

Introducción

Estamos en un momento clave para la reflexión sobre la situación actual de nuestros sistemas sanitarios y sociales, y sobre los retos de futuro para su sostenibilidad dado que tenemos que ser capaces de conjugar los conceptos tan aceptados como universalidad, garantía de derechos y tecnología, con los de hospitalidad, humanización y calidez, cada vez más exigidos.

Todos los pacientes y usuarios de los centros sanitarios y sociales hemos pasado, en poco tiempo, de ser sujetos pasivos y receptores de información y atención a ser sujetos activos que participan y que condicionan su propio proceso de enfermedad, envejecimiento o discapacidad.

Los ciudadanos, en general, exigimos mayores y mejores respuestas asociadas a derechos que están muy consolidados en el seno del estado del bienestar; los sistemas de salud y sociales pretenden garantizar estos derechos e incrementar la oferta de servicios, y las nuevas tecnologías se han instalado entre nosotros y se hacen imprescindibles.

Y mientras tanto, todavía estamos anclados en la necesidad de garantizar cuestiones tan básicas como deberían ser la intimidad o la accesibilidad o la seguridad o el acompañamiento, cuya ausencia atenta gravemente contra los derechos, la equidad y la dignidad de las personas.

Estamos obligados a ser capaces de reinventar los planteamientos que superen el mero hecho de hacer las cosas para plantearnos cómo estamos haciendo las cosas. Nos hemos dado cuenta que hemos cosificado al paciente y lo hemos incorporado a una cadena de producción. Tenemos que volver a recuperar la fundamentación de lo que hacemos, los valores originales de respeto por la dignidad, de hospitalidad, de acompañamiento, de trato, de cuidado y de servicio. Recuperar la necesidad de que la gestión esté basada en valores compartidos. Porque la humanización no es un elemento más a añadir en esta ecuación. La humanización no es una opción. La atención y los cuidados son humanización en si mismos.

La hospitalidad, y su fundamentación como base, como elemento marco de valor que sustenta la humanización, no puede quedar exclusivamente en el discurso. Debe ser un hecho que genere valor (social, de organización, económico...) y debemos ser capaces de traducir al usuario y a los profesionales ese carácter, esa actitud y esa realidad de que queremos. Es decir, generar valor para las personas.

La humanización tampoco puede ser una actitud individual orientada de manera exclusiva a la calidez del trato, que, sin duda, tiene que estar presente. Debe ser en una actitud de las organizaciones sanitarias y/o sociales que caracterice una manera específica de hacer las cosas. Si no contamos con buenos profesionales, si no respondemos a tiempo a los problemas, si hacinamos a los pacientes en las habitaciones, si no tratamos a nuestros usuarios con empatía, si no tenemos una actitud de mejora continua o si no acondicionamos los centros, no estamos ofreciendo el *core* de la atención, es decir, tratar al desconocido como propio.

Necesitamos un cambio de cultura en las organizaciones sanitarias, en los profesionales, y en los pacientes. Este cambio cultural es la clave, pero tiene numerosas dificultades en su implementación. Y todos somos responsables y partícipes de ese cambio, desde la administración, los prestadores de los servicios y los ciudadanos.

Más allá de la "buena voluntad" individual o colectiva, tenemos que conseguir entre todos los agentes que participamos en ello, una "*profesionalización*" de la humanización (si cabe). Y esta concepción abarca aspectos estratégicos, presupuestarios, estructurales, organizativos, y hasta formativos, funcionales y procedimentales. Y para ello, lo mejor es creer en lo que fundamenta la atención sanitaria y sociosanitaria, el valor de la humanización como actitud.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios optó desde su fundación por la hospitalidad y la humanización como señas de identidad y valores irrenunciables.

El Hno. Pier Luigi Marchesi recoge el concepto y lo moderniza. *"El mundo del sufrimiento humano invoca, por así decirlo, sin cesar otro mundo: el del amor humano: y ese amor desinteresado que se despierta en su corazón y en sus obras, el hombre lo debe en cierto sentido al sufrimiento"*¹.

