

TÉCNICO SUPERIOR
EN DOCUMENTACIÓN
Y ADMINISTRACIÓN
SANITARIAS

Atención psicosocial al paciente/usuario

COORDINADOR

José Carlos Martínez García



Autores

Coordinador

José Carlos Martínez García

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma del País Vasco. Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios. ICADE. Máster en Prevención de Riesgos Laborales: Ergonomía y Psicología Aplicada, Higiene Industrial y Seguridad en el Trabajo. Experto Universitario en Dirección de Unidades Clínicas. Universidad de Cantabria. Curso de Especialización en Dirección de Admisión y Documentación Clínica. Instituto de Empresa. Curso de Especialización en Derecho Sanitario. Escuela Nacional de Sanidad. Experto Universitario en Gestión de Proyectos. UNED-Universidad Nacional de Educación a Distancia. Gerente, Director Médico y Jefe de Admisión en Hospitales. Jefe de Servicio de Atención al Usuario y Jefe de Proyectos en el Servicio Cántabro de Salud. Profesor de ciclos sanitarios de Formación Profesional en varios centros.

Autores

Ana Marchal Extremera

Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Clínica, Legal y Forense. Especialista Universitario en Neuropsicología. Experto en Psicoterapia con Niños y Adolescentes y en Terapia de Pareja. Docente en Atención Psicológica a Pacientes. Docente de las asignaturas "Promoción de la Salud y Atención Psicológica al Paciente" y "Autonomía Personal y Salud Infantil". Premio Ángel Herrera Oria a la mejor labor docente, año 2007.

José Carlos Martínez García

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma del País Vasco. Experto Universitario en Gestión de Proyectos. UNED-Universidad Nacional de Educación a Distancia. Gerente, Director Médico y Jefe de Admisión en Hospitales. Jefe de Servicio de Atención al Usuario y Jefe de Proyectos en el Servicio Cántabro de Salud. Profesor de ciclos sanitarios de Formación Profesional en varios centros.

Índice

Capítulo 1

Aplicación de técnicas básicas de apoyo psicológico	13
1. Desarrollo de la personalidad	14
2. Cambios psicológicos y adaptación en la enfermedad.....	18
3. Mecanismos de defensa de la personalidad	41
4. Disfunciones y alteraciones del comportamiento	42
5. Relación de ayuda	45
6. Técnicas básicas de apoyo psicológico	47

Capítulo 2

Aplicación y técnicas de comunicación	59
1. La comunicación	60
2. Técnicas de comunicación	82
3. Información al usuario	90
4. Comunicación profesional sanitario-paciente	94

Capítulo 3

Orientación y asesoramiento psicosocial	111
1. Elementos de antropología y sociología.....	112

2. Percepción social de la enfermedad y la discapacidad	123
3. Rechazo social	126
4. Atención al paciente	127
5. Derechos y deberes de los pacientes	138
6. Encuestas de satisfacción	146
7. Plan de información y orientación en atención al paciente	148

Capítulo 4

Atención de reclamaciones	157
1. Reclamación, queja y sugerencia	158
2. Técnicas para afrontar conflictos y reclamaciones.....	161
3. Presentación y tramitación de quejas, reclamaciones y sugerencias.....	167
4. Sistemas de información	172
5. Percepción de la calidad y grado de satisfacción de los usuarios	174
6. Métodos para su evaluación. Mejora del servicio prestado	182

Capítulo 5

Reconocimiento del ámbito de intervención	219
1. Estructuras orgánicas y funcionales de las instituciones sanitarias	220
2. Equipos interprofesionales y agentes sociales	228
3. Función del Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias en el equipo multidisciplinar de atención al paciente.....	232
4. Comunicación interprofesional	234
5. Responsabilidad deontológica	236
Soluciones “Evalúate tú mismo”	249

