

Plan Funcional

Hospital de Teruel

Teruel, 20 de Marzo del 2007



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

1. Modelo de Hospital

2. Cartera de Servicios

3. Participación

4. Recursos

5. Solares

- **Discreto** incremento de la población a expensas del municipio de Teruel.
- **Concentración** de la población en Teruel **urbano** y baja densidad en los municipios rurales del sector.
- Tasa de Natalidad **inferior** a Aragón y a la Nacional.
- Población **envejecida**.
- Cronas **altas** en el interior de la provincia.



PMH 2005

SS. Teruel **84.668 hab**



PMH 2020

SS **98.670 hab.**

Consultas Externas: **164.818**

Ingresos: **11.840**

Urgencias al año: **39.468**

Partos: **701**

Intervenciones Quirúrgicas: **7.400**

Estudios Radiológicos: **102.617**



paciente



Modelo de Hospital

**ejercicio
clínico**



tecnologías

EL PACIENTE

**Cambios en las
Expectativas de
la Población**

- Mayor protagonismo.
- Confort.
- Privacidad.
- Libertad de elección.
- Accesibilidad.
- Calidad de Vida



**Enfermos cada
vez más
complejos, con
pluripatologías**



**Población
Envejecida**



- Modelo de servicio frente al paternalista
- Habitaciones individuales
- Cadena de accesibilidad
- + Cartera de Servicios,
- Equipos de enlace
- Continuidad Asistencial
- Alta Resolución
- Atención por telemedicina
- Tratamiento dolor y Cuidados Paliativos
- Camas intensivas
- Especialización / Profesionales generalistas
- Coordinación Servicios Sanitarios y Sociales
- Unidad de Convalecencia



Cambios en el Ejercicio Clínico

EL PROFESIONAL

➤ Desarrollo Asistencia Ambulatoria



- CMA
- Hospitales de Día

➤ Atención por procesos



- Protocolos con Atención Primaria
- Consulta Acto Único

➤ Gestión Clínica



- Unidades Clínicas

➤ Desarrollo Biotecnología,
Ingeniería Genética, Terapia Celular,
Nanotecnología



- Tratamientos individualizados.
- Equipos Pluridisciplinares (patólogo, genetista, cirujano, oncólogo...)



Desarrollo de las Tecnologías de la Comunicación

Relaciones más
ágiles seguras y
rápidas con el
usuario

Mayor
Eficiencia
Gestión

LA TECNOLOGÍA

- Hospital en Red. Telehospital.
- Historia Clínica Electrónica.
- Digitalización, archivo y comunicación de imágenes en red.
- Robotización y automatización laboratorios.
- Soporte asistencia domiciliaria con telemedicina.
- Videoconferencia.
- Transportes automatizados.

Queremos un hospital:

- ✓ **Centrado en el paciente.**
- ✓ **Continuidad en la asistencia. Consultas de Alta Resolución.**
- ✓ **Adaptado a la mayor complejidad de los enfermos ingresados y a la pluripatología.**
- ✓ **Accesibilidad a los servicios de referencia.**
- ✓ **Confortable y amigable. Asistencia personalizada.**
- ✓ **Docente y de investigación.**
- ✓ **En red y tecnológico.**
- ✓ **Eficiente y resolutivo.**
- ✓ **Respetuoso con el Medio Ambiente.**

MODELO ESPACIAL

Confortar: “dar vigor, espíritu y fuerza; animar, alentar, consolar al afligido”

✓ Como respuesta a funciones y emociones.

✓ Espacios iluminados, con vistas al exterior, sin ruidos, confortables, dignos, que permitan la **privacidad**, ayudan a **alojar dignamente** las emociones, a **reducir** las **tensiones** y **minimizar** los riesgos y los errores.

✓ Como el edificio civil más complejo:

- ✓ Relación coste inversión / funcionamiento.
- ✓ Tiempos de producción del espacio hospital.
- ✓ Importancia de las instalaciones.
- ✓ Equipamiento primario de la ciudad y territorio.
- ✓ Como motor de economía.
- ✓ Complejidad de normativa técnica.
- ✓ Incertidumbres en los cambios asistenciales.



1. Modelo de Hospital

2. Cartera de Servicios

3. Participación

4. Recursos

5. Solares

	2005	Propuesta Teruel	Hospitales de referencia
ÁREA MÉDICA			
Alergia			X
Cardiología			X
Hemodinamia			
Ecocardiología y P. Funcionales			X
Dermatología			X
Digestivo			X
Unidad de Endoscopias			X
Endocrinología			X
Hematología Clínica		EQUIPOS DE ENLACE	
Oncología		EQUIPOS DE ENLACE	
Oncología Pediátrica			
Medicina Interna			
Nefrología			X
Unidad de Diálisis			
Neumología			X
Endoscopia Bronquial y pruebas			X
Neurología			X
Reumatología			X

	2005	Propuesta Teruel	Hospitales de referencia
ÁREA QUIRÚRGICA			
Neurocirugía			
Cirugía Cardíaca			
Anestesiología y Reanimación			X
Consulta Preanestésica			
Unidad del Dolor			
Cirugía Vascular			
Cirugía General y Digestiva			X
Cirugía Maxilofacial			
Cirugía Pediátrica			
Cirugía Plástica y Quemados			
Cirugía Torácica			
Oftalmología			X
ORL			X
Traumatología y Ortopedia			X
Ortopedia Infantil			
Urología			
Litotricia			

	2005	Propuesta Teruel	Hospitales de referencia
ÁREA DE SALUD MENTAL			
Psiquiatría			
Unidad corta estancia adultos			
Unidad Infanto-juvenil			
ÁREA MATERNO INFANTIL			
Ginecología			X
Obstetricia			X
Pediatría			X
Cuidados Intensivos neonatos			
Neonatología			
UCI Pediátrica			
ÁREA DE SSCC DE DIAGNÓSTICO Y TTO.			
Laboratorios			
Bioquímica			X
Hemoterapia			X
Banco de sangre			
Depósito			
Microbiología			X

	2005	Propuesta Teruel	Hospitales de referencia
Genética		TRANSPORTE, TIC	
Anatomía Patológica			X
Inmunología		TRANSPORTE, TIC	
Rehabilitación			X
Radiodiagnóstico			
Convencional			
Ecografía			
TAC			
RM			
Radiología Vascular		EQUIPOS DE ENLACE	
Medicina Nuclear			
Gammacámara			
Laboratorio			
Neurofisiología	CONCER	EQUIPOS DE ENLACE	
Estudios del Sueño	CONCER	EQUIPOS DE ENLACE	
Oncología Radioterápica			
Farmacia Hospitalaria			

	2005	Propuesta Teruel	Hospitales de referencia
UNIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES			
Unidad de Cuidados Intensivos			X
Transplantes			
Dietética			
Medicina Preventiva			
Cuidados Paliativos			
Convalecencia			

1. Modelo de Hospital

2. Cartera de Servicios

3. Participación

4. Recursos

5. Solares



➤ Aspecto esencial de la elaboración del Programa Funcional,
vinculando:

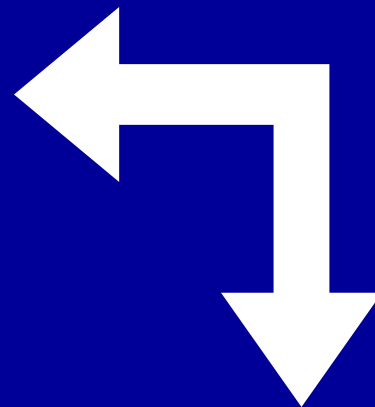
- Al Sistema de Salud de Aragón.
- A los profesionales del Hospital en grupos multidisciplinares.
- A la sociedad a través de sus agentes y organizaciones sociales.

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

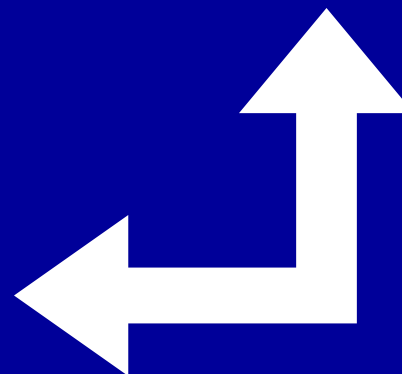
GRUPOS DE PARTICIPACIÓN:

- Atención Ambulatoria y Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Hospitalización y área quirúrgica.
- Urgencias
- Atención al usuario.
- Servicios generales.

REUNIONES CON SERVICIOS ASISTENCIALES



COMISIÓN DE COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN:



Comisión de Dirección: GARCÍA ENCABO, Manuel; CASTELLOTE GARCÍA, Pablo J.; THOMSON LLISTERRI, Concepción; CALLEJA GÓMEZ, Víctor; CALVO ORRIOS, Fernando; CABEZUDO VALLÉS, M^a Rosario; AMORÍN CALZADA, M^a José; ESCUÍN VICENTE, José Ignacio;

