,1%	7,4%



Incorporación de herramientas específicas para la mejora de la comunicación efectiva: objetivos diarios / listados de verificación / Briefings / AASTRE (Análisis Aleatorio de Seguridad en Tiempo Real) / técnica SBAR	88,9%	7,4%	3,7%
Realización de actividades formativas para los profesionales de UCI en trabajo en equipo y comunicación efectiva (CRM, simulación clínica)	88,9%	7,4%	3,7%
Existencia de espacios adecuados y suficientes para la información a familiares	96,3%	--	3,7%
Implantación de proceso de información conjunta médico-enfermera a pacientes y familiares	66,7%	14,8%	18,5%
Realización actividades formativas en técnicas de comunicación y malas noticias/talleres de simulación	88,9%	11,1%	--
Realización de acciones que favorezcan la información a los familiares: flexibilización de horarios, aumento de la frecuencia de información, llamadas telefónicas en casos seleccionados	100%	--	--
Disposición de sistemas de comunicación no verbal aumentativa/alternativa (tablas alfabéticas, códigos gestuales, imágenes, o preguntas estructuradas con respuesta sí/no, pudiendo incluir nuevas tecnologías como la comunicación a través de la mirada	96,3%	3,7%	--
Implantación y/o actualización del Protocolo de Analgesia y Sedación, con evaluación y monitorización de sedación y analgesia	85,2%	14,8%	--
Implantación y/o actualización del protocolo de prevención y manejo del delirium agudo	85,2%	7,4%	7,4%
Implantación y/o actualización de protocolo de las sujeciones mecánicas	96,3%	3,7%	--
Implantación de fisioterapia precoz en los pacientes críticos (motora y/o respiratoria), asociada a movilización/sedestación precoz y cambios posturales reglados	85,2%	11,1%	3,7%
Valoración sistemática de sensaciones de disconfort en el paciente (sed, frío, calor, etc.) y alivio de las mismas en la medida de lo posible	100%	--	--
Evaluación al ingreso y periódicamente del dolor del paciente pediátrico	100%	--	--
Facilitar medios de entretenimiento para los pacientes con la regulación debida de utilización (lectura, dispositivos multimedia, radio, TV...)	92,6%	3,7 %	3,7%
Cuidados o atención espiritual/ religiosa si el paciente o sus familiares lo demandan	100%	--	--
Promoción de la deambulación controlada y la utilización del WC en casos seleccionados	80%	16 %	4%
Regulación del uso de la telefonía móvil (favorecer el contacto con familiares y disminuir la sensación de aislamiento), siempre que sea posible	92%	4%	4%
Control del ruido ambiental: procurar mantener un ambiente lo menos bullicioso posible para mejorar el confort de los pacientes y su recuperación, disminuir el delirium y el estrés postraumático: - Medición del ruido ambiental: colocación de medidores de decibelios en todas las unidades con aviso luminoso cuando se sobrepasen los límites establecidos - Ajuste del tono de las alarmas, teléfonos y/o interfonos durante la noche	74,1%	18,5%	7,4%



Control de la iluminación:			
*Ajuste de la luz ambiental nocturna con posibilidad de disminuir la intensidad general por la noche en los espacios comunes e individualizarla en cada box	96,3%	3,7%	--
*Favorecer la iluminación exterior durante el día (boxes con luz natural)			
Disminución de las actividades o intervenciones sobre los pacientes en los periodos de descanso	81,5%	18,5%	--
Promoción de la musicoterapia: efecto beneficioso de la música en los pacientes críticos, reduciendo la ansiedad y la respuesta fisiológica, con disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria y de la tensión arterial sistólica. Se recomienda música relajante	66,7%	22,2%	11,1%
Elaboración de un procedimiento que contemple la participación de la familia en los cuidados básicos del paciente (aseo, comida, rehabilitación)	66,7%	25,9%	7,4%
Creación de la figura de cuidador principal en pacientes con estancias prolongadas (Anexo III)	92%	4%	4%
Oferta a los familiares de acompañar al paciente en determinados procedimientos	53,8%	38,5%	7,7%
Utilización de herramientas para identificar las necesidades emocionales y psicológicas de los cuidadores	59,3%	25,9%	14,8%
Establecimiento protocolos de soporte para los cuidadores (soporte psicológico / trabajador social, etc.)	51,9%	37%	11,1%
Disponibilidad de apoyo psicológico	63%	25,9%	11,1%
Implantación de estrategias específicas institucionales de soporte a los profesionales	61,5%	23,1	15,4%
Aplicación del paquete de medidas ABCDEF durante la estancia en UCI (Anexo V)	74,1%	14,8%	11,1%
Elaboración de un Protocolo de UCI sin Delirium (Anexo VI)	81,5%	3,7%	14,8%
Implantación de medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad neuromuscular: reducción de la duración de la ventilación mecánica, sedación profunda y bloqueo neuromuscular; uso de ortesis antiequino y movilización precoz ( <i>Ver Programa 3: Bienestar del paciente</i> )	81,5%	11,1%	7,4%
Realización de una valoración funcional física	77%	15,4%	7,6%
Realización de una valoración funcional psicológica	41,7%	20,8%	37,5%
Protocolización de las actuaciones específicas de seguimiento de estos pacientes críticos durante su estancia en planta	50%	26,9%	23,1%
Creación de una consulta específica de seguimiento cuando ya han sido dados de alta ( <i>Anexo VII del PHAS</i> )	50%	23,1%	26,9%
Instalación de biombos, cortinas y demás elementos separadores entre boxes que hagan posible la privacidad	30,8%	34,6%	34,6%
Elaboración de un plan de cuidados multidisciplinar para el paciente con PICS (síndrome post cuidados intensivos)	100%	--	--
Habilitación de boxes individuales, a ser posible con ventanas y puertas traslúcidas. <i>Ver Anexo VIII (A.1.2 y E) del PHAS</i>	77%	23%	...
Existencia de cama para la madre en el box en el caso de las UCIN, siempre que sea posible	36,4%	18,2%	45,4%
Habilitación de boxes con baño o cercanos a baños compartidos. O al menos asegurar una mínima intimidad para las funciones fisiológicas que generan pudor. <i>Ver Anexo VIII (A.1.3.) del PHAS</i>	79,2%	12,5%	8,3%



Disponibilidad de luz natural que llegue con suficiente cantidad y calidad al paciente, siempre que sea posible	100,%	--	--
Incorporación de colores adecuados para pacientes adultos e imágenes para pacientes pediátricos. Se debe prestar atención además a los techos, que a veces es lo único que ve el paciente. <i>Ver Anexo VIII (A.2.2.)</i>	60%	24%	16%
Instalación de mobiliario adecuado y su correcta distribución, para crear un espacio funcional, con una circulación óptima, evitando molestias y obstáculos innecesarios. <i>Ver Anexo VIII (A.2.3.)</i>	88,9%	7,4%	3,7%
Personalización del box para crear la sensación de “personalización del espacio” con cuadros e imágenes que den calidez al espacio y permitan la personalización individual de cada paciente	77%	11,5%	11,5%
Control autónomo e individualizado en cada box de temperatura, humedad y ventilación de acuerdo a normas UNE e ISO publicadas, siempre que sea posible. <i>Ver Anexo VIII (A.5.1) del PHAS</i>	50%	11,5%	38,5%
Implementación de sistema de control de luz, ya que es imprescindible la luz natural de calidad y suficiente cantidad en todas las habitaciones de pacientes, <i>siempre que sea posible</i> . Ésta ha de complementarse con luz artificial. La iluminación general de la habitación es de 100 lux. <i>Ver Anexo VIII (A.5.2.) del PHAS</i>	77%	7%	16%
Control de ruido por debajo de 40 db. La OMS aconseja un nivel de ruido de 30 decibelios, 35 decibelios en el área de pacientes, y hasta 10 dB más para permitir la comunicación. <i>Ver Anexo VIII (A.5.3.)</i>	77,8%	14,8%	7,4%
Disponibilidad de conexión visual con el exterior (ventana a una altura adecuada), para no perder la orientación y mantener el ciclo circadiano, siempre que sea posible	77%	7%	16%
Disponibilidad de calendario y reloj visibles desde la cama	70,4%	22,2%	7,4%
Utilización de pizarras o alfabetos y aplicaciones específicas y sistemas de contacto visual para comunicarnos con aquellos pacientes con ventilación mecánica invasiva que no pueden hablar (ver Programa 2: Comunicación). <i>Ver Anexo VIII (A.3.2.)</i>	85,2%	11,1%	3,7%
Implantación de intercomunicador con central de enfermería. <i>Ver Anexo VIII (A.3.3.) del PHAS</i>	80%	12%	8%
Utilización de luz para lectura en pacientes conscientes, siempre que sea posible. <i>Ver Anexo VIII (A.4.1.) del PHAS</i>	73,1%	7,7%	19,2%
Disponibilidad de receptor de televisión, siempre que sea posible. <i>Ver Anexo VIII (A.4.2.) del PHAS</i>	42,3%	15,4%	42,3%
Instalación de hilo musical, siempre que sea posible. <i>Ver Anexo VIII (A.4.3.) del PHAS</i>	53,9%	3,8%	42,3%
Instalación de conexión wi-fi para uso de tabletas y móviles que permitan al paciente comunicarse con sus allegados y estar conectados con el mundo exterior, favoreciendo su distracción, siempre que sea posible. <i>Ver Anexo VIII (A.4.4.) del PHAS</i>	61,5%	3,8%	34,7%
Disponibilidad de acceso telefónico dentro de la habitación (opcional)	100%	--	--
Disponibilidad de acceso a juegos (UCIP), vídeos infantiles, libros, consolas de videojuegos y material educativo suficientes para todos los niños ingresados y que cubran el rango de edad desde lactantes a adolescentes, siempre que sea posible	100%	--	--