CAPÍTULO

I

APLICACIÓN DE TÉCNICAS BÁSICAS DE APOYO PSICOLÓGICO

Ana Marchal Extremera

Sumario

1. Desarrollo de la personalidad
 2. Cambios psicológicos y adaptación en la enfermedad
 3. Mecanismos de defensa de la personalidad
 4. Disfunciones y alteraciones del comportamiento
 5. Relación de ayuda
 6. Técnicas básicas de apoyo psicológico
- Resumen, glosario, abreviaturas y siglas, ejercicios y test de evaluación

La **comunicación con pacientes** no solo se da con palabras. Las **expresiones no verbales** y el **silencio** también son formas de comunicación. Los futuros profesionales sanitarios deben adquirir **habilidades y destrezas** para saber interpretar lo que un paciente nos quiere expresar, aun en ausencia de palabras.

Para brindar un **cuidado integral** es importante establecer entre el profesional sanitario y el paciente una relación de confianza y de ayuda, en la que haya disposición al diálogo y la escucha, utilizando una **terminología clara y comprensible** que facilite la comunicación y permita identificar las **necesidades y expectativas** del paciente de **forma asertiva y oportuna**.

I. LA COMUNICACIÓN

La palabra **comunicación**, que proviene del término latín *comunicare*, significa en origen compartir algo y ponerlo en común. Por eso, este acto requiere el hecho de compartir información entre dos o más personas, que son capaces de intercambiar significados e impresiones entre ellas, y que pueden, a su vez, ser compartidos con otras personas o bien seres vivos o incluso entes artificiales, como veremos a continuación.

I.I. Elementos

La **comunicación** es un proceso continuo y dinámico que se compone de una serie de elementos:

- › Emisor.
- › Mensaje.
- › Receptor (Figura 1).
- › Contexto.
- › Canal.
- › Código.

Aunque pueden intervenir otros como el **ruido** y la **re-
troalimentación** o **feedback**.

Para que se produzca el acto comunicativo, se debe encontrar un lenguaje que puede ser presentado en diver-



Figura 1. La comunicación: emisor y receptor.

TABLA 5

Temores más frecuentes en los ancianos

Soledad
Pérdida de su autonomía, no valerse por sí mismo o depender de otros
Deterioro físico o mental
Ser una carga
Ser apartado o disgregado de la familia
Ser ingresado, hospitalizado
Incertidumbre económica
Muerte



<https://www.youtube.com/watch?v=rQ90j47tk3c>

Vídeo sobre envejecimiento activo



<https://www.youtube.com/watch?v=zDFPJHG9XE>

Vídeo sobre como envejecemos

- › Durante el **ingreso** en el hospital pueden **desorientarse** y sentirse confusos. Es importante que la acogida sea cuidadosa. El profesional sanitario debe presentarse y llamar a la persona respetuosamente por su nombre, ofreciéndole información de dónde se encuentra y la forma de desenvolverse durante su ingreso, mostrándole dónde está el baño, el timbre para llamar a un profesional sanitario, etc.
- › **Ser pacientes.** Por ejemplo, entender que puede ser necesario repetirle varias veces una misma información o que puede presentar reacciones no esperadas.
- › **Mostrar respeto en el trato.** El anciano puede ser muy susceptible si no se siente respetado. Por ejemplo, llamarle “abuelo” en lugar de por su nombre, ser excesivamente paternalistas, hablarle con voz muy alta, como si no oyera, etc.
- › **Facilitar la comunicación e informarle de forma continua.** Las rutinas le aportan seguridad, los imprevistos pueden desconcertarle.
- › Favorecer que el enfermo esté **acompañado**, especialmente si no recibe muchas visitas. Proporcionarles compañía ayudará a paliar la ansiedad. Por ejemplo, presentarle al compañero de la habitación para facilitar la comunicación. Si en el hospital hay algún grupo formado, motivarle para que participe y amplíe su red social.
- › **Estimular su autonomía**, haciéndole participe en la toma de decisiones y facilitándole los medios para que pueda desenvolverse por sí solo. Por ejemplo, proporcionándole un bastón si lo necesita, ayudarle a levantarse para que pueda ir al baño, etc.
- › Establecer con él pequeñas **metas a corto plazo**, que no sean difíciles de alcanzar, para fomentar su participación y autoestima.
- › **Felicitarle** por sus mejoras, aunque sean pequeñas. Hacerle participe de sus propios logros le motivará para seguir adelante.
- › **Observar** su estado anímico y cognitivo por si fuera necesaria alguna ayuda especializada.

