

La humanización de la asistencia sanitaria y su comunicación a través de la responsabilidad social

The humanization of health care and its communication through social responsibility

Iriana Gil Paz^a, Paz González Martínez^a, Ana López Acón^a, Susana Montes Vázquez^a, Raúl Torres Insua^a, José Caamaño Ponte^b, Javier Fernández Nistal^c

^aCátedra Inditex de Responsabilidad Social, Universidade A Coruña, España

^bCentro Terapéutico Xerontolóxico A Veiga, España

^cXerencia de Xestión Integrada del Área Sanitaria de Santiago de Compostela, España

Resumen

Los hospitales siempre han tenido, per se, una función social de gran importancia puesto que su principal actividad se centra en curar y cuidar a los enfermos. Sin embargo, lograr que esa asistencia sanitaria sea más humana resulta de la mayor relevancia. La aplicación de los conceptos que sustentan las iniciativas de Responsabilidad Social podrían constituir una herramienta adecuada para el análisis y la deliberación con el objetivo de desarrollar un plan para la humanización de la asistencia sanitaria en colaboración con la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, para ello seguimos una estructura lógica secuencial. En primer lugar, se identificaron los grupos de interés involucrados en el sector sanitario, analizando su implicación en la humanización de la asistencia sanitaria, y su nivel de influencia, permitiendo la realización de un análisis de materialidad. En segundo lugar, se objetivaron las mejores prácticas en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria, comparando cinco organizaciones sanitarias de ámbito nacional. Por último, se procedió al diseño de un plan concretando acciones a desarrollar. Concluimos que los postulados de la Responsabilidad Social y su comunicación eficaz podrían constituir una excelente estrategia hacia el logro de la humanización de la atención sanitaria.

Palabras clave: Responsabilidad Social; Humanización; Asistencia sanitaria; Comunicación.

Abstract

Hospitals have always been institutions with an important social role because their principal activity consists in cure and treat the ill. However, making the health care more humane it's really important. The use of the concepts that support the Social responsibility initiatives could constitute a suitable tool for the deliberation and analysis with the objective of developing a plan with the purpose of humanizing the healthcare system in collaboration with the Xerencia de Xestión Integrada of Santiago de Compostela, for that we follow a sequential logic structure. To begin with, the interest groups involved in the health system are identified, analyzing its implication in the humanization of the healthcare, and its level of influence, allowing the elaboration of a materialization analysis. In addition to, the best practices in the health care system have been objectified, comparing five health organizations in the national sphere. Finally a plan stating what actions should be developed was designed. We conclude that the postulates of Social Responsibility and it's effective communication could be an excellent strategy to achieve the humanization of the healthcare system.

Keywords: Social Responsibility; Humanization; Healthcare; Communication.

Introducción

En España, en consonancia con el reparto de competencias que hace la Constitución Española, las Comunidades Autónomas (CCAA) gestionan los servicios de salud, mientras que el Estado solamente las coordina. De ahí el protagonismo del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) en general, y de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela (EOXI), en particular, así expresado en su página web (<http://xxisantiago.sergas.es>) que incluye el compromiso en la implantación y desarrollo de un plan de Responsabilidad Social (RS) dirigido a la humanización de la asistencia sanitaria, entendida como “el conjunto de acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de un establecimiento de salud” (Cedrés de Bello, 2000).

No podemos perder de vista que las organizaciones sanitarias siempre han tenido una función social de gran relevancia que encierra un importante componente ético. Por ello debemos concebir el concepto de RS en el sector sanitario partiendo de la base de que los hospitales son, en esencia, organizaciones socialmente responsables ya que realizan una triple función de asistencia sanitaria, investigación, y docencia. No obstante, la implantación de una estrategia de RS en los hospitales podría contribuir por un lado, a mejorar las relaciones con sus principales grupos de interés o stakeholders (pacientes, empleados, medios de comunicación y sociedad, entre otros), y por otro, proporcionar una guía para fomentar la cultura organizacional que permita mejorar la reputación de los hospitales y generar confianza (Gutiérrez, 2013) y esto lleva implícito el esfuerzo en la realización de un plan de comunicación eficaz a través del compromiso de transparencia.

La humanización de la asistencia sanitaria como desarrollo de la Responsabilidad Social de las organizaciones sanitarias supone un cambio en la cultura institucional en la medida en que el papel del paciente incrementa su protagonismo pues uno de los objetivos será garantizar, no sólo una asistencia de gran calidad técnica, sino también salvaguardar la dignidad del usuario de los centros sanitarios. Así, el punto II del Decálogo de la Responsabilidad Social Sanitaria y Sociosanitaria, señala a la humanización de la asistencia como un valor trascendental e imprescindible, en la misma medida en que lo son los pacientes y los profesionales como actores principales del sistema o la transparencia y el desarrollo sostenible (www.inidress.org).