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO: CASTELLOTE GARCÍA, José Pablo; ESCUÍN VICENTE, José Ignacio; ESTEBAN IGUAL, Julio; ESTEBAN LATORRE, José Antonio; GARCÍA LUCÍA, Ángel; GISBERT SEMPERE, José; GÓMEZ GARCÍA, Lucía; MARTÍNEZ SANZ, Gloria; PÉREZ ESTEBAN, M^a Teresa; RODRIGO LÁZARO, Jesús; THOMSON LLISTERRI, Concepción; **GRUPO AMBULATORIO:** BERISA LOZANITOS, Francisca; BESER PUIG, Eugenio; BOTELLA ESTEBAN, M^a Teresa; CARRERES PUBILL, Claudio; CASTELLOTE GARCÍA, M^a Jesús; GARCÍA LABORDA, M^a Luz; GATO LEÓN, Manuel; MARTÍNEZ MORALES, María; MATEO LÁZARO, M^a Luz; NAVARRO CASADO, M^a Nieves; PÉREZ CAVARÍA, Antonio; PLAZA BAYO, Amparo; YUBERO ESTEBAN, Alfonso; **GRUPO HOSPITALIZACIÓN Y BLOQUE QUIRÚRGICO:** BENEDITO MARTÍN, M^a Jesús; BLÁZQUEZ DUCH, Domingo; CIPRÉS CASANOVA, Luís; ESTEBAN SILVESTRE, Concepción; FLÓREZ ARIÑO, Pilar; HERRANZ ANDRÉS, Pilar; IRANZO GARCÍA, Concepción; MARTÍN HERNÁNDEZ, Carlos; MINGUILLÓN SERRANO, Antonio; MONFERRER CRESPO, Hortensia; MONFORTE ZAFÓN, Encarnación; MONTANER JIMÉNEZ, Amparo; MONTÓN DITO, José M.; PODED GARCÍA, Pilar ; RABANEQUE VILLARROYA, Ederlinda; SCHUMAHCHER ANSUÁTEGUI, Elena; VALERO ABAD, Teresa; VICENTE MONFORTE, Pilar; **GRUPO URGENCIAS:** ALONSO FORMENTO, Enrique; CASTELLOTE ESCRICHE, Isabel; CLÉRIGUES AMIGÓ, Remedios; ESTEBAN IGUAL, Dora; GALVE ROYO, Fernando; GÓMEZ GÓMEZ, Laura; JIMÉNEZ SANZ, Pedro; JUNYOL RODRIGO, M^a Coloma; MARTÍN-CALAMA VALERO, Jesús; PARRILLA VIRGOS, Pilar; QUÍLEZ ROS, M^a Sol; RONCAL BOJ, Carlos; UTRILLAS MARTÍNEZ, Ana C.; VALDOVINOS, Concepción; **GRUPO ATENCIÓN AL USUARIO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:** ARANDA PORTAR, Manuel; BUÑUEL ALVA, Susana; CABELLAS ABRIL, Lourdes; FALLADO NAVARRO, Sara; GIMENO MINUÉS, M^a José; IBÁÑEZ SORANDO, M^a Dolores; LÓPEZ ESPINOSA, Pilar; LÓPEZ LIZAMA, Nati; MENDOZA BAYO, Pilar; PLAZA BAQUEDANO, Belén; RUBIO RÓDENAS, M^a Consuelo; TRULLENQUE URÉN, Joaquín; **GRUPO SERVICIOS GENERALES:** ABELLA PÉREZ, Luis; ANDRÉS GREGORIO, Ángel; BELLIDO GALVE, Palmira; BLASCO POBO, Rosa; BRONCHAL, María Jesús; CATALÁN LORENTE, Teresa; FERNÁNDEZ SANTOS, Rafael; GARCÍA BURRIEL, Ángeles; JUAN LAHUERTA, José Ramón; LOMA-OSORIO JIMENO, María José; MARTÍN RAJADLE, Serafín; MARTÍN VILLARROYA, Pilar; MELÉNDEZ MALO, José Luís; MELÉNDEZ RAMOS, Vicente; MOYA VICENTE, Begoña; PÉREZ JUAN, Carlos; SORIANO CODES, Crisantos; **REUNIONES CON LOS SERVICIOS:** MARTÍNEZ SANZ, Gloria; HORNO DELGADO, Jaime; GONZÁLEZ GÓMEZ, Nicolás; MUNIESA SORIANO, José Ángel; LABAY MATÍAS, Miguel; MARCO SÁNCHEZ, Pilar; PRATS ESCUÍN, José; RODILLA, Francisco; VALLE, Irene; MORENO GARCÍA, Julián; CÁMARA JIMÉNEZ , Fermín; MONFORTE FANDOS, Miguel; BELVIS MOMPEL, Juan J.; FERNÁNDEZ ESTEVE , Francisco



1. Modelo de Hospital
2. Cartera de Servicios
3. Participación
- 4. Recursos**
5. Solares



- Atender de forma **ambulatoria** todo proceso susceptible de serlo.
- El paciente **no** es el que se traslada, se acercan los recursos.



- Incremento de un **60%** de pacientes atendidos de forma ambulatoria.
- Consultas de **Alta Resolución**.
- **Teleconsulta:** Atención Primaria
Otros Hospitales
Domicilio
- **Pluri**disciplinar (oncológico)
- Consulta de **Apoyo** de Salud Mental.



Información, citación

Consultas

Gabinetes Exploraciones

Hospitales de Día

Cirugía Ambulatoria

recursos área ambulatoria

Especialidades	Recursos 2005		Propuesta de recursos		
	Consultas	Gab. Centrales	Consultas	Locales de apoyo	Gab. Centrales
MÉDICAS					
Alergia	2		2	1	
Cardiología	1	3	4		4
Digestivo	2	2	2		5
Endocrinología	1		2	1	
Hematología	0,5		2		
M.Interna	2		2		
Nefrología	1		2		
Neumología	1	2	2		4
Neurología	1	1	2		
Oncología	1		3		
Reumatología	1		2		
Polivalente y cuidados paliativos			5		
QUIRÚRGICAS					
Anestesia	1		1	1	
Consulta del Dolor			1	1	
Dermatología	0,5		2	1+1	
Cirugía Vascular			1		2

recursos área ambulatoria

Especialidades	Recursos 2005		Propuesta de recursos		
	Consultas	Gab. Centrales	Consultas	Locales de apoyo	Gab. Centrales
QUIRÚRGICAS					
Cirugía General	2		2	1	2
Urología	1	1	2		2
Traumatología	3		4	2	
ORL	2		2		3
Oftalmología	3		4		3
TOCOGINE					
Ginecología	1		4		3
Obstetricia	3		2		
Pediatría	2		2		1
Rehabilitación	1		3		
Polivalentes de enlace			5		
	34	9	65	9	29

Hospital de Día	Puestos
Oncohematológico	14
Médico Polivalente	8
Quirúrgico	10
Hemodiálisis	24
Psiquiatría	12

UNIDADES POLIVALENTES:

- Habitación para **uso** individual y doble.
- Aseos **sin** barreras.
- Estancia **familiar**.

TOCOLOGÍA Y PEDIATRÍA:

- Habitaciones Tocología **100%** individuales con acompañante.
- Habitaciones pediátricas de **uso** individual y doble.
- Cuidados Intermedios.
- Estancia de **madres/padres**.
- Escuela, juego, solarium...

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

- - Funciones REA.

SALUD MENTAL:

- Espacios **amplios** “La tecnología es el espacio”
- Unidad de corta estancia.



Criterios de Confort.

1. Orientación.
2. Vistas.
3. Control Ambiental.
4. Ruidos.
5. Seguridad.

	Camas 2005	Propuesta de recursos			
		Media Camas Funcionantes	Unidades y habitaciones	Camas por unidad	Camas totales
POLIVALENTE	156	180		46	276
Médicas			6 unidades con 23 habitaciones (16 individuales, 7 dobles) (6 unidades de 30 camas)		
Quirúrgicas					
Ginecología					
OBSTETRICIA	16	14	1 unidad con 14 habitaciones ind. de Obstetricia, 10 individuales de ped. Y 2 neonatos	36	36
PEDIATRÍA	21	12			
PSIQUIATRÍA	12	14	1 unidad	14	14
UCI	6	12	1 unidad	12	12
	211	226			338

- Atención en función del **nivel de gravedad**.
- Diseñada para los **picos** de demanda.
- Paciente **acompañado** por familiar.
- Privacidad** .
- Zona **Pediátrica**.
- Vías de **circulación externa** exclusivas.
- Espacios y circulaciones **amplios y sin barreras**.
- Fácil** comunicación con:
 - UCI
 - Radiología (Salas específicas)
 - Quirófano
 - Endoscopias



Agilidad en la Atención

1. Estancia Media en el Área
3 horas.
2. 24 horas máximo en
observación.
3. Respuesta laboratorio y
radiología 30 minutos.

	2005	Propuesta de recursos	
		URGENCIAS ADULTOS	URGENCIAS PEDIÁTRICAS
Total Consultas y Boxes	5	8	2
Sala Reanimación		1	-
Sala dolor torácico		1	-
Curas y técnicas	2	3	1
Observación	7	7 sillones 14 boxes	2 boxes

- Atención al parto de forma integrada.
- Privacidad e intimidad durante el proceso.
- Acompañante durante el proceso.



RECURSOS

2 Consultas de Exploraciones

4 Habitaciones (Únicas para parto, parto y recuperación)

1 Quirófano de Cesáreas compartido con Urgencias

- Cirugía más compleja pero menos agresiva.
- Desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria



	2005	Quirófanos
Programados con ingreso	4	3
Cirugía ambulatoria		2
Urgencias		1
Cesáreas	1	1 (en caso de estar alejado del bloque quirúrgico)
TOTAL	5	6-7
DESPERTAR		10 puestos
HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO		10 puestos

Discreto crecimiento de los estudios.

La radiología simple **no crecerá**.

Los estudios de digestivo y urología **disminuyen** con la aparición de otras técnicas (endoscopias).

Se **incrementará**:

Mamografía.

Radiología Intervencionista.

Ecografía.

TAC y RM.



Digitalización del
Servicio, en red
con centros de
salud y hospitales.

	2005	Propuesta
CONVENCIONALES	3	3
Tórax		
Óseo		2
Digestivo		
Urología		
Otros (vascular e intervencionista)		1
ECOGRAFÍAS	2	3
UNIDAD DE MAMA	1	1 + 1 ecógrafo
TAC	1	1
RM	1	1
DENSITÓMETRO		1
URGENCIAS	1	3
Sala Rx	1	1
Ecografías		1
TAC		1
Disponible		1
TOTAL	9	14 + 1 disponible

➤ Sistema de información único:

- Identificación del paciente y episodio.
- Petición remota.
- Informe *on line*. (Unidades del hospital y centros de salud).
- Servicios logísticos unificados.
- Unificada y robotizada de la fase preanalítica y postanalítica.
- Laboratorio de Microbiología.
- Anatomía Patológica.
- Banco de Sangre y Hemoterapia.



- Sistema de **dispensación automática** en unidades asistenciales.
- Con **sistema integrado** de información.
- Zonas:
 - Almacenamiento.
 - Dispensación ambulatoria y hospitalaria.
 - Preparación citostáticos y parenteral.
 - Información del medicamento.



- **Accesibilidad** física, telefónica y en red → Amplio desarrollo de las **TICs** (Tecnologías de la Información).
- Tres zonas: Ambulatoria, Ingresos Programados y Urgencias.
- Servicio **Guía** por el Hospital.
- Unidad de **voluntariado**.
- Unidad de **culto**.
- Documentación clínica → **Historia Electrónica**.

- Postgrado (MIR).
- Formación continuada.
- Investigación.
- Locales:
 - 1 Aula para 75 personas.
 - 6 Seminarios para 25 personas.
 - 3 Aulas de Informática.
 - Salón de actos para 250 personas.
 - Biblioteca



- Organizados en función del **conjunto red sanitaria** de Aragón.
- **Integración** primaria y especializada en el sector sanitario.
- **Dominio** propio y diferenciado (accesos, espacios, circulaciones y transportes).
- Sistema central de **compras virtual**.

- Ingeniería y Mantenimiento.
- Logística.
- Esterilización.
- Cocina, cafetería.
- Lencería.
- Limpieza.
- Central de residuos.
- Central de seguridad civil y vigilancia.
- Central Instalaciones.
- Urbanización, aparcamientos y helipuerto.