- › **Percepciones.** Hacen referencia a la forma de captar la realidad. Están íntimamente relacionadas con las actitudes y el estado de ánimo.
- › **Los rasgos de la personalidad.** Al igual que los elementos anteriores, este aspecto también puede afectar a la comprensión del mensaje. Conocer los rasgos de la personalidad del receptor facilitará en gran medida la comunicación, ya que se podrá adaptar el mensaje de tal forma que sea asimilado mejor por él mismo. Son rasgos de personalidad: timidez, locuacidad, extroversión, etc. (Figura 9).



Figura 9. Rasgos de la personalidad.

- › **La formación.** Puede constituir una barrera en el sentido de que si el emisor y el receptor tienen distintos grados de formación, esto es, distintos grados de educación y conocimientos, puede darse la situación de que no se comprendan el uno al otro por utilizar registros distintos. Por ejemplo, palabras muy técnicas, expresiones poco usuales, etc. (Figura 10).



Figura 10. Formación.

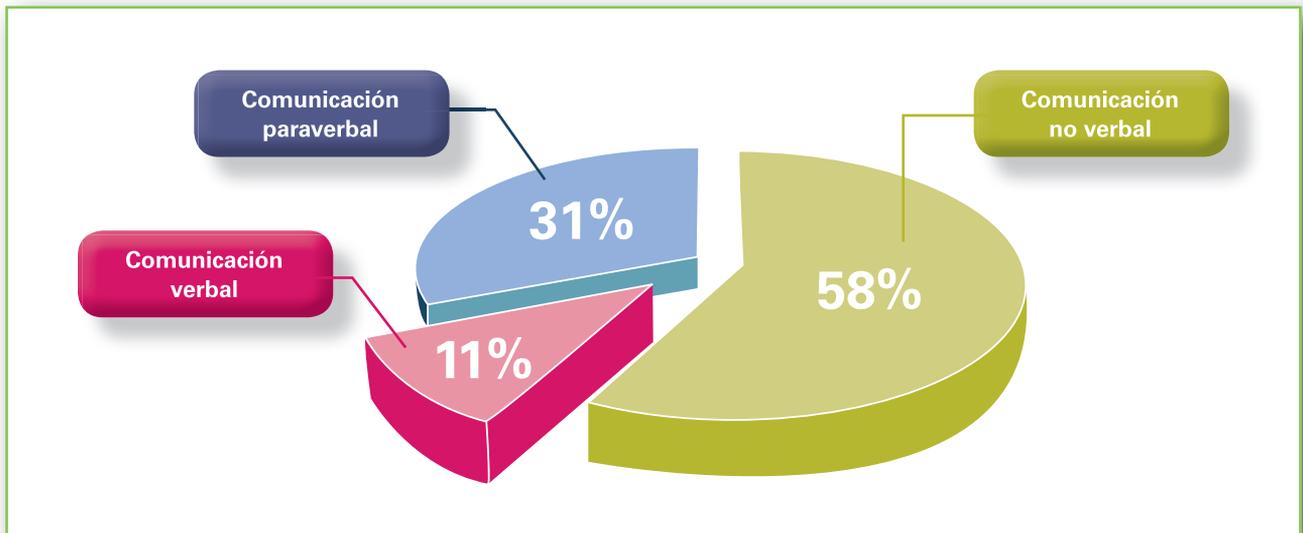


Figura 13. Participación de la comunicación verbal y no verbal en el mensaje.