Las instituciones sanitarias, además de cuidar y curar, se caracterizan por la investigación y el desarrollo innovador, razón de ser y necesidad para ser eficientes. La salud de la población de los países industrializados ha mejorado de manera muy relevante en el siglo XX, sin embargo la cronificación de las enfermedades hace que la percepción pueda ser otra. Podríamos considerar que la creciente tendencia hacia la humanización de la sanidad constituye una oportunidad para la innovación social. Se cumplirían algunas de las condiciones de las que habla Drucker (2004) para ello. A saber, la tendencia hacia la humanización de la salud estaría relacionado con fuentes u oportunidades de innovación como son los cambios demográficos, los nuevos conocimientos, los cambios de percepción o por las necesidades del proceso asistencial, sin olvidarnos de los cambios inesperados, los cambios de mercado y sector, o la adaptación a nuevos procesos. Todo ello implicaría que las instituciones sanitarias, en su necesidad de adaptarse y en su compromiso con la innovación hayan de adoptar todas aquellas medidas precisas para garantizar las necesidades expresadas por los grupos de interés (Leal Costa, 2017. Medina-Aguerreberre, 2012).

Además, las prácticas de humanización de las instituciones sanitarias son intervenciones deliberadas diseñadas para iniciar y establecer futuros desarrollos de las prácticas sociales por lo cual contribuirían a moldear los cambios. Se parte de una idea relevante adaptada a un posible cambio, se evalúa y, muy importante, se difunde para lo cual la comunicación desde la RS de la humanización de la sanidad resulta esencial (Abreu Quintero, 2011). Este autor delibera en torno a la innovación social, y las prácticas de humanización de la salud lo son, y explicita que a pesar de que los resultados de las innovaciones tecnológicas y las sociales puedan solaparse, existen diferencias en cuanto a objetivos y propósitos, de forma que si logramos su integración en la vida cotidiana de las personas, el carácter innovador dejará de serlo, al lograr sus objetivos. En nuestro caso, entendemos que la humanización de las instituciones sanitarias es un punto de partida con un horizonte aún lejano.

Este proyecto abordó el diseño de un plan para el desarrollo de la RS en el sector sanitario. Necesitábamos identificar las mejores prácticas para la humanización de la asistencia sanitaria. Para ello contamos con la colaboración de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, perteneciente al SERGAS que abarca 5 centros hospitalarios, en concreto, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Hospital Gil Casares, Hospital Provincial de Conxo, Hospital Psiquiátrico de Conxo y

Hospital do Barbanza, además de los diferentes centro de Atención Primaria del área. Debido al interés de la Xerencia en reforzar el sentido de pertenencia de todos sus empleados, se hizo especial hincapié en todos aquellos aspectos relacionados con los trabajadores que directa, o indirectamente, incidan en la humanización de la asistencia sanitaria.

Para llevar a cabo el plan de RS el trabajo se estructuró en tres partes. En la primera se determinaron los principales grupos de interés implicados en el sector sanitario, estableciéndose su grado de implicación e influencia hacia la humanización de la asistencia sanitaria. Asimismo se identificaron los asuntos materiales más relevantes que inciden en este objetivo, entendidos como “aquellos asuntos que pueden resultar razonablemente importantes porque ponen de manifiesto los efectos económicos, ambientales y sociales de la organización, o bien porque influyen significativamente en las decisiones de los grupos de interés” (G4.2, p.11). En la segunda parte, se realizó la selección de indicadores de medida del grado de cumplimiento de los asuntos materiales anteriormente señalados que permitieron el estudio comparativo entre cada una de las cinco organizaciones elegidas previamente según el criterio de acciones de responsabilidad social, y en base a ello se seleccionaron las mejores prácticas. Por último, en la tercera, se procedió al diseño de un plan concretando las acciones a realizar en aquellas áreas de mejora identificadas.

Objetivos y Metodología

Los objetivos para la elaboración de un plan dirigido a la humanización de la asistencia sanitaria fueron los siguientes:

1. Identificar y ponderar los asuntos materiales más relevantes para los grupos de interés del sector sanitario en España que se plasmarán en una matriz de materialidad como instrumento de conocimiento y reflexión sobre responsabilidad social sanitaria.
2. Conocer las mejores prácticas en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria y gestión de recursos humanos.
3. Elaborar un plan de acción para que la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela implementase el desarrollo de un plan de Responsabilidad Social específicamente en este ámbito.

Para dar respuesta a los objetivos planteados, la metodología consistió fundamentalmente en la utilización de fuentes secundarias, especialmente publicaciones y documentos disponibles online, incluyendo memorias,

rankings y planes estratégicos de diferentes instituciones sanitarias, seleccionando aquella información relevante en lo relativo a prácticas de humanización de la salud y a las estrategias de comunicación de las mismas, siempre en relación con los asuntos materiales referidos por quienes respondieron a los cuestionarios dentro de las 3 dimensiones planteadas, que incluían aspectos como la seguridad laboral, la calidad asistencial, la conciliación, el prestigio institucional, la eficiencia de la gestión o la transparencia comunicativa ente los treinta asuntos materiales identificados e incluidos en los cuestionarios. Asimismo, recogimos las preocupaciones y observaciones expresadas por los stakeholders para lo cual realizamos una visita al Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) y, en una jornada de trabajo, nos reunimos con profesionales de las distintas áreas de la RS que representaban a cada una de las instituciones elegidas para la comparación con el CHUS y la EOXI al objeto de intercambiar conocimientos y experiencias, con la intención de objetivar en directo hasta qué punto si esa matriz de materialidad era acertada.