Creación de espacio específico para pacientes adolescentes, para que tengan su propio espacio de retiro donde se pueden reunir con privacidad (diferente del concepto de sala de padres), siempre que sea posible	77,8 %	11,1%	11,1%
Aprovechamiento de espacios en jardines o patios para pacientes, con garantía de acceso a los mismos (silla de ruedas, camas, etc.), siempre que sea posible. <i>Ver Anexo VIII (A.6) del PHAS</i>	50 %	11,5%	43,5%
Creación de escuela infantil o acceso de los pacientes en edad escolar a los recursos del "aula hospitalaria" durante la estancia en la UCI, siempre que sea posible	100 %	--	--
Control de iluminación adecuada y apta para trabajar en la zona. En las UCIN asegurar las condiciones especiales que esta unidad requiere. La iluminación general de la habitación para pacientes adultos y pediátricos es de 100 lux. <i>(Para las UCIN consultar Anexo VIII, apartado E del PHAS)</i>	96%	4%	--
Control acústico adecuado en el área de trabajo. En general, el nivel de ruido de fondo total en cuidados intensivos debe mantenerse por debajo de 40 dBA, con un nivel máximo operativo de 55 dB en áreas de trabajo, que permita comunicación y aprendizaje. En las UCIN asegurar las condiciones especiales que esta unidad requiere. <i>Ver Anexo VIII, apartado E, del PHAS</i>	80,8%	11,5%	7,7%
Implementación de un adecuado acceso a la documentación con suficientes puestos de ordenador y wi-fi para consulta de historias y avisos de monitorización en salas médicas y de enfermería. <i>Ver Anexo VIII (B.3)</i>	88,5%	11,5%	...
Instalación de un sistema de información clínica (SIC) ajustado al flujo de trabajo de la Unidad y que permita trabajar en red	77%	19,2%	3,8%
Implementación de un sistema de monitorización central que recoja todos los monitores de la unidad, controlados por el personal médico y de enfermería, desde un espacio fácilmente accesible a los boxes	100,00%	--	--
Implantación de sistemas de visualización adecuada del paciente desde el control (diseños circulares, instalación de cámaras y conexión a circuitos cerrados, etc.)	85,2%	14,8%	--
Habilitación de espacios de trabajo adecuados dotados de las instalaciones necesarias para llevar a cabo el trabajo	96,2%	3,8%	...
Habilitación de habitaciones para staff de guardia, con espacios adecuados y manteniendo el hilo conductor estético marcado en la unidad. <i>Ver Anexo VIII (C.2) del PHAS</i>	92,3%	7,7%	...
Implantación de una señalización adecuada mediante rotulación visible de habitaciones, indicando vías de acceso, y manteniendo la estética establecida para la unidad. <i>Ver Anexo VIII (D.1)</i>	100%	--	--
Habilitación de "salas de estar" en vez de "salas de espera" para conseguir que la familia, siempre que sea posible. <i>Ver Anexo VIII (D.2)</i>	71,4%	16,7%	5,6%
Habilitación de habitaciones para familiares en situaciones muy críticas, que aseguren privacidad, siempre que sea posible. <i>Ver Anexo VIII (D.5)</i>	61,1%	16,7%	22,2%
Habilitación de espacio de despedida en la que pueda acompañarse a un paciente terminal en condiciones de intimidad, sin presiones de tiempo o espaciales, para posibilitar el inicio de duelo saludable	100%	--	--
Adecuación de la distribución de la unidad para que posibilite el proceso asistencial enfocado en cuidar la unidad madre-bebé-familia, con CCD/NIDCAP.	100%	--	--
Adecuación del confort en la sala, al igual que el área de pacientes, staff y familia	92,3%	7,7%	--
Habilitación de área de descanso específica anexa a la Unidad para los padres (aseos y duchas, zona de estar/descansar), siempre que sea posible	90,9%	9,1%	--



Habilitación de área para reuniones de padres y grupos de apoyo, siempre que sea posible	90%	10%	...
Habilitación de espacio para “talleres con hermanos”, para preparar a los hermanos (y otros familiares) a la entrada en la Unidad y el encuentro del pequeño paciente, siempre que sea posible.	70%	20%	10%
Elaboración /Actualización un protocolo de Adecuación de cuidados al final de la vida, multidisciplinar	85,2%	14,8%	--
Instauración de sedación paliativa adecuada a los pacientes en situación al final de la vida	100%	--	--
Implantación de horarios flexibles de visita para familiares de los pacientes en situación al final de la vida	100%	--	--
Integración de mecanismos de soporte emocional para los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida	77,8%	7,4%	14,8%
Elaboración/Actualización protocolo de Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV)	96,3%	3,7%	--
Implantación de un registro específico para la LTSV	80,8%	15,4%	3,8%
Realización de forma sistemática la consulta al registro de instrucciones previas de la CM en los enfermos a los que se realice LTSV (requiere disponer de claves actualizadas)	74,1%	22,2%	3,7%
Incorporación de instrucciones previas en la toma de decisiones dejando constancia del proceso en la historia clínica	85,2%	14,8%	--
Siempre que sea posible, la LTSV se realizará por consenso contando con la participación de enfermería y de otros profesionales implicados en la atención del paciente	66,7%	29,6%	3,7%
Elaboración protocolos específicos de LTSV consensuados con otras especialidades	65,4%	30,8%	3,8%
<b>Grado global de desarrollo de la línea 6 en el ámbito asistencial hospitalario</b>			
<b>EJECUTADAS</b>	<b>INICIADAS</b>	<b>NO INICIADAS</b>	
<b>80,6%</b>	<b>11,2%</b>	<b>8,2%</b>	

*Fuente: elaboración propia*

Entre las actividades con un mayor nivel de implantación destacan la implantación de horarios flexibles de visita para familiares de los pacientes en situación al final de la vida o la instauración de sedación paliativa adecuada a los pacientes en situación al final de la vida que han sido ejecutadas en el 100% de los hospitales en los que son de aplicación.

Por otro lado, el programa “infraestructura humanizada” contempla una serie de actividades que han resultado de muy difícil ejecución, esencialmente porque para ello se precisarían unas modificaciones estructurales que implicarían una importante inversión presupuestaria o la reducción del espacio destinado a las áreas de cuidados. Un ejemplo de estas actividades sería la habilitación de habitaciones para familiares en situaciones muy críticas o la habilitación de espacios para realizar talleres con hermanos. Otra dificultad para la



ejecución de parte de las actividades de este programa es el propio estado en el que se encuentra una persona ingresada en una Unidad de Cuidados Intensivos. La retroalimentación recibida por parte de los profesionales que trabajan en estas unidades nos indica que muchos de ellos no consideran adecuado que un paciente ingresado en UCI salga a un jardín o un aula hospitalaria, por citar un ejemplo, ya que esto podría comprometer su seguridad. De manera análoga, nos han trasladado que si el paciente se encuentra lo suficientemente estable como para hacer uso de todos los medios de distracción propuestos en las actividades de esta línea, sería oportuno su traslado a otra unidad.

Esta falta de criterio homogéneo ha provocado que el programa “infraestructura humanizada” resulte difícil de valorar. Hay que señalar que la mayoría de las actividades establecidas en él recogen al final de su enunciado el complemento “si es posible”, lo que pone de manifiesto que en la propia elaboración del Plan se preveía la dificultad para abordar estas actuaciones.

Otra actividad con un bajo nivel de cumplimiento es la realización de valoración funcional psicológica, que no se ha iniciado en un 37,5% de los centros.

En cuanto a las 8 actividades centralizadas, 2 de ellas se encuentran iniciadas, 2 no iniciadas y las 4 restantes se han ejecutado según lo previsto.

Tabla 15. Grado de ejecución de actividades centralizadas L6.	Nivel ejecución
Formación a los familiares (Escuela de Familiares de UCI-Anexo IV)	Ejecutada
Realizar formación específica sobre el síndrome de desgaste profesional	Ejecutada
Edición de un manual sobre desgaste profesional en cuidados intensivos	Ejecutada
Realización de un estudio multicéntrico sobre la prevalencia del síndrome de desgaste profesional, los factores antecedentes del mismo, las consecuencias para la salud y calidad de vida, y los recursos de afrontamiento con los que cuentan los profesionales de cuidados intensivos. Para ello se diseñará una encuesta, en la que se podrían utilizar cuestionarios ad hoc	Iniciada
Realización de estudio multicéntrico para conocer el grado de satisfacción laboral, ansiedad, depresión y “engagement” (implicación laboral)	Iniciada
Diseño un programa formativo en el que se aborden diferentes aspectos relacionados con el desgaste profesional para la adquisición de competencias y habilidades en el afrontamiento del stress y situaciones conflictivas (resiliencia, personalidad positiva, asertividad, resolución de problemas, manejo eficaz del tiempo)	Ejecutada
Explorar cambios organizativos que reduzcan el impacto del desgaste profesional	No iniciada
Evaluación periódica del síndrome de burnout en cada Servicio de Medicina Intensiva	No iniciada

Fuente: elaboración propia



Cabe destacar que las actividades no iniciadas están directamente relacionadas con las que se encuentran iniciadas actualmente y que está previsto abordarlas en función del resultado de ambos estudios, por lo que no ha sido posible ponerlas en marcha de manera simultánea.

### Desarrollo de la Línea 7 “Humanización en salud mental”

El objetivo de esta línea es articular y potenciar la humanización de los procesos de atención integral a las personas con problemas de salud mental, sobre la base de un modelo biopsicosocial y comunitario, comprometido con el respeto a los derechos humanos y con los principios de individualización e implicación y participación activa. También busca orientar la atención integral de la personas con problemas de salud mental hacia a la autonomía y apoyo a la recuperación, mejorando la relación con las familias y cuidadores y fortaleciendo la capacitación de los profesionales, en el marco de una práctica colaborativa.

La programación establecida para esta línea ha sido de **22 actividades**, 12 de ellas de aplicación en el ámbito hospitalario y la 10 restantes de carácter centralizado.

En el ámbito hospitalario, el nivel de puesta en marcha es de un 97,5% (89,1% ejecutadas más 8,4% iniciadas). En esta tabla se recoge el nivel de ejecución de cada actividad en los hospitales en los que es de aplicación.

Tabla 16. Grado de ejecución de actividades en el ámbito asistencial L7			
Actividades del ámbito asistencial L7	Nivel ejecución (% centros)		
	Ejecutada	Iniciada	No iniciada
Establecimiento de espacios de encuentro en los servicios de salud mental para la ciudadanía y determinados colectivos profesionales (como fuerzas de seguridad, medios de comunicación, maestros y profesores), con el fin de dar a conocer el funcionamiento de estos servicios	83,3%	10%	6,7%
Implementación progresiva de TIC en el proceso de información a pacientes y familiares sobre la atención en salud mental	76,7%	10%	13,3%
Mejora y accesibilidad al servicio de teletraducción para la comunicación entre los pacientes de habla no hispana y los profesionales, en todos los servicios de psiquiatría y salud mental	100%	--	--
Elaboración de protocolos y procedimientos para facilitar la participación activa de las personas con trastorno mental en su proceso de atención y en la definición de su plan terapéutico y de continuidad de cuidados, fomentando la toma de decisiones compartidas	86,7%	13,3%	--



Elaboración de protocolos para la atención integral y comunitaria de los pacientes con trastorno mental que contemplen, dentro del itinerario de recuperación, todas las facetas importantes de la vida de la persona (vivienda, educación, trabajo, necesidades afectivas)	83,3%	16,7%	--
Elaboración de protocolo para facilitar la implicación de familiares en el proceso de atención en salud mental de sus allegados afectados con trastornos mentales graves y ofrecerles la información, asesoramiento y apoyo necesarios, teniendo en cuenta las necesidades de las familias y al objeto de prevenir y aliviar las situaciones de sobrecarga	90%	10%	...
Desarrollo de grupos psicoterapéuticos y apoyo a las familias y cuidadores de personas con trastorno mental grave	96,7%	--	3,3%
Diseño y elaboración de un programa de educación para la salud mental dirigido a pacientes, familiares y cuidadores, que contemple aspectos relacionados con: cuidado del embarazo y salud materno-infantil, autocuidado y cuidar al cuidador (incluir técnicas de relajación, mindfulness, afrontamiento de conflictos)	86,2%	13,8%	--
Diseño e implantación de actividades de formación dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre: - Acogida, información y trato con personas con problemas de salud mental y sus familias - Manejo de situaciones difíciles - Comunicación eficaz y habilidades en la comunicación	100%	--	--
Establecimiento de espacios de encuentro entre profesionales y pacientes o asociaciones de pacientes y/o asociación de familiares, con el fin de promover la empatía y la colaboración y poder detectar áreas de mejora	94,1%	5,9%	--
Jornada para promover entre los profesionales de los servicios de psiquiatría y salud mental una mirada respetuosa y atención igualitaria hacia las personas con trastorno mental	89,3%	10,7%	--
Implantación progresiva de gestión y atención por procesos en los servicios de salud mental, al objeto de potenciar la mejora de la atención a las distintas patologías más prevalentes del trastorno mental grave	82,8%	10,3%	6,9%
<b>Grado global de desarrollo de la línea 7 en el ámbito asistencial hospitalario</b>			
<b>EJECUTADAS</b>	<b>INICIADAS</b>		<b>NO INICIADAS</b>
<b>89,1%</b>	<b>8,4%</b>		<b>2,5%</b>

*Fuente: elaboración propia*

Respecto a las actividades centralizadas, se han puesto en marcha 9 de las 10 actividades programadas y 6 de ellas están ejecutadas. La única que se encuentra “no iniciada” es la elaboración de documentos de consentimiento informado en los servicios de psiquiatría y salud mental, en relación con los diferentes programas de intervención. Esta actividad está recogida también en el Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 y se abordará más adelante.