INFORMACIÓN IMPORTANTE



Algunos **consejos**:

- 】 Para comunicar con claridad, los mensajes verbal y no verbal deben coincidir.
- 】 Si no miramos a los ojos a la persona con la que estamos hablando, no nos escucharán y perderemos mucha credibilidad.
- 】 Con los gestos, debemos de ser naturales o distraeremos al interlocutor. Han de ser congruentes y que ayuden al mensaje oral.
- 】 Los gestos nos delatan.
- 】 Hemos de concentrarnos y no compaginar varias tareas al mismo tiempo.
- 】 Una sonrisa significa mucho. Enriquece a quien la recibe; sin empobrecer a quien la ofrece. Dura un segundo pero su recuerdo, a veces, nunca se borra.
- 】 Medir la distancia y el contacto físico nos permite gestionar las emociones con las personas.
- 】 La primera impresión visual es vital en el mundo en el que vivimos porque proyectamos a través de ella nuestra personalidad. Se trata de un proceso psicológico de prejuicio y expectativas.
- 】 Una imagen adecuada hace más receptiva a la persona que nos escucha.
- 】 Una imagen vale más que mil palabras.

- 】 **Comunicación colectiva.** Este tipo de comunicación ocurre cuando hay más de dos personas que intercambian mensajes. En estos casos, puede darse la situación de que a pesar de que una persona se dirige a otra en su discurso, se pretende causar un efecto no en ella, sino en el resto de la gente.

- › **Comunicación intrapersonal.** Este tipo de comunicación se da cuando una persona se comunica consigo misma (soliloquio). Por ejemplo, cuando alguien tiene que tomar una decisión y razona las soluciones.
- › **Comunicación interindividual.** La comunicación interindividual ocurre cuando dos personas se comunican, ya sea de forma verbal o no verbal, expresando básicamente sentimientos.
- › **Comunicación intragrupal.** Este tipo de comunicación se da cuando se comunican dos o varias personas pertenecientes a un mismo grupo o colectivo.
- › **Comunicación intergrupala.** La comunicación intergrupala se refiere a la comunicación que existe entre grupos. Por ejemplo, entre los intérpretes y un grupo de espectadores.
- › **Comunicación masiva.** La comunicación masiva o de masas se refiere a la interacción entre un emisor único y un receptor masivo o audiencia. El receptor debe ser un grupo grande de personas, heterogéneo y anónimo.

1.5.3. Según el canal sensorial

Según el **canal sensorial**, es posible diferenciar distintas clases de comunicación:

- › **Comunicación visual.** En este tipo de comunicación, se transmiten mensajes (por ejemplo, ideas) a través del medio visual y son percibidos a través de la vista.
- › **Comunicación auditiva.** Es un tipo de comunicación en el que los mensajes y la información son percibidos a través del oído. Por ejemplo, la música. Por supuesto, es uno de los tipos de comunicación más utilizados, ya que puede conectar a dos personas a través de una distancia relativamente amplia y, además, hace fácil localizar la fuente del mensaje, algo que no pasa por ejemplo con la olfativa (Figura 14).



Figura 14. Comunicación auditiva.

- › **Comunicación táctil.** En la comunicación táctil, la información se percibe a través del tacto, generalmente por la piel o mediante escritos en braille (Figura 15).

enfermo respecto a los procesos diagnósticos y terapéuticos que le afecten ha de ser considerada; tanto es así que se necesita **la prestación de su consentimiento** (verbal o escrito) de forma previa a cualquier actuación sanitaria.

La información: normativa

Si bien el **principio de autonomía** ya fue recogido (sin ser desarrollado) por la **Ley 14/1986, General de Sanidad** (en su artículo 10 enumeraba una serie de derechos relacionados con dicho principio) fue posteriormente cuando se le ha concedido mayor relevancia por el ordenamiento jurídico. Merecen destacarse el Convenio de Oviedo de 4 de abril de 1997, para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina y la Ley 41/2002, básica de autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta última de carácter básico y de aplicación en todo el territorio nacional, tanto para instituciones sanitarias públicas como privadas, ha llevado a cabo una regulación detallada del principio de autonomía del paciente.

