

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS

AUTORES

*José Luis Poveda Andrés
María José Company Albir
María Dolores Edo Solsona
Esther Arasa Gastaldo*

COLABORADORES

*Emilio Monte Boquet
Isidro Vitoria Miñana
Gemma Leiva Aguado
Inma Sáez Esteve
Sofía Bermúdez Medina
Jeffrey Alan Varela Messa
Ignacio Escuder Bueno
Reyes Abad Sazatornil
Sergio Fernández Espínola
Alicia Herrero Ambrosio
Ramón Jodar Masanés
Isabel Martín Herranz
María Queralt Gorgas Torne
Mónica Climente Martí
M^a Pilar Bachiller Cacho
Aurora Fernández Polo
Silvia Manrique Rodríguez
Consuelo Pellicer Franco
Javier Álvarez Criado
Ramón Ferrer Penadés*



Designed by jcomp / Freepik

INTRODUCCIÓN

El término «humanización de los cuidados» hace referencia a aquel proceso en el que el paciente es situado en el centro del sistema, con una concepción integral de sus necesidades, considerando sus sentimientos, conocimientos y creencias sobre su salud. La humanización de la salud implica la confrontación entre dos culturas distintas. Por una parte, la cultura del valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos⁽¹⁾. La evolución de la tecnología ha puesto al alcance de los pacientes los medios más sofisticados para garantizar los cuidados que

necesitan, pero, paradójicamente, esta evolución parece que los aleja de la atención y del trato humano. El concepto de «humanización» también denominado «medicina centrada en la persona» se ancla en los principios no solo del humanismo médico, sino del humanismo sociosanitario, pues, es una forma de ver y atender a la persona vulnerable y enferma depositada en aquel profesional que participa en algunos de los múltiples puntos de las rutas asistenciales del paciente⁽²⁾. Pero la humanización no se restringe a los profesionales sanitarios en contacto con el paciente, sino que tiene impacto directo sobre la cultura de las organizaciones sanitarias, sobre la administración, las políticas sanitarias y sobre pacientes y cuidadores.

En 1984, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), entidad pública encargada de la provisión y gestión sanitaria de España hasta la configuración del actual Sistema Nacional de Salud, publicó el primer Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Este plan argumentaba que la enfermedad genera una situación de indefensión que le hace sentirse a la persona desvalida, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. Además expresaba que: «La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina». Este plan comprendía acciones como la creación de un servicio de atención al paciente,

implantación de citación en las consultas externas, ampliación del horario de visitas en los hospitales o la incorporación de un maestro en los hospitales infantiles, entre otras muchas ⁽³⁾. A partir de los años 90, la idea de humanización pasó a formar parte del vocabulario de la salud con más énfasis; inicialmente como un conjunto de principios que criticaban el carácter impersonal y deshumanizado de la asistencia a la salud, y que más tarde fueron traducidos en diferentes propuestas para modificar las prácticas asistenciales, desarrollándose los planes de humanización de diferentes comunidades autónomas.

Sin embargo, no fue hasta 2015 cuando los servicios sanitarios autonómicos empezaron a crear nuevos planes estratégicos de humanización acordes a la situación actual de la asistencia sanitaria. Tal es el compromiso actual con la humanización de la asistencia sanitaria, que gobiernos como el de la Comunidad de Madrid y el de Castilla-La Mancha crearon en 2015 una Dirección General de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Esta Dirección asume competencias en materia de humanización y de calidad asistencial ^(4,5).

Los diferentes servicios sanitarios han puesto el foco en humanizar el principio y el final

de la vida, la atención de ciertos colectivos de pacientes (como los oncológicos o los pediátricos) y la mejora del trato en algunas de las unidades más tecnificadas, como son los cuidados intensivos, las urgencias o los departamentos de salud mental ^(6,7).

Entre las diferentes estrategias de Humanización destaca el «Proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos». Se trata de un proyecto de investigación multidisciplinar, nacional e internacional, que pretende humanizar los cuidados intensivos, servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales y difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general ⁽⁶⁾.

También destacan otras iniciativas que contribuyen a mejorar la vida de los pacientes y a humanizar la sanidad como el proyecto «Decoración de la sala TAC ambientada en el espacio sideral», «El Jardín de mi hosi» en el colectivo de pacientes pediátricos o «Arte-terapia en el final de la vida» y «Sin temor al espejo, maquillaje terapéutico» en pacientes adultos ⁽⁷⁾. Pero el grupo de trabajo HU-CI ha ido más allá, definiendo un Manual de Buenas Prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Este Manual permite tanto realizar una autoevaluación de las unidades, para determinar el grado de alineación con las estrategias de humanización,

Designed by jcomp / Freepik

como la certificación externa, lo que supone un reconocimiento expreso y público al cumplimiento de los requisitos considerados necesarios para presentar una atención humanizada y de calidad por parte de las unidades que han emprendido un camino de mejora continua ⁽⁸⁾.

En el ámbito de la Farmacia Hospitalaria se han desarrollado diferentes proyectos dirigidos a pacientes oncológicos o a la población pediátrica entre otros, sin embargo, hasta la fecha, no se ha registrado ninguna iniciativa de humanización centrada en pacientes con enfermedades raras (EERR). Dentro de las EERR existe una gran variedad de enfermedades con manifestaciones clínicas muy diversas, pero de forma general son enfermedades crónicas que tiene un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes. Este colectivo puede resultar muy sensible a las estrategias de humanización debido a la falta de información sobre la patología, la cronicidad de las enfermedades, la necesidad de desplazamientos largos para acudir al centro de referencia y la complejidad y coste de los tratamientos.

En julio de 2018 en el curso «Humanizando las EERR», que se celebró en julio de 2018 en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Castilla-La Mancha, se publicaron los resultados de un estudio sobre las necesidades sociales y asisten-