Tabla 17. Grado de ejecución de actividades centralizadas L7	Nivel ejecución
<p>Elaboración de guía de acogida para facilitar información clínica y no clínica a pacientes, familiares y allegados en los servicios de psiquiatría y salud mental, que contemple aspectos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Información sobre el centro y sus profesionales.</li> <li>*Información sobre cartera de servicios del centro. Programas existentes y protocolos de intervención.</li> <li>*Información sobre el proceso de atención en el servicio de salud mental y normas internas de funcionamiento del servicio.</li> <li>*Derechos y deberes de los pacientes.</li> <li>* Procedimientos de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos.</li> </ul>	Ejecutada
<p>Elaboración de folletos informativos dirigidos a pacientes, familiares y/o allegados sobre los servicios y recursos de psiquiatría y salud mental comunitarios</p>	Ejecutada
<p>Elaboración de documentos de consentimiento informado en los servicios de psiquiatría y salud mental, en relación con los diferentes programas de intervención (trastornos de conducta alimentaria, personas con trastorno mental grave y duradero, consumo de tóxicos, entre otros)</p>	No iniciada
<p>Realización de campañas divulgativas y de sensibilización sobre el estigma asociado a la enfermedad mental</p>	Ejecutada
<p>"Elaboración de protocolo para la utilización de medios restrictivos (inmovilización terapéutica) en circunstancias excepcionales, en las que haya riesgo de la integridad del paciente o terceros, y de forma protocolizada y con respeto a la dignidad de las personas, teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Los principios de restricción mínima y de proporcionalidad.</li> <li>*La exigencia de control médico supervisado.</li> <li>*Los registros documentales sobre la indicación y el seguimiento médico, así como la observación y los cuidados de enfermería, deben formar parte de su historia clínica.</li> <li>*Informar al paciente, familiares o representantes legales del paciente sobre las medidas coercitivas, con carácter previo, durante la actuación y con posterioridad a las mismas</li> </ul>	Ejecutada
<p>Establecimiento de protocolos de derivación de pacientes entre dispositivos asistenciales de atención primaria y especializada</p>	Iniciada
<p>Actualización del programa de rehabilitación y continuidad de cuidados para personas con trastorno mental grave en los servicios de salud mental, que contemple los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Considerar el equipo de salud mental como eje de coordinación de los procesos individualizados en la atención al trastorno mental grave y de la utilización de recursos sanitarios y sociales necesarios</li> <li>* Fortalecimiento de los roles de coordinador y responsables del programa de continuidad de cuidados</li> <li>* Fortalecimiento de mecanismos de coordinación territorial</li> </ul>	Ejecutada
<p>Establecimiento de protocolo para la detección e intervención temprana de trastornos mentales graves, como la psicosis, para prevenir deterioro, discapacidad y cronicidad</p>	Iniciada
<p>Diseño e implementación de un programa de transición del adolescente y adulto joven con patología mental o con elevado riesgo de sufrirla y vulnerabilidad, que asegure la continuidad de cuidados en este grupo de población</p>	Iniciada
<p>Promover encuentros, jornadas de trabajo y protocolos conjuntos de intervención entre profesionales de diferentes ámbitos para el abordaje integral de situaciones relacionadas con la salud mental (fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, justicia, educación).</p>	Ejecutada

Fuente: elaboración propia



### Desarrollo de la Línea 8 “Humanización y paciente oncológico”

El objetivo de esta línea es definir, impulsar y favorecer la implementación de actuaciones e iniciativas dirigidas a proporcionar al paciente oncológico y su familia una atención integral y personalizada durante todo el proceso de la enfermedad, ofrecerles la mejor atención sanitaria y psicosocial, y posibilitarles una mejor aceptación y vivencia de la enfermedad.

La programación establecida para el año 2019 de esta línea ha sido de **16 actividades**, 10 de ellas de aplicación en el ámbito asistencial y las 6 restantes de carácter centralizado. El nivel de puesta en marcha a nivel asistencial es de un 99% (91,2% ejecutadas más 7,8% iniciadas).

En esta tabla se recoge el nivel de ejecución de cada actividad en los ámbitos en los que es de aplicación.

Tabla 18. Grado de ejecución de actividades en el ámbito asistencial L8						
Actividades del ámbito asistencial L8	Nivel ejecución (%)					
	HOSPITALES			A.PRIMARIA		
	Ejecutada	Iniciada	No iniciada	E	I	NI
Formación y sensibilización sobre la importancia de comunicar adecuadamente el diagnóstico de cáncer, mediante el diseño de una estrategia formativa dirigida a los profesionales sanitarios, en la que se trabajen las técnicas de comunicación a utilizar en cada momento del proceso, incluyendo la formación en comunicación para la toma de decisiones compartidas	96,3%	3,7%	--	100%	--	
Valoración psicosocial del paciente desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso asistencial, según las necesidades, ante el impacto y repercusiones que supone la enfermedad oncológica en el paciente y en su entorno social y familiar	66,7%	25,9%	6,4%	No aplica		
Establecimiento de procedimientos escritos donde se recoja cómo y dónde el paciente y/o familia pueden consultar con los profesionales sanitarios las dudas que les surjan a lo largo de todo el proceso asistencial. Se podrán contemplar iniciativas como la existencia de la figura del médico/enfermera referente en el ámbito hospitalario	77,8%	22,2%		No aplica		
Diseño e implementación de iniciativas dirigidas a la promoción de la salud y el fomento del autocuidado (EpS) dirigidas a pacientes y/o familiares de pacientes ingresados o atendidos en hospital de día (formación individual, talleres grupales...)	96,3%	3,7%		No aplica		



Diseño e implementación de iniciativas que contribuyan a normalizar la vivencia de la enfermedad y a evitar la pérdida de identidad del paciente durante el ingreso hospitalario, como: * Personalización del entorno del paciente * Programación de actividades de entretenimiento, ocio y desarrollo personal. * Facilitación del acompañamiento *Aprovechamiento de TIC para facilitar el contacto de los pacientes con el exterior y mantener sus relaciones sociales (wifi). *Facilitar las salidas a zonas exteriores del hospital. *Habilitación de espacios comunes para pacientes y familiares *Ingreso en habitaciones individuales. *Habilitación de espacios para actividades escolares	100%	--	--	No aplica
Implementación de iniciativas que minimicen los desplazamientos para gestionar las diferentes citas sanitarias	100%	--	--	No aplica
Elaboración de protocolos de actuación en urgencias en base a las patologías más frecuentes de los pacientes oncológicos en la fase activa de la enfermedad, catalogando estos pacientes como preferentes, sobre todo en los casos de fiebre o dolor EVA 7 (Escala Visual Analógica) (ver línea Humanización en la atención en urgencias)	73,1%	23,1%	3,8%	No aplica
Diseño, elaboración y oferta de programas de formación continuada dirigido a profesionales sanitarios de atención primaria en los que se contemple el seguimiento a realizar, la detección y manejo de síntomas asociados a la enfermedad, la problemática social y psicológica susceptible de acompañar a estos pacientes y la forma de abordarlos (incluyendo programas específicos dirigidos a los supervivientes al cáncer en la infancia y adolescencia)	No aplica			100%
Actividades de EpS y prevención del cáncer en Cartera de Servicios Estandarizada de atención primaria (servicio 504: Educación para la salud en grupos) y en contrato programa de centro; indicadores que monitoricen la realización de estas actividades	No aplica			100%
Inclusión de los pacientes que cumplan los criterios del servicio 502 de la cartera de servicios estandarizada de atención primaria y realizar las intervenciones correspondientes en función de las necesidades del paciente y su entorno.	No aplica			100%
<b>Grado global de desarrollo de la línea 8 en el ámbito asistencial</b>				
<b>EJECUTADAS</b>	<b>INICIADAS</b>		<b>NO INICIADAS</b>	
<b>91,2%</b>	<b>7,8%</b>		<b>1%</b>	

Fuente: elaboración propia



En relación con las actividades centralizadas, las 6 actividades programadas se han ejecutado acorde con el estándar establecido.

Tabla 19. Grado de ejecución de actividades centralizadas L8	Nivel ejecución
Diseño y elaboración de programas para el fomento del autocuidado en la Escuela Madrileña de Salud, dirigidos a pacientes oncológicos y familiares. Se incluirá el diseño, elaboración y difusión de la "Guía de apoyo y autocuidado del paciente oncológico". Temas: infusores, nutrición, maquillaje/estética (mejora de la autoestima), descarga emocional (risoterapia, mindfulness), asesoramiento en trámites administrativos (minusvalías, ayudas)	Ejecutada
Elaboración de procedimientos para establecer canales de comunicación entre referentes asistenciales hospitalarios y de atención primaria, que faciliten (si las características del caso lo permiten), la resolución del problema por parte del facultativo de atención primaria, evitando así el desplazamiento del paciente y su paso por la urgencia hospitalaria (ver objetivo específico 6).	Ejecutada
Diseño e implantación de protocolo sobre rutas asistenciales para la gestión compartida de casos entre atención hospitalaria y atención primaria, durante todo el proceso de la enfermedad, especialmente durante las transiciones asistenciales	Ejecutada
Establecimiento de procedimiento para facilitar información sobre los recursos sociosanitarios de apoyo al paciente y cuidadores, que contribuyan a incrementar la autonomía/comfortabilidad del paciente en el autocuidado/cuidado de su salud/enfermedad	Ejecutada
Diseño de estrategia formativa dirigida a los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente oncológico sobre abordaje paliativo precoz de los pacientes que presentan una escasa o nula posibilidad de respuesta a tratamientos con intención curativa	Ejecutada
Revisión y/o diseño de procedimientos de comunicación entre profesionales implicados en la atención y cuidados de pacientes oncológicos en los que se prevé un agotamiento de posibilidades terapéuticas con intención curativa	Ejecutada

*Fuente: elaboración propia*

### Desarrollo de la Línea 9 "Humanización ante el final de vida"

El objetivo de esta línea es proporcionar atención integral y multidisciplinar a las personas en duelo, antes y después de la muerte, en todos los ámbitos asistenciales.

La programación establecida para esta línea ha sido de **21 actividades**, 11 de ellas de aplicación en el ámbito asistencial y las 10 restantes de carácter centralizado. El nivel de puesta en marcha a nivel asistencial es de un 97,9%, estando ejecutadas en un 94,5%.