La **Ley 41/2002**, en los principios generales enumerados en su artículo 2, habla de la necesidad del consentimiento previo de los pacientes a toda actuación sanitaria y el derecho de aquellos a decidir libremente “después de recibir información adecuada”. El derecho a recibir información se recoge a su vez en normas como la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo artículo 7.2 afirma que las personas que reciban las prestaciones del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial de acuerdo con la Ley 41/2002; de igual modo se pronuncia el artículo 5.1 f) de la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. El artículo 19 h) de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, incluye entre los deberes del personal estatutario el de informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables a cada caso y dentro del ámbito de sus competencias, a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles.

La Ley 41/2002 establece el deber de todo profesional que interviene en la actividad asistencial no solo a la correcta prestación de las técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, en el ámbito de sus competencias o especialidad, deberes que aparecen configurados como integrantes de la *lex artis*, es decir, como un acto clínico más.

Pero además, el legislador determina que la información asistencial ha de reunir unas **características** para así facilitar la toma de decisiones por parte de los pacientes o usuarios, caracteres que podrían considerarse como mínimos de calidad y que, sin duda, influyen en cómo es percibido el servicio por los usuarios.



<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Ley 14/1986, de 25 de abril



<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-20638>

Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina



<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 16/2003, de 28 de mayo



<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>

Ley 55/2003, de 16 de diciembre

adelanto de una cita) no económica es apropiada. Esta estrategia puede reducir incluso el riesgo de que el cliente inicie acciones legales.

2.2.9. Seguimiento

Después de que se haya aplicado la solución, el personal de atención al usuario debe realizar una llamada telefónica de seguimiento. Debe preguntar acerca de la resolución del problema y la satisfacción del paciente con la solución.

2.2.10. Conclusión

Estos pasos o acciones correctivas son aplicables a todos los pacientes. Debemos ser **proactivos**, realizando de manera correcta su trabajo los profesionales, y además tener entrenamiento en habilidades interpersonales.

3. PRESENTACIÓN Y TRAMITACIÓN DE QUEJAS, RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

Las **quejas** son un indicador habitual de una baja satisfacción del cliente, pero la ausencia de estas no implica necesariamente una elevada satisfacción del cliente.

Para las organizaciones, las quejas son un **problema**, puesto que manifiestan insatisfacción de los clientes, lo cual indica que el sistema de gestión de la calidad no ha alcanzado sus **objetivos**. De forma paralela, las quejas son una **oportunidad** para las organizaciones, puesto que ofrecen información sobre los elementos que la organización debe mejorar para aumentar la satisfacción de sus clientes. Por último, el adecuado tratamiento de las quejas y reclamaciones supone también un valor añadido para el cliente que le aporta el sistema de gestión de la calidad.



<http://www.informacionpublicapgr.gob.sv/descargables/sia/normativa-internacional/ISO 10002 Ed 2004QUEJAS.pdf>

Gestión de la calidad.
Satisfacción del cliente.
Directrices para el tratamiento de las quejas en las organizaciones

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La **ISO** (International Standardization Organization) es la entidad internacional encargada de favorecer **normas de fabricación, comercio y comunicación** en todo el mundo. Con sede en Ginebra, es una federación de organismos nacionales entre los que se incluyen AENOR en España, DIN en Alemania, AFNOR en Francia... Entre las normas ISO más utilizadas se encuentran las referentes a las medidas de papel (ISO 216, que contempla los tamaños DIN-A4, DIN-A3, etc.), los nombres de lenguas (ISO 639), los sistemas de calidad (ISO 9000, 9001 y 9004), de gestión medioambiental (ISO 14000), ISO/IEC 80000 para signos y símbolos matemáticos y magnitudes del sistema internacional de unidades, etc.



ginecología, etc.) también precisaría de un estudio previo de adaptación de los ítems. Además, hay que enfatizar que **se trata de una medida de calidad percibida y, por tanto, no de la calidad técnica** que ofrece el hospital. Su empleo, por consiguiente, debe ir acompañado de otras evaluaciones sobre la idoneidad de los procesos y la efectividad de los resultados, así como otras medidas. Es un instrumento, en definitiva, que utilizado periódicamente (por ejemplo cada 6 meses) ofrece la oportunidad de **monitorizar el nivel de calidad percibida** por los pacientes **y detectar áreas potenciales de mejora.**