➤ Personal:

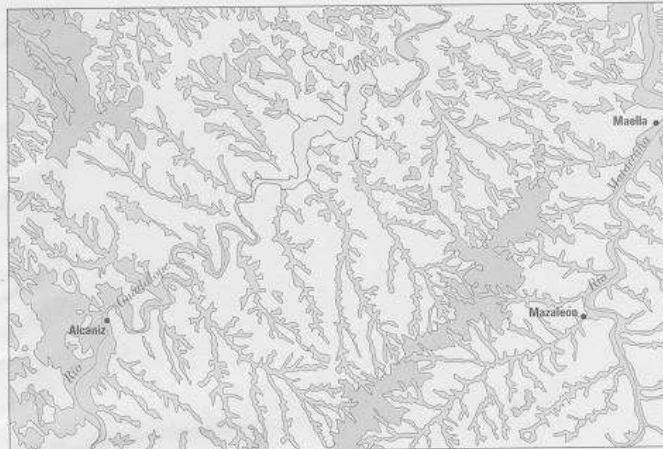
- Consulta prevención de riesgos: 2
- Dormitorios 32
- Vestuarios centrales: 4
- Locales Sindicales: 6 y sala de reuniones.
- Guardería Infantil.

➤ Despachos clínicos: 72 y 19 salas de reuniones.

➤ Tecnologías de la información.

➤ Administración y dirección.