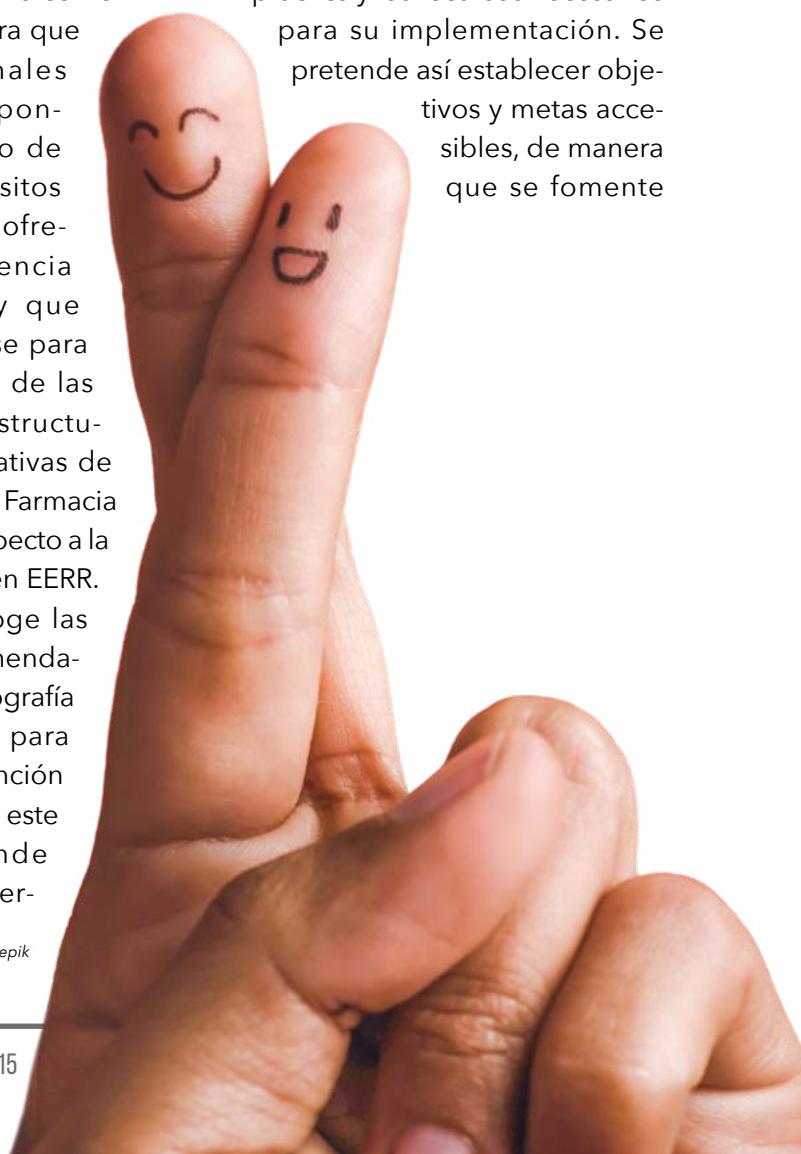
ciales de pacientes con enfermedades raras llevado a cabo por grupo de trabajo multidisciplinar conformado por pacientes, farmacéuticos de hospital, especialistas médicos y enfermeras expertas en Hipertensión Arterial Pulmonar ⁽⁹⁾. Las conclusiones obtenidas del estudio pusieron de manifiesto la necesidad de acercamiento a la humanización de los servicios hospitalarios con los pacientes con EERR, familiares y/o cuidadores. Concretamente en el ámbito de la farmacia, el estudio reflejó la necesidad de establecer estrategias de humanización en los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

El objetivo del presente trabajo es desarrollar un Manual de Buenas Prácticas que sirva como herramienta para que los profesionales sanitarios dispongan por escrito de aquellos requisitos mínimos para ofrecer una asistencia humanizada y que sirva como base para la certificación de las condiciones estructurales y organizativas de los Servicios de Farmacia Hospitalaria respecto a la Humanización en EERR. El Manual recoge las prácticas recomendadas por la bibliografía y por expertos para prestar una atención humanizada. De este modo, pretende facilitar a los Ser-

vicios de Farmacia un recorrido en cuanto a la implementación de la humanización, de manera que cada centro pueda evaluar su situación y plantearse objetivos, a corto, medio y largo plazo.

No cabe duda que las posibilidades para mejorar las condiciones de humanización de la asistencia sanitaria requieren de un fuerte compromiso y esfuerzo político y económico, sin embargo, también es posible realizar pequeñas acciones en la actividad profesional diaria que nos acerquen a una atención más humanizada. Por ello se han desarrollado estándares de humanización con que se han clasificado en 3 tipos en función de la relevancia de la práctica y los recursos necesarios para su implementación. Se pretende así establecer objetivos y metas accesibles, de manera que se fomente

Designed by jcomp / Freepik



la motivación para implantar mejoras en las condiciones de humanización de los Servicios de Farmacia.

Los 3 tipos de tipos de estándares son:

- **BÁSICOS.** Estándares cuyo cumplimiento se considera necesario en cualquier Servicio de Farmacia para afirmar que la organización se encuentra en un nivel básico de humanización. Dentro de este grupo se encuentran los estándares BÁSICOS DE

OBLIGADO CUMPLIMIENTO, cuya implantación es imprescindible para poder obtener una futura certificación.

- **AVANZADOS.** No se consideran imprescindibles pero contribuyen a la humanización de la asistencia y su cumplimiento supone un nivel más elevado de reconocimiento.

- **EXCELENTES.** El cumplimiento de los mismos supone un nivel excelente de humanización.

En algunos estándares de la clasificación puede variar en función de la cobertura o implantación de dicho estándar. Por tanto, el nivel alcanzado dependerá del grado de implementación del estándar en el Servicio de Farmacia.

Pese a que el Manual se ha desarrollado con el objetivo de cubrir las necesidades de una población concreta (pacientes con EERR), la mayoría de los estándares pueden ser aplicados en todos los ámbitos del desarrollo de la actividad en un Servicio de Farmacia.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEA ESTRATÉGICA 1.

CULTURA DE HUMANIZACIÓN

(11 estándares)

Impulsar la humanización como política estratégica en el Servicio de Farmacia

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE

(13 estándares)

Fomentar el empoderamiento del paciente y de su entorno a través de la formación y educación en el autocuidado

LÍNEA ESTRATÉGICA 3.

PROFESIONALES

(16 estándares)

Fomentar la motivación y el desarrollo de las competencias adquiridas de los profesionales del Servicio de Farmacia

LÍNEA ESTRATÉGICA 4.

ESPACIOS FÍSICOS Y CONFORT

(11 estándares)

Promover una infraestructura humanizada en el Servicio de Farmacia

LÍNEA ESTRATÉGICA 5.

CONDICIONES ORGANIZATIVAS

(10 estándares)

Promover una organización de la actividad humanizada en el Servicio de Farmacia

1. CULTURA DE HUMANIZACIÓN

La cultura de una organización se puede definir como el conjunto de normas, actitudes, creencias, valores y comportamientos compartidos y tácitamente aceptados por todos sus miembros. La misión, visión y valores de una organización son las bases de la cultura de la organización. La misión, visión y valores dotan de identidad a la organización, alinean la motivación y el enfoque de los colaboradores en una dirección unificada. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas y acciones dirigidas a integrar los valores humanos a los valores científicos, hablamos de cultura de humanización.

El cambio hacia una cultura de humanización es una estrategia transversal, compartida entre el Servicio de Farmacia y el resto de áreas del hospital y supone una reflexión colectiva en el seno de la organización con el objeto de ir orientando a sus miembros hacia una atención humanizada. Una organización que se plantea modificar su cultura necesita del compromiso y ejemplo de sus directivos, que serán los que podrán proporcionar los apoyos y recursos necesarios para impulsarlo.

En esta línea se reúnen aspectos relacionados con los profesionales y los directivos y consiste en plantear metas y objetivos, construir acciones, transmitir y comunicar la nueva cultura. Si bien el

proceso de humanización de la asistencia sanitaria requiere la corresponsabilidad de todos los involucrados (políticos, directivos, etc.), los profesionales que componen el equipo del Servicio de Farmacia son aquellos que necesitan encontrar la fortaleza necesaria para permitir los cambios, ya que es en la relación entre estos profesionales y los usuarios dónde se produce la transformación deseada de las prácticas.

OBJETIVO

Impulsar la humanización como política estratégica en el Servicio de Farmacia.