Tabla 20. Grado de ejecución de actividades en el ámbito asistencial L9									
Actividades del ámbito asistencial L9	Nivel ejecución (%)								
	HOSPITALES			A.PRIMARIA			SUMMA 112		
	Ejecutada	Iniciada	No iniciada	E	I	NI	E	I	NI
Acompañamiento de las personas en la situación de final de vida por sus familiares y/o allegados, durante el ingreso hospitalario y siempre que sea compatible con las medidas sanitarias necesarias	100%	--	--	No aplica			No aplica		
Estancia en habitación individual para los pacientes hospitalizados en situación de final de vida, con el nivel de confort e intimidad que requiera su estado de salud, siempre que sea posible	97%	3%		No aplica			No aplica		
Establecimiento de protocolo para facilitar el acompañamiento de familiares/ allegados de pacientes fallecidos en el hospital por parte de profesionales facilitadores del duelo, especialmente formados para ello	82,3%	5,9%	11,8%	No aplica			No aplica		
Entrega de la guía de atención al duelo a los familiares/allegados de pacientes fallecidos durante la hospitalización	94,1%	5,9%	--	No aplica			No aplica		
Facilitar a la familia y/o allegados el certificado médico de defunción para ser cumplimentado por el médico responsable, con el fin de agilizar los trámites correspondientes al fallecimiento	97,1%	--	2,9%	No aplica			X		
Diseño e implantación de actividades de formación dirigida a profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la atención y apoyo a las personas en duelo, para ser activos en la identificación del riesgo de duelo complicado. Formación de profesionales facilitadores del duelo	79,4%	15,5%	5,9%	No aplica			No aplica		
Diseño de protocolo para la evaluación y tratamiento del dolor y otros síntomas del final de la vida en el ámbito de atención primaria y SUMMA 112	No aplica			100%	--	--	X		
Diseño de protocolo para la evaluación y tratamiento del dolor y otros síntomas del final de la vida en el ámbito de atención hospitalaria	100%	--	--	No aplica			No aplica		
Diseño e implantación de actividades de formación e información dirigidas a profesionales sanitarios sobre las indicaciones y normativa relacionadas con el uso de sujeciones	91,2%	8,8%		100%	--	--	X		
Desarrollo de estrategias de sensibilización y formación dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre el procedimiento y la regulación del otorgamiento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, así como sobre el proceso de Planificación Anticipada de Decisiones	94,1%	--	5,9%	100%	--	--	X		



Diseño e implantación de actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios y no sanitarios (teniendo en cuenta las necesidades físicas, psicoemocionales, sociales y espirituales) sobre:	79,4%	17,6	2,9%	100%	--	--	X		
- Capacitación para el afrontamiento y apoyo emocional ante el final de la vida y proceso de duelo. - Trámites administrativos a realizar tras el fallecimiento. - Atención en el proceso de enfermedad avanzada terminal y cuidados paliativos.									
Grado global de desarrollo de la línea 9 en el ámbito asistencial									
EJECUTADAS	INICIADAS			NO INICIADAS					
94,5%	3,4%			2,1%					

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las 10 actividades centralizadas programadas en esta línea, 9 se encuentran ejecutadas y la restante está iniciada.

Tabla 21. Grado de ejecución de actividades centralizadas L9			Nivel ejecución
Actualización y unificación de las guías de atención al duelo dirigidas a familiares/allegados de pacientes fallecidos			Ejecutada
Difusión de las guías de atención al duelo actualizadas entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales			Ejecutada
Dotación de impresos oficiales de certificado médico de defunción a los centros y servicios sanitarios del Servicio Madrileño de Salud para posibilitar la certificación médica de defunción en los casos necesarios			Iniciada
Establecimiento de protocolos para la detección precoz de situaciones de duelo complicado y definir pautas de actuación en los ámbitos de atención primaria y hospitalaria			Ejecutada
Actualización de protocolos sobre el proceso de atención en los últimos días de vida y/o duelo del paciente y familia en el domicilio			Ejecutada
Actualización de documentos de apoyo dirigidos a profesionales sanitarios para la atención en el final de la vida y/o proceso del duelo			Ejecutada
Difusión de protocolos y documentos de apoyo actualizados entre los profesionales sanitarios y no sanitarios	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria	Ejecutada	Ejecutada
	Gerencia Asistencial de Atención Primaria	Ejecutada	
	Gerencia de SUMMA 112	Ejecutada	



Elaboración de procedimientos para establecer canales de comunicación y protocolos de actuación entre profesionales asistenciales hospitalarios, de atención primaria y SUMMA 112 en relación con la atención domiciliaria de pacientes en fase de final de vida	Ejecutada
Elaboración de protocolo para la aplicación de sujeciones físicas y químicas cuando exista riesgo para la persona y/o acompañantes	Ejecutada
Realización de campaña informativa dirigida a los ciudadanos sobre la Planificación Anticipada de Decisiones y sobre el derecho al ejercicio de formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario	Ejecutada

*Fuente: elaboración propia*

Las dificultades encontradas para la ejecución a nivel centralizado de la “Dotación de impresos oficiales de certificado médico de defunción a los centros y servicios sanitarios del Servicio Madrileño de Salud para posibilitar la certificación médica de defunción en los casos necesarios” implican que la actividad programada a nivel no centralizado “Facilitar a la familia y/o allegados el certificado médico de defunción para ser cumplimentado por el médico responsable”, y que es secundaria a aquella, no se ha extendido de manera homogénea en todos los ámbitos y en Atención Primaria no se ha podido abordar.

### **Resultados en el ámbito hospitalario**

En el conjunto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud se han puesto en marcha el 96,5% de las actividades del Plan programadas; este alcance se debe, fundamentalmente, a las actividades ejecutadas (88,2%) según los estándares establecidos para cada una de ellas.



Tabla 22. Grado de ejecución del Plan por hospital					
Hospital	Año	Nivel de ejecución de actividades*			
		Ejecutadas	Iniciadas	Puestas en marcha (ejecutadas + iniciadas)	No iniciadas
H. El Escorial	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	94,4%	5,6%	100%	--
	<b>Media</b>	<b>98,1%</b>	<b>1,9%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
H.U. Henares	2017	98,7%	1,3%	100%	--
	2018	89,9%	3,7%	93,6%	6,4%
	2019	85,5%	7,2%	92,8%	7,2%
	<b>Media</b>	<b>91,4%</b>	<b>4,1%</b>	<b>95,5%</b>	<b>4,5%</b>
H.U. Infanta Cristina	2017	100%	--	100%	--
	2018	83,6%	4,5%	88,1%	11,8%
	2019	75,4%	8,7%	84,1%	15,9%
	<b>Media</b>	<b>86,3%</b>	<b>4,4%</b>	<b>90,7%</b>	<b>9,3%</b>
H.U. Infanta Elena	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	100%	--	100%	--
	<b>Media</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
H.U. Sureste	2017	88,8%	5,6%	94,4%	5,6%
	2018	89,3%	3,6%	92,9%	7,1%
	2019	76,2%	19%	95,2%	4,8%
	<b>Media</b>	<b>84,8%</b>	<b>9,4%</b>	<b>94,2%</b>	<b>5,8%</b>
H.U. Tajo	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	98,4%	1,6%	100%	--
	<b>Media</b>	<b>99,5%</b>	<b>0,5%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>



Hospital	Año	Ejecutadas	Iniciadas	Puestas en marcha (ejecutadas + iniciadas)	No iniciadas
H.I.U. Niño Jesús	2017	87,3%	12,7%	100%	--
	2018	80,7%	19,3%	100%	--
	2019	69,4%	27,8%	97,2%	2,8%
	<b>Media</b>	<b>79,1%</b>	<b>19,9%</b>	<b>99%</b>	<b>1%</b>
H. Central de la Defensa Gómez Ulla	2017	59,2%	26,3%	85,5%	14,5%
	2018	52,3%	40,2%	92,5%	7,5%
	2019	34,8%	34,8%	69,6%	30,4%
	<b>Media</b>	<b>48,9%</b>	<b>33,7%</b>	<b>82,6%</b>	<b>17,4%</b>
H.U. Fuenlabrada	2017	88,3%	7,8%	96,1%	3,9%
	2018	96,5%	2,6%	99,1%	0,9%
	2019	88,2%	5,9%	94,1%	5,9%
	<b>Media</b>	<b>91%</b>	<b>5,4%</b>	<b>96,4%</b>	<b>3,6%</b>
H.U. Fundación Alcorcón	2017	93,5%	5,2%	98,7%	1,3%
	2018	83,9%	10,7%	94,6%	5,4%
	2019	76,8%	17,4%	94,2%	5,8%
	<b>Media</b>	<b>84,7%</b>	<b>11,1%</b>	<b>95,8%</b>	<b>4,2%</b>
H.U. Getafe	2017	96,1%	3,9%	100%	--
	2018	94,7%	5,3%	100%	--
	2019	90,6%	3,1%	93,8%	6,3%
	<b>Media</b>	<b>93,8%</b>	<b>4,1%</b>	<b>97,9%</b>	<b>2,1%</b>
H.U. Infanta Leonor-Virgen de la Torre	2017	99%	1%	100%	--
	2018	91%	9%	100%	--
	2019	92,2%	7,8%	100%	--
	<b>Media</b>	<b>94,1%</b>	<b>5,9%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
H.U. Infanta Sofía	2017	96%	4%	100%	--
	2018	95,4%	3,7%	99,1%	0,9%
	2019	76,1%	14,9%	91%	9%
	<b>Media</b>	<b>89,3%</b>	<b>7,4%</b>	<b>96,7%</b>	<b>3,3%</b>
H.U. Móstoles	2017	91%	7,8%	98,8%	1,2%
	2018	76,8%	14,3%	91,1%	8,9%
	2019	69%	8,5%	77,5%	22,5%
	<b>Media</b>	<b>79%</b>	<b>10,1%</b>	<b>89,1%</b>	<b>10,9%</b>



H.U. Príncipe de Asturias	2017	89,6%	5,2%	<b>94,8%</b>	5,2%
	2018	71,3%	14,8%	<b>86,1%</b>	13,9%
	2019	79%	11,3%	<b>90,3%</b>	9,7%
	<b>Media</b>	<b>78,1%</b>	<b>10,1%</b>	<b>90,4%</b>	<b>9,6%</b>
H.U. Rey Juan Carlos	2017	100%	--	<b>100%</b>	--
	2018	100%	--	<b>100%</b>	--
	2019	100%	--	<b>100%</b>	--
	<b>Media</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>

H.U. Severo Ochoa	2017	89,5%	6,6%	<b>96,1%</b>	3,9%
	2018	75,7%	14%	<b>89,7%</b>	10,3%
	2019	42,6%	32,4%	<b>75%</b>	25%
	<b>Media</b>	<b>69,3%</b>	<b>17,7%</b>	<b>87%</b>	<b>13%</b>
H. G. Villalba	2017	100%	--	<b>100%</b>	--
	2018	100%	--	<b>100%</b>	--
	2019	96,9%	3,1%	<b>100%</b>	--
	<b>Media</b>	<b>99%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
H.U. Torrejón	2017	90,7%	8%	<b>98,7%</b>	1,3%
	2018	90,8%	5,5%	<b>96,3%</b>	3,7%
	2019	77,6%	16,4%	<b>94%</b>	6%
	<b>Media</b>	<b>86,4%</b>	<b>10%</b>	<b>96,4%</b>	<b>3,6%</b>