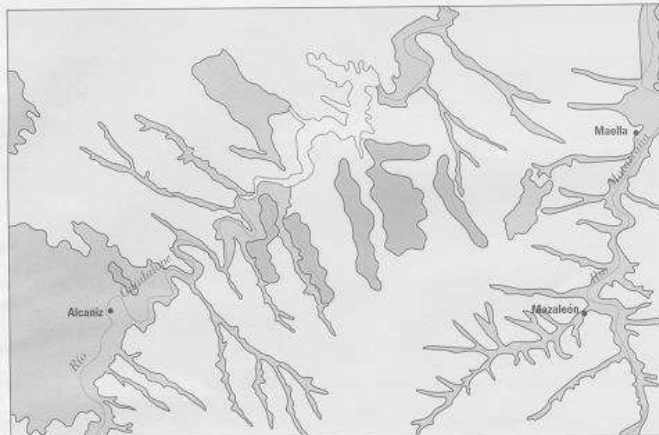
ESQUEMA LITOLÓGICO



ESCALA 1 : 200.000



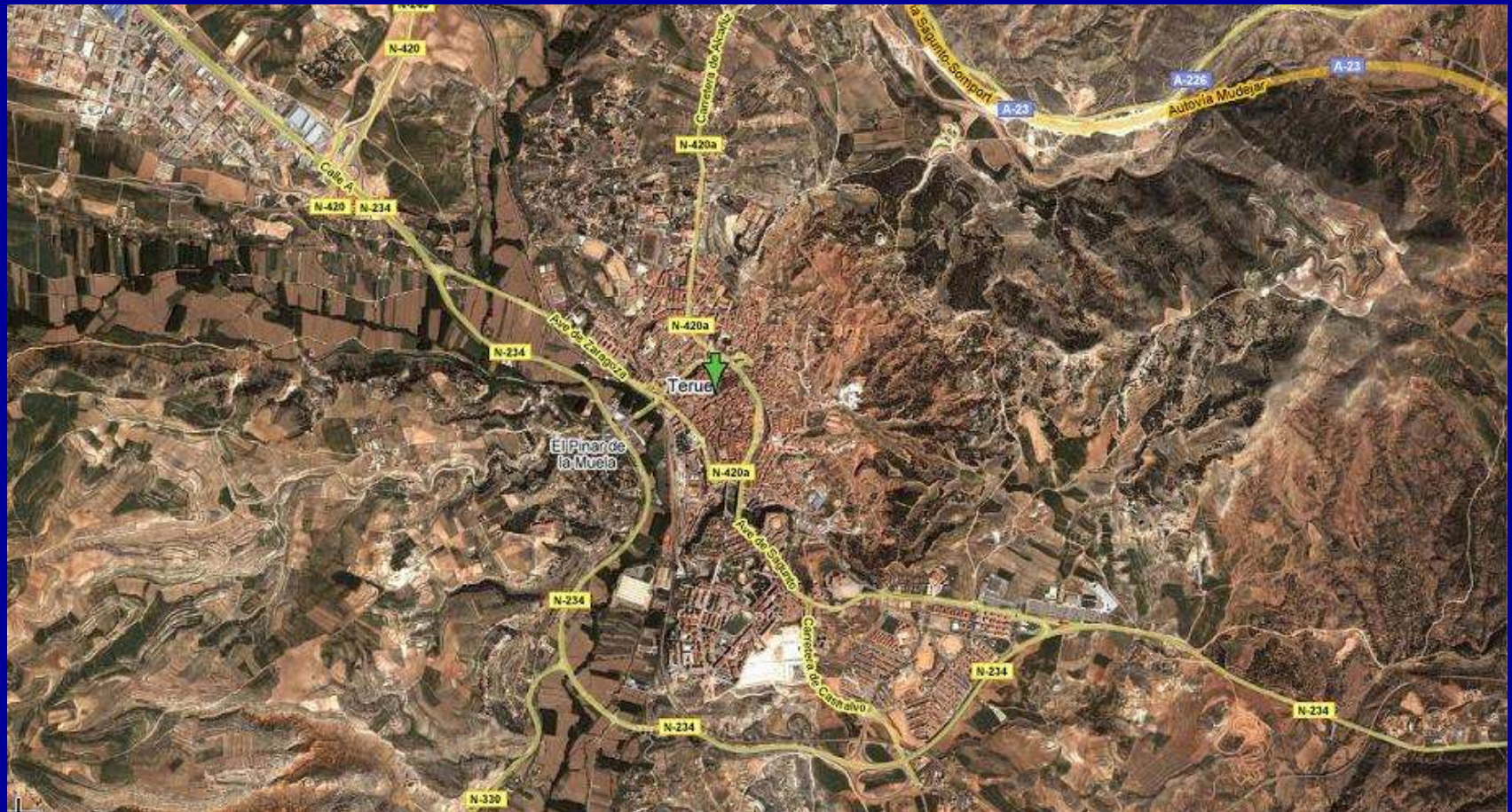
ESQUEMA HIPSOMÉTRICO



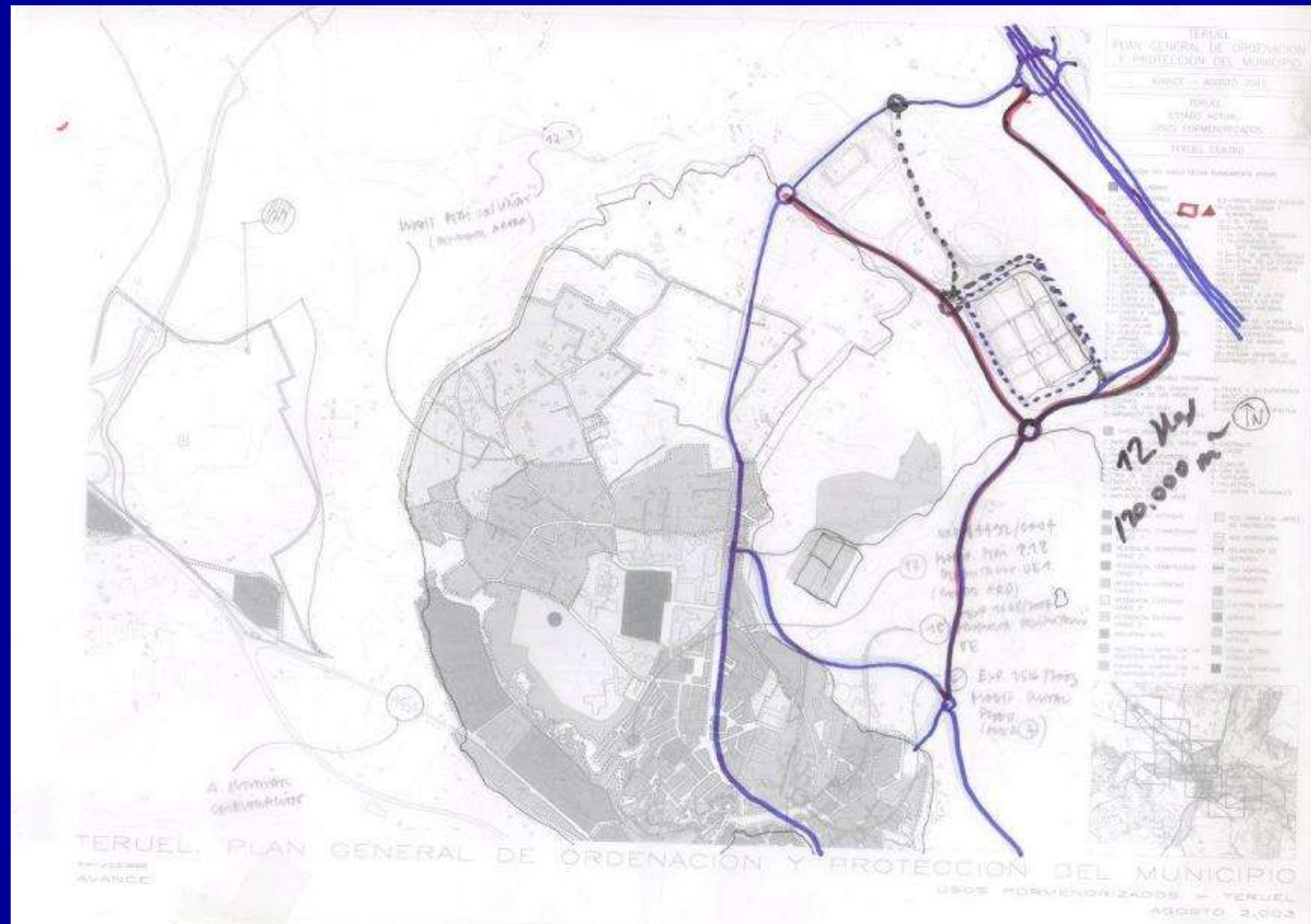
ESCALA 1 : 200.000

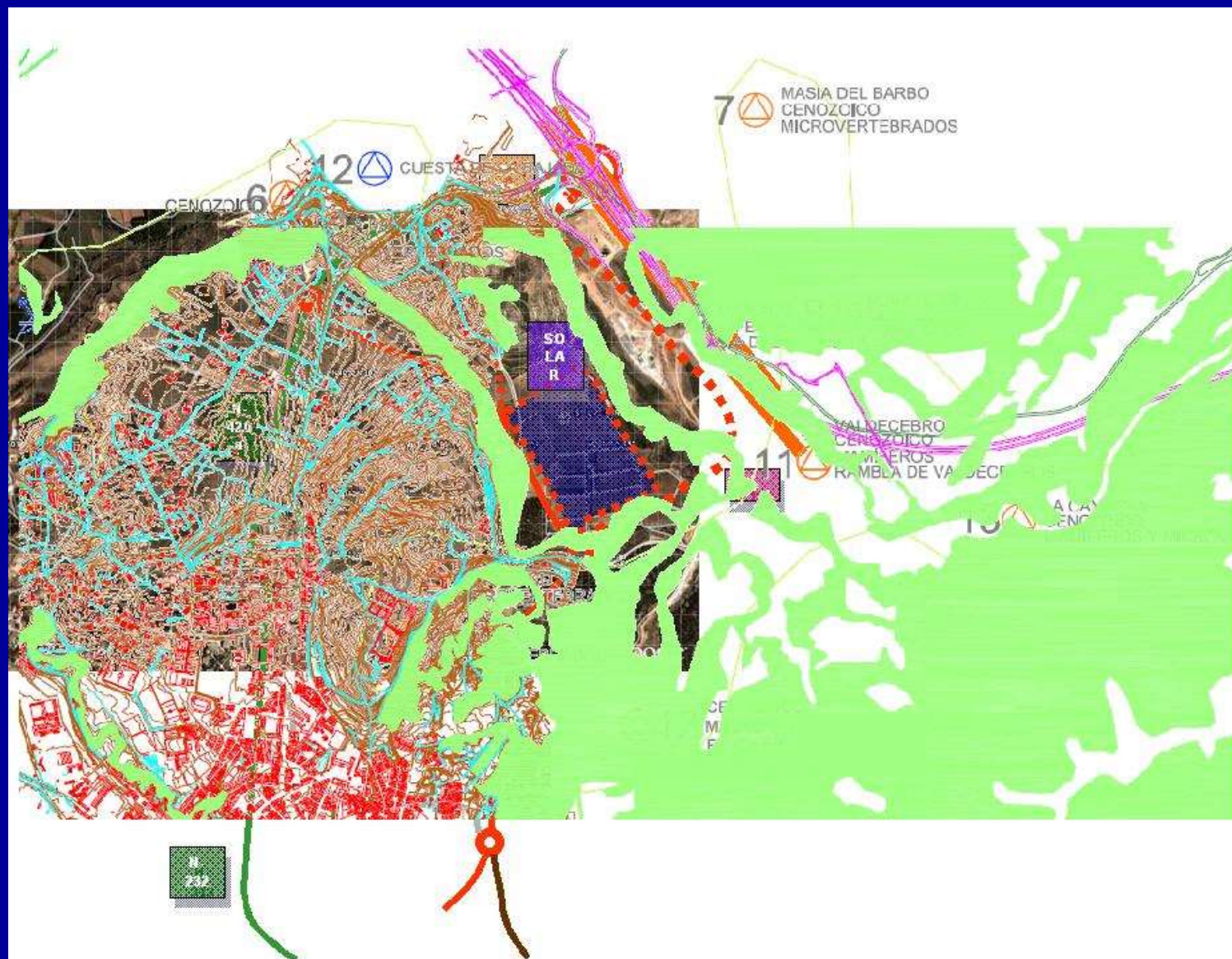


1. Modelo de Hospital
2. Cartera de Servicios
3. Participación
4. Recursos
- 5. Solares**









2- 2014

→ Nuevo Proyecto 2014 Modificación } - adaptación por otros riesgos de salud
 → "Solución necesaria para" PP / Consejo Olivaín

ESQUEMA DE REDIMENSIONADO DEL MODIFICADO DEL NUEVO HOSPITAL DE TERUEL

	AREA AMBULATORIA	96
	Locales consultas	47
	Locales de apoyo	28
	Gabinetes centrales	21
	HOSPITAL DE DIA	49
	Onco-hematológico	12
	Médico polivalente	6
	Quirúrgico	10
	Hemodiálisis	21
	HOSPITALIZACION	234 camas
1	Polivalentes	165 camas
		66 habitaciones dobles
		33 habitaciones individuales
2	Obstetricia-Ginecología	16 camas
		5 habitaciones dobles
		6 habitaciones individuales
3	Pediatría	18 camas
		5 habitaciones dobles
		8 habitaciones individuales
	[Neonatos]	5 puestos
4	Psiquiatría	18 camas
		7 habitaciones dobles
		4 habitaciones individuales
	[UCI]	12 camas
	QUIROFANOS	8
	Area de despertar	12 camas-puestos
	SALAS DE PARTO	3
	URGENCIAS	27
	Consultas de primer nivel	2
	Boxes de diagnóstico	9
	Sillones	4
	Camas de observación	12

Polivale

Doble

66

Obstetricia

5

Pediatría

5

Psiquiatría

7

83

Individual

33

6

8

4

51 = 134

Nº habitaciones (134)

Nº plazas (con los 5 de Neo) → 234
 217 (+ 12 UCI)

Neonatos	5
U.C.I.	12

Instalables

212 camas | 78 Dobs = 156
49 Ind = 49
7 Poli = 7 } 56
Indiv = 7

219 camas | 78 D → 156
7 Poli → 14
Dobs = 170
49 J = 49
219

% pacientes en hab. indiv. : 26,4%

% → 2237

Revisadas las cifras y datos aportados sobre las camas y habitaciones previstas en los nuevos proyectos de hospitales de Teruel y Alcañiz, se resume en las siguientes líneas la distribución para los diferentes centros sanitarios:

Proyecto 2016 / P60 E
Guziero: Celaya

Nuevo Hospital de Teruel:

HOSPITALIZACION	Habit dobles	Habit individ.	Habit indiv polivalentes(*)
POLIVALENTE	61	31	
OBSTETRICIA/GINECOLOGIA	5	6	7
PEDIATRIA	5	8	
NEONATOS		[5]	
PSIQUIATRIA	7	4	
UCI		[12]	
TOTAL	78	49	7

TOTAL HABITACIONES

134

(*) pueden utilizarse como dobles

Total 212 camas (que pueden transformarse en 219 camas) más las 12 camas de UCI y las cinco cunas de neonatos.

(quedan fuera del cálculo)
212/219 + 12 UCI + 5 Neonatos

Nuevo Hospital de Alcañiz:

HOSPITALIZACION	Habit dobles	Habit individ.	Habit dobles	Habit. Individ.
POLIVALENTE	33	30	57	6
CONVALECENCIA	14	4	14	4
TOCOLOGIA		10		10
PEDIATRIA	2	5	6	1
NEONATOS		5		5
PSIQUIATRIA	4	2	4	2
UCI		8		8
TOTAL	53	51	81	23

104

() capacidad inferior. () capacidad máxima utilizando todas las habitaciones habilitadas como dobles en lugar de como individuales

Total 185 camas (que pueden transformarse en 157 camas si se usan como individuales algunas de las dobles), más las 8 camas de UCI y las cinco cunas de neonatos.

Proyecto por bloques

COMPARECENCIA COMISIÓN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Federación de vecinos Teruel

EL PACIENTE

**Cambios en las
Expectativas de
la Población**

- Mayor protagonismo.
- Confort.
- Privacidad.
- Libertad de elección.
- Accesibilidad.
- Calidad de Vida

**Enfermos cada
vez más
complejos, con
pluripatologías**

**Población
Envejecida**

- Modelo de servicio frente al paternalista
- Habitaciones individuales
- Cadena de accesibilidad
- + Cartera de Servicios,
- Equipos de enlace
- Continuidad Asistencial
- Alta Resolución
- Atención por telemedicina
- Tratamiento dolor y Cuidados Paliativos
- Camas intensivas
- Especialización / Profesionales generalistas
- Coordinación Servicios Sanitarios y Sociales
- Unidad de Convalecencia

EVOLUCIÓN PROYECTO HOSPITAL DE TERUEL 2007-2016

	HABITACIONES DOBLES	HABITACIONES INDIVIDUALES	HABITACIONES POLIVALENTES (uso individual con opción a uso doble)	Nº TOTAL DE PLAZAS	Nº TOTAL DE HABITACIONES CONSTRUIDAS	% PACIENTES EN HABITACIÓN INDIVIDUAL
PLAN FUNCIONAL 2007 (PSOE)	42	134*	110 de las 134*	226 a 338	176	61%
PROYECTO 2014 (PP)	83	51	-	217	134	23,5%
PROYECTO 2016 (PSOE)	78	49	7	212-219	134	22,3-26%
PROPUESTA VECINOS (ORIENTATIVA)	22	161	7	212-219	190	75%

CUADRO DE HOSPITALES PÚBLICOS CONSTRUIDOS EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

Año apertura	HOSPITAL	Habitaciones DOBLES	Habitaciones individuales	Nº TOTAL DE CAMAS
2008	Hospital del Tajo en Aranjuez (Madrid)	-	98	98
2007	Hospital General de Almansa (Albacete)	-	122	122
2009	Hospital Marina Alta de Denia (Alicante)	34	212	280
2008	Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda (Madrid)	-	613	613
2011	Hospital La Fe de Valencia	-	1000	1000
En construcción	Nuevo hospital de Cuenca	56	396	508

COMPARATIVA DE PROYECTO

	HABITACIONES DOBLES	HABITACIONES INDIVIDUALES	HABITACIONES POLIVALENTES	Nº TOTAL DE PLAZAS	Nº TOTAL DE HABITACIONES CONSTRUIDAS	<u>% PACIENTES EN HABITACIÓN INDIVIDUAL</u>
PROYECTO ACTUAL	78	49	7	212-219	134	22,3-26%
PROPUESTA VECINOS (ORIENTATIVA)	22	161	7	212-219	190	75%
HOSPITAL CUENCA	56	396	-	508	452	80%

PROMESAS ELECTORALES PSOE

Programa Electoral. Elecciones Generales 2000

✓ Los centros hospitalarios de nueva construcción dispondrán de una cama por habitación, en la perspectiva de extender progresivamente este nivel de confort a todo el sistema hospitalario.

Programa Electoral. Elecciones autonómicas 2011

✓ Progresiva implantación de la hospitalización en habitación individual prioritariamente en maternidad y cuidados paliativos.

INTERVENCIÓN DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE VECINOS SAN FERNANDO DE TERUEL EN LA COMISIÓN DE PETICIONES CIUDADANAS DE LAS CORTES DE ARAGÓN.

3 MAYO 2016.

Primera parte: Exposición por parte de los miembros de la Federación

(Intervenciones de los representantes de los partidos políticos)

Segunda parte: Turno de réplica a las intervenciones de los políticos.

Primera parte:

EXPOSICION COMPARECENCIA CORTES ARAGON

Buenos días, señoras diputadas, señores diputados

Comparecemos ante esta Comisión de las Cortes de Aragón los vecinos de Teruel José Polo, Marta Garcia y, quien les habla, Pascual Giménez, en representación de la Federación de Asociaciones de Vecinos San Fernando de Teruel y de las más de 9500 personas que han refrendado con su firma la reivindicación ciudadana que hoy trasladamos a las Cortes y al Gobierno de Aragón.

Una reivindicación que se refiere al proyecto de construcción, el tercero, del nuevo Hospital de Teruel que, después de diez años de los más diversos incidentes, polémicas partidistas estériles, modificaciones y licitaciones fallidas, parece ser el proyecto definitivo.

La demanda de la Federación de Vecinos se centra en un aspecto que, en modo alguno, puede considerarse baladí o secundario pues constituye un criterio esencial a la hora de determinar la calidad asistencial que presta una infraestructura hospitalaria. Nos referimos al **modelo habitacional**, esto es, al modo en que se definen los espacios en el área de internamiento de un hospital, al número de plazas o camas y a su distribución en habitaciones bien de tipo individual o doble.