ESTÁNDARES

1.1. Existe una línea estratégica de humanización.

Se dispone de una línea estratégica de humanización que contempla objetivos relacionados con: mejorar la información y comunicación con el paciente, ofrecer una atención integral e integrada, situar a los profesionales como elementos activos de la humanización, adecuar y humanizar los espacios y hacerlos confortables y finalmente, implicar y fomentar la participación ciudadana.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

1.2. Existe un plan de humanización.

Se dispone de un plan de humanización que contiene las acciones y tareas a realizar para alcanzar los

objetivos propuestos, los recursos necesarios, el responsable de cada acción así como los recursos con los que se cuenta o los que se consideran necesarios.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

1.3. Existe y se promociona un decálogo para la humanización de la asistencia.

Se dispone y promociona el cumplimiento de un decálogo de buenas prácticas dirigidas a humanizar los cuidados y mejorar la atención sanitaria prestada en los Servicios de Farmacia, haciendo visible el compromiso con la humanización.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

1.4. Se evalúa/analiza la situación del Servicio de Farmacia respecto a la humanización de la atención, identificando las fortalezas y las áreas de mejora.

Se utilizan herramientas (test específicos, indicadores, encuestas u otras estrategias) para conocer la situación del Servicio de Farmacia con el objetivo de identificar las barreras y los elementos facilitadores de la implantación de la cultura de humanización.

Nivel del estándar:

BÁSICO - AVANZADO - EXCELENTE

El nivel alcanzado dependerá del nivel de implementación del sistema de medida y evaluación, estableciéndose un nivel BÁSICO en el caso de disponer de un

sistema de medida (definición de sistema de indicadores y herramientas tales como encuestas, grupos focales, etc.), AVANZADO en el caso de realizar análisis de los resultados del empleo de las herramientas establecidas en el nivel básico y definir planes de mejora y EXCELENTE para sistemas ya con histórico implantado en los que se realizan estudios de tendencias (interanuales) y seguimiento de los planes de mejora.

1.5. Existen medidas de percepción de los pacientes y su entorno.

Se utilizan herramientas como mapas de pacientes, grupos focales, etc., para incorporar la experiencia del paciente y de su entorno en el proceso asistencial.

Nivel del estándar: AVANZADO

1.6. Existen medidas de percepción de profesionales.

Se utilizan herramientas, como cuestionarios de calidad de vida profesional, para incorporar la

opinión de los profesionales en la definición o mejora de los circuitos de la organización.

Nivel del estándar: AVANZADO

1.7. Existe un plan de difusión de las acciones/actividades relacionadas con la humanización.

Se dispone de un plan que define los canales de comunicación con todos los agentes de interés implicados (pacientes, familiares, profesionales y sociedad) sobre las acciones y actividades como: medidas de percepción del paciente, de su entorno y del profesional, actividades formativas, etc.

Nivel del estándar: EXCELENTE

1.8. Se emplean modelos de cocreación y/o coproducción.

Se orienta el desarrollo de nuevos procesos o modificación de los establecidos hacia la mejora de la experiencia del paciente. Se cuenta con la opinión de los pacientes y su entorno en el diseño del modelo organizativo.

Nivel del estándar: EXCELENTE

1.9. Se colabora en estrategias para dar visibilidad a las EERR.

Se colabora o contribuye en estrategias de visibilización de las EERR organizadas o lideradas por otras organizaciones externas al Servicio de Farmacia.

Nivel del estándar: AVANZADO

1.10. Se promueven estrategias para dar visibilidad a las EERR.

Se lidera el desarrollo de contenidos de interés ciudadano para su posterior divulgación o de campañas de visibilización de la enfermedad.

Nivel del estándar: EXCELENTE

1.11. Se participa en la Comisión de Humanización del Centro.

En los casos en los que el Centro disponga de Comisión de Humanización el Servicio de Farmacia es miembro de dicha Comisión.

Nivel del estándar: EXCELENTE

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

De Sanidad C. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria [Internet]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Junta de Extremadura Consejería. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2013. Disponible en: <http://www.areasaludplasia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf>

Consejería de Sanidad Castilla-La Mancha. Plan Dignifica Humanizando la Asistencia. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf

Fundación Humans. Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. 2017. ISBN: 978-84-7989-899-1. Disponible en: <http://www.fundacionhu>

mans.com/analisis-de-la-situacion-de-los-aspectos-humanisticos-de-la-atencion-sanitaria-en-espana/

Posse P. ¿Qué es humanizar? Claves para la humanización de la atención a personas. Cent Humaniz la salud CEHS. 2013. Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/Claves_para_la_humanizacion_de_la_atencion_a_personas_mayores.pdf

Bermejo JC, De Brouwer D. Humanizar la asistencia sanitaria Aproximación al concepto 2ª edición. Disponible en: https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/978843302_7030.pdf

Rider EA, Kurtz S, Slade D, Longmaid HE, Ho MJ, Pun JKH, et al. The international charter for human values in healthcare: An inter-professional global collaboration to enhance values and commu-

nication in healthcare. Patient Educ Couns. 2014 ;96(3):273-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.017>

Montaner Abasolo MC, Soler Company E. [Relationship health care professional-patient from personalistic perspective. To know how to communicate is like ethical imperative]. Cuad Bioet. 2012;23(79):631-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23320637>

Silva RMCRA, de Oliveira DC, Pereira ER, Oliveira DC de, Pereira

ER. The discursive production of professionals about humanizing health: singularity, rights and ethics. Rev Lat Am Enferm. 2015;23(5). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0505.2634>

Jovell A. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. 2017. Disponible en: <https://www.foropremiosalbertjovell.es/sites/default/files/modelo-afectivo-efectivo.pdf>

Fundación Francisco Luzon. Mapa de cuidados integral diseñado por personas enfermas de ELA. 2019. Disponible en: www.dfad.biz

2. EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE

El proceso de empoderamiento se caracteriza por la capacitación del paciente y de su entorno. Un paciente/familiar/cuidador empoderado ha de disponer de las nociones suficientes para entender la enfermedad y el tratamiento. La información/formación pretende facilitar la participación del paciente en el cuidado de la salud, fomentar la proactividad en el manejo de la enfermedad, proporcionar pautas para resolver problemas cotidianos de salud, impulsar un estilo de vida saludable y responsabilizarle en el seguimiento de la medicación.

Corresponde a los profesionales de la salud, transferir los conocimientos, las habilidades y las herramientas para que el paciente y su entorno sean capaces de escoger entre las opciones disponibles y actuar de forma responsable con la decisión tomada. Pero el empoderamiento, además de informativo y formativo, tiene que ser emocional. La motivación es un factor determinante a la hora de apoderar a los pacientes de herramientas que puedan acompañarles durante

las distintas fases de su enfermedad. Las nuevas tecnologías de la información nos permiten abrir una nueva vía de contacto entre los profesionales y los pacientes, incluso con la ciudadanía.

La colaboración del paciente y de su entorno permite personalizar los tratamientos, adaptarlos a las condiciones de vida de cada individuo y aumentar su seguridad. Uno de los objetivos principales específicos del ámbito de la Farmacia Hospitalaria es que el paciente tome parte activa del tratamiento, entendiendo bien cómo funciona y mejorando así la adherencia.

OBJETIVO

Fomentar el empoderamiento del paciente y de su entorno a través de la formación y educación en el autocuidado.