Hospital	Año	Ejecutadas	Iniciadas	Puestas en marcha (ejecutadas + iniciadas)	No iniciadas
H.U. 12 de octubre	2017	100%	--	100%	--
	2018	91,2%	8,8%	100%	--
	2019	78,1%	17,8%	95,9%	4,1%
	<b>Media</b>	<b>89,8%</b>	<b>8,8%</b>	<b>98,6%</b>	<b>1,4%</b>
H.U. Fundación Jiménez Díaz	2017	100%	--	100%	--
	2018	96,6%	2,8%	99,4%	0,6%
	2019	87,3%	12,7%	100%	--
	<b>Media</b>	<b>94,6%</b>	<b>5,2%</b>	<b>99,8%</b>	<b>0,2%</b>
H.U. Puerta de Hierro	2017	97,4%	2,6%	100%	--
	2018	91,1%	8,9%	100%	--
	2019	78,4%	21,6%	100%	--
	<b>Media</b>	<b>89%</b>	<b>11%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
H.U. Clínico San Carlos	2017	93,4%	5,3%	98,7%	1,3%
	2018	94,7%	4,4%	99,1%	0,9%
	2019	80,8%	17,8%	98,6%	1,4%
	<b>Media</b>	<b>89,6%</b>	<b>9,2%</b>	<b>98,8%</b>	<b>1,2%</b>
H.U. La Princesa	2017	97%	3%	100%	---
	2018	83,7%	12,5%	96,2%	3,8%
	2019	77,4%	12,9%	90,3%	9,7%
	<b>Media</b>	<b>86%</b>	<b>9,3%</b>	<b>95,3%</b>	<b>4,7%</b>
H. G.U. Gregorio Marañón	2017	85,7%	13%	98,7%	1,3%
	2018	80,7%	18,4%	99,1%	0,9%
	2019	77,6%	17,9%	95,5%	4,5%
	<b>Media</b>	<b>81,4%</b>	<b>16,4%</b>	<b>97,8%</b>	<b>2,2%</b>
H.U. La Paz-Cantoblanco-Carlos III	2017	81,8%	18,2%	100%	--
	2018	79,8%	20,2%	100%	--
	2019	68%	30,7%	98,7%	1,3%
	<b>Media</b>	<b>76%</b>	<b>23%</b>	<b>99%</b>	<b>1%</b>
H.U. Ramón y Cajal	2017	78,4%	18,9%	97,3%	2,7%
	2018	75,7%	20,7%	96,4%	3,6%
	2019	66,7%	30,6%	97,3%	2,7%
	<b>Media</b>	<b>73,6%</b>	<b>23,4%</b>	<b>97%</b>	<b>3%</b>



Hospital	Año	Ejecutadas	Iniciadas	Puestas en marcha (ejecutadas + iniciadas)	No iniciadas
H. Dr. Rodríguez Lafora	2017	81,2%	9,4%	90,6%	9,4%
	2018	82,4%	7,8%	91,2%	8,8%
	2019	94,1%	--	94,1%	5,9%
	<b>Media</b>	<b>86,1%</b>	<b>5,9%</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>
IPS José Germain	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	100%	--	100%	--
	<b>Media</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
H. Santa Cristina	2017	85,7%	11,4%	97,1%	2,9%
	2018	81,4%	11,9%	93,3%	6,7%
	2019	77,3%	9,1%	86,4%	13,6%
	<b>Media</b>	<b>81,5%</b>	<b>10,8%</b>	<b>92,3%</b>	<b>7,7%</b>
H. Central de la Cruz Roja	2017	100%	--	100%	--
	2018	87,8%	8,2%	96%	4%
	2019	91,3%	8,7%	100%	---
	<b>Media</b>	<b>93,1%</b>	<b>5,6%</b>	<b>98,7%</b>	<b>1,3%</b>
H. Guadarrama	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	100%	--	100%	--
	<b>Media</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
H. La Fuenfría	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	90,5%	9,5%	100%	--
	<b>Media</b>	<b>96,8%</b>	<b>3,2%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
H. Virgen de la Poveda	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	90,9%	9,1%	100%	--
	<b>Media</b>	<b>97%</b>	<b>3%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>



TODOS LOS HOSPITALES	Año	Ejecutadas	Iniciadas	Puestas en marcha (ejecutadas + iniciadas)	No iniciadas
	2017	93,2%	5,2%	98,4%	1,6%
	2018	88,7%	8,1%	96,8%	3,2%
	2019	81,8%	12,5%	94,3%	5,7%
<b>Media global PHAS</b>	<b>88,29%</b>	<b>8,3%</b>	<b>96,5%</b>	<b>3,5%</b>	

**\*Nivel de ejecución de actividades**

**Ejecutada:** Cumple con el estándar establecido para el indicador (actividad realizada según lo programado)

**Puesta en marcha:** Las actividades ejecutadas más las iniciadas

**Iniciada:** El grado de ejecución de la actividad no alcanza el estándar establecido para el indicador

**No iniciada:** No se ha iniciado el desarrollo de la actividad

Fuente: elaboración propia

## Resultados en el ámbito de Atención Primaria

En Atención Primaria se programaron 50 actividades, 2 de las cuales finalmente no pudieron ser abordadas. La primera de ellas, “Apoyo psicológico a los padres del menor en los casos que los profesionales sanitarios lo estimen necesario”, en la línea 3, se decidió que no fuera de aplicación tras analizar que la cartera de servicios de los Psicólogos de Atención Primaria no incluye este tipo de atención. Si los padres del menor requieren atención psicológica se les puede remitir a los psicólogos clínicos de Salud Mental. En el caso de la actividad “Facilitar a la familia y/o allegados el certificado médico de defunción para ser cumplimentado por el médico responsable, con el fin de agilizar los trámites correspondientes al fallecimiento”, programada en la línea 9, hay que poner de manifiesto que a lo largo de la vigencia del Plan no se ha conseguido la dotación de los certificados a nivel centralizado. El cumplimiento de esta actividad programada a nivel centralizado suponía el paso previo para que se pudieran facilitar desde Atención Primaria, por lo que finalmente se decidió que esta actividad no fuera de aplicación en este ámbito asistencial.

Las actividades propuestas se han ejecutado según el estándar previsto excepto la “elaboración de procedimiento de información sobre la situación sociosanitaria del paciente desde atención primaria a hospitalaria y viceversa”, iniciada en 1 Dirección Asistencial, y la “creación de ambientes amables en las zonas de atención pediátrica de los centros de salud”, iniciada en 3 Direcciones Asistenciales.



Tabla 23. Grado de ejecución del Plan en Atención Primaria					
Dirección Asistencial	Año	Nivel ejecución de actividades *			
		Ejecutadas	Iniciadas	Puestas en marcha (ejecutadas+iniciadas)	No iniciadas
Centro	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	100%	--	100%	--
	<b>Media</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
Este	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	100%	--	100%	--
	<b>Media</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
Noroeste	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	100%	--	100%	--
	<b>Media</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
Norte	2017	100%	--	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	100%	--	100%	--
	<b>Media</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
Oeste	2017	94,7%	5,3%	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	75%	25%	100%	--
	<b>Media</b>	<b>89,9%</b>	<b>10,1%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
Sur	2017	94,7%	5,3%	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	100%	--	100%	--
	<b>Media</b>	<b>98,2%</b>	<b>1,8%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
Sureste	2017	94,7%	5,3%	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	100%	--	100%	--
	<b>Media</b>	<b>98,2%</b>	<b>1,8%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>



Media global Atención Primaria	2017	97,7%	2,3%	100%	--
	2018	100%	--	100%	--
	2019	96,4%	3,6%	100%	--
	Media global PHAS	98%	2%	100%	--

**\*Nivel ejecución de actividades**

**Ejecutada:** Cumple con el estándar establecido para el indicador (actividad realizada según lo programado)

**Puesta en marcha:** Las actividades ejecutadas más las iniciadas

**Iniciada:** El grado de ejecución de la actividad no alcanza el estándar establecido para el indicador

**No iniciada:** No se ha iniciado el desarrollo de la actividad

Fuente: elaboración propia

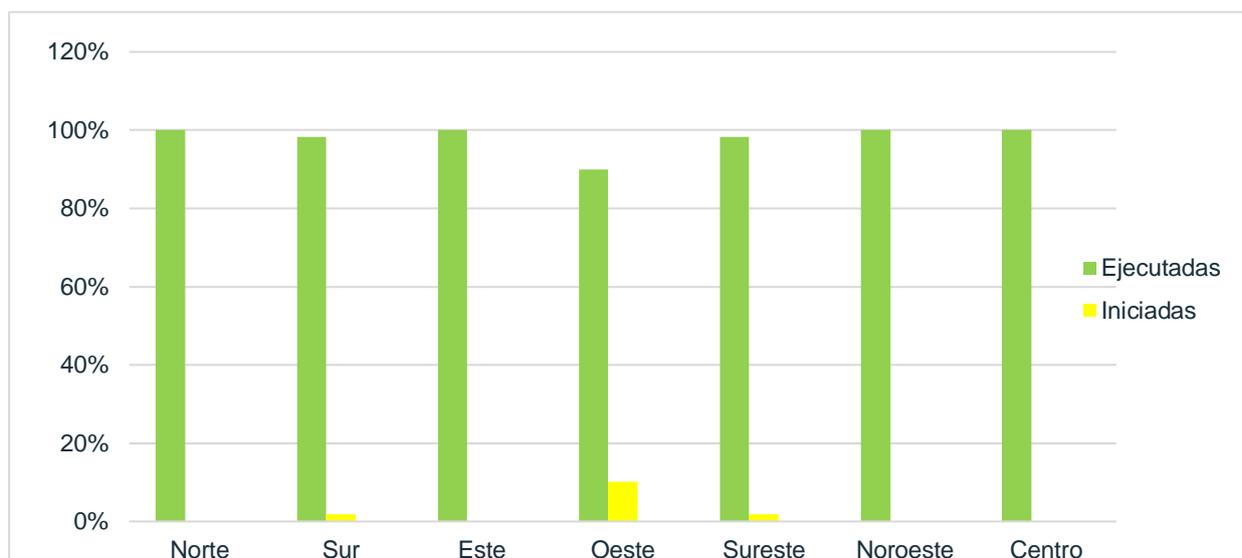


Gráfico 9. Nivel de ejecución de actividades programadas Direcciones Asistenciales de Atención Primaria  
Fuente: elaboración propia



## Resultados en el ámbito del SUMMA 112

Las 44 actividades programadas en el ámbito del SUMMA 112 se han puesto en marcha y un 97,6% están ejecutadas según el estándar establecido.

Tabla 24. Grado de ejecución del Plan en SUMMA 112				
Año	Nivel ejecución de actividades *			
	Ejecutadas	Iniciadas	Puestas en marcha (ejecutadas+iniciadas)	No iniciadas
2017	100%	--	100%	--
2018	92,9%	7,1%	100%	--
2019	100%	--	100%	--
<b>Media</b>	<b>97,6%</b>	<b>2,4%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>
<b>*Nivel ejecución de actividades</b>				
<i>Ejecutada: Cumple con el estándar establecido para el indicador (actividad realizada según lo programado)</i>				
<i>Puesta en marcha: Las actividades ejecutadas más las iniciadas</i>				
<i>Iniciada: El grado de ejecución de la actividad no alcanza el estándar establecido para el indicador</i>				
<i>No iniciada: No se ha iniciado el desarrollo de la actividad</i>				

Fuente: elaboración propia

## Resultados de las actividades centralizadas

En el ámbito centralizado se han puesto en marcha el 92,1% de las 38 actividades programadas, de las cuales un 60,5% se han ejecutado según el estándar establecido y el 31,6% restante se encuentran iniciadas. Un 7,9% de las actividades no han podido ser iniciadas.