Días atrás, un insigne político local, a falta de mejores argumentos, resolvía el debate de una manera burda y tajante: “El Gobierno de Aragón no construye hoteles” dijo. En efecto, un hospital no debe ser nunca un hotel porque un hospital es mucho más importante que un hotel y los enfermos ingresados merecen una atención mucho más especializada e intensa que si de despreocupados turistas se tratase. Si este buen hombre

hubiese leído con detenimiento el Plan Funcional del Hospital de Teruel presentado en marzo de 2007, seguramente habría entendido un concepto fundamental allí recogido:

Habría entendido que el tratamiento sanitario va más allá de la administración de fármacos o de las prácticas médico-quirúrgicas (imprescindibles, por supuesto, en la lucha contra la enfermedad). En la idea moderna del concepto de salud, desde una perspectiva humanista e integral, el paciente, la persona enferma ingresada en un hospital, adquiere el máximo protagonismo y se convierte en el centro de las atenciones, de tal manera que elementos relativos al confort, al bienestar físico y emocional (y aquí incluiríamos las condiciones ambientales como la amplitud de espacios, el entorno agradable, la ausencia de ruidos...) como aquellos otros elementos referidos a derechos personales básicos (el derecho a la privacidad, a la intimidad física y moral) se convierten en decisivos a la hora de valorar la calidad de un hospital.

DIAPPOSITIVA 1: El modelo del nuevo hospital de Teruel según el PLAN FUNCIONAL 2007 (Véase Anexo)

El Plan Funcional elaborado en 2007 por un nutrido grupo de expertos y profesionales médico-sanitarios de Teruel sigue siendo, nueve años después, un excelente punto de partida y, por lo que respecta al modelo habitacional, mantiene intacta toda su vigencia pues considera que la habitación individual es la respuesta más ajustada, con carácter general, a las necesidades de las personas ingresadas en un centro hospitalario.

Precisamente, si los Vecinos de Teruel hemos llegado hasta aquí es porque, como demostraremos, las sucesivas reformas de los proyectos han desvirtuado hasta tal punto el modelo de hospital propuesto inicialmente que, con los datos a la vista, podemos afirmar que el proyecto de Hospital que propone el Gobierno Socialista de hoy constituye un verdadero fraude, una adulteración inaceptable del modelo de hospital que el Gobierno Socialista de ayer proponía a la sociedad turolense.

DIAPPOSITIVA 2: Modificaciones del proyecto del Hospital de Teruel y del modelo habitacional desde 2007 (Plan Funcional) a 2016. (Véase Anexo)

Los datos son bien elocuentes:

En el Plan Funcional de 2007, donde el tipo de habitación básico era la denominada habitación individual polivalente (individual convertible en doble), la capacidad prevista para el hospital de Teruel oscilaba entre las 226 y las 338 plazas. Considerando el nivel inferior de capacidad, más ajustado a la realidad demográfica de la provincia -226 plazas,- la previsión era de que más del 60 % de los pacientes dispondrían de una habitación individual.

Siete años más tarde, en 2014, el Gobierno de Aragón, en manos del Partido Popular, elaboró un nuevo Proyecto para eliminar los riesgos sísmicos detectados en la zona del

Planizar, la pésima ubicación elegida para el hospital y pecado original de esta triste historia. Pues bien, aquel Gobierno de Aragón aprovechó la ocasión para modificar completamente el modelo habitacional, “redimensionamiento a la baja” lo llamaron para ocultar lo que no era sino el Proyecto de un hospital raquítrico y, desde el punto de vista del confort y la calidad asistencial, mucho peor. Se suprimieron todas las habitaciones individuales polivalentes de manera que de las 134 habitaciones individuales pasamos a sólo 51 mientras que las habitaciones dobles se multiplicaron por dos (de 42 a 83). Con este tijeretazo, nos encontramos con que el porcentaje de los enfermos atendidos en habitación individual se queda en un paupérrimo 23 %.

En la actualidad, en 2016, el Gobierno de Aragón está reelaborando de nuevo el Proyecto para adaptarlo a la normativa europea referida a la eficiencia energética de este tipo de edificios pero, lejos de recuperar el espíritu y el modelo del Plan Funcional, mantiene, con ligerísimos retoques, el proyecto del Partido Popular. El resultado, por tanto, es el mismo: apenas un 22-26 % de los pacientes ingresados lo harán en habitación individual.

Para la Federación de Vecinos y para los más de nueve mil turolenses que nos respaldan con su firma, este Proyecto es absolutamente inaceptable y por ello, nuestra demanda es clara y precisa: **el nuevo Hospital de Teruel debe ser construido con el criterio de que la distribución de las plazas se realice de forma mayoritaria en habitaciones individuales con la reserva de un pequeño porcentaje de habitaciones dobles, en ningún caso superior al 10 % de las habitaciones construidas. Dicho de otro modo, debe garantizarse que, al menos, el 75 % de los pacientes ingresados lo esté en habitación individual.**

Es una petición justa, sensata y bien fundamentada en los siguientes argumentos:

Primer argumento: La preferencia de los pacientes.

En el Informe remitido por la señora Rosa M^a Cihuelo, Presidenta de la Comisión Permanente del Consejo de Salud de Aragón, en respuesta a una pregunta formulada por la Federación de Vecinos de Teruel, justificaba la decisión del Gobierno de Aragón de llevar adelante su Proyecto de Hospital en que “así lo preferían los pacientes”.

Pues bien, en poco más de dos semanas, más de 9500 turolenses lo han dejado bien claro: los turolenses preferimos, de forma absolutamente mayoritaria, ser ingresados en una habitación individual en caso de hospitalización. Es cierto que pueden darse circunstancias o situaciones personales o sociales en determinados pacientes que aconsejen su internamiento en una habitación doble e incluso admitimos que pueda haber algunas personas que prefieran la habitación doble; por ello, nuestra propuesta no es ni maximalista ni impositiva y encuentra razonable que exista un reducido número de habitaciones dobles (no más del 10% de las habitaciones construidas).

Segundo argumento: las evidencias científicas.

El Colegio de Médicos de Teruel en cuantas ocasiones le ha sido requerida su opinión al respecto se ha expresado siempre con la misma rotundidad: considera imprescindible que las habitaciones del futuro hospital de Teruel sean todas o una inmensa mayoría de tipo individual por entender que la habitación individual ofrece al paciente el entorno más favorable en su lucha contra la enfermedad, le evita sufrimientos y molestias añadidas y garantiza, además, el derecho a la intimidad. Es una opinión técnica y cualificada fundada tanto en la observación y análisis de la práctica hospitalaria como en la literatura médico-científica existente. En este sentido, puede consultarse la base de datos científica PubMed y otras especializadas en la que se recogen estudios que demuestran que el modelo de habitación individual generalizada en los hospitales, disminuye la tasa de infecciones hospitalarias, ya que cuando se identifica al patógeno es tarde para aislar al paciente que ocupaba la habitación doble y el patógeno ya se ha diseminado. Tengamos en cuenta que estas infecciones suponen un coste aproximado de 575 millones de euros anuales en España. Además la habitación individual reduce el riesgo de error en la medicación, y, al mejorar las condiciones ambientales (tranquilidad, confort, calidad de sueño, bienestar emocional, privacidad, seguridad...) y disminuir los niveles de ansiedad, contribuye a la curación y a acortar la estancia media de los pacientes, lo que, sin duda, supone un ahorro.

En este sentido, una red de expertos de los distintos países europeos, a la vista de estas evidencias, publicaron unas directrices en las que recomendaba a todos los países en Europa que, a partir de 2004, todos los hospitales de nueva construcción incorporasen en sus proyectos un porcentaje de habitaciones individuales entre el 50 y el 100 % de las habitaciones construidas. Cabe, por tanto, hablar de consenso científico respecto a esta cuestión y, sin duda, los fundamentos técnicos de este consenso acerca de la conveniencia de este modelo habitacional son los que inspiraron a los redactores del Plan Funcional del Hospital de Teruel en 2007 y los mismos que han inspirado a los cientos de profesionales que, organizados en grupos de trabajo multidisciplinares, han elaborado los distintos Planes Funcionales de los numerosos hospitales públicos construidos en España en la última década.

Tercer argumento: el modelo de atención hospitalaria vigente en España

El grado de consenso médico respecto al modelo habitacional que defendemos se ha trasladado incluso al ámbito político de tal manera que basta con mirar a las demás Comunidades Autónomas y ver cómo se han construido los hospitales públicos en la última década.

DIAPPOSITIVA 3: Cuadro de hospitales públicos construidos en España en la última década. (Véase Anexo)

Como se ve, con independencia del signo político, los diferentes Gobiernos regionales han construido hospitales de diverso tipo: pequeños como los hospitales comarcales del Tajo en Aranjuez o el de Almansa en Albacete, medianos como el de Denia en Alicante y los de Cuenca o Cáceres (ambos en construcción) y grandes hospitales como el de Majadahonda en Madrid o el de La Fe en Valencia. Todos estos hospitales son un

ejemplos del modelo habitacional que se sigue en los hospitales de reciente construcción en España y en todos ellos, el porcentaje de pacientes atendidos en habitación individual oscila entre un 80 y el 100% de las plazas.

Los turolenses no queremos más que nadie pero no somos menos que ninguno. Queremos que se nos trate como a los demás ciudadanos españoles. Ahora toca construir un hospital en Teruel (el viejo Obispo Polanco ya ha cumplido más de 60 años) pues es de justicia que el Gobierno de Aragón lo construya con los criterios de confort y calidad asistencial propios del siglo XXI, en un país que, afortunadamente para todos, ha hecho de su sistema nacional de salud una piedra angular del desarrollo social y del bienestar. Queremos un hospital digno, moderno, el mejor hospital para Teruel. Muchas gracias.

Segunda parte:

TURNO DE RÉPLICA A LAS INTERVENCIONES DE LOS GRUPOS POLÍTICOS.

Señoras diputadas, señores diputados

Ustedes se sientan hoy, aquí en las Cortes de Aragón como representantes legítimos de la voluntad popular expresada democráticamente en las urnas. Nosotros comparecemos ante esta Comisión de Peticiones Ciudadanas en representación de la Federación de Asociaciones de Vecinos de Teruel y como portavoces de más de diez mil turolenses que nos han hecho un encargo muy concreto: trasladar a estas Cortes y al Gobierno de Aragón la demanda de que el Hospital de Teruel se construya según los criterios de confort y calidad asistencial propios de la España del siglo XXI, esto es, con un modelo habitacional que considera a la habitación individual como la respuesta más ajustada a las necesidades médico-sanitarias y al deseo de los pacientes.