Ítems de Escala SERVQHOS

TABLA 1

1. Amabilidad del personal	11. Preparación del personal
2. Apariencia del personal	12. Puntualidad de consultas
3. Comprensión de necesidades	13. Rapidez de respuesta
4. Confianza y seguridad	14. Señalización intrahospitalaria
5. Disposición para la ayuda	15. Trato personalizado
6. Tiempo de espera	16. Interés personal enfermería
7. Comodidad de las habitaciones	17. Interés por solucionar problemas
8. Información que da el médico	18. Información a familiares
9. Interés por cumplir promesas	19. Tecnología biomédica
10. Señalización extrahospitalaria	

En las organizaciones sanitarias existe cierta consolidación en la utilización de encuestas de satisfacción de cliente en el área de hospitalización, algo menor en Atención Primaria, urgencias y consultas, y una utilización puntual y esporádica en el resto de prestaciones diagnósticas y terapéuticas ofertadas al cliente.

Por lo que se conoce, entre un 70 y un 80 % de los pacientes están satisfechos con las atenciones recibidas en el sistema público de salud. Los dos aspectos que se destacan como positivos en la mayoría de los estudios son: competencia profesional y trato.

Los resultados del análisis de las **causas de insatisfacción de los pacientes** arrojan resultados muy similares. En estos estudios, las listas de espera, la lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, la masificación de las consultas, la escasa coordinación entre niveles, una deficiente infraestructura sanitaria en el ámbito rural, la ineficacia para resolver las reclamaciones de los pacientes, las carencias de especialistas en algunos centros y la insuficiente información generan **insatisfacción en Atención Primaria**. Condiciones de confort inadecuadas, una reducida capacidad de respuesta, escasa accesibilidad y problemas de índole organizativa son citadas como causas de **insatisfacción en hospitales**.

La práctica totalidad de los servicios de salud autonómicos vienen realizando encuestas de satisfacción de pacientes de forma sistemá-



https://www.researchgate.net/publication/239610052_SERVQHOS_UN_cuestionario_para_evaluar_la_calidad_percibida_de_la_asistencia_hospitalaria

Cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria

tales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la comunidad autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados (Figura 1).



Figura 1. Mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Las áreas de salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en estas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que se señalan. Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, teniendo en cuenta lo comentado, el área de salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, una área.

Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la atención de salud, las áreas de salud se dividen en **zonas básicas de salud**, que constituirán el marco territorial de la **Atención Primaria de salud** (Figura 2).



Figura 2. Organización del territorio de una comunidad autónoma.

Cada área de salud estará dotada para la Atención Especializada de un hospital (y de centro/s de especialidades, en función de la extensión del área de salud), y en cada zona básica de salud existirá un centro de salud, varios consultorios locales y uno o varios puntos de atención continuada (para la atención urgente), dependiendo del número y dispersión de habitantes de la **zona básica de salud** (Figura 3).