Tabla 25. Grado de ejecución del Plan a nivel centralizado				
Año	Nivel ejecución de actividades *			
	Ejecutadas	Iniciadas	Puestas en marcha (ejecutadas+iniciadas)	No iniciadas
2017	93,5%	6,5%	100%	--
2018	100%	--	100%	--
2019	60,5%	31,6%	92,1%	7,9%
<b>Media</b>	<b>84,7%</b>	<b>12,7%</b>	<b>97,4%</b>	<b>2,6%</b>

**\*Nivel ejecución de actividades**

**Ejecutada:** Cumple con el estándar establecido para el indicador (actividad realizada según lo programado)

**Puesta en marcha:** Las actividades ejecutadas más las iniciadas

**Iniciada:** El grado de ejecución de la actividad no alcanza el estándar establecido para el indicador

**No iniciada:** No se ha iniciado el desarrollo de la actividad

Fuente: elaboración propia

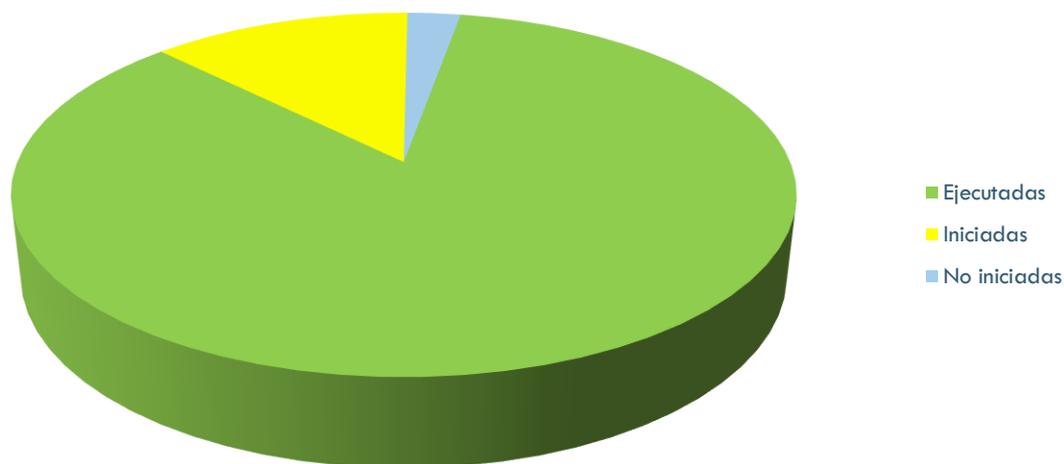


Gráfico 10. Nivel de ejecución de actividades programadas. Ámbito centralizado  
Fuente: elaboración propia



## IMPACTO DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

### Impacto del Plan en los usuarios

El impacto del Plan en pacientes, familiares, personas cuidadoras y sociedad en general se traduce en valores intangibles difíciles de evaluar de manera precisa.

Sin embargo podemos hacer una aproximación mediante el estudio de la evolución del índice de satisfacción con la humanización y la tendencia en las reclamaciones relacionadas con el trato personal a lo largo de la vigencia del Plan.

La **encuesta destinada a la evaluación de la satisfacción de los usuarios** de los servicios de la asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, contempla un índice de satisfacción con la humanización (ISH) que se construye en función de las respuestas recibidas en relación con determinadas dimensiones clave. Entre estas **dimensiones** encontramos la satisfacción con el trato recibido, con la información recibida, con la participación en las decisiones y con la preservación de la intimidad, entre otras. Este índice se formula para Atención Primaria, SUMMA 112, consultas externas hospitalarias, unidades de hospitalización, cirugía ambulatoria y urgencias hospitalarias.

Este índice se mantiene muy estable, con una media de un 85%. A continuación se muestra su evolución entre 2016 y 2018, que es el último año del que disponemos de datos.

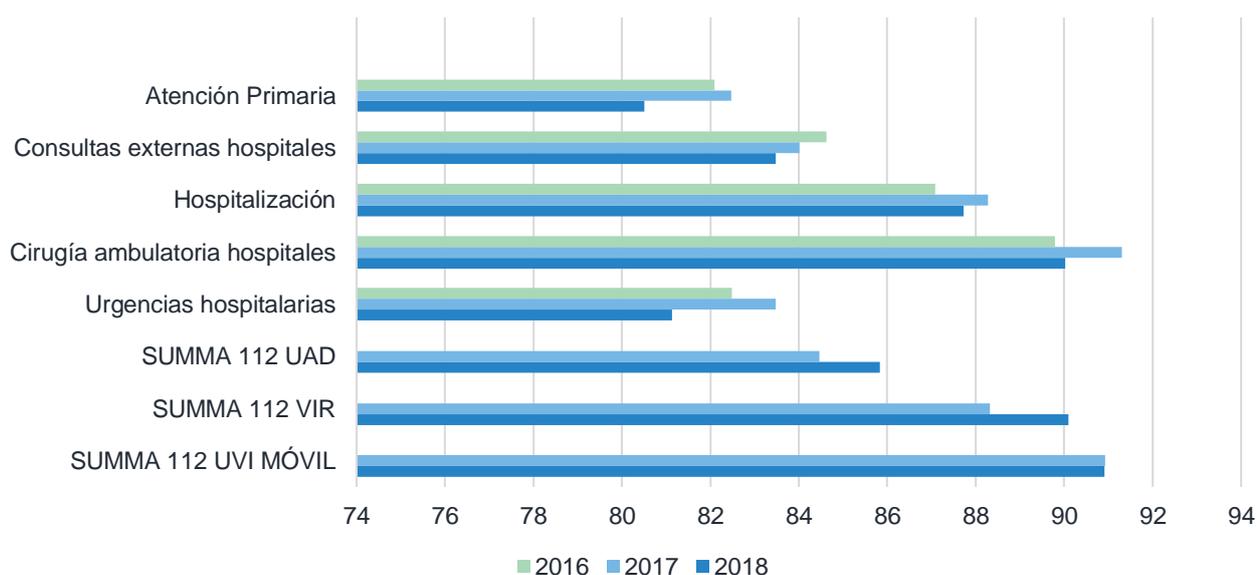


Gráfico 11. Evolución % ISH global por ámbito



Fuente: elaboración propia

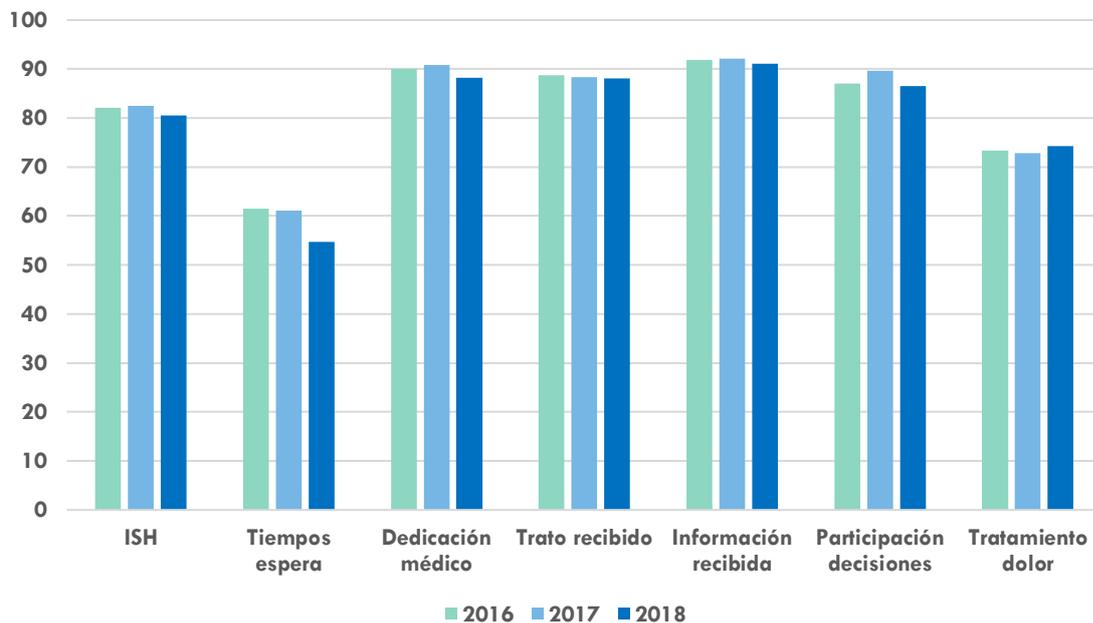


Gráfico 12. Evolución % ISH global y 6 dimensiones clave. Atención Primaria

Fuente: elaboración propia



Gráfico 13. Evolución % ISH y 5 dimensiones clave. SUMMA 112



Fuente: elaboración propia

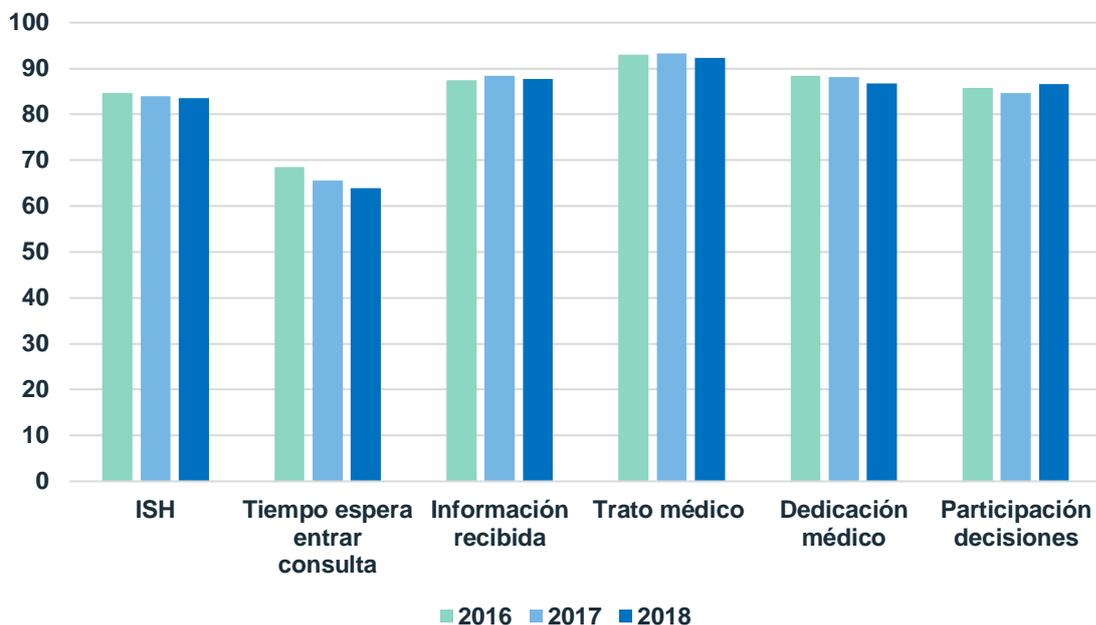


Gráfico 14. Evolución % ISH y 5 dimensiones clave. Consulta externas hospitalarias  
Fuente: elaboración propia