Los argumentos que sostienen esta reivindicación ciudadana han quedado perfectamente expuestos:

- La preferencia de la inmensa mayoría de las personas para ser ingresadas en una habitación individual.
- La evidencia científica que considera a la habitación individual “el entorno más favorable para la superación de la enfermedad y el más respetuoso con los derechos personales básicos de privacidad e intimidad física y moral.

- El Sistema Nacional de Salud avanza en todas las Comunidades Autónomas de España hacia un modelo de atención hospitalaria en el que la inmensa mayoría de los pacientes sean atendido en una habitación individual.

Por estas razones, nos parece que la Proposición No de Ley aprobada por las Cortes el pasado 21 de abril instando al Gobierno de Aragón a elaborar un estudio sobre la incidencia del uso de las habitaciones individuales en la mejora de las patologías y en el acortamiento de las estancias, carece de sentido y no supone más que una maniobra dilatoria que no haría más que retrasar, todavía más, el Proyecto.

Apelamos, una vez más, a la responsabilidad del Gobierno de Aragón y a la de todos los grupos políticos aquí representados para que alcancen el necesario consenso y no conviertan un asunto tan importante para los ciudadanos turolenses en motivo de disputa electoral o de estériles pugnas dialécticas.

Debemos ser conscientes de que la construcción del nuevo Hospital de Teruel, como lo fue en 1953 la construcción de la Residencia Sanitaria Obispo Polanco (por cierto, considerada en su momento una construcción ejemplar y de las más confortables de España) va a suponer la inversión pública más importante, en materia de dotación de servicios y equipamientos básicos, que se va a acometer en la provincia de Teruel durante este siglo. Hablamos del Hospital en el que van a ser atendidos de sus enfermedades los turolenses en los próximos 70-80 años y que verá nacer y morir a tres generaciones de turolenses. Estamos hablando, por tanto, de un equipamiento social básico, importantísimo que afecta directamente a un derecho fundamental, reconocido en la Constitución, como es el derecho a la salud.

El enorme retraso que acumula el Proyecto y la serie de modificaciones sufridas no debe hacernos perder de vista lo esencial: el nuevo Hospital de Teruel debe ser construido con los mismos criterios de confort y calidad asistencial con que se construyen, en 2016, los hospitales en cualquier punto de España. Por ello, nos parece inaceptable que la Propuesta de la Federación de Vecinos sea rebatida con argumentos, en nuestra opinión, inconsistentes, poco fundamentados o simplemente, peregrinos, ligados a la mera coyuntura electoral o de otro tipo.

Después de diez años de gestación infructuosa del Proyecto, NO se puede admitir que algunos digan que la Propuesta Ciudadana (sensata, viable, claramente beneficiosa) va a retrasar la construcción del hospital. Por favor, el Hospital de Teruel ya llega tarde, por eso, NO consintamos que encima se haga MAL y con prisas injustificadas. ¿Acaso alguno cree que no podemos esperar cinco o diez meses más si el resultado es un hospital digno, moderno, que va a atendernos de forma excelente durante 70 años?

En cuanto al argumento esgrimido por alguna formación política de que llevar adelante el Proyecto propuesto por el movimiento vecinal turolense acarrearía un aumento de costes, debemos decir que, según fuentes técnicas consultadas, ese incremento, en caso de producirse, no sería significativo pues el Proyecto que defendemos no aumenta el número de plazas respecto del actual (entre 212 y 219 plazas) y se centra

exclusivamente en la redistribución de los espacios del área hospitalaria residencial. Debemos considerar que en el Plan Funcional de 2007 se preveía una capacidad máxima de hasta 338 plazas (120 plazas más que las hoy contempladas) y la construcción de 176 habitaciones.

DIAPPOSITIVA 4. Cuadro comparativo del proyecto actual del hospital de Teruel, del hospital de Cuenca (en construcción) y de la propuesta de la Federación de Vecinos (a título orientativo). (Véase Anexo)

Como puede verse en el cuadro, la propuesta elaborada por esta Federación, a título orientativo, apenas supone un ligero incremento de las habitaciones construidas contempladas en el Plan Funcional (14 habitaciones más) y eso significaría que el hospital alcanzaría el porcentaje de un 75% de pacientes ingresados en habitación individual, cifra que consideramos mínima para cumplir con los estándares y criterios de confort y calidad asistencial.

Hemos de recordar que nuestra propuesta se centra exclusivamente en la revisión del modelo habitacional por lo que todo lo referido a la construcción de otros espacios o al equipamiento médico-sanitario no se vería afectado. Si consideramos que no existe además limitación de espacio en la parcela del Planizar elegida para su construcción, entendemos que la Propuesta de revisión del Proyecto que planteamos es técnicamente viable, no supone ningún aumento significativo de costes y no retrasa gratuitamente la construcción del Hospital.

Entendemos, por tanto, que la decisión de atender la demanda ciudadana y revisar el Proyecto constructivo del hospital responde sobre todo a criterios políticos. Por eso, voy a terminar mi intervención, con una apelación directa al Gobierno de Aragón y a su Presidente, Javier Lambán.

Señor Presidente del Gobierno de Aragón, el modelo de Hospital para Teruel que la ciudadanía turolense reclama y que esta Federación ha transmitido es, justamente, el modelo que el Partido Socialista Obrero Español ha defendido desde hace años, el modelo que inspiró el Plan Funcional de 2007 elaborado por una Administración socialista y el modelo con el que el Partido Socialista concurre a todas las elecciones, desde que en el año 2000, en el Programa para las Elecciones Generales se hablaba de conceptos que no deben ser olvidados: fortalecimiento del sistema sanitario público como garantía de igualdad de todos los ciudadanos, la salud como derecho básico y la necesidad de aumentar la calidad de los servicios sanitarios. En ese mismo Programa, se hablaba de una nueva cultura de servicio y aumentar el confort y se incluía la Promesa que nosotros no olvidamos:

DIAPPOSITIVA 5: Promesas electorales del PSOE (Elecciones Generales, 2000. Elecciones autonómicas, 2011) (Véase Anexo)

“Los centros hospitalarios de nueva construcción dispondrán de una cama por habitación, en la perspectiva de extender progresivamente este nivel de confort a todo el sistema hospitalario”

Señor Presidente del Gobierno de Aragón, si desatiende la petición ciudadana de revisar el modelo habitacional, si lleva adelante el actual Proyecto y “condena” a los turolenses durante décadas a que sólo una minoría de los enfermos ingresados (apenas el 25%) ocupe una habitación individual, el Partido Socialista habrá traicionado sus principios ideológicos en defensa de la igualdad y del aumento de la calidad en los servicios de salud y lo que es peor, habrá consumado un nuevo agravio y una doble discriminación para las gentes de Teruel. No solamente dispondremos de un Hospital con niveles de confort y calidad asistencial claramente por debajo de los construidos en las demás ciudades españolas sino que en el propio Hospital de Teruel habrá pacientes de primera (alojados en habitación individual) y pacientes de segunda (alojados, contra su voluntad, en habitación doble). El riesgo de favoritismo y de desigualdad es evidente.

Recuerde señor Lambán, si por miopía política o por incompetencia o por soberbia o por la razón que fuese el Gobierno que usted preside, desoye la propuesta justa, razonada, sensata de las gentes de Teruel, cuando llegue el momento glorioso de las inauguraciones no podrá decir nunca que “han construido el hospital digno y moderno que los turolenses querían”.

NO QUEREMOS UN HOSPITAL VIEJO CON LADRILLOS NUEVOS.
QUEREMOS EL MEJOR HOSPITAL PARA TERUEL.

Muchas gracias por su atención.

ANEXO. En archivo adjunto figuran las 5 Diapositivas complementarias de la Exposición.

20 octubre 2016

ASUNTO: VALORACIÓN DEL INFORME DEL CONSEJERO CELAYA ACERCA DE LAS HABITACIONES INDIVIDUALES. / REIVINDICACIÓN HOSPITAL DE TERUEL.

1. Presentación / Introducción / Motivo de la rueda de prensa.

- Recordatorio de la historia de la reivindicación---febrero 2016. / Respuesta de las Cortes de Aragón en sesión plenaria celebrada los días 21 y 22 de abril: Aprobación de una Proposición no de Ley promovida por el grupo parlamentario de Podemos, instando al Gobierno de Aragón a:

“Realizar un estudio que demuestre la incidencia del uso de habitaciones individuales en la mejora de la salud y en el acortamiento de plazos en la mejoría de las patologías y días de estancia en los centros, salvo en los casos de necesidad de aislamiento y otras circunstancias especiales”.

2. Valoración del Informe presentado por el Departamento de Sanidad y firmado por el Consejero Sebastián Celaya titulado “Evidencia sobre los efectos de la habitación individual”.

3. La reivindicación ciudadana promovida por la Federación de Asociaciones de Vecinos San Fernando y expuesta en la Comisión de Peticiones Ciudadanas. Comparecencia en las Cortes de Aragón el día 3 de mayo de 2016.

- **La denuncia**: el modelo habitacional contemplado en el Proyecto de construcción del nuevo hospital de Teruel. Se muestra el Cuadro, se dan los datos de la distribución de las habitaciones y se remarca la conclusión: **sólo un 23 / 25 % de los pacientes estarán alojados en habitaciones individuales.**

- **La petición ciudadana** (avalada por casi 10.000 firmas recogidas en apenas dos semanas):

El nuevo Hospital de Teruel debe ser construido con el criterio de que la distribución de las plazas se realice de forma mayoritaria en habitaciones individuales con la reserva de un pequeño porcentaje de habitaciones dobles, en

ningún caso superior al 10 % de las habitaciones construidas. Dicho de otro modo, debe garantizarse que, al menos, el 75 % de los pacientes ingresados lo esté en habitación individual.

- Los argumentos:

- Primer argumento: La preferencia de los pacientes

La inmensa mayoría de las personas desean ser ingresadas en una habitación individual cuando necesiten atención hospitalaria

- Segundo argumento: las evidencias científicas.

La evidencia científica que considera a la habitación individual “el entorno más favorable para la superación de la enfermedad y el más respetuoso con los derechos personales básicos de privacidad e intimidad física y moral.”. Así lo reclama el Colegio de Médicos de Teruel, así lo contempla la literatura médico-científica existente, así lo recogen los Equipos de expertos que han elaborado los Planes funcionales sobre los que se basan los Proyectos de los hospitales públicos construidos en España en la última década.

- Tercer argumento: el modelo de atención hospitalaria vigente en España

El Sistema Nacional de Salud avanza en todas las Comunidades Autónomas de España hacia un modelo de atención hospitalaria en el que la inmensa mayoría de los pacientes sean atendidos en una habitación individual. Los ejemplos son numerosos en todas las Comunidades Autónomas y de todos los colores políticos (Ver Cuadro)

- Cuarto argumento: el riesgo cierto de la doble discriminación para los turolenses.

No solamente dispondremos de un Hospital con niveles de confort y calidad asistencial claramente por debajo de los construidos en las demás ciudades españolas sino que en el propio Hospital de Teruel habrá pacientes de primera (alojados en habitación individual) y pacientes de segunda (alojados, contra su voluntad, en habitación doble). El riesgo de favoritismo y de desigualdad es evidente.