ESTÁNDARES

2.1. Existe un plan de acogida para pacientes, familiares y acompañantes a su llegada al Servicio de Farmacia.

Existe un programa de acogida de pacientes y de su entorno que recoge información en relación al funcionamiento general del Servicio de Farmacia, la cartera

de servicios, el equipo de profesionales, los horarios, datos de contacto y de aquellos trámites que faciliten determinadas actuaciones administrativas. Esta información se proporciona en el primer contacto que el paciente tiene con el Servicio de Farmacia.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

2.2. Se da visibilidad a los derechos y deberes de los pacientes.

Existe una estrategia consensuada para informar de los derechos y los deberes de los pacientes: carteles o trípticos, entrega de hojas informativas, etc.

Nivel del estándar: **BÁSICO**

2.3. Se realiza atención farmacéutica a los pacientes con EERR.

Existe un protocolo de atención farmacéutica (entrevista farmacéutica al usuario, seguimiento farmacoterapéutico, detección de resultados negativos de la medicación, promoción de la salud, etc.) tanto para los usuarios que lo soliciten como para aquellos que sean identificados como susceptibles de recibir educación sanitaria o seguimiento farmacoterapéutico personalizado.

Nivel del estándar:

BÁSICO - AVANZADO - EXCELENTE

El nivel alcanzado dependerá de la cobertura de la atención estableciéndose un nivel **BÁSICO** cuando esta atención se preste en los inicios de tratamiento y/o a demanda de los pacientes o equipo médico, un nivel **AVANZADO** cuando además también se preste en las modificaciones de tratamiento y un nivel **EXCELENTE** cuando, además de lo anterior, esa atención se realice en base a los riesgos asociados al paciente, la patología o el tratamiento, estableciendo un plan de seguimiento con objetivos definidos.

2.4. Se emplea un modelo de comunicación basado en una corresponsabilidad en los resultados individuales y poblacionales de los usuarios, y en el uso de la farmacoterapia.

La entrevista clínica con el paciente y su entorno se entiende y se lleva a cabo como un proceso de negociación estructurado en el cual la comunicación tiene que ser bidireccional y estar diseñada con el objetivo de generar y mantener una motivación en el autocuidado y no como una actividad impositiva o punitiva. Se llega a acuerdos con los pacientes y su entorno en relación a objetivos, contenido de las visitas de seguimiento, se realiza farmacovigilancia de forma proactiva, etc.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

2.5. Existe y se difunde una guía de información al alta.

Existencia de una guía dirigida a pacientes que han estado hospitalizados y/o a sus acompañantes que recoge la información necesaria para facilitar los trámites que garanticen la continuidad de la atención y su farmacoterapia.

Nivel del estándar:

BÁSICO - AVANZADO - EXCELENTE

El nivel alcanzado dependerá de la individualización de la información estableciéndose un nivel **BÁSICO** para una guía de información general sin especificar por patologías, un nivel **AVANZADO** para una guía de información específica para las EERR más prevalentes o «sensibles» según los criterios del Servicio de Farmacia y un nivel **EXCELENTE** para una guía que contenga un informe al alta individualizado por paciente. En cualquiera de los 3 niveles es necesario un registro de la entrega de los documentos.

2.6. Se proporciona información sobre la enfermedad y el tratamiento.

La información proporcionada sobre el tratamiento y la prevención y minimización de reacciones adversas puede ser oral, escrita y/o a través de herramientas para la autogestión (webs y APPS fiables).

Nivel del estándar:

BÁSICO - AVANZADO - EXCELENTE

El nivel alcanzado dependerá de los recursos empleados para proporcionar la información estableciéndose un nivel **BÁSICO** cuando se proporcione información de manera oral en el momento de realizar la atención farmacéutica, un nivel **AVANZADO** cuando además de la información proporcionada de manera oral se facilite información escrita y un nivel **EXCELENTE** cuando junto a la información oral y escrita se proporcionen recursos digitales.

2.7. Se proporciona información adaptada a condiciones particulares.

Proporcionar información adaptada a las condiciones de cada usuario está implícito en la atención farmacéutica, este punto se refiere a la existencia de documentos adaptados a pacientes pediátricos, personas con dificultades de comprensión, personas con discapacidad visual, otros idiomas, etc.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

2.8. Se desarrollan herramientas o acciones específicas de formación para reforzar aspectos relacionados con el tratamiento y la enfermedad.

Se realizan talleres de formación a los pacientes, programas de paciente experto, gamificación, etc.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

2.9. Se facilitan nuevos canales de comunicación y el acceso a la información sobre la enfermedad y los tratamientos.

Además de la formación/información proporcionada en la consulta o mediante folletos o talleres se utilizan herramientas 2.0 como web, correo electrónico o blog que suponen también un canal de comunicación.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

2.10. Se proporciona información actualizada sobre el estado de acceso en España de los diferentes MMHH autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y la Agencia Europea del Medicamento.

Disponer de un observatorio de acceso a MMHH que el paciente pueda consultar con facilidad a través de herramientas 2.0, de

modo que pueda conocer la situación en la que se encuentra un MMHH respecto a su disponibilidad en nuestro país.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

2.11. Se ofrece información sobre Apps sanitarias.

Existe un programa de información sobre Apps validadas por profesionales sanitarios que pueden ser de utilidad para pacientes.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

2.12. Se proporciona información sobre asociaciones de pacientes.

Existe un protocolo para facilitar información a los pacientes, familiares y acompañantes sobre

la existencia y prestaciones de asociaciones de pacientes consideradas de referencia para su enfermedad, para que puedan acceder a ellas si lo consideran oportuno.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

2.13. Se fomenta que los usuarios expresen su opinión.

Se potencia o facilita que los pacientes y su entorno expresen su opinión en relación con el Servicio de Farmacia, habilitando espacios para ello como buzones de sugerencias de mejora (físicos/on-line) o facilitando el acceso al servicio de atención al paciente.

Nivel del estándar: **BÁSICO**

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

De Sanidad C. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria [Internet]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Junta de Extremadura Consejería. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2013. Disponible en: <http://www.areasaludplasia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf>

Zarco J, Ruiz B, Barragan B, Ancochea J, Franco A. Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. 2017. Disponible en: <http://www.luzan5.es>

Rider EA, Kurtz S, Slade D, Longmaid HE, Ho MJ, Pun JKH, et al. The international charter for human values in healthcare: An inter-professional global collaboration to enhance values and communication in healthcare. *Patient Educ Couns*. 2014.;96(3):273-80. DOI: 10.1016/j.pec.2014.06.017

Fundación Francisco Luzon. Mapa de cuidados integral diseñado por personas enfermas de ELA. 2019. Disponible en: www.dfad.biz

Jovell A. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. 2017. Disponible en: <https://www.foropremiosalbertjovell.es/sites/default/files/modelo-afectivo-efectivo.pdf>

Mendes de Abreu M, Simao de Mello JP, Ferreira F. Ribeiro L,

Andrade Mussi L, L. Borges ML, Petroli M, et al. Shared decision making in Brazil: Concrete efforts to empower the patients' voice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2017;123-124:21-2. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.05.022

McNicol S. Humanising illness: presenting health information in educational comics. *Med Humanit*. 2014;401. McNic(1):49-55. DOI: 10.1136/medhum-2013-010469

Cipolletta S, Amicucci L. The family experience of living with a person with amyotrophic lateral sclerosis: A qualitative study. *Int J Psychol*. 2015;50(4):288-94. DOI: 10.1002/ijop.12085

Díaz Gorriti V, Añel Rodríguez RM. Contribución de los pacientes a la mejora de la calidad asistencial. *Rev Calid Asist*. 2015;30(1):47-8. DOI: 10.1016/j.cali.2014.09.006

Calleja Hernández MÁ, Morillo Verdugo R. El modelo CMO en consultas externas de farmacia hospitalaria. *Euromedice Vivactis*; 2016.