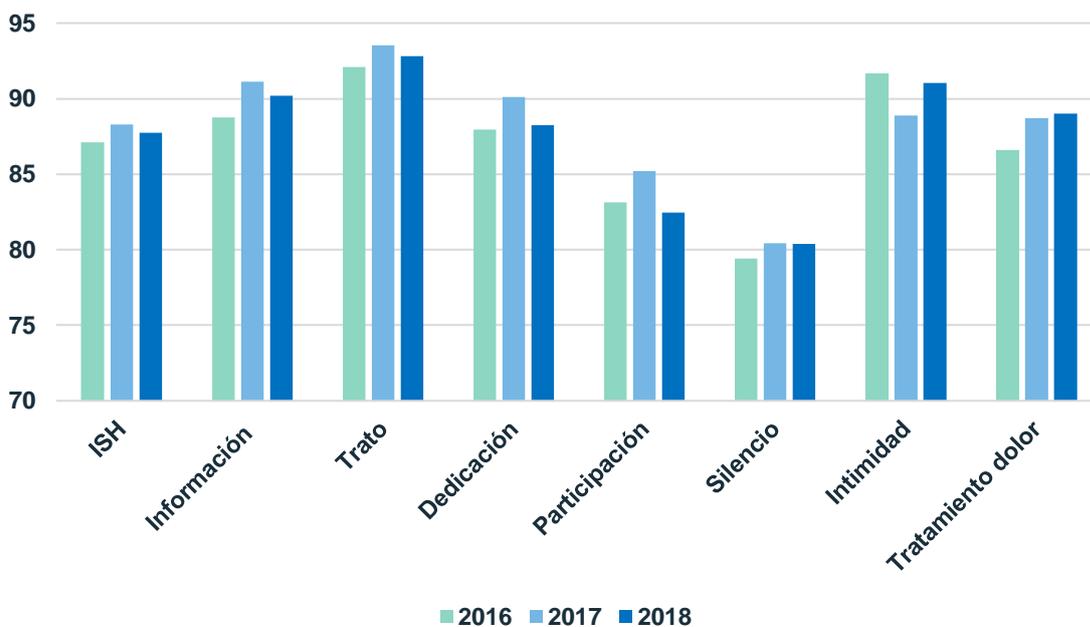


Gráfico 15. Evolución % ISH y 7 dimensiones clave. Hospitalización  
Fuente: elaboración propia



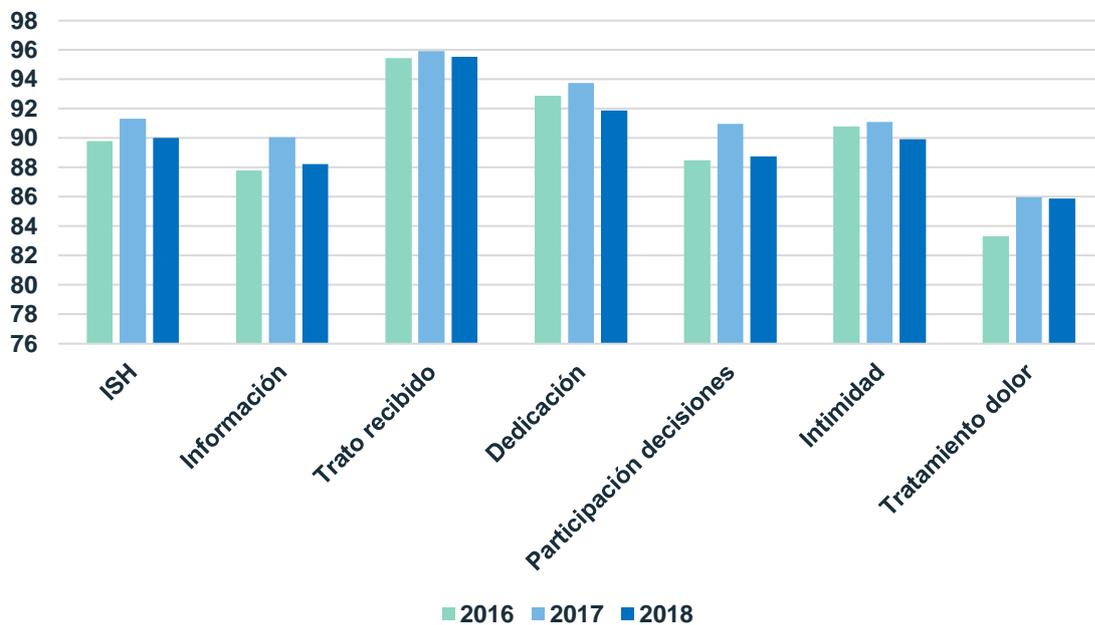


Gráfico 16. Evolución % ISH y 6 dimensiones clave. Cirugía ambulatoria hospitalaria  
Fuente: elaboración propia

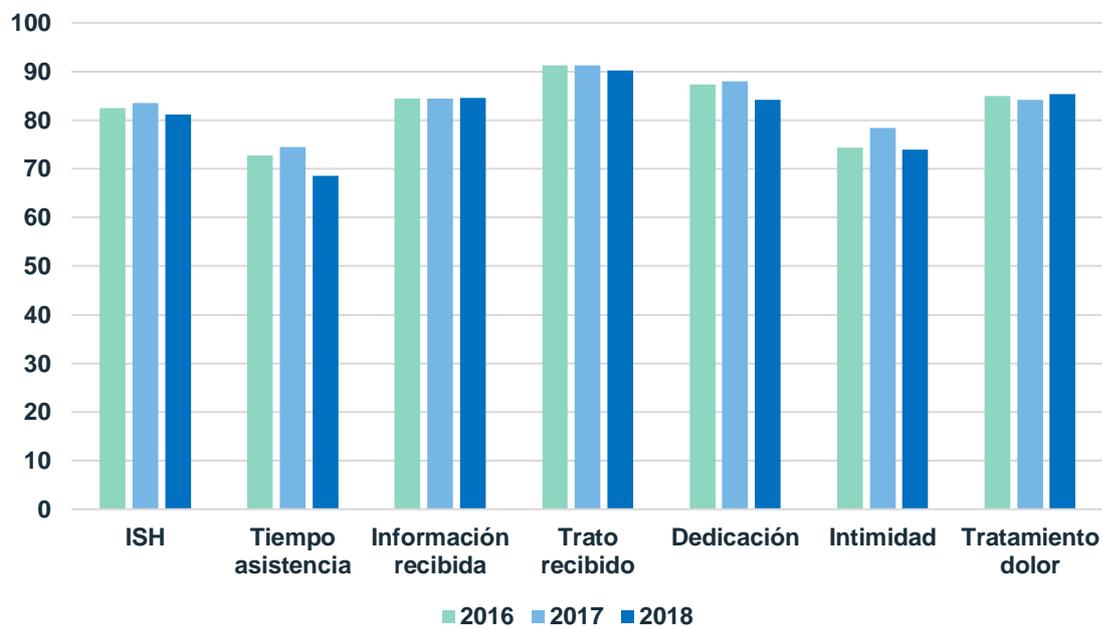


Gráfico 17. Evolución % ISH y 6 dimensiones clave. Urgencias hospitalarias  
Fuente: elaboración propia



El **análisis de las reclamaciones** de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid en este periodo nos muestra que aquellas relacionadas con el trato personal han ido disminuyendo en número en todos los ámbitos entre 2016 y 2018, que es el último año del que disponemos de datos.

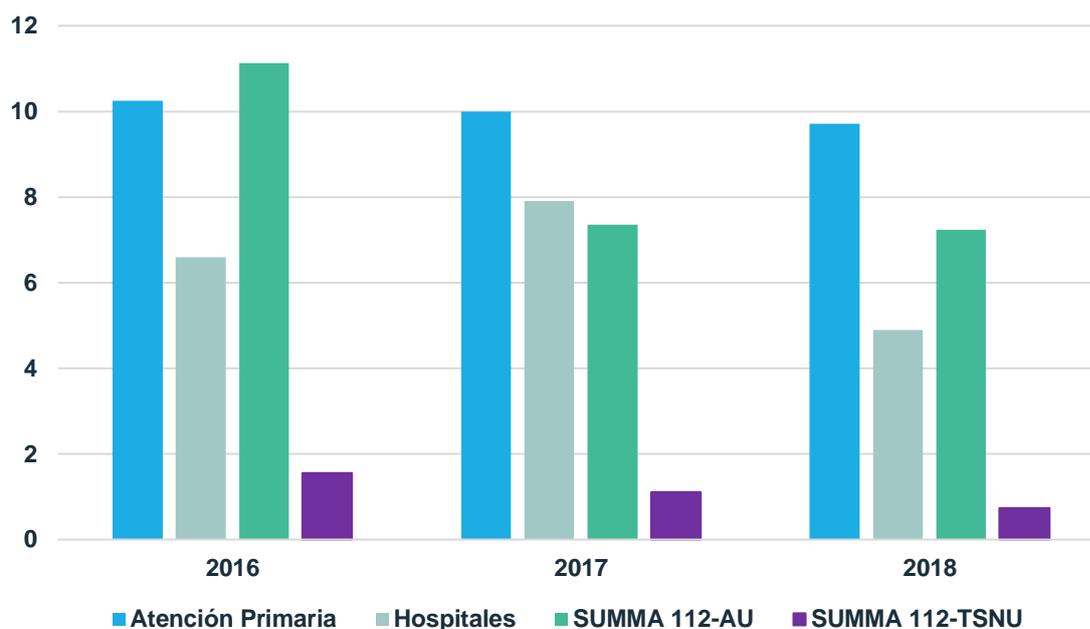


Gráfico 18. Evolución % reclamaciones por trato personal  
Fuente: elaboración propia

## Impacto del Plan en los profesionales

Con el fin de evaluar el grado de conocimiento que tienen los profesionales de la estrategia y cultura de humanización de nuestra organización, evaluar su impacto e impulsar acciones de mejora, la entonces Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria diseñó una **encuesta on-line** dirigida a todos los profesionales de nuestra organización

La encuesta estuvo habilitada entre el 16 de septiembre y el 31 de octubre y para facilitar su cumplimentación aparecía un mensaje emergente al arrancar los equipos informáticos. Participaron en ella 17.563 profesionales, lo que supone un 23,7% del total. Un 16% de los profesionales del ámbito asistencial que participaron en ella pertenecían al ámbito



hospitalario, un 21% a SUMMA 112 y un 51% a Atención Primaria. El 12% restante estaba adscrito a los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y del SERMAS.

El 67% de los profesionales que cumplimentaron la encuesta llevan trabajando más de 15 años en nuestra organización.

La encuesta arrojó los siguientes resultados:

- ✓ Un 44% de los participantes conocía en Plan de Humanización antes de cumplimentarla frente a un 56% que no lo conocía.
- ✓ La vía principal para conocerlo ha sido la intranet Salud@, seguido de las presentaciones oficiales que se hicieron en los centros, reuniones internas y, por último, por haber participado en actividades del Plan.
- ✓ Un 21% de los encuestados ha participado en actividades del Plan y un 27 % conocían el Decálogo de Humanización antes de cumplimentar la encuesta.
- ✓ Un 24% ha recibido información sobre Humanización y un 72% creen que ésta ha tenido impacto real en su actividad profesional.
- ✓ Los ámbitos de mejora detectados por los profesionales han sido el liderazgo centrado en el profesional, reseñado por un 47% de los encuestados, el reconocimiento de profesional, por un 27%, y la formación en humanización, con un 18%, seguidos del establecimiento de canales de escucha y comunicación, la elaboración de protocolos que mejoren la atención y la humanización de espacios e instalaciones.

Las **opiniones** acerca del Plan emitidas en el momento de su implantación se han ido reiterando a lo largo de su vigencia. Se valora muy positivamente que el Plan permite visibilizar y poner en valor las actividades que se están realizando en los centros para la mejora de la humanización de la asistencia, pero también se subraya que su puesta en marcha supone una sobrecarga de trabajo en el ámbito asistencial, siendo importante cuidar a los profesionales por parte de la organización para avanzar hacia la mejora de los aspectos humanísticos de la asistencia.