La identificación de las mejores prácticas en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria y gestión de recursos humanos se realizó mediante el análisis comparativo con otras cuatro organizaciones además de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, a saber, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Hospital Clínico San Carlos de Madrid (HCSCM), Hospital 12 de Octubre de Madrid (H12OM), y Gerencia de Salud de Tarragona (GST), consistiendo en el testeo de indicadores de desempeño. La selección de estas entidades se realizó teniendo en cuenta su naturaleza jurídica, son todas entidades públicas, su representatividad territorial, ya que representan a diferentes puntos de España, y su tamaño, en función el número de personas empleadas, para su comparación cuantitativa.

Para el análisis por organizaciones y por dimensiones, el testeo de los indicadores se hizo en base a información online disponible y empleando un cuestionario diseñado ad hoc remitido a los diferentes responsables del área de RS de las entidades hospitalarias comparadas. A la hora de ponderar los resultados obtenidos por cada indicador y organización hemos utilizado la siguiente puntuación:

0. Ni lo hemos encontrado en Internet ni nos han respondido al cuestionario
 1. Por debajo de la media
 2. Valor medio o mayoritario
 3. Por encima de la media

La interpretación de los resultados para el análisis por

dimensiones estaría en función de las dimensiones analizadas y la suma de indicadores, de modo que la puntuación máxima global posible para cada dimensión sería la consecuencia de una suma de las 5 organizaciones, es decir, 225 puntos para las dimensiones social y de buen gobierno, y 45 para la dimensión medioambiental, haciéndose una media en función del número de indicadores que abarca cada dimensión para la comparabilidad entre ellas. En el análisis por organizaciones se sumaron los valores de los indicadores y se ponderaron en función de la puntuación máxima posible, 99.

Resultados

A continuación expondremos los resultados para cada uno de los objetivos marcados.

Objetivo 1. Identificar y ponderar los asuntos materiales más relevantes para los grupos de interés del sector sanitario en España que se plasmarán en una matriz de materialidad como instrumento de conocimiento y reflexión sobre responsabilidad social sanitaria.

La tabla 1 explica el mapa de grupos de interés GGII junto con la razón por la que se justifica su inclusión. Obviamente, dentro de cada uno de los GGII podemos identificar diferentes subgrupos, así, en el grupo de empleados existirán directivos y personal facultativo y no facultativo; y entre los proveedores los habrá de productos y de servicios.

Tabla 1. Explicación del mapa de grupos de interés para el sector sanitario.

| Grupo | Justificación | Grado de Interés | Nivel de Influencia |
|------------------------|---|------------------|---------------------|
| Usuarios/as | Objeto de la humanización de la asistencia sanitaria | Alto | Medio |
| Adm. Públicas | La Administración de Estado transfiere competencias en sanidad a las Comunidades Autónomas | Medio | Medio |
| Empleados/as | Vehículo a través del cual es posible humanizar la asistencia sanitaria | Alto | Medio |
| Medios de comunicación | transmiten a la sociedad la situación de la humanización de la asistencia sanitaria en España | Bajo | Medio |

| Grupo | Justificación | Grado de Interés | Nivel de Influencia |
|--------------------------------|--|------------------|---------------------|
| Sociedad | Interesados en los centros hospitalarios más próximos | Medio | Medio |
| Proveedores | Provisión de medios para el funcionamiento de los centros sanitarios | Medio | Bajo |
| Voluntarios | Colaboración directa en la humanización de la asistencia sanitaria | Medio | Medio |
| Otras instituciones sanitarias | Marco de comparación en la humanización de la asistencia sanitaria | Medio | Bajo |
| Universidad | Transferencia de conocimiento y provisión de recursos humanos. La financiación de los grupos de investigación proviene principalmente de fondos europeos | Alto | Medio |

Fuente: elaboración propia

A continuación, se indicó el grado de interés e influencia sobre la humanización de la asistencia sanitaria. Para ello fueron ponderados por separado en una escala del 1 al 10 el grado de interés y el grado de influencia que cada uno de los subgrupos manifiesta en relación a nuestro objetivo. Una vez ponderado cada subgrupo se hizo una media para cada grupo de interés que determina el valor final de “alto, medio o bajo”, entendiendo que: a) Bajo, implica una media comprendida entre 1 y 3; b) Medio, implica una media comprendida entre 4 y 7, y c) Alto, implica una media comprendida entre 8 y 10.

Nos pareció interesante identificar el posicionamiento de los GGII con respecto a la humanización de la asistencia sanitaria concluyendo que los medios de comunicación y los proveedores, en especial la industria farmacéutica, representarían un posible riesgo, mientras que las Administraciones Públicas, los voluntarios y la Universidad supondrían en una oportunidad, y el resto de grupos de interés representarían una posibilidad de diálogo. En concreto la relación entre grado de interés y nivel de influencia la encabezarían el personal sanitario y no sanitario, los pacientes y familiares, los directivos, además de sindicatos y colegios profesionales.