Lis CG, Rodeghier M, Gupta D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Prefer Adherence*. 2009;3:287-304. DOI: 10.2147/PPA.S6351

Morillo R, Robustillo A. Desarrollo de un programa de paciente experto 2.0 para pacientes VIH. *Revista Seisida*. 2015; 1:40-52.

3. PROFESIONALES

La humanización pone también el foco en los profesionales que atienden a los pacientes, principales agentes de humanización.

En general, la formación recibida por los profesionales sanitarios está fundamentada en aspectos técnicos y científicos, dejando un espacio mínimo o nulo para los aspectos humanísticos, técnicas o habilidades de comunicación y relación interpersonal. La ausencia de esta formación conlleva la falta de recursos para manejar situaciones difíciles en la relación con pacientes, familiares y profesionales. Así, la formación de los profesionales es un pilar básico para la humanización de la asistencia sanitaria, ya sea en pregrado, en postgrado o en la formación continuada durante su vida laboral, de manera que puedan desarrollar competencias relacionadas con la inteligencia emocional y las habilidades de comunicación, como empatía, asertividad, seguridad, confianza, amabilidad, transparencia, etc. Sin embargo, es necesario disponer de los espacios necesarios para poder aplicar la formación adquirida. En un sistema sanitario en muchas ocasiones saturado, tan importante es tener competencias como tener tiempo para poder aplicarlas.

Por otra parte, el síndrome de desgaste profesional, o *burnout*, se caracteriza por un estado de agotamiento físico, emocional y mental. Este síndrome se presen-

ta en profesionales que afrontan situaciones emocionalmente demandantes con recursos insuficientes durante periodos prolongados. Esta situación conduce un endurecimiento personal o despersonalización que se refleja en una actitud «cínica» o distante frente al trabajo y una sensación de ineficacia y de falta de realización personal. Según el documento elaborado por la Clínica Mayo, el *burnout* tiene repercusiones tanto en el ámbito personal y profesional. En el ámbito personal contribuye a las rupturas sentimentales, al abuso de sustancias, a la aparición de depresión e incluso contribuye al suicidio. En el ámbito profesional influye en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente, en la satisfacción del paciente, disminuye la productividad y aumenta la rotación de profesionales. Según los estudios el *burnout*, es frecuente en los profesionales de la asistencia sanitaria. Las cifras de prevalencia comunicadas en la literatura varían debido a la heterogeneidad de los estudios en cuanto al área geográfica, ámbito laboral, las especialidades, las escalas de valoración, etc. En un estudio realizado en farmacéuticos del sistema de salud de EEUU, el 53,2% de los farmacéuticos encuestados presentaba síndrome de desgaste profesional. La sobrecarga de trabajo, la ausencia de claridad en la demarcación de responsabilidades, o la escasa interacción social se han identificado como factores propicios para el *burnout*.

Dado que la mayor fortaleza del sistema son los profesionales y su nivel de competencias y compromiso con una atención humanizada son los principales agentes de la humanización, es preciso cuidarlos. Para ello será necesario favorecer una comunicación adecuada, fomentar su participación, reconocer sus esfuerzos y logros, y promover la formación y capacitación.

Esta línea estratégica contiene una colección de acciones y protocolos o estándares para el beneficio del equipo de trabajo.

OBJETIVO

Fomentar la motivación y el desarrollo de las competencias adquiridas de los profesionales del Servicio de Farmacia.

CRITERIOS/ESTÁNDARES

3.1. Existe un plan de acogida a los profesionales.

Se realizan talleres de acogida y se entrega a los profesionales que se incorporan al Servicio de Farmacia un programa de acogida donde se explica la organización, dinámicas internas, competencias, difusión de propuestas de humanización, etc.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

3.2. Se llevan a cabo actividades de formación de los profesionales en materia de humanización de la asistencia.

Se realizan actividades docentes (sesiones periódicas, cursos,

talleres y seminarios) referidas al área de comunicación y humanización en los Planes y Programas Formativos dirigidos a los profesionales del Servicio de Farmacia.

Nivel del estándar: **BÁSICO**

3.3. Se evalúan las competencias de los profesionales en relación a la humanización.

Existe y se aplica un modelo de evaluación de conocimientos, experiencia técnica, habilidades y aptitudes de los profesionales en el ámbito de la humanización.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

3.4. Se llevan a cabo actividades de formación de humanización de la asistencia a los Farmacéuticos Internos Residentes (FIR).

En los casos en los que el itinerario formativo obligatorio que han de cursar los residentes para obtener el título de especialista no contenga formación específica en humanización de la asistencia sanitaria se promoverá la participación de los residentes en cursos o jornadas sobre la materia.

Nivel del estándar: **BÁSICO**

3.5. Existe formación continua en EERR.

Se realizan sesiones clínicas periódicas sobre aspectos relacionados con las EERR (patologías, tratamientos, acceso a los tratamientos, etc.)

Nivel del estándar:
BÁSICO - AVANZADO - EXCELENTE

El nivel alcanzado dependerá de la implementación de las sesiones o el programa formativo, estableciéndose un nivel **BÁSICO** en el caso de sesiones formativas semestrales, **AVANZADO** para sesiones cuatrimestrales y **EXCELENTE** en el caso de la existencia de un programa formativo específico sobre EERR adaptado a las necesidades del Servicio.

3.6. Se realiza formación y entrenamiento sobre el respeto de la privacidad de los pacientes en la asistencia.

Se elaboran planes de formación y entrenamiento específicos dirigidos a profesionales sanitarios y no sanitarios para asegurar el cuidado de la privacidad de los pacientes. Por ejemplo, la elaboración de una infografía que recuerde las normas básicas para el respeto a la intimidad del paciente, sesiones formativas, etc.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

3.7. Se utilizan sistemas de selección y estratificación de pacientes como herramientas de trabajo.

Se emplean herramientas de estratificación o selección con el objetivo de identificar y priorizar a aquellos pacientes que más se puedan beneficiar de determinadas intervenciones de atención farmacéutica, en un contexto en el cual los recursos del sistema sanitario son insuficientes para

que los profesionales puedan prestar esta atención a toda la población.

Nivel del estándar:

BÁSICO - AVANZADO - EXCELENTE

El nivel alcanzado dependerá de cómo se seleccionen los pacientes estableciéndose un nivel **BÁSICO** para un sistema de selección por visitas (inicios, cambios de tratamiento, dispensación), un nivel **AVANZADO** para un sistema de selección por grupo de pacientes (por patología, por tipo de medicamento prescrito) y un nivel **EXCELENTE** cuando la selección se realice en base a una visión global del paciente teniendo en cuenta las características del tratamiento, variables clínicas, variables demográficas y sociosanitarias así como el estado cognitivo y funcional y la utilización de recursos sanitarios (estratificación).