Asimismo, los profesionales han referido las dificultades para llevar a cabo las actividades del Plan no incluidas en presupuestos habituales de los centros, que no cuentan con financiación específica, y aquellas que están condicionadas por la situación de las infraestructuras e instalaciones, especialmente en centros de antigua construcción.



## RECONOCIMIENTO DE LAS EXPERIENCIAS EXITOSAS EN HUMANIZACIÓN

En el camino hacia una nueva cultura, la organización debe favorecer las posibilidades de participación e implicación de los profesionales, el reconocimiento de esfuerzos y logros, la puesta en valor del talento, la mejora de la capacitación y el desarrollo profesional, la generación de confianza institucional y la existencia de comunidades locales. En este sentido se han puesto en marcha mecanismos de reconocimiento de las experiencias exitosas en humanización con una doble vertiente, por un lado se ha elaborado un modelo de excelencia en humanización y, por otro, se ha establecido un banco de experiencias denominado “Iniciativas que humanizan”. Continuando con esta estrategia, en esta legislatura que empieza se va a desarrollar un sistema de reconocimiento/acreditación a las mejores actuaciones y prácticas en la gestión de la humanización.

### Modelo de Evaluación de Criterios de Excelencia en Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid SER+HUMANO

El proyecto, ligado al Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019, establece un sistema de evaluación del cumplimiento de criterios de excelencia en humanización en los centros y servicios sanitarios del Servicio Madrileño de Salud respecto a su compromiso con humanización de la asistencia sanitaria, para fomentar una cultura de mejora continua.

Con la finalidad de facilitar la evaluación y conocer la situación actual, se diseñó la herramienta “Cuestionario de autoevaluación criterios de excelencia en humanización”, elaborando un cuestionario específico para cada ámbito asistencial. Para ello se formó un grupo de trabajo liderado por la Dirección General de Humanización, a través de la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, en el que participaron profesionales de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, SUMMA 112, Información y Atención al Paciente, Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria y Relaciones Institucionales. El cuestionario elaborado para hospitales recoge 70 ítems, los destinados a centros de salud y Direcciones Asistenciales de Atención Primaria evalúan 57 y el cuestionario relativo a SUMMA 112 cuenta con 58 ítems.

Con este modelo SER+HUMANO se ha evaluado como punto de partida el nivel de excelencia en humanización de la asistencia sanitaria en relación con 5 áreas: el liderazgo



para la humanización, la gestión basada en la humanización, la asistencia sanitaria centrada en la persona, el cuidado del profesional y la humanización de los espacios.

Al tratarse de una metodología novedosa se decidió que el pilotaje y el primer análisis de resultados del Modelo SER+HUMANO se realizaran mediante una autoevaluación de los propios centros y servicios, que permitiera testar la herramienta que sirve de base del Modelo. Los resultados han permitido la identificación de áreas de mejora que ayudarán a orientar las acciones a incluir en la elaboración del próximo Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

El Modelo SER+HUMANO ha sido publicado como una edición en línea y se ha incorporado al catálogo de publicaciones PublicaMadrid y a la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid en junio de 2019.

### **Red de experiencias “Iniciativas que humanizan”**

La pertinencia de este proyecto surgió como una de las conclusiones extraídas del análisis de situación realizado para la elaboración del Plan de Humanización. Se trata de un repositorio web creado con el objetivo de dar visibilidad a los proyectos que promueven e impulsan estas acciones, aumentando su valor y pudiendo ser trasladados a otras unidades asistenciales. En él se incluyen iniciativas ya implantadas que previamente han sido evaluadas en el seno de la Comisión de Humanización que corresponda en cada ámbito asistencial (hospitales, SUMMA 112 y Atención Primaria), con la finalidad de disponer de un mapa de iniciativas ya existentes, favorecer la participación de los profesionales y establecer un canal de información entre ellos.

Las Comisiones de Humanización de los centros son las encargadas de seleccionar las iniciativas que consideren de interés para el conocimiento de otros profesionales del Servicio Madrileño de Salud. Las áreas en las que se pueden encuadrar las iniciativas presentadas son las mismas que recoge el Modelo SER+HUMANO: Liderazgo para la humanización, gestión basada en la humanización, asistencia sanitaria centrada en la persona, cuidar al profesional y humanización de los espacios.





Dicho repositorio se encuentra habilitado dentro del espacio de la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria en la intranet Salud@ desde el 27 de mayo de 2019.

## PUNTOS CLAVE Y CONCLUSIONES

En el año 2016 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid apostó por una estrategia destinada a visibilizar y potenciar la humanización de la asistencia sanitaria, poniendo en marcha el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.

- ✓ El Plan consta de 10 líneas estratégicas, siendo la décima la Escuela Madrileña de Salud que, por su envergadura, se evalúa de manera independiente.
- ✓ El Plan prevé un seguimiento continuado y una monitorización de sus actividades con periodicidad semestral, realizando un balance de las actuaciones programadas. Asimismo, contempla el establecimiento anual de contenidos específicos de evaluación que permitan profundizar en el análisis de su desarrollo.
- ✓ El objetivo de esta evaluación final es la valoración de la implantación del Plan y del resultado en el conjunto de los 3 años en que ha estado vigente de manera efectiva (2017, 2018 y 2019), analizando los resultados del balance de las actividades programadas, y con el propósito de conocer el avance y grado de cumplimiento de las actuaciones previstas y facilitar la rendición de cuentas sobre la ejecución del Plan.



## Evaluación de la estructura para la implantación del Plan

Al objeto de facilitar la monitorización de las acciones del Plan en los centros, se constituyó una Comisión de Humanización en cada uno de los hospitales (34 Comisiones); una Subcomisión de Calidad Percibida y Humanización en la Gerencia Asistencial de Atención Primaria que, junto con las siete Comisiones Locales de Calidad ya existentes en las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria, lideran el despliegue del Plan en los centros de salud; y una Comisión de Humanización en la Gerencia del SUMMA 112.

Asimismo se creó una Comisión de Seguimiento y Evaluación, gestora del Plan y garante del apoyo institucional necesario para su ejecución, y una Comisión Operativa de Seguimiento y Evaluación, responsable del proceso de seguimiento e impulsora de la realización de las actividades.

La constitución formal el día 1 de octubre de 2018 del **Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid**, creado por Orden 558/2018, de 8 de junio, del Consejero de Sanidad, conllevó el cese de la actividad de la Comisión de Seguimiento y Evaluación del Plan y de la Comisión Operativa de Seguimiento y Evaluación del Plan y sus funciones fueron asumidas por el Pleno y la Comisión Permanente del citado Observatorio, respectivamente.

La coordinación intrainstitucional establecida ha facilitado la implantación de las actividades programadas durante la vigencia del Plan y ha permitido establecer los cauces para la recogida de información sobre su desarrollo, así como coordinar el seguimiento y control del Plan.

## Evaluación del proceso de implantación

- ✓ Con el fin de promover la implantación y despliegue del Plan, se llevó a cabo una estrategia de difusión y comunicación, se establecieron los criterios para el desarrollo progresivo de las intervenciones y se sistematizó la metodología para su seguimiento. Se realizaron actividades de difusión interna y externa del Plan que sirvieron para comunicar sus contenidos y promocionarlo.
- ✓ El espacio de Humanización en la Intranet Salud@ ha tenido un total de 606.752 visitas hasta el momento de finalización de este informe, lo que ha facilitado el conocimiento y difusión del Plan. Asimismo se han realizado un total de 8.921 descargas del libro de Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.



- ✓ Se estableció una implantación sistemática y progresiva de las actuaciones del Plan a través de planes de acción anuales (aproximadamente 1/3 de las 372 actuaciones descritas en cada uno de los 3 años), que incluyen una programación por ámbito asistencial y una programación de actividades de carácter centralizado, acordándose que las actuaciones no ejecutadas quedaran reprogramadas.
- ✓ Acorde con los criterios definidos, a lo largo de los 3 años se programaron 275 actividades en el ámbito asistencial, de las cuales 266 fueron programadas en los hospitales que disponen de todas las líneas estratégicas, 50 en Atención Primaria y 44 en SUMMA 112. A nivel centralizado la programación ha comprendido 85 actividades. Es importante recalcar que algunas de ellas son de carácter transversal y se han programado en todos los niveles asistenciales.
- ✓ El Plan no lleva aparejado un presupuesto específico y para la ejecución y seguimiento de las actividades programadas se han utilizado los recursos humanos y materiales de la red de asistencia sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, tanto en el ámbito de atención primaria, como de atención hospitalaria y SUMMA 112.

### **Evaluación del resultado de la implantación**

- ✓ Con el fin de facilitar el despliegue y la aceptación del Plan, parte de la programación del año 2017 comprendía actividades que ya estaban puestas en marcha en muchos centros.
- ✓ 2018 fue el año en el que se programaron más actividades (hasta 114 en hospitales), con el fin de que fuera el periodo de mayor impulso de la implantación. Algunas de ellas eran más novedosas o requerían más inversión económica, lo que supuso un nivel de ejecución global menor que el de 2017.
- ✓ Junto con los datos del balance de 2019 se solicitó a los centros una actualización del estado de actividades que en 2017 y 2018 habían quedado como iniciadas o no iniciadas. La recaptación de datos a 31 de diciembre de 2019 ha mejorado de forma importante el grado de cumplimiento del Plan y refleja la situación actual.



- ✓ Las líneas con un mayor nivel de ejecución son la 1, con un 97,6%, y la 9, con un 94,5%. Cabe destacar la situación de la línea 6 que, aunque su nivel de ejecución ha sido importante, observamos que el 8,2% de sus actividades no se han iniciado y un 11,2% están en situación de “iniciadas”. Ahondando en este tema, el programa “infraestructura humanizada” de la línea 6 contempla una serie de actividades que han resultado de muy difícil ejecución, esencialmente porque para ello se precisarían unas modificaciones estructurales que implicarían una importante inversión presupuestaria o la reducción del espacio destinado a las áreas de cuidados. Esto supone un área de mejora de cara a la elaboración del próximo Plan.
- ✓ En el ámbito hospitalario se han puesto en marcha el 96,5% de las actividades programadas, a nivel centralizado el 97,4% y en Atención Primaria y SUMMA 112 el nivel de puesta en marcha ha sido de un 100%.
- ✓ El índice de satisfacción con la humanización construida en base a las respuestas obtenidas en la encuesta de satisfacción se ha mantenido estable en los ámbitos de estudio durante los años de vigencia del Plan, con una media del 85%.
- ✓ Las reclamaciones relacionadas con el trato personal han disminuido desde 2016, año de puesta en marcha del Plan.
- ✓ En el último trimestre de 2019 se desarrolló una encuesta on line para profesionales en la que se puso detectaron como ámbitos de mejora el liderazgo centrado en el profesional, reseñado por un 47% de los encuestados, el reconocimiento de profesional, por un 27%, y la formación en humanización, con un 18%, seguidos del establecimiento de canales de escucha y comunicación, la elaboración de protocolos que mejoren la atención y la humanización de espacios e instalaciones.
- ✓ Los profesionales del SERMAS han manifestado que consideran el Plan un importante esfuerzo a nivel de recursos humanos y materiales pero valoran muy positivamente su puesta en marcha y creen que da visibilidad a las acciones que realizan para mejorar la humanización día a día. En este sentido se han puesto en marcha dos sistemas de reconocimiento de las experiencias exitosas en humanización: el Modelo de Evaluación de criterios de Excelencia en Humanización de la Comunidad de Madrid SER+HUMANO y la Red de experiencias “iniciativas que humanizan”.







**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General de Humanización  
y Atención al Paciente  
CONSEJERÍA DE SANIDAD