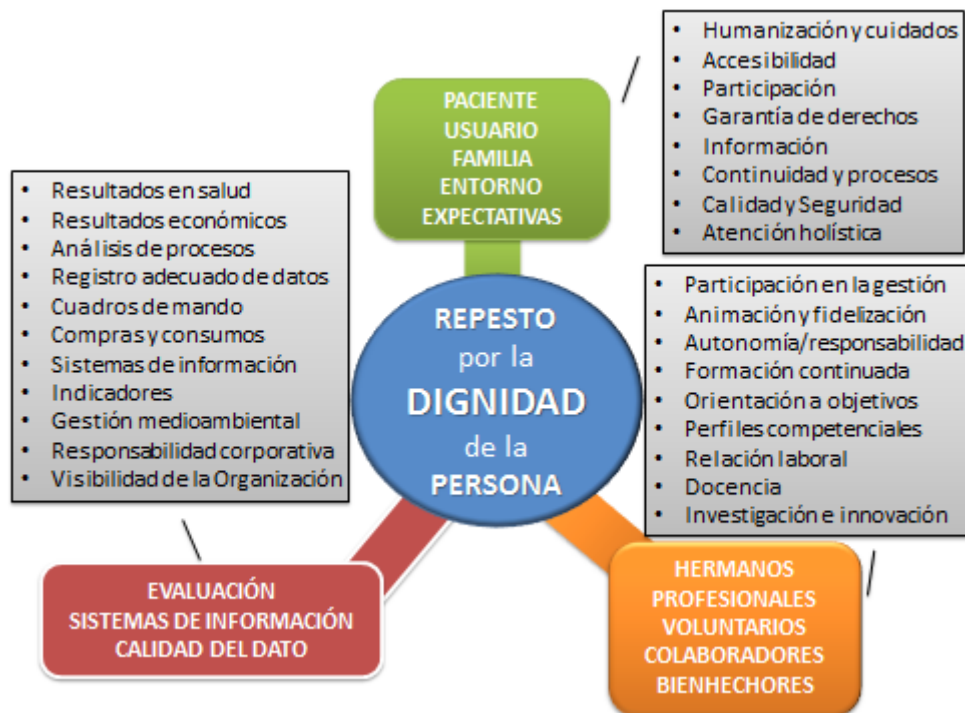
Reflexiona sobre la deshumanización de la medicina^{2,3} *"... como producto típico de la modernidad..."*, y apuesta por una medicina holística centrada en las necesidades del ser humano, dejando de pedir a la medicina que se humanice y pidiéndonos a nosotros mismos un *"nuevo modo de hacer medicina y asistencia"*.

El modelo de atención de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios pone su foco en el respeto a la dignidad de la persona. La atención a las personas en situación de vulnerabilidad física, social o espiritual no está exenta de tecnificación, conocimiento y evaluación de resultados y, al revés, una atención profesional no debe ser incompatible con una relación humana, cordial y participativa.

Esta manera de hacer las cosas centrada en el respeto a la dignidad de la persona tiene tres pilares fundamentales de trabajo:

- El paciente/usuario propiamente dicho, junto a sus familiares, su contexto y su espiritualidad
- El profesional, con sus necesidades formativas, de fidelización, de participación en la organización y de su desarrollo personal
- La evaluación de los resultados obtenidos en clave de mejora continua y eficiencia a través de la calidad de los datos

¹ Marchesi, P. L. (1998). *El mundo del sufrimiento humano invoca, por así decirlo, sin cesar otro mundo: el del amor humano: y ese amor desinteresado que se despierta en su corazón y en sus obras, el hombre lo debe en cierto sentido al sufrimiento*.
² Marchesi, P. L. (1998). *El mundo del sufrimiento humano invoca, por así decirlo, sin cesar otro mundo: el del amor humano: y ese amor desinteresado que se despierta en su corazón y en sus obras, el hombre lo debe en cierto sentido al sufrimiento*.
³ Marchesi, P. L. (1998). *El mundo del sufrimiento humano invoca, por así decirlo, sin cesar otro mundo: el del amor humano: y ese amor desinteresado que se despierta en su corazón y en sus obras, el hombre lo debe en cierto sentido al sufrimiento*.



Partiendo de la estructura principal de modelo de atención, tenemos que dirigir nuestros esfuerzos a tres áreas de atención fundamental.

- Los pacientes y usuarios
- Los colaboradores
- La evaluación de resultados a través de la calidad del dato

A. EL PACIENTE/USUARIO

En primer lugar, el propio binomio paciente/familia, sus circunstancias, sus valores, sus expectativas y su entorno. Es necesario que reflexionemos sobre las necesidades de nuestros pacientes no sólo desde el concepto de receptor pasivo, sino desde la perspectiva de agente activo en ésta, que participa, que interactúa y que necesita agilidad de respuestas, seguridad y calidad en la atención, resultados y eficiencia. Nos estamos refiriendo a la atención directa hacia nuestros usuarios.