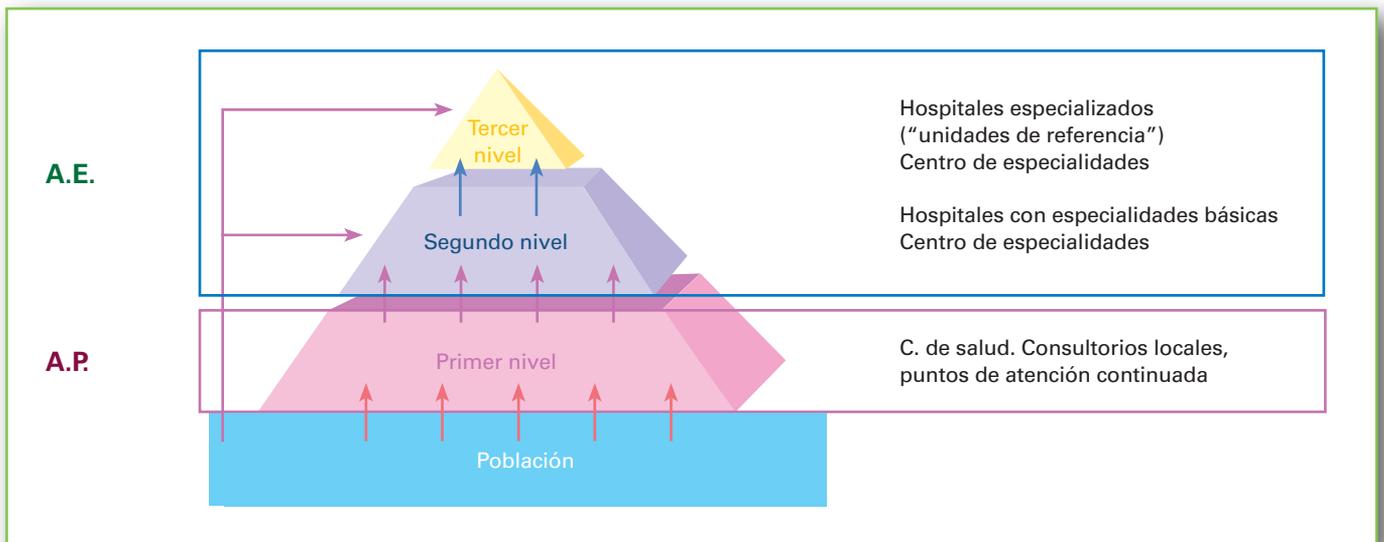


Figura 3. Recursos asistenciales en Atención Primaria y Atención Especializada.

Además de los recursos comentados, para la atención urgente existe el **Servicio de Urgencias y Emergencias 061 (o 112)**, que coordina la atención urgente desde una unidad central.

El Servicio de Urgencias 061 se compone tanto de un **centro coordinador**, receptor de llamadas y que moviliza recursos, como de **unidades asistenciales**.

RESUMEN

- ✓ El **Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias (TSDAS)** tiene un papel muy activo en la **información, orientación y asesoramiento** del paciente y sus familiares.
- ✓ Además, el TSDAS participa en los **equipos interprofesionales** implicados en el **servicio de atención al paciente**, que incluyen aspectos como:
 - Identificación de las características psicosociales del usuario.
 - Información acerca del proceso de admisión y citación.
 - Atención de quejas y reclamaciones.
 - Orientación y asesoramiento al paciente y sus familiares sobre las prestaciones y servicios del centro sanitario.
 - Relación y participación en los equipos interprofesionales.
- ✓ La información, orientación y asesoramiento del paciente y sus familiares debe realizarse mediante **técnicas de comunicación adecuadas**. El proceso de asesoramiento requiere del análisis de actitudes sociales y culturales. La información, orientación y asesoramiento requiere de un exhaustivo conocimiento de la **normativa**.
- ✓ Por último, el TSDAS debe conocer y estar familiarizado con la **realización encuestas de satisfacción a pacientes y familiares**.

G L O S A R I O

Antropología: es la ciencia que estudia la especie humana en cuanto a su evolución biológica, su comportamiento social y cultural y sus aspectos geográficos e históricos, así como el complejo de sus producciones técnicas y artísticas comunitarias, sus creencias espirituales, y sus relaciones con su entorno humano y natural, desde una perspectiva tanto sincrónica como diacrónica, y atendiendo a las cuestiones de sus orígenes, evolución, estructura, significado y función.

Componentes de la calidad de la atención sanitaria: tres elementos componen o se identifican en la calidad de la atención sanitaria: un componente científico-técnico; un componente de relación profesional sanitario-paciente, y entorno físico en el que se presta la asistencia sanitaria; y un componente económico-organizativo.