El análisis de materialidad siguió las recomendaciones del Global Reporting Initiative (GRI-G4, 2014),

de modo que para determinar si un asunto es material deben combinarse factores internos y externos. Por ello se tuvieron en cuenta tanto cuestiones que son importantes internamente para el SERGAS como otras preocupaciones expresadas por los grupos de interés, de modo que planteamos 30 asuntos materiales. En este sentido, fueron contemplados por el SERGAS los siguientes: la calidad asistencial, entendida como la reducción de errores en la provisión de servicios sanitarios; la formación continua de los empleados y el sentido de pertenencia; el prestigio; la participación efectiva en general, la transparencia comunicativa, entre otros.

Por su parte, las preocupaciones expresadas por los GGII pueden identificarse con asuntos materiales como tiempos de espera, información a pacientes y familiares, apoyo psicológico y trato humano, acompañamiento familiar al enfermo, prevención del dolor y/o sufrimiento, comodidad e intimidad, resolución de quejas y denuncias, estabilidad/ calidad del empleo o conciliación de la vida personal y familiar.

La configuración del análisis de materialidad efectuado mostró como resultados que la dimensión de mayor relevancia e impacto es la relativa al Buen Gobierno (ocupa el 63% de los asuntos materiales), lo que pone de manifiesto la importancia de la naturaleza jurídica de las organizaciones que forman parte de este sector, puesto que en las entidades públicas, como el SERGAS, la dimensión de gobernanza es fundamental (Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno).

También es importante, aunque en menor medida en cuanto a número de asuntos materiales se refiere (abarca el 30%), la dimensión social, sobre todo en relación a sus principales stakeholders, empleados y pacientes. Por último, conviene destacar la poca importancia y relevancia de la dimensión medioambiental tanto para la organización como para los GGII (menos del 7%).

Objetivo 2. Mejores prácticas en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria y gestión de recursos humanos. Se definieron unos objetivos y se seleccionaron 33 indicadores para los asuntos materiales identificados dentro de las tres dimensiones de la RS –social, medioambiental y buen gobierno– (tabla 2), justificándose su inclusión en función de su relevancia.

Tabla 2. Selección de indicadores según dimensiones

| Objetivos | | Indicadores |
|---|----------|---|
| | | Dimensión Social |
| Mejorar la accesibilidad de los servicios | 1 | Dispone de servicios de asistencia telefónica 24h con acceso a historia clínica electrónica |
| Tiempos de espera adecuados | 2 3 | Tiempo medio de espera para cirugía Tiempo medio de espera para consulta a especialista |
| Calidad asistencial (reducción de errores) | 4 5 | Procesos judiciales por errores médicos finalizados con sentencia condenatoria Nº de reclamaciones recibidas |
| Participación en los procesos asistenciales | 6 7 | Existe libertad de elección de médico y hospital Existencia de actividades de fomento de Instrucciones y Planes previos por parte de los pacientes |
| Prevención del dolor y del sufrimiento | 8 | Existe una política y/o comité de prevención del dolor y/o humanización previa a la muerte |
| Acompañamiento familiar al enfermo | 9 | Se prevé política de puertas abiertas para el acompañamiento al enfermo |
| Apoyo psicológico y trato humano | 10 11 | Existencia de política de humanización de la asistencia sanitaria Existencia de servicios de soporte psicológico al paciente y familiares |
| Conciliación vida familiar y profesional | 12 | Empleados acogidos a conciliación familiar tras disfrutar de baja por paternidad/maternidad |
| Estabilidad y calidad del empleo | 13 14 | Contratos indefinidos sobre nuevas contrataciones realizadas Existencia de servicios de soporte psicológico al profesional |
| Sentido de pertenencia del personal | 15 | Existencia de programas/políticas de fomento de voluntariado social del personal |
| | | Dimensión Medioambiental |
| Gestión ambiental y de residuos | 16 17 | Existencia de unidad de sostenibilidad medioambiental Existencia de plan de gestión de residuos |
| Eficiencia energética/ energías renovables | 18 | Existencia de plan de eficiencia energética y/o uso de energías renovables |
| | | Dimensión de Buen Gobierno |
| Resolución de quejas y denuncias | 19 | Existencia de canales físico y online de recepción de reclamaciones |
| Prestigio de la Institución | 20 | Posicionamiento en el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Política Social |
| Dotación de recursos suficiente | 21 22 | Personal facultativo en función de la población objetivo Presupuesto anual en función de la población objetivo |
| Minimizar el absentismo laboral | 23 24 | Ratio de absentismo laboral Mujeres en puestos de dirección/jefatura respecto al total |
| Gobierno corporativo ético | 25 26 | Reuniones anuales del Comité de Bioética Existencia de un Código de Gobierno Ético |
| Transparencia comunicativa | 27 28 | Publicación de una memoria anual de sostenibilidad Existencia de una declaración pública de misión, visión y valores |
| Oferta de participación voluntaria | 29 30 | Existencia de regulación de participación del voluntariado externo Regulación de la figura del personal emérito (jubilados activos) |

| Objetivos | | Indicadores |
|--|----------|---|
| Proyectos de I+D+i | 31 32 | Presupuesto destinado a I+D+i sobre el total Existencia de modelos de colaboración públicos/privada en I+D+i |
| Formación continua y de acceso profesional | 33 | Promedio de horas de capacitación anuales de las que se han beneficiado los trabajadores/as |

Fuente: elaboración propia

Dos de las organizaciones no respondieron al cuestionario, el Hospital 12 de octubre y la Gerencia de Tarragona, de ahí que sus resultados se ven penalizados por la inclusión de un mayor número de "no reporta". Los resultados obtenidos se muestran en las figuras 1 y 2.