Los pacientes, usuarios y sus familias necesitan certidumbre sobre sus procesos. Sobre qué es lo que les va a pasar durante su relación con nosotros y sobre quién los va a acompañar en este proceso.

La información adecuada, suficiente y necesaria es muy importante, y la participación del propio paciente en su proceso de vulnerabilidad es fundamental

Las **LÍNEAS ESTRATÉGICAS** del PLAN DIGNIFICA : La humanización de la atención sanitaria, en el último año, ha ido ganando un lugar importante entre las prioridades del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, (SESCAM) materializándose en cinco grandes líneas estratégicas de las que se derivan medidas concretas, muchas de ellas pioneras. Propondremos algunas que presentan un alto nivel de impacto con un coste mínimo.

Línea 1. Atención centrada en la persona. Implantar la personalización.

Identificación de profesionales

1. Todos los profesionales estarán claramente identificados, a través del distintivo oficial.
2. Los profesionales en las unidades de hospitalización y en los servicios de urgencias se identificarán como referentes de aquellos pacientes que les han sido asignados.
3. Las unidades de hospitalización dispondrán de un plan de acogida a pacientes y familiares. Este plan contemplará la estructura orgánica y funcional del centro y de la unidad, las normas establecidas y los recursos de los que se dispone. Recursos: profesionales, recursos de ocio, de apoyo espiritual, servicios de hostelería, carta de derechos y deberes de usuarios/as, así como horarios de visitas, profesionales de referencia, horarios y sistemas para la información del curso clínico...

Cuidados personalizados

1. Las valoraciones realizadas a los pacientes deben recoger: sus necesidades, expectativas, valores y creencias, que deberán ser tenidas en cuenta a la hora de la elaboración del plan terapéutico.
2. El plan de cuidados durante la estancia hospitalaria se elaborará contemplando acciones proactivas de seguimiento de las necesidades del paciente: Valoración periódica de la confortabilidad y necesidades básicas del paciente y las personas que acompañan.

Línea 2. Facilitar el acompañamiento

Visitas y acompañamiento

1. Elaborar un protocolo sobre el horario de visitas, adaptado a las necesidades de los pacientes y a las características de la unidad, que permita el acompañamiento continuado por parte de sus familias/allegados, garantizando el descanso, tranquilidad e intimidad de los pacientes ingresados.

Atención a grupos de riesgo

1. En las unidades pediátricas se garantizará el cumplimiento del decreto 246/2005 que regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.
2. Atención en fase final de la vida

Espera acompañada

1. Las unidades de urgencias deben disponer de un circuito diferenciado para personas vulnerables (alto nivel de dependencia física, deterioro cognitivo, déficit sensoriales...) que permita su acompañamiento continuo.

Flexibilidad de las visitas

Línea 3. Implicar a las personas en la toma de decisiones compartida

- Las Unidades implementarán un plan de comunicación presencial y telefónica a pacientes y personas que les cuidan sobre la evolución de la situación clínica y no clínica. Para ello se establecerán horarios de información estables, se dispondrá de un espacio adecuado y se promoverá la información conjunta por parte de médico/enfermera referente adecuando el lenguaje a las necesidades de pacientes y familia.
- Los profesionales deben incluir al paciente y su familia en la elaboración del plan terapéutico. Para ello el paciente debe tener una información clara y completa del curso clínico, necesidades de cuidados, pruebas diagnósticas y terapéuticas, objetivos y resultados esperados.
- Se realiza una adecuada planificación del alta, en la que participen médico y enfermera de referencia así como el paciente y su familia.

Línea 4. Procurar la intimidad y confortabilidad

Las unidades evaluarán las estructuras disponibles y establecerán planes de mejoras dirigidas a asegurar la intimidad de pacientes, p.ej:

- Disponer de espacios individuales para la realización de pruebas diagnósticas, consultas, comunicación de noticias, favorecer el duelo...
- Habitaciones individuales durante el ingreso hospitalario siempre que sea posible y específicamente en personas con necesidades especiales (personas con TEA, con demencias...) o situaciones de final de la vida.
- Adecuación de la lencería para que preserve la intimidad del paciente y su comodidad...
- Asegurar el descanso de pacientes (control de luz, alarmas visuales, control de ruidos, horarios adaptados para la toma de constantes o realización de técnicas...)
- Establecer dietas personalizadas especialmente a personas con riesgo de desnutrición.
- Las UCI Pediátricas o de Neonatología dispondrán de un lactario para que las madres puedan extraer la leche o amamantar.
- Procurar realizar actividades de ocio para menores, adaptadas a la situación de salud...