4. La valoración de los partidos políticos en la defensa de la reivindicación ciudadana: ¿Quién defiende a los turolenses?

VALORACIÓN DEL INFORME.

El documento que firma el Consejero de Sanidad del Gobierno de Aragón sería para tomárselo a broma si no fuera porque aborda un asunto muy serio como es la salud y la atención sanitaria de los ciudadanos turolenses. En nuestra opinión, es un informe absolutamente inaceptable pues no reúne ni uno solo de los requisitos que se exigen a cualquier publicación referida a la investigación científica: está viciado de origen pues en lugar de plantear hacer luz sobre un asunto-problema (el efecto benéfico o no del modelo habitacional hospitalario basado en la habitación individual) y hacerlo de manera objetiva y rigurosa, empleando los procedimientos característicos del método científico en investigación, sólo persigue un objetivo espurio: justificar una decisión ya tomada de antemano y buscar argumentos mediante una búsqueda torcida y una selección de las fuentes y de las referencias documentales totalmente sesgada.

Con leer el título de estas cinco hojas que pretenden ser un Informe científico, (están colgadas en la página web de la Federación, cualquier ciudadano puede leerlas) se comprende la absoluta falta de rigor científico (“Evidencia sobre los efectos de la habitación individual”. Y si se analiza el procedimiento seguido para la obtención de la información (¡una búsqueda en Google Scholar!) y la selección parcial y tramposa de las referencias documentales no queda ninguna duda. El Informe está pensado únicamente para cumplir un trámite formal, el encargo de la Proposición no de ley, y culminar así lo que para nosotros no es más que un verdadero “paripé” parlamentario en el que el Gobierno de Aragón, a través de su Consejero de Sanidad, señor Celaya y el Grupo Parlamentario de Podemos, promotor de la iniciativa son los tristes protagonistas.

Si el Departamento de Sanidad, en vez de encomendar a un funcionario la elaboración de este presunto Informe (más propio de un estudiante medianamente aplicado de ESO), hubiera procedido con decencia intelectual y política habría hecho un encargo institucional a organizaciones dedicadas a la investigación en España de reconocida solvencia como, por ejemplo, el Instituto de Salud Carlos III, el principal Organismo Público de Investigación biomédica en España, que lleva años trabajando en aspectos de innovación en atención sanitaria y que, como comentaré más tarde, ha elaborado estudios muy relacionados con la cuestión que nos ocupa. O podría también haber realizado una recopilación documental exhaustiva, objetiva, rigurosa simplemente consultando con los equipos redactores de los Proyectos de los Hospitales Públicos de Almansa (Albacete) o de La Fe en Valencia ya construidos o los de Cáceres o de Cuenca en plena construcción. O todavía más fácil, podrá haber consultado con el

equipo redactor del Plan Funcional del nuevo Hospital de Teruel que en 2007 realizó un magnífico trabajo y elaboró un modelo de Hospital moderno, digno y plenamente respetuoso con los derechos de los pacientes.

Entrar en el análisis del contenido de este “pseudoinforme” sería tanto como darlo por bueno y concederle un rigor y una validez que no tiene. Si acaso se le puede reconocer un mérito lingüístico, un verdadero hallazgo léxico pues al parecer en los hospitales ingleses a las enfermeras no se les coloca podómetros para medir la cantidad de pasos que dan sino que prefieren artilugios más sofisticados, aunque seguramente menos higiénicos, allí llamados “**pedómetros**”. Fuera de bromas, sólo puede decirse que **ninguna de las conclusiones en él contenidas contradice, rebate o menoscaba los argumentos esgrimidos por la Federación de Vecinos en la defensa de la reivindicación ciudadana y que fueron expuestos en la Comparecencia en las Cortes en mayo de 2016.**

Añadido. Reflexión personal.

Si los Diputados del Grupo parlamentario de Podemos en las Cortes de Aragón estaban buscando una “coartada técnica” para no apoyar una reivindicación justa y sensata de las gentes de Teruel ya se pueden ir buscando otra excusa pues si dan por bueno este Informe habrán demostrado una de estas dos cosas o las dos cosas a la vez: que su capacidad intelectual y formación académica están muy por debajo de lo exigible en unos representantes políticos o que han desarrollado unas “tragaderas” políticas tan grandes o más que las de los “viejos” partidos de la casta, a los que tanto critican.

Referencia, simplemente a modo de ejemplo, a la campaña Sueño, impulsada por el Instituto de Salud Carlos III.

La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud de dicho Instituto impulsa una Campaña nacional para concienciar a los profesionales de la medicina y de la enfermería en los hospitales españoles tras evidenciar científicamente que el **SUEÑO**, el descanso reparador de los pacientes ingresados en un hospital, es un elemento básico para la mejora de la calidad de vida y de la salud de los pacientes. Paralelamente a la investigación que está llevando a cabo, se ofrece un protocolo de actuación para el personal de enfermería al que ya se han adherido más de mil profesionales (planificación de interrupciones nocturnas, disminución de las causas y factores más habituales de interrupción...)

Naturalmente, entre esas causas figura el hecho de que los pacientes deban compartir habitación pues, en ese caso, las interrupciones se multiplican por dos.

INFORME DERIVADO DE LA PROPOSICIÓN NO DE LEY 130/16, APROBADA EN SESIÓN PLENARIA DE FECHA 21 Y 22 DE ABRIL DE 2016, SOBRE LOS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE LOS HOSPITALES DE TERUEL Y ALCAÑIZ.

I.- Por el Pleno de las Cortes de Aragón, en sesión celebrada los días 21 y 22 de abril de 2016, se aprobó la Proposición no de ley número 130/16, sobre los proyectos de construcción de los hospitales de Teruel y Alcañiz, promovida por el Grupo Parlamentario Podemos Aragón.

II.- El punto 2 de la citada Proposición no de ley, insta al Gobierno de Aragón a:

“Realizar un estudio que demuestre la incidencia del uso de habitaciones individuales en la mejora de la salud y en el acortamiento de plazos en la mejoría de las patologías y días de estancia en los centros, salvo en los casos de necesidad de aislamiento y otras circunstancias especiales”

III.- El Departamento de Sanidad, en cumplimiento de lo acordado por las Cortes de Aragón en este punto, ha efectuado el estudio, que bajo el título “Evidencia sobre los efectos de la habitación individual”, a continuación se reproduce:

“EVIDENCIA SOBRE LOS EFECTOS DE LA HABITACIÓN INDIVIDUAL

IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIA: Ante la ausencia de resultados en las primeras búsquedas en fuentes de literatura científica habituales, los servicios de documentación optaron por una búsqueda en Google Scholar

con el fin de localizar literatura gris (informes de instituciones, memorias...) con la siguiente estrategia:

Hospitals AND ("Single Room" OR "Private Room").

Posteriormente, al observar que en dichos informes aparecía como experta en el tema Jill Maben, del King's College London, se localizaron sus últimos artículos referentes al tema y mediante búsqueda inversa en ellos, se localizó más bibliografía relevante.

Esta estrategia arrojó un total de 22 referencias útiles sobre el tema, de entre las cuales se identificaron dos documentos como particularmente relevantes para informar la pregunta formulada.

- ✓ Una revisión sistemática realizada por el York Health Economics Consortium en 2011
- ✓ Un informe del National Institute for Health Research de Inglaterra publicado en 2015 analizando un caso real en el que se construye un hospital nuevo con 100% de camas individuales y se compara el efecto con los resultados antes de trasladar la actividad al nuevo centro, y con los obtenidos en plantas de similares características en hospitales donde había mezcla de habitaciones individuales y compartidas.

La lógica de selección obedece a dos criterios

1. Actualidad, son los más recientes (2011 y 2015, las restantes son de principios de los 2000 o anteriores)
2. Pertinencia/relevancia
 - El documento de la revisión sistemática incluye la práctica totalidad de la literatura publicada en inglés sobre ese tema lo que da fiabilidad a sus conclusiones;
 - El informe aborda un caso real idéntico al que nos ocupa y la fuente es el National Health Service, que es un referente para nuestro modelo y una garantía en el rigor analítico.

A continuación se presenta un resumen de cada uno de estos documentos y la referencia bibliográfica completa correspondiente.

RESUMEN DE LA EVIDENCIA

Referencia bibliográfica:

York Health Economics Consortium 2011

Cost-Effectiveness of Hospital Design: Options to Improve Patient Safety and Wellbeing

Final Report

KARIN LOWSON, Project Director, YHEC, University of York

(Se trata de un estudio más amplio en el que uno de los capítulos de análisis es el **efecto de la habitación individual** que se resume a continuación)

En una revisión de la literatura llevada a cabo (2011) por el Health Economics Consortium de la Universidad de York se identificaron **un total de 219 artículos y documentos científicos** que abordaban el tema del impacto de la habitación individual. Tras la lectura y validación de la calidad de los trabajos (inclusión de resultados más allá de la opinión, diseño y análisis) **sólo 28 de ellos fueron retenidos** para la revisión.

Estos 28 estudios analizaban cuantitativamente algún efecto de la estancia en habitación individual sobre los resultados de salud de los pacientes, o informaban sobre repercusiones en costes, frente a otros diseños de habitación. En la mayoría de los estudios, los resultados se centraban en efectos sobre las **tasas de infección adquirida en hospital**, la **satisfacción de los pacientes** y los **costes**. La duración de la **estancia** o los **errores de medicación** eran medidas menos frecuentes en esta literatura.

La considerable variabilidad de efectos detectados entre los estudios aporta **evidencia contradictoria que no permite demostrar efecto alguno sobre la salud asociado al uso de habitación individual**. Por ejemplo, mientras algunos estudios indicaban que había asociación con un descenso de las tasas de infección cuando se comparaban con otros diseños de habitación, otros estudios informaban de que, o bien no habían podido detectar diferencias significativas, o incluso las tasas eran mayores en los entornos de habitación individual.

La principal conclusión de esta revisión sistemática es que la literatura científica indica que la evidencia relacionada con el efecto de las habitaciones individuales sobre medidas concretas de resultados de salud en los pacientes no permite decir con certeza que el tipo de habitación tenga relación con las tasas de infección o la duración de la estancia hospitalaria, ni siquiera que la habitación individual aumente significativamente la satisfacción de los pacientes.

Según los autores, en varios de los estudios incluidos en esta revisión de la literatura, resultaba **difícil delimitar si los efectos positivos detectados eran atribuibles a la habitación individual** o si la causa eran otros factores asistenciales dando lugar a lo que se denomina “efecto confusor”. Aproximadamente la mitad de los estudios incluidos en esta revisión fueron llevados a cabo en los USA, circunstancia que los autores señalan como una limitación adicional dada la enorme diferencia entre un entorno de sistema nacional de salud europeo y el modelo americano.