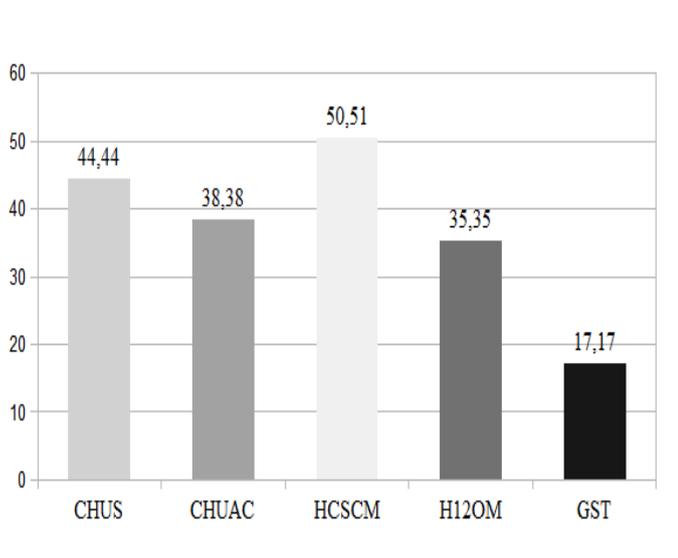


Figura 1. Análisis por organizaciones. Ponderación. Datos porcentuales

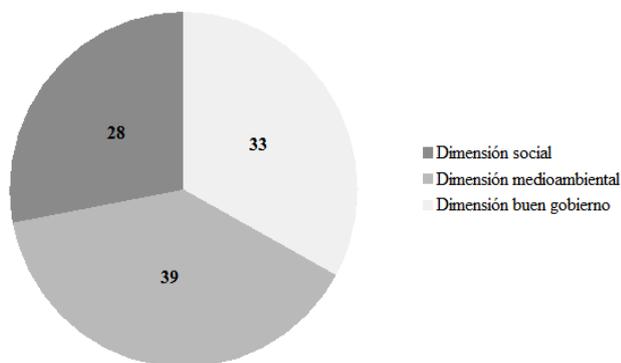


Figura 2. Análisis por dimensiones. Ponderación. Datos porcentuales

El análisis de cada una de las 5 instituciones comparadas se completó con la selección de algunas de las que consideramos mejores prácticas en lo que respecta a la humanización de la asistencia sanitaria y que hemos agrupado en la tabla 3.

Tabla 3. Selección de las mejores prácticas por organización

| Organización | Mejores prácticas relativas a humanización |
|--------------|---|
| CHUS | <ul style="list-style-type: none"> - Explicitación de su compromiso con la humanización en su declaración de misión, visión y valores del compromiso con la Humanización - Proyecto "Código Saude" de Innovación Sanitaria (financiado por Fondos FEDER) - Puesta en funcionamiento de 2 PAT (Punto de Atención al Trabajador) - Impulso al "Espacio Asociativo de Paciente en la XXI de Santiago" |
| CHUAC | <ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de un nuevo sistema de conservación que mejora la funcionalidad de los órganos extraídos para trasplantar, permite su seguimiento y reduce los días de ingreso del receptor - Existencia de una Unidad de Medioambiente y Calidad, de un Plan de Gestión Ambiental y el diseño, evaluación e implantación de un Sistema de gestión ambiental certificado. - Formación interna sobre el Plan de gestión residuos - Publicación de un indicador sobre la cantidad de residuos reutilizados o reciclados. - Realización de un estudio de eficiencia energética |
| HCSCM | <ul style="list-style-type: none"> - Existencia de una Declaración Ambiental auditada y verificada por una entidad externa. - Publicación del nº de reclamaciones, cuántas de ellas son contestadas en menos de 30 días hábiles y principales motivos. - Creación del Aula Social Dr. Zarco, donde se transmiten conocimientos científico-técnicos y se genera un espacio para la cultura en todas sus dimensiones. |
| H12OM | <ul style="list-style-type: none"> - Remodelación de determinadas áreas asistenciales para mayor confort de pacientes. - Inauguración de la primera cineteca Disney de España en un centro sanitario - Programación de un ciclo de conciertos para pacientes, familiares y profesionales. - Desarrollo de sistemas de Gestión Ambiental - Monitorización de indicadores de gestión ambiental (consumo de agua y electricidad) - Publicación del nº de reclamaciones, cuántas de ellas son contestadas en menos de 30 días hábiles y principales motivos. |
| GST | <ul style="list-style-type: none"> - Creación del "AmICS per sempre", en homenaje a los profesionales jubilados. - Creación de un programa destinado a pacientes con enfermedades crónicas. Les ayudan a mejorar su calidad de vida a través de sesiones de rehabilitación y paliación o mitigación del dolor. |

Fuente: elaboración propia

Objetivo 3. Elaboración de un plan de acción para la implementación y desarrollo de un plan de Responsabilidad Social específico en el ámbito de la humanización. Consecuencia de los datos previos fue la elaboración de una serie de recomendaciones para el desarrollo de un plan de acción de mejora de la humanización de la asistencia sanitaria que responde a objetivos enmarcados dentro de las áreas estratégicas definidas por el SERGAS y que se sintetiza en la tabla 4.