Línea 5. Información y comunicación comprensible

El derecho de pacientes a recibir información sobre su salud está reconocido en diversas normas. Unido a ello, existen factores como el aumento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población, el asociacionismo, y el empoderamiento de los y las pacientes, que inciden en que continuamente se reclame una información de (mayor) calidad.

Por otra parte, los y las pacientes con información colaboran en mayor medida en su proceso de recuperación, toman decisiones con mayor criterio, hacen un mejor uso del sistema, reducen las visitas a urgencias y a consultas, con la disminución consiguiente de costes.

No solo es importante **qué** comunicar, sino **cómo** comunicar, **dónde**, y **a quién** comunicar. La información a pacientes tiene que ser comprensible, tiene que existir cierta empatía que genere un clima de confianza, debe hacerse en un lugar adecuado que preserve la confidencialidad y la intimidad de la persona.

Es fundamental :

- Que el personal sanitario se presente por su nombre y categoría.
- Reforzar los puntos de información en los servicios de Urgencias, y en las unidades más críticas, como servicios quirúrgicos, UCI, etc.
- Contribuir al desarrollo de habilidades de comunicación en los profesionales a la hora de informar sobre una mala noticia.

Por último, la información también puede servir para concienciar a las personas usuarias y profesionales sobre la necesaria *sostenibilidad* de las instituciones sanitarias y la necesidad de generalizar en los centros el uso de energías limpias y renovables.

Línea 6. Continuidad de la atención

Línea 7. Tecnología “*amiga*”

Línea 8. Evaluación de la calidad percibida

- Estructuras
- Procesos
- Profesionalidad

Línea 9. Atención espiritual

Línea 10. Promoción de las voluntades previas y gestión de las expectativas

- Fase final de la vida

2. SERVICIOS GENERALES, ESPACIOS Y CONFORT

Uno de los factores más relevantes que contribuyen a conformar la percepción de la ciudadanía sobre el sistema sanitario, aparte de la propia atención clínica que recibe para solucionar sus problemas de salud, es todo aquel entorno que rodea a la misma: existencia o no de barreras arquitectónicas, buena señalización, confortabilidad, iluminación, nivel de mantenimiento de las instalaciones, los aspectos hosteleros, cafetería, cocina hospitalaria, la comida que reciben y la ropa de la cama e indumentaria personal.

~~Dentro de esta línea estratégica se han priorizado varias acciones, entre ellas el condicionamiento de los espacios para mejorar la intimidad de pacientes y los lugares para informar. También se ha considerado beneficioso crear espacios dotados de libros, y otros, específicamente diseñados, para la población infantil.~~

~~Las Direcciones de Gestión de las Gerencias deben estar en sintonía con estas medidas para facilitar el confort de pacientes y acompañantes, que constituye una función con alto valor específico.~~

- Accesibilidad externa e interna
- Confort en las instalaciones

3. PROFESIONALES /COLABORADORES

En segundo lugar, el papel de los colaboradores/profesionales, que deben ser competentes para asumir su responsabilidad en su ámbito de decisión (binomio autonomía-responsabilidad), por lo que deben conocer la realidad que les rodea, en la que participamos activamente y que tienen que asumir. Es responsabilidad de todos tener presente las mejores evidencias para tomar las decisiones adecuadas y, para ello, debemos garantizar la competencia y formación necesarias, el acceso a la información y diseñar entornos de trabajo que faciliten el mejor desempeño posible.

Es necesario que podamos evaluar el desempeño con objeto de programar una ruta formativa y de desarrollo personal y profesional para nuestros profesionales.

Es fundamental mantener las competencias profesionales a través de la formación continuada. Y es fundamental la orientación hacia objetivos claros en el día a día.

La capacidad de atracción del proyecto en el que los colaboradores participamos es fundamental. Sentirse parte importante de un todo, conocerlo y participar de los resultados obtenidos es imprescindible para la toma de decisiones y la fidelización.