3.8. Existe un catálogo o repositorio de TICs recomendadas.

Existe un catálogo para consulta de los profesionales sobre TICs recomendadas (Apps, webs, etc.) revisado y actualizado periódicamente que puedan ser de interés para los usuarios.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

3.9. Los profesionales disponen de información sobre asociaciones de pacientes.

Se dispone de recursos (web, catálogo, etc.) para consulta de

los profesionales sobre asociaciones de pacientes revisado y actualizado periódicamente que puedan ser de interés para los usuarios.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

3.10. Existen procedimientos normalizados de trabajo para la entrevista, toma de decisiones e información al paciente.

Se desarrollan procedimientos normalizados de trabajo sobre entrevista clínica y habilidades de comunicación y se divulgan entre los profesionales.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

3.11. Se realizan actividades para dar visibilidad al trabajo realizado en el Servicio de Farmacia.

Se llevan a cabo iniciativas para dar a conocer el trabajo realizado por los profesionales del Servicio de Farmacia, tanto a otros profesionales del centro como a los pacientes y a la población en general.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

3.12. Existe un protocolo de actuación para la resolución de conflictos.

Existe un protocolo consensuado de resolución de conflictos que contiene tanto las herramientas para identificar conflictos como un procedimiento estructurado en la resolución de problemas entre profesionales y con los usuarios.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

3.13. Los roles de cada profesional están bien definidos.

Las responsabilidades de cada profesional están definidas así como los profesionales de referencia ante dudas, conflictos, etc.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

3.14. Existe un protocolo de comunicación entre los profesionales del Servicio de Farmacia.

Existe un procedimiento estructurado para la transmisión de información entre los profesionales del Servicio de Farmacia, donde se establecen los criterios y las responsabilidades para asegurar la correcta comunicación interna con el fin de identificar los aspectos relativos a: qué comunicar; cuándo comunicar; a quién comunicar; cómo comunicar y quién comunica.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

3.15. Existe un protocolo de comunicación con otros profesionales sanitarios.

Existe un procedimiento estructurado para la transmisión de información con otros profesionales del equipo asistencial, donde se establecen los criterios y las responsabilidades para asegurar la correcta comunicación interna con el fin de identificar los aspectos relativos a: qué comunicar; cuándo comunicar; a quién comunicar; cómo comunicar y quién comunica.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

3.16. Se promueven iniciativas para prevenir y detectar el burnout.

Se llevan a cabo actividades preventivas y de manejo del síndrome como: formación específica sobre el síndrome, diagnóstico precoz de la situación, establecimiento de objetivos comunes, organización de grupos de trabajo o talleres y elaboración de un Manual de Manual sobre desgaste profesional en el Servicio de Farmacia.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**



Designed by jcomp / Freepik

Designed by /comp / Freepik



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

De Sanidad C. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Rider EA, Kurtz S, Slade D, Longmaid HE, Ho MJ, Pun JKH, et al. The international charter for human values in health-care: An interprofessional global collaboration to enhance values and communication in healthcare. *Patient Educ Couns*. 2014.;96(3):273-80. DOI: 10.1016/j.pec.2014.06.017

Jovell A. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. 2017. Disponible en: <https://www.foropremiosalbertjovell.es/sites/default/files/modelo-afectivo-efectivo.pdf>

Mendes de Abreu M, Simao de Mello JP, Ferreira F, Ribeiro L, Andrade Mussi L, L. Borges ML, Petrolí M, et al. Shared decision making in Brazil: Concrete efforts to empower the patients' voice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2017;123-124:21-2. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.05.022

Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. Humanization of Care from the Perspective of the Family Health Strategy Teams in a City in the Interior of São Paulo, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(4):763-9. DOI: DOI: 10.1590/s0104-11692010000400015

Sturmberg JP, Cilliers P. Time and the consultation - An argument for a «certain slowness». *J Eval Clin Pract*. 2009;15: 881-5. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01270.x

Climente Martí M, Torres Jiménez V. Manual para la Atención Farmacéutica. 2005. Disponible en: https://www.sefh.es/biblioteca-virtual/manual_AF/Manual_AF05_3edHpeset.pdf

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Sanidad. Protocolo de actuación para la resolución de conflictos. 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/protocolo_actuac_resol_conflictos_042018.pdf

to/2019/protocolo_actuac_resol_conflictos_042018.pdf

González de Rivera Revuelta J. Síndrome de desgaste profesional. «Hurnout» o síndrome del quemado. 2007 . Disponible en: http://www.psicoter.es/component/option,com_docman/Itemid,73/gid,223/task,doc_view/

Rimmer A. I've noticed a change in my colleague's behaviour. What should I do? *BMJ*. 2019;365:l2392. DOI: 10.1136/bmj.l2392

Maslach C. Burned-out. *Hum Behav*. 1976; 5:16-22.

Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017; 92:129-46. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004

Durham ME, Bush PW, Ball AM. Evidence of burnout in health-system pharmacists. *Am J Health Syst Pharm*. 2018;75(23 Supplement 4):S93-S100. DOI: 10.2146/ajhp170818. Epub 2018 Oct 17.

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica a Pacientes Crónicos Pediátricos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2014.

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas. 2018. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/images/Modelo-de-Estratificacion-y-Atencion-Farmacéutica-pacientes-enf-inmunomediadas.pdf>

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades oncohematológicas. 2018. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/images/Modelo-de-Estratificacion-y-Atencion-Farmacéutica-pacientes-oncohematologicos.pdf>

4. ESPACIOS FÍSICOS Y CONFORT

Es comprensible que los pacientes y sus familiares asocien el entorno físico y social de un hospital a emociones negativas, por eso es importante intervenir en los elementos simbólicos de los espacios hospitalarios que pueden afectar al estado emocional de los pacientes. Las características y calidad del entorno físico y social de los centros de asistencia sanitaria, principalmente hospitales, puede tener un considerable impacto en el bienestar y por tanto en la salud de los pacientes.

La humanización del espacio físico hospitalario además de aspectos ambientales y sociales incluye cuestiones organizacionales, relacionales y terapéuticas. El concepto de entorno sanitario humanizado, especialmente en el caso de los centros hospitalarios, engloba características de diseño, espaciales, físicas y funcionales que el entorno de la organización debería tener para reducir el nivel de estrés de los pacientes y profesionales y para promover el bienestar y la calidad de vida de los usuarios y de su entorno. La disponibilidad de espacio físico humanizado se debe entender como parte de la cultura del cuidado del paciente. Algunos autores señalan la relación entre la calidad percibida de las características físicas de los espacios con los aspectos sociales y funcionales del hospital. Es decir,

un mayor grado de humanización en las infraestructuras del centro se relacionaría con una percepción de mayor calidad de las dimensiones relacionales, organizativas y funcionales del centro.

Para los profesionales es necesario disponer de infraestructuras adecuadas donde puedan prestar una atención de calidad y desarrollar iniciativas de humanización.

OBJETIVO

Promover una infraestructura humanizada en el Servicio de Farmacia.