Tabla 4. Recomendaciones, especificación de los objetivos y acciones

| Estrategia central 1 | | |
|--|---|------------------|
| Una gestión transparente y eficiente | | |
| Objetivo | Proyecto/Acción | Grupo de interés |
| Abrir la institución sanitaria a la participación de la sociedad | Visibilización y potenciación de los espacios de uso compartido con Asociaciones de Pacientes | Sociedad civil |
| Promover una mejor comunicación con los grupos de interés | Creación de un Comité Asesor de RSC Publicación de una Memoria Anual de Sostenibilidad | Todos |

| Estrategia central 2 | | |
|---|--|----------------------------|
| Una asistencia eficaz y de calidad | | |
| Objetivo | Proyecto/Acción | Grupo de interés |
| Generar valores compartidos que los profesionales transmitan en su trabajo | Regulación y promoción de la participación del personal emérito (jubilados activos). Establecimiento de programas de mentorización para los médicos Internos residentes (MIR) | Exempleados Estudiantes |
| Potenciar el sentido de pertenencia de los profesionales con la institución | - Diseño de un Plan de Carrera Profesional individualizado (fijación conjunta de objetivos, evaluación de desempeño, plan de formación, promoción interna - Selección de mandos intermedios entre iguales incluyendo habilidades psicoemocionales. Formación de los mismos en horario laboral acerca de gestión de equipos, dinámicas de grupo, inteligencia emocional, liderazgo, coaching... - Dinamización del punto de Atención al trabajador (PAT) mediante la oferta de servicios de apoyo y gestión emocional Establecimiento de sistemas de evaluación de la satisfacción del personal en relación a sus asuntos materiales | Profesionales |

| Estrategia central 3 | | |
|---|--|------------------|
| Un trato individualizado y digno | | |
| Objetivo | Proyecto/Acción | Grupo de interés |
| Fomentar la autonomía y la participación del paciente en su tratamiento | - Campaña informativa (a la población) y formativa (a los profesionales) sobre las Instrucciones y Planes previos al tratamiento de los pacientes - Diseño de un proyecto de acceso telemático de los pacientes a la historia clínica - Introducción del modelo Housing para fomentar la involucración del paciente en su cuidado en hospitalizaciones de media y larga estancia | Pacientes |
| Mejorar la comodidad e intimidad familiar del paciente | Instauración de políticas de puertas abiertas para el acompañamiento familiar al paciente | Familias |

Fuente: elaboración propia

Discusión

En la Estrategia SERGAS 2014 (www.sergas.es, p.58), se incluían algunos de los grupos de interés (GGII) identificados en nuestro estudio, si bien con nomenclatura y clasificación diferentes. No resulta especialmente significativo este hecho en comparación con el desglose de GGII del presente trabajo, sin embargo sí lo son el grado de interés y el nivel de impacto de algunos grupos concretos, como los profesionales, los usuarios y las instituciones universitarias, así como el aparentemente bajo interés de los medios de comunicación (en relación a su nivel de impacto) en la transmisión de las prácticas de humanización de las instituciones sanitarias. Creemos que, a pesar del riesgo, se podría invertir esa tendencia de los medios en cuanto a comunicar aspectos negativos relacionados con los procesos asistenciales con unas fuentes de información que ponen en duda la objetividad de los contenidos y abren el debate sobre la neutralidad e imparcialidad de la prensa en temas de salud (Catalán Matamoros, 2011). Para ello podría ser razonable poner en valor los departamentos de Responsabilidad Social de las áreas sanitarias pertenecientes al Servicio Galego Saúde, en lo relativo a acciones en pos de la humanización.

La optimización de las relaciones con los grupos de

interés y la implementación de la cultura empresarial de las organizaciones sanitarias contribuyen al objetivo de mejorar la reputación de los hospitales (Gutiérrez, 2013), siempre y cuando la comunicación de las estrategias de RS sea clara, por lo cual consideramos que este aspecto podría ser una de las fortalezas de las organizaciones de nuestro estudio si se prolongase en el tiempo.

En cuanto a los asuntos materiales de los principales GGII, el conocimiento de algunas de las preocupaciones y áreas de mejora expresadas por ellos, plasmándose numéricamente en 33 (tabla 2), permitió valorar cómo una parte importante de los mismos estaban relacionadas con aspectos sociales y “humanos” de los procesos de atención, lo cual nos permite afirmar que es un hecho que lo estrictamente técnico y los niveles de salud, son adecuadamente valorados y comunicados, mientras que los aspectos más sociales constituyen un área de mejora en la comunicación de las instituciones de salud analizadas.