Ámbitos de intervención o herramientas en humanización:

4. Los profesionales

- Soporte emocional y psicológico
 - Atención espiritual y apoyo
 - Animación en los centros (lugares y actividades compartidas)
- Formación continuada
 - Comunicación y entrenamiento en comunicación efectiva.
 - Entrenamiento en el cultivo de la compasión
 - Resiliencia
 - Resolución de conflictos
 - Trabajo en equipo
- Espacio compartido (autonomía y responsabilidad)
 - Participación en la gestión del centro
 - con pacientes y familiares
 - de información clínica
 - de información no clínica
- Protocolización y procedimentación
- Fidelización al proyecto
 - Información y participación
- Investigación y presencia en foros nacionales e internacionales
- docencia
- ~~Cartera de servicios~~
 - ~~*—Qué atendemos~~
 - ~~*—Qué aportamos (fisioterapia—psicología...)~~
- ~~Presencia en medios y visibilidad~~
- ~~Prevención del síndrome Burn-out~~

Línea 5. Desarrollar competencias humanísticas y relacionales en los profesionales

1. Difusión y uso de la guía de estilo del Servicio Andaluz de Salud:
http://campus.easp.es/atencionciudadania/file.php?file=%2F7%2FCD%2FLibro%20de%20Estilo%20SAS%2FSAS_libro_ESTILO.pdf
2. Desarrollo de actividades formativas para *mejorar* las habilidades en comunicación afectiva y efectiva, gestión de conflictos, comunicación de

malas noticias, acompañamiento en el duelo, empoderamiento de las personas.

3. Las unidades dispondrán de un plan de formación y adquisición de competencias orientadas a la integración de la persona y la familia en el cuidado, si así lo requiere.
4. La unidad promueve que profesionales y población a la que atienden generen ideas creativas e innovación en la humanización de la asistencia sanitaria.

5. METODOLOGÍA

5.1 Constitución de la Comisión de Humanización.

Las Direcciones Asistenciales ~~así como la Unidad de Calidad, dentro de sus competencias,~~ propusieron establecer la creación de una nueva comisión para el cumplimiento de objetivos relacionados con la calidad asistencial que no podían abordarse con las comisiones ya existentes.

La Presidencia de esta Comisión de Humanización corresponde al Director Médico y a la Directora de Enfermería conjuntamente. La Secretaria ha sido designada por la Unidad de Calidad tras la oferta del puesto en convocatoria abierta que exige solicitud e historial profesional de los candidatos y presentación de un proyecto en el formato normalizado de la Comisión Central de Calidad. La Comisión está integrada por 20 vocales. Estos vocales han sido designados por la Unidad de Calidad tras convocatoria abierta que exige solicitud e historial profesional de los candidatos. Se han presentado más de 130 profesionales para cubrir las 20 vocalías ofertadas. Los vocales han sido seleccionados en virtud de sus méritos curriculares y de su perfil profesional con vistas a que exista una representación de los distintos estamentos profesionales y los distintos tipos de Unidades de Gestión.

5.2 Integrantes Comisión de Humanización

Presidencia: Dirección Médica: Flora María Villarrasa

Dirección de Enfermería: M^a Magdalena de Tovar Fernández

Secretaría: Facultativa:

Enfermera:

Vocales:

2. Enfermera UGC Cuidados Intensivos
3. Enfermera Urgencias
4. TCAE Cuidados Intensivos
6. Supervisora Unidad Clínica de Atención Médica Integral
8. FEA Cuidados Intensivos

9. Administrativa Unidad de Calidad

11. FEA Cirugía Ortopédica, Traumatológica y Reumatología
12. Trabajadora Social.
13. FEA Hospitalización Médica
14. Administrativa Dirección Gerencia
15. Supervisora Bloque Quirúrgico Hospital

5.3. Identificación de áreas de mejoras

A primero de año se seunirá la comisión para la priorización de líneas para el año. Para ello se analizarán:

- Resultados de encuestas de satisfacción
- Reclamaciones y sugerencias
- Encuesta a profesionales sobre líneas de humanización
- Encuesta de clientes externos

6. NORMATIVA ESTATAL Y AUTONÓMICA DE REFERENCIA

La **Constitución Española**, en su **artículo 10** establece que *la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son el fundamento del orden político y de la paz social*. Asimismo en su artículo 18 1., establece que se garantiza el derecho al honor, a la intimidad

personal y familiar y a la propia imagen, siendo ambos artículos pertenecientes a los Derechos Fundamentales;

por tanto, cualquier norma relativa a los mismos ha de ser interpretada de conformidad con la Declaración

Universal de los Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias

ratificados por España.