ESTÁNDARES

4.1. Se dispone de herramientas que facilitan el acceso y orientación de los pacientes al Servicio de Farmacia.

Se dispone de material informativo (carcelería, croquis, APPS, instrucciones, mapas, etc.) del acceso al Servicio de Farmacia desde diferentes puntos del hospital.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

4.2. Ausencia de barreras arquitectónicas.

El Servicio de Farmacia posee una arquitectura adaptada a las necesidades de los pacientes.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

4.3. Se dispone de asientos

suficientes para el número de usuarios habituales.

En las salas de espera hay suficientes asientos para el número habitual de usuarios.

Nivel del estándar: **BÁSICO**

4.4. Se dispone de asientos adaptados.

Disponibilidad de asientos con la altura adecuada y con apoyabrazos para personas con poca o dificultosa movilidad.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

4.5. Se dispone de zona infantil.

Disponibilidad de una zona con mobiliario y accesorios infantiles.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

4.6. Se dispone de un espacio diferenciado para pacientes con riesgo de infecciones cruzadas.

Se dispone de una zona específica o un horario diferenciado para pacientes con riesgo de infecciones (pacientes con fibrosis quística, inmunodeprimidos, etc.) que disminuya la exposición a posibles infecciones cruzadas.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

4.7. La decoración de espacios y mobiliario fomentan un entorno humanizado.

Disponibilidad de mobiliario adecuado y una decoración cálida, artística y humana.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

4.8. Se dispone de espacios para consultas privadas.

Existen espacios adecuados para que la comunicación entre los profesionales y pacientes y/o sus familiares, se pueda llevar a cabo con normalidad y privacidad.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

4.9. Se garantiza la privacidad en la dispensación.

La zona de dispensación proporciona privacidad en el momento de la recogida de la medicación.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

4.10. Se dispone de accesibilidad y fácil comunicación a los baños desde las salas de espera.

Las salas de espera disponen de baños cercanos y señalizados.

Nivel del estándar: **BÁSICO**

4.11. Se dispone de medios audiovisuales en las salas de espera.

Se dispone de televisor con canales de ocio hospitalario así como con canales de emisión de material formativo e informativo adecuado.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

De Sanidad C. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Jovell A. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. 2017. Disponible en: <https://www.foropremiosalbertjovell.es/sites/default/files/modelo-afectivo-efectivo.pdf>

Bates V. 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. *Des Heal*. 2018;2(1):5-19. DOI: 10.1080/24735132.2018.1436304

Ullán AM, Fernández E, Belver MH. [Humanization through the art of environment of children's emergency in a hospital]. *Rev Enferm*. 2011;34(9):50-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22013714>

Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehn MB. [Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):530-9. DOI: 10.1590/s0080-6234201400003 00020

Cegarra M, Hassoun H, Villacieros M, García Pérez D, Carlos Bermejo J. Estudio cualitativo sobre la influencia del entorno físico en los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos tras su remodelación. *Med Paliat*. 2018;25(4):222-29. DOI: 10.1016/j.medipa.2017.03.002

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El valor de la Farmacia Hospitalaria. 2015. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_Valor_de_la_FH.pdf

Sánchez Gundín J, Martí Gil C, Recuero Galve L, Mejía Recuero M, Gómez Santillana M, Barreda Hernández D. Satisfacción percibida del Servicio de Farmacia: medición, análisis y mejora. *Rev. O.F.I.L.* 2015, 25;3:137-144. Disponible en: <http://www-re>

vistadelaofil.org/satisfaccion-percibida-del-servicio-de-farmacia-medicion-analisis-y-mejora/

Bello SC de. Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. *Rev la Fac Med*. 2000;23(2):93-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262736379_Humanizacion_y_Calidad_de_los_Ambientes_Hospitalarios/link/5b944e7f4585153a530bb8f5/download

Buffoli M, Bellini E, Bellagarda A, Di Noia M, Nickolova M, Capolongo S. Listening to people to cure people: the LpCp - tool, an instrument to evaluate hospital humanization. *Ann Ig*. 2014;26(5):447-55. DOI: 10.7416/ai.2014.2004.

Capolongo S, Gola M, Di Noia M, Nickolova M, Nachiero D, Rebecchi A, et al. Social sustainability in healthcare facilities: a rating tool for analysing and improving social aspects in environments of care. *Ann Ist Super Sanità*. 2016;52(1):15-23. DOI: 10.4415/ANN_16_01_06

Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Cien Saude Colet*. 2010 ;15(2):471-80. DOI: 10.1590/S1413-81232010000200024

Leite SN, Manzini F, Álvares J, Guerra AA, Costa EA, Acurcio F de A, et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM - Services data. *Rev Saude Publica*. 2017;51(suppl 2):13s. DOI: 0.11606/S1518-8787.2017051007120

Santiago Pérez A, Peña Pedrosa JA, Alguacil Pau AI, Pérez Morales A, Molina Muñoz P, Benítez Giménez MT. Mejora de la dispensación a pacientes externos de un servicio de farmacia hospitalaria. *Rev Calid Asist*. 2018;23-32. DOI: 10.1016/j.cali.2017.12.002

5. CONDICIONES ORGANIZATIVAS

La complejidad del sistema sanitario deriva en masificación, despersonalización, excesiva burocracia, demoras y otros efectos nada satisfactorios. Las esperas suponen la principal causa de insatisfacción de los pacientes atendidos en los centros sanitarios. El tiempo de espera es tradicionalmente uno de los aspectos que más deshumanizan la asistencia sanitaria y disminuyen la calidad percibida por los pacientes. En general, este aspecto afecta más a los pacientes externos y los ambulantes que a los hospitalizados. El incremento en el número de pacientes, visitas y dispensaciones, así como la creciente complejidad de los tratamientos y el incremento de carga administrativa, implantada por las administraciones sanitarias, hacen que las esperas en las unidades de pacientes externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria sean mayores de las deseadas. Del mismo modo, la elevada carga asistencial produce demoras mayores a las deseadas en los tratamientos de administración hospitalaria en hospital de día que por sus características requieren ser preparadas en el Servicio de Farmacia.

La pérdida de horas de trabajo por desplazamientos al centro sanitario también supone un aspecto que genera estrés en los pacientes y en su entorno. En el caso concreto de EERR, los pacientes suelen recibir atención

en centros terciarios especializados en la patología lo que supone, en algunos casos, recorrer largas distancias para acudir a visitas de seguimiento, recibir tratamiento o recoger medicación.

Es difícil reducir el tiempo de espera debido a los recursos materiales y personales limitados de los que dispone el sistema sanitario, pero es necesario establecer circuitos y sistemas de información que permitan al paciente y entorno gestionar las esperas. Conocer el tiempo de espera para ser atendido puede permitir al paciente emplear ese tiempo en otras actividades (ir a la cafetería, acudir a otras citas, etc.). Esta línea estratégica contiene una colección de acciones, opiniones, planes y protocolos o estándares que permiten minimizar las preocupaciones de los usuarios que no sean propias de su enfermedad o proceso clínico.

OBJETIVO

Promover una organización de la actividad asistencial humanizada en el Servicio de Farmacia.

ESTÁNDARES

5.1. Existe un sistema de cita flexible.

Se ha definido un sistema de citas que, por una parte, permita la organización del trabajo y por otra, sea flexible para adaptarse a las necesidades de los pacientes, acompañantes y familiares.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

5.2. Existe un gestor de turnos.

Está implantada una herramienta de gestión de turnos de pacientes o agenda de citación anónima. Preferentemente el sistema debe permitir la selección del circuitos establecidos (atención farmacéutica, dispensación de medicación, consulta con enfermería, etc.) y medir el tiempo de espera.