Referencia bibliográfica:

*Maben J, Griffiths P, Penfold C, Simon M, Pizzo E, Anderson J, et al. **Evaluating a major innovation in hospital design: workforce implications and impact on patient and staff experiences of all single room hospital accommodation.** Health Services Delivery Research 2015;3(3). National Institute for Health Research (England)*

En este estudio recién publicado (2015) por el National Institute for Health Research inglés, se analiza el **impacto de pasar de las tradicionales plantas con habitaciones compartidas a un modelo 100% habitaciones individuales en un hospital de nueva construcción**. La comparación se estableció entre la situación antes y después del traslado de actividad al nuevo hospital. Para ello, se examinó la forma en que se proporcionaba la asistencia sanitaria, la experiencia tanto de los profesionales como de los pacientes, el grado de seguridad de los pacientes (calidad asistencial) y los costes. Se comparó además los resultados en estas plantas con los obtenidos en otras de similares características en otros dos hospitales en los que no había habitaciones individuales

Para recabar la información necesaria para medir el impacto de las habitaciones individuales se utilizaron diferentes métodos: entrevistas con gerentes, médicos, enfermería y otros profesionales sanitarios auxiliares, así como con pacientes. Se realizó además un estudio con la plantilla observando sus rutinas y la práctica cotidiana en las plantas, utilizando pedómetros para comprobar cuánto caminaba la plantilla y se examinó la información rutinaria (registros clínicos hospitalarios) sobre eventos de seguridad del paciente y cobertura de personal.

Resultados: La plantilla informó que la organización en habitaciones individuales aportaba mejoras en el confort y privacidad de los pacientes. Sin embargo, en su opinión, la **visibilidad y monitorización de los pacientes, el trabajo en equipo, la seguridad y la cercanía a los pacientes se vieron perjudicadas**.

La **atención personalizada a cada paciente y la discusión de los cuidados con otros colegas** se veían **dificultadas** por la nueva configuración. Las **distancias a recorrer** por las enfermeras en su labor cotidiana se incrementaron significativamente. Las tareas de enfermería no se modificaron, pero si hubo que adaptar las formas de trabajo existentes, y las enfermeras no se sentían preparadas para ello.

En resumen, los profesionales consideraban **preferible una mezcla de habitaciones individuales y compartidas que permitiera más flexibilidad.**

En cuanto a **los pacientes**, preferían habitaciones individuales por razones de **confort y privacidad**, pero a la vez referían una **sensación de aislamiento.**

No se pudo encontrar **evidencia** robusta sobre el posible impacto de la habitación individual en los **indicadores de seguridad del paciente y calidad técnica asistencial.**

En cambio, **los costes de limpieza y mantenimiento de las instalaciones y servicios de “hostelería” se vieron incrementados.”**

IV.- De lo que informo al objeto de avanzar en lo acordado en la Proposición no de ley número 130/16.

Zaragoza, a de

de 2016

EL CONSEJERO DE SANIDAD

Sebastián Celaya Pérez

José Polo, presidente de la Federación de Vecinos San Fernando



Pascual Giménez, vecino de Teruel



El hospital de Teruel, una burla más

Se cumplen ahora dos años de la intervención de la Federación de Vecinos San Fernando ante la Comisión de Peticiones Ciudadanas de las Cortes de Aragón para denunciar, por un lado, el escandaloso retraso en la construcción del nuevo hospital de Teruel (el Plan Funcional fue presentado a la sociedad turolense por el Gobierno de Aragón [en 2007!]) y, por otro, las graves carencias del modelo habitacional previsto en el Proyecto elaborado por el Departamento de Sanidad en 2016 y considerado como “definitivo”, tras una década de despropósitos continuos, modificaciones diversas y licitaciones fallidas.

Si el asunto no fuera tan serio, si no se tratase de la construcción de un equipamiento social importantísimo que afecta a un de-

recho ciudadano fundamental como es el de la asistencia sanitaria, si no estuviera en juego la atención hospitalaria de los turolenses en los próximos sesenta años, si no habláramos de la mayor inversión pública en la ciudad en décadas, hasta podríamos hacer guasa a costa del talento desplegado por nuestra clase política en la gestión de este monumental embrollo. Por ejemplo, qué admirable acierto el de aquellos ediles, los más listos de nuestro Ayuntamiento, que decidieron, ellos solitos, que el mejor sitio para construir el nuevo hospital de Teruel era la umbría del Planizar, allá en la “no ciudad”, en una zona con pésimas y costosas condiciones de urbanización, sin accesos, más cerca de todos los muertos que de ningún vivo y, además, con excelentes vistas

y olores al Vertedero Comarcal. ¿A qué espera la Unión Europea para darnos el premio a la “sostenibilidad ambiental”?

La denuncia.

Según el proyecto definitivo, el número de plazas o camas del nuevo hospital (sin contar la UCI ni las cunas de neonatos) oscilará entre 212 y 219 que se distribuirán del siguiente modo: 49 habitaciones individuales, 78 habitaciones dobles y 7 polivalentes (uso individual o doble). Así las cosas, sólo un 23% de los pacientes se beneficiará de las mejores condiciones de confort y calidad asistencial que ofrece una habitación individual; dicho de otro modo, tres de cada cuatro pacientes estarán ingresados en una habitación doble.

La reivindicación ciudadana.

La petición presentada por la

Federación de Vecinos ante los partidos políticos representados en el Ayuntamiento de Teruel y ante la Comisión de la Cortes de Aragón, con el respaldo de más de diez mil firmas, es concreta, razonable y justa: el nuevo hospital debe ser construido con el criterio de que la distribución de plazas se realice, de forma mayoritaria, en habitaciones individuales con la reserva de un pequeño número de habitaciones dobles, de manera que se garantice que, al menos, el 75 % de los pacientes esté ingresado en una habitación individual.

Los argumentos.

Primero: La evidencia científica (informes de expertos e instituciones como el Instituto de Salud Carlos III, dictamen del Colegio de Médicos de Teruel...) y el sentido común de la gente coinciden: la habitación individual es el entorno más favorable para la superación de la enfermedad, evita sufrimientos y molestias añadidas y es el más respetuoso con los derechos personales de privacidad e intimidad física y moral.

Segundo: Los turolenses, que no somos tan tontos como algún mandamás se cree, lo han dejado bien claro con sus firmas de respaldo masivo a la petición: preferimos ser ingresados en una habitación individual.

Tercero. ¿Por qué si el modelo de atención hospitalaria vigente en España apuesta claramente por la habitación individual, el hospital de Teruel ha de ser diferente? El agravio comparativo con otros hospitales públicos en construcción o construidos recientemente es de vergüenza. Hospitales más pequeños como el de Almansa (Albacete) estrenado en 2007 tiene todas las habitaciones individuales (122), otros de tamaño similar al de Teruel como el Comarcal de Gandía

(Valencia), abierto en 2015, tiene sus 292 habitaciones, ¡todas individuales! ¿Y qué decir del gran Hospital La Fe de Valencia inaugurado en 2011? ¿Saben cuántas habitaciones individuales tiene? ¡1000! Todas las del hospital. El nuevo Hospital de Cuenca está en obras y prevé su apertura para 2021. Tendrá una capacidad para 508 pacientes y ¡396! (casi un 80%)s dispondrán de una habitación individual. Y podríamos seguir con más ejemplos (Cáceres, Palencia...). No hemos encontrado en España un hospital de reciente construcción o en obras que ofrezca un modelo habitacional tan raquítico y miserable como el que se va a construir en Teruel con apenas un 25% de pacientes alojados en una habitación individual.

El balance.

El balance que realiza la Federación de Vecinos en cuanto al resultado de todas las actuaciones reivindicativas llevadas a cabo no puede ser más negativo: según anunció el consejero de Sanidad, señor Celaya, las obras del nuevo hospital de Teruel se iniciarán en la primavera de 2019 y se harán según el Proyecto de 2016. Se habrá consumado así una burla más, un nuevo agravio y una doble discriminación para las gentes de Teruel. No solamente dispondremos de un hospital con un nivel de confort y calidad asistencial claramente por debajo del de otros construidos en España recientemente sino que en el propio hospital de Teruel habrá pacientes de primera (alojados en habitación individual) y pacientes de segunda (a su pesar, en habitación doble). El riesgo de favoritismo y desigualdad es evidente. Señores políticos turolenses y aragoneses, enhorabuena a todos y muchas gracias por su trabajo.

Fernando Jáuregui
Periodista



Dicen los especialistas en estas cosas que las operaciones de comunicación, para ser eficaces, jamás deben notarse. “Si se ven las costuras, todo parece un paripé y tiene efectos negativos”, dice un amigo, presidente de una importante agencia de imagen. Eso es lo que me pareció esta vez la fiesta del 2 de Mayo, que en la Comunidad de Madrid conmemora aquella gesta antinapoleónica de 1808, hace doscientos diez años exactamente.

Con Soraya Sáenz de Santamaría intentado escenificar, sin lograrlo, la ceremonia de la reconciliación, o de la *conllevaranza pacifi-*

ca con la ministra de Defensa, Dolores de Cospedal, que apareció inesperadamente en el desfile; con el presidente en funciones de la Comunidad, Angel Garrido, valladar situado entre las dos *miembras* del Gobierno central, tratando de obviar cualquier cita, en su gélido discurso oficial, a su antecesora, Cristina Cifuentes; con los escasos altos representantes del PP tratando patentemente de poner al mal tiempo buena cara -las encuestas aparecidas en los últimos días no incitan precisamente

a la esperanza... Fue, en fin, un acto demasiado protocolario, vacío, artificial, triste, y para colmo destrozado formalmente por grupos de abucheando protestaban, incluso abucheando ruidosamente al himno nacional, contra la sentencia a los integrantes de *la manada*.

Un desastre, a mi modo de ver, que debería haberse obviado. Nadie se atrevió, tras el escándalo Cifuentes, a suprimir los *solemnes actos*, de contenido militar, de la fiesta de la Comunidad madri-

leña. Nadie previó, por lo visto, que los titulares de los periódicos recordarían que a la recepción de la Casa de Correos no asistiría ninguno de los anteriores presidentes de la CAM pertenecientes al PP: ni, desde luego, Cifuentes, ni Gallardón, ni -menos aún- Ignacio González, ni Esperanza Aguirre... Aquello era un recordatorio de los desmanes, durante más de quince años, de los dirigentes *populares* en la Comunidad, que ha sido, me comentó un socialista, quizá olvidando algún

episodio propio, “el puerto de Arrebatacapas”.

Y así va la política no solo madrileña, sino la española en general: de paripé en paripé, de sarao falso en sarao falso, para ganancia y aprovechamiento de canaperos, aplaudidores y desocupados, y para desgracia de la imagen -vuelvo a la palabra con la que comenzaba- de eso que ha dado en llamarse la clase política. Hasta la próxima, a ver si aún logramos superar el bochorno de este año, del que quien suscribe, que ha procurado asistir cada año a esta ceremonia, salió, lo confieso, literalmente harto ante tanto, he de repetirlo, paripé.