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades



EJERCICIOS

- › **E1. Buscad noticias –en Internet, o en medios de comunicación en papel– sobre rechazo social o discriminación en relación con la enfermedad. Haced el ejercicio en grupo. Analizad el texto y comentadlo.**
- › **E2. Buscad noticias –en Internet, o en medios de comunicación en papel– de integración en relación con la enfermedad. Hacer el ejercicio en grupo. Analizad el texto y comentadlo.**
- › **E3. En relación con el derecho del paciente a la confidencialidad e intimidad, lee, analiza y comenta en clase las siguientes escenas tomadas de la realidad.**

Cada día se nos plantean multitud de situaciones en las que podemos vulnerar el derecho de los pacientes a la confidencialidad de la información sobre su persona y sus datos clínicos. ¿Dónde están los límites de su derecho? ¿Cuál debe ser nuestra actitud ante las preguntas de los familiares? ¿Y de los Servicios Sociales? ¿Qué hacer cuando se vulnera el derecho de una tercera persona? ¿Y cuándo hay dudas sobre la competencia del paciente para tomar una decisión?

✓ La Dra. sorprendida escucha cómo el compañero de la consulta de al lado comenta a la paciente que está visitando: “el señor que acaba de salir tiene 90 años y hace 10 que le diagnosticaron un cáncer de próstata. Y ya ve... ¡está como una flor!”... La Dra. piensa que no está bien que un médico comente el caso de un paciente con otro que visitará después. También piensa que ella no debería oír qué pasa en la consulta de al lado pero ya está acostumbrada a oír todo lo que dice su compañero: ¡las paredes son tan finas!

- ✓ Una señora se acerca al médico y le pregunta:
 - Oiga, ¿qué le pasa a mi hermana?
 - Perdona -responde el médico- eso no se lo puedo decir, pregúnteselo a su hermana.
 - ¡Oh -responde la señora-. Ella no me lo va a decir!
 - Entenderá -responde el médico- que yo tampoco.

El interés, bien intencionado, por la salud de otra persona ¿nos permite dar explicaciones sobre su salud...?

✓ Entra una paciente que trabaja en la farmacia. La paciente, que viene a buscar unos análisis, comenta de pasada “el Dr. Ponts está enfermo, ¿no? ¿Qué le pasa... eso de siempre?” La Dra. sale del aprieto sin responder a la pregunta. “¡Qué cara! “Piensa...” ¡No me extraña que después todo el pueblo sepa lo que pasa en el Centro de Salud!”

✓ Cuando el Dra. baja a recepción, el administrativo le comenta que un paciente ha pedido una visita “urgente”. Es un paciente que sufre un trastorno obsesivo-compulsivo, y que casi siempre pide visita “urgente” por temas de salud leves o por temas burocráticos. ¿Quizá debería comunicar el diagnós-



EVALÚATE TÚ MISMO

1. Entre las principales características de nuestro sistema sanitario no se encuentra:

- a) La universalidad.
- b) La centralización.
- c) La atención integral.
- d) La participación ciudadana.

2. En el sistema sanitario español, en la actualidad, pueden identificarse:

- a) Cuatro niveles organizativos.
- b) Tres niveles organizativos.
- c) Dos niveles organizativos.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

3. La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de:

- a) Estado.
- b) Comunidades autónomas.
- c) Diputaciones y ayuntamientos.
- d) Otras entidades.

4. Cada área de salud estará dotada para la Atención Especializada de:

- a) Un hospital y de centro/s de especialidades.
- b) Un centro de salud y varios consultorios locales.
- c) Uno o varios puntos de atención continuada para la atención urgente.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

5. Cada área de salud estará dotada para la Atención Primaria de:

- a) Un hospital y de centro/s de especialidades.
- b) Un centro de salud y varios consultorios locales.
- c) Uno o varios puntos de atención continuada para la atención urgente.
- d) Las respuestas a y b son correctas.

6. Entre los servicios sociales para la atención a la dependencia no se encuentra:

- a) Hospitales de media y larga estancia.
- b) Residencias asistidas.
- c) Teleasistencia.
- d) Centros de día.

7. Cuando los miembros de un equipo trabajan en paralelo y la comunicación interprofesional es mínima, recibe el nombre de:

- a) Multidisciplinar.
- b) Interdisciplinar.
- c) Transdisciplinar.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.



SOLUCIONES EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=41