La misma **Constitución** en su **artículo 43** , reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los

poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones de

los servicios necesarios.

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, desarrolló las previsiones constitucionales en materia de

los derechos de la ciudadanía en relación con las diferentes Administraciones públicas sanitarias, así como sus

obligaciones en relación con las instituciones y los organismos del sistema sanitario.

La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y**

Obligaciones en materia de información y documentación clínica, sitúa a las y los pacientes en el centro del

sistema, debiendo garantizarse no solo la asistencia sanitaria, sino la información suficiente que permita una

utilización responsable de los recursos sanitarios y una participación activa para su mejora permanente.

Hay que destacar, además, las aportaciones que en el terreno prestacional introdujo la **Ley 16/2003, de 28**

de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la participación activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

La **Ley 44/2003 de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias**, y los respectivos códigos deontológicos, imponen a los y las profesionales el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado.

El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, (Ley 55/2003 de 16 de diciembre),

como norma básica, establece su régimen jurídico y reconoce el derecho de las y los profesionales que se encuentran en su ámbito de aplicación a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, sobre riesgos generales en el centro sanitario, o derivados del trabajo habitual, así como a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión y en el desempeño de sus funciones.

La Ley 6/2005 de 7 de julio, de Castilla-La Mancha, sobre Declaración de Voluntades Anticipadas en materia

de la propia salud. Entiende por declaración de voluntades anticipadas la manifestación escrita de una persona

capaz que, actuando libremente expresa las instrucciones que deban tenerse en cuenta sobre la asistencia

sanitaria que desea recibir en situaciones que impidan expresar personalmente su voluntad, o sobre el destino

de su cuerpo o sus órganos una vez producido el fallecimiento. Complementarias a esta norma se encuentran:

el Decreto 15/2006 de 21 de febrero del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y el Real

Decreto 124/2007 de 2 de febrero, que regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

La Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres, recoge la integración del principio de igualdad en la política de salud y la perspectiva de género, modificando la Ley 14/86 General de Sanidad en el sentido de introducir dicho principio en las políticas, planes y programas de Salud, sin discriminaciones derivadas de esta circunstancia y condición.

La Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La

Mancha, reconoce a las ciudadanas y los ciudadanos como titulares de los derechos y deberes contemplados en la Ley, en sus artículos 4 y 5, y recoge un amplio catálogo de los primeros.

Con posterioridad, diversas normas de nuestra Comunidad Autónoma incorporaron al Sistema Sanitario de

Castilla-La Mancha nuevos derechos y otros aspectos relacionados con la Humanización de la Asistencia, entre los que destaca, de manera singular, el establecimiento de unos tiempos máximos de respuesta para recibir atención sanitaria de carácter programado y no urgente y el derecho a la información sobre la misma, tal como se contemplaba en la **Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada** [vigente hasta su derogación en octubre de 2014 por la Ley 3/2014, de 21 julio, de Garantía de la Atención Sanitaria y del Ejercicio de la Libre Elección en las Prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha].

El Decreto 83/2015 de 14 de julio de 2015 de Estructura Orgánica y Competencias de la Consejería de

Sanidad establece como órganos centrales:

1. Secretaría General
2. Dirección General de Salud Pública y Consumo
3. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria
4. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria

Entre las funciones de la Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria se recogen,

las siguientes:

- La elaboración de planes, programas de formación y fomento de actuaciones del personal sanitario que permitan la adecuada actualización de sus conocimientos y asimismo les proporcione los instrumentos precisos para garantizar una mejor atención a pacientes *desde una perspectiva holística*.

- Implementación de medidas tendentes a garantizar la adecuada comunicación entre el personal de la sanidad y pacientes y, en su caso, de familiares, con el fin de que puedan ejercer su derecho al

consentimiento informado y disponer de toda la información atinente a su estado de salud.

- Coordinación de las Instituciones Sanitarias con el fin de garantizar una atención integral a pacientes.

Corresponde por tanto a dicha Dirección General la elaboración del Plan de Humanización de la Asistencia

Sanitaria de Castilla-La Mancha, como documento básico y de referencia que contenga los principios

orientadores, objetivos y líneas de actuación concretas para hacer realidad una asistencia sanitaria más

humana y de mayor calidad.