Una vez realizado el análisis de materialidad, una de las áreas de discusión está en cómo aquellos asuntos referidos al Buen Gobierno, aspecto de la mayor relevancia, se abordan y comunican de forma deficiente. La razón podría residir en la visión finalista de las instituciones sanitarias en las que prima lo asistencial y lo garantista (eficiencia del sistema), en perjuicio de una visión longitudinal desde una estrategia de Gobernanza amparada en los cambios sociopolíticos (Drucker P. F., 2004). Se trata de una observación frecuente, aunque constituya una dimensión clave en toda institución pública, privada o del tercer sector. Se replican resultados de estudios previos relativos a la RS de entidades sociosanitarias del sector no lucrativo en las que la dimensión de Buen Gobierno es manifiestamente mejorable constituyendo una de las claves en la gestión de las instituciones y, específicamente, en la comunicación de las prácticas de RS, posiblemente por la no integración del área en la cultura de las entidades (Caamaño Ponte et al. 2015, Caamaño Ponte et al. 2017).

La aplicación de protocolos de actuación y sistemas de calidad certificada en la gestión medioambiental, justifica, en nuestra opinión, la menor relevancia de esta dimensión, en la medida en que el tratamiento de residuos está normativizado. Sin embargo, existen matices relacionados con experiencias tan interesantes desde la innovación, como el logro de que la gestión de RRHH del área sanitaria de Santiago de Compostela se esté realizando a través de procedimientos informáticos que evitan el desplazamiento de los profesionales para trámites (en un área geográfica extensa), con lo que esto supone en

lo relativo a gasto energético, huella de CO2 y calidad de vida para el trabajador. Se trata de una puesta en práctica de algunos de los planteamientos de Abreu Quintero (2012).

La identificación de algunas de las mejores prácticas con indicadores preestablecidos, permitió establecer un ranking entre entidades, aunque las prácticas relativas a humanización se mostraron dispares y complementarias. El hecho de que la clasificación la encabezase el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, seguido por el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), se relacionaría con la ponderación de los indicadores definidos, la colaboración de las instituciones y el acceso a la información de los autores del estudio, si bien es cierto que aspectos cualitativos como la explicitación del compromiso hacia la humanización en el plan estratégico del CHUS constituyen un factor diferenciador. Todos y cada uno de los centros estudiados desarrollan sus programas de RS de forma diferenciada, con puntos en común y proyectos cada día más orientados a la mejora en la comunicación con los grupos de interés con el objetivo de aproximar las instituciones sanitarias a las características de los usuarios, sean éstos niños, adultos o mayores, y teniendo en cuenta la heterogeneidad de los trabajadores. De esta manera, se plantean experiencias significativas como el punto de atención al trabajador (CHUS), tratamiento de órganos para trasplante (CHUAC), gestión de reclamaciones y sugerencias (HCSCM), programas de ocio (H12OM) o fidelización de personal jubilado (GST). Se trata de una tendencia general en la mayoría de los hospitales del país que además de desarrollar proyectos de RSC, los comunican empleando también las TICs (Medina, 2012).

Existe una cada vez mayor orientación a la integración del paciente y del trabajador, entendiendo el hospital como una institución abierta también a grupos de iniciativa social creando espacios físicos más humanos y de mayor influencia como áreas para familiares y áreas asociativas transversales que se diseñan de forma colaborativa. Esto ocurre en todas las instituciones observadas lo cual muestra una tendencia creciente hacia la humanización institucional. Aquí es importante entender que se establece siempre una relación entre los profesionales de atención directa y los pacientes (Blazquez Manzano et al. 2012), algunos de ellos cautivos por motivos de edad o por las características de la enfermedad neurodegenerativa o psiquiátrica (Nieto-Alcaraz et al. 2016).

El objetivo final del estudio, la elaboración de recomendaciones para contribuir a la humanización en el Área Sanitaria de Santiago de Compostela, se tradujo en

tres estrategias centrales señaladas en la tabla 4, para cuya comprensión y puesta en práctica se requerirá un esfuerzo importante en materia de comunicación. Todas ellas están orientadas a los principales grupos de interés y se expresan en la calidad asistencial, la transparencia en la gestión y la individualización y dignidad del cuidado hacia el paciente. Se incide en la necesidad de que, para la conclusión del plan, el hecho de que todos los implicados tengan a su alcance el conocimiento suficiente sobre el desarrollo de la actividad y de qué manera se consigue que las instituciones sanitarias se acerquen cada vez más a la percepción que el usuario busca, además de a la seguridad y confort que el paciente precisa.

En este sentido nuestro estudio confirma la relevancia que las estrategias de RS entendidas como las acciones que una institución sanitaria emprende para ser percibido como una organización responsable al plantear que la comunicación entre pacientes y profesionales (lo interpersonal), el nuevo papel protagonista del paciente (ha de entender aquello que le comunican) y el compromiso con la innovación que genera reputación y prestigio institucional (en la medida en que el paciente tiene cada vez un mayor acceso al conocimiento) son elementos esenciales y generadores de valor añadido para las instituciones (Medina, 2012).

