



# V Congreso Nacional de Comunicación con el Paciente y su Familia (CIPO 2021)

Albacete, 17 y 18 de junio de 2021



**Rodrigo Gutiérrez Fernández**  
Presidente de la SE AUS