Nivel del estándar:

BÁSICO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

5.3. Existe un sistema de espera remota.

Está implantado un sistema que permite conocer a tiempo real y desde cualquier lugar del hospital el tiempo de espera para ser atendido, de manera que el usuario puede emplear ese tiempo en otras actividades (acudir a otras citas, realizar trámites, etc.).

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

5.4. Se promueven programas de dispensación a domicilio.

Se evalúan las necesidades y se desarrollan, de forma coordinada con los servicios clínicos implicados, programas de dispensación a domicilio de medicamentos. Son programas fundamentalmente dirigidos a aquellos grupos de pacientes que presenten dificultades para recoger su medicación en los Servicios de Farmacia o requieran visitas muy frecuentes, promoviendo así un nuevo modelo asistencial integrado y centrado en el paciente.

Nivel del estándar: **EXCELENTE**

5.5. Se promueven programas de telefarmacia.

Paralelamente a los programas de dispensación a domicilio se desarrollan programas de teleasistencia que posibiliten la atención farmacéutica, evaluación y refuerzo de la adherencia, detección y resolución de reacciones adversas y revisión de interacciones, sin necesidad de desplazamiento físico del paciente al hospital, realizando el seguimiento mediante medios telemáticos.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

5.6. Se informa de forma proactiva de las causas de los tiempos de espera.

Existe un sistema de información que recoge los motivos que pueden ocasionar una demora en la atención (incidencias, roturas de stock, demora por elaboración, posibles averías, complejidad del proceso, etc.) y se distribuye activamente.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

5.7. Existen circuitos de atención priorizada.

Está establecido un sistema de atención prioritaria a los pacientes que por su situación clínica o características individuales (discapacitados, enfermedades mentales, etc.) se consideren pacientes más vulnerables.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

5.8. Se adecuan los horarios del Servicio de Farmacia a las necesidades de los usuarios.

Para adecuar los horarios previamente se debe realizar un análisis de las necesidades de los pacientes y de la organización. La posibilidad de ampliación de horario de las consultas de atención farmacéutica durante las tardes son medidas que contribuyen a la mejorar la accesibilidad y la atención farmacoterapéutica a los pacientes.

Nivel del estándar: **AVANZADO**

5.9. Se fomenta una asistencia

coordinada con el resto del equipo asistencial.

El Servicio de Farmacia trabaja en coordinación con el resto de servicios clínicos en la definición de los circuitos para la solicitud de tratamientos, recogida de medicación, atención farmacéutica, etc., garantizando la disponibilidad y el acceso a servicios mediante una atención integrada.

Nivel del estándar: **BÁSICO**

5.10. Se proporciona información a los pacientes sobre los trámites y los tiempos necesarios para adquirir los MMHH y el procedimiento de comunicación de la disponibilidad del fármaco.

Se dispone de un sistema de información sobre trámites administrativos para el acceso al tratamiento y de un procedimiento de comunicación con el paciente una vez que el medicamento ha llegado al hospital para que el paciente lo recoja.

Nivel del estándar: **BÁSICO**

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

De Sanidad C. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Jovell A. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. 2017. Disponible en: <https://www.foropremiosalbertjovell.es/sites/default/files/modelo-afectivo-efectivo.pdf>

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El valor de la Farmacia Hospitalaria. 2015. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_valor_de_la_FH.pdf

Sánchez Gundín J, Martí Gil C, Recuero Galve L, Mejía Recuero M, Gómez Santillana M, Barrera Hernández D. Satisfacción percibida del Servicio de Farmacia: medición, análisis y mejora. Rev. O.F.I.L. 2015, 25;3:137-44. Disponible en: <http://www.revistade->

laofil.org/satisfaccion-percibida-del-servicio-de-farmacia-medicacion-analisis-y-mejora/

Santiago Pérez A, Peña Pedrosa JA, Alguacil Pau AI, Pérez Morales A, Molina Muñoz P, Benítez Giménez MT. Mejora de la dispensación a pacientes externos de un servicio de farmacia hospitalaria. Rev Calid Asist. 2018;23-32. DOI: 10.1016/j.cali.2017.12.002

VV.AA. Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria: Humanización en la atención farmacéutica (nº 9). Barcelona: Bayer Hispania SL, 2018. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/MonografiaFH/Monografias_Farmacia_Hospitalaria_9.pdf

Alonso Herreros JM. ¿Dispensación de medicamentos a do-

micilio? Algunos comentarios sobre la sentencia del Tribunal Constitucional sobre la Ley Gallega de Ordenación Farmacéutica. *Farm Hosp.* 2004;28:66-7. Disponible en: https://www.sefh.es/fh/19_10.pdf

Megías-Vericat JE, Monte-Boquet E, Martín-Cerezuela M, Cuéllar-Monreal MJ, Tarazona-Casany M V., Pérez-Huertas P, et al. Pilot evaluation of home delivery programme in haemophilia. *J Clin Pharm Ther.* 2018;43(6):822-8. DOI: 10.1111/jcpt.12718

San B, Ruiz J, Ángeles M, Lemus G, Puy M, Echeverría F. Atención farmacéutica y envío domiciliario de medicación a pacientes con leucemia mieloide crónica. *Farm Hosp.* 2015;39(1):13-22. DOI: <http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v39n1/03original02.pdf>

Gascón A, Valle I, de la Flor JC, Fernández F, Ruiz J. Puesta en marcha de un programa de dispensación a domicilio de agente estimulante de la eritropoyesis en pacientes en consulta prediálisis. *Diálisis y Traspl.* 2015;36(2):58. DOI: 10.1016/j.dialis.2015.04.026



1. Martins J, Stein D, De Silva R, Lorenzini A, De Albuquerque G. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. *Rev. enferm. UERJ.* 2008; 16(2): 276-281. 2008 Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a22.pdf>
2. Fundación Humans. Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. 2017. ISBN: 978-84-7989-899-1. Disponible en: <http://www.fundacionhumans.com/analisis-de-la-situacion-de-los-aspectos-humanisticos-de-la-atencion-sanitaria-en-espana/>
3. Instituto Nacional de Salud. Plan de humanización de la asistencia hospitalaria. 1984. 83 p.
4. Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad. Madrid. 2015. Disponible en: http://w3.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2015/08/06/BOCM-20150806-4.PDF
5. Decreto 83/2015, de 14/07/2015, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad. Castilla La Mancha. 2015 Disponible en: https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2015/07/16/pdf/2015_9059.pdf&tipo=rutaDocm
6. De Sanidad C. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
7. Souza MB de, Rocha P de M, Sá AB de, Uchoa SA da C. [Teamwork in primary care: the experience of Portugal]. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(3):190-5. DOI: 10.1590/s1020-49892013000300005
8. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
9. La experiencia del paciente es la clave para rediseñar la actividad asistencial y darle un enfoque más humanizado. *Medicina 21.* 2018. Disponible en: https://www.medicina21.com/Notas_de_Prensa-V12401.html

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a Actelion su colaboración desinteresada en el desarrollo y difusión de este Manual.