Además, cada una de las 3 estrategias planteadas tenía 2 objetivos concretos que se plasmaron en una docena de acciones orientadas a garantizar el bienestar de pacientes, profesionales, y sociedad civil, incidiendo en la relevancia de la transmisión de la información contando para ello con las nuevas tecnologías y la proximidad de todos los grupos de interés, cuyo impacto debería ser medido.

Nos parece que el estudio es acorde con las observaciones que sugieren la importancia de la comunicación en salud en todos sus niveles a través de programas formativos, políticas e información responsable que permitan el avance del conocimiento de las estrategias de salud que favorezcan la humanización de la atención (Leal Costa, 2017).

Conclusiones

1. La identificación y ponderación de los asuntos materiales más relevantes para los grupos de interés del sector sanitario en España permitieron la confección de una matriz de materialidad como instrumento de conocimiento y reflexión sobre responsabilidad social.
2. El conocimiento de algunas de las prácticas de éxito en el ámbito de la asistencia clínica hospitalaria y de la

gestión de recursos humanos facilitó el diseño de acciones dirigidas a la humanización de la asistencia sanitaria teniendo en cuenta la visión de los stakeholders.

3. La elaboración del plan de acción para que la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela implementase su estrategia de Responsabilidad Social en el ámbito de la humanización permitió concluir que, para ser eficiente, será esencial su inclusión dentro de los planes de comunicación del SERGAS.

Referencias Bibliográficas

- Abreu Quintero J. L. (2011). Innovación Social: conceptos y etapas. *Daena: international Journal of Good Conscience*. 6 (2), 134-148.
- Blázquez Manzano A., Feu-Molina S., Ruiz-Muñoz E., Gutiérrez-Caballero J. M. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 3 (1): 62-76.
- Caamaño Ponte J. L. Gandoy Crego M., Del Monte Pérez A. (2015). Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer en Galicia y Responsabilidad Social Corporativa. *Neurama: revista electrónica de psicogerontología*. Vol 2. Nº 1 (17-30).
- Caamaño Ponte J., Pérez-Hervada Lemus O., Gil Paz I. (2017). Innovación Social en la enfermedad de Alzheimer. *Neurama: revista electrónica de psicogerontología*. Vol 4. Nº 1 (5-19).
- Catalán Matamoros D. (2011). Los contenidos sanitarios en prensa: ¿Influencias ocultas en salud? *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2(1): 1-2.
- Cedrés de Bello, S. (2000). Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 23 (2), pp. 93-97. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgiem/cendoc/pdfs/HUMANIZACION%20Y%20CALIDAD%20DE%20LOS%20AMBIENTES%20HOSPITALARIOS.pdf>
- Decálogo de la Responsabilidad Social Sanitaria y Socio-sanitaria, señala a la humanización de la asistencia como un valor trascendental e imprescindible (https://www.inidress.org/wp-content/uploads/Decalogo_de_la_RSS.pdf).
- Drucker P. F. (2004). *La disciplina de la innovación*. Harvard Business School Publishing Corporation. (3-7).
- Global Reporting Initiative (GRIG4) (2014). *Guía para la elaboración de Memorias de Sostenibilidad*. Recuperado de <https://www.globalreporting.org/standards/g4/Pages/default.aspx>

Gutiérrez, R. (2013). *Ética profesional y Responsabilidad Social en Sanidad*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500715/n10.10____tica_profesional.pdf.

Leal Costa C. (2017). Conclusiones y recomendaciones de la I Jornada Nacional y IV Jornadas Autonómicas de comunicación en salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 8 (1), pp. 1-4.

Medina-Aguerreberre, P. (2012). La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3 (1), pp. 77-86.

Memoria de la Gerencia Territorial Camp de Tarragona (2014). Recuperado de <http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria2014/Tarragona%202014/documents/ics%20tarragona%202014.pdf>

Memoria Hospital Clínico San Carlos (2014). Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142473958302&language=es&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FPPage%2FHCLN_contenidoFinal

Memoria Hospital Universitario 12 de octubre (2014). Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dmemoria+definitiva+pdf+2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352894216319&ssbinary=true>

Memoria Xerencia de Xestión Integrada A Coruña (2014). Recuperado de http://hospitalcoruna.sergas.es/*conocenos/memoria*s/memoria*xxiac2014*.pdf

Monitor de reputación sanitaria (2014). Monitor empresarial de reputación corporativa. <http://merco.info/es/monitor-reputacion-sanitaria>

Nieto-Alcaraz R., Arcos-García C. M., Rubio-Hernández A. (2016). Comunicación y cambios del lenguaje en personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 7 (2), 331-335.

Servicio Galego de Saúde (SERGAS) (2014). *Estrategia Sergas 2014: la sanidad pública al servicio del paciente*. Recuperado de http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf

Servicio Galego de Saúde (SERGAS). *Procedimientos Internos de Prevención de Riscos Laborais de aplicación al CHUS*. (2015). Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela. Informe Total Xerencia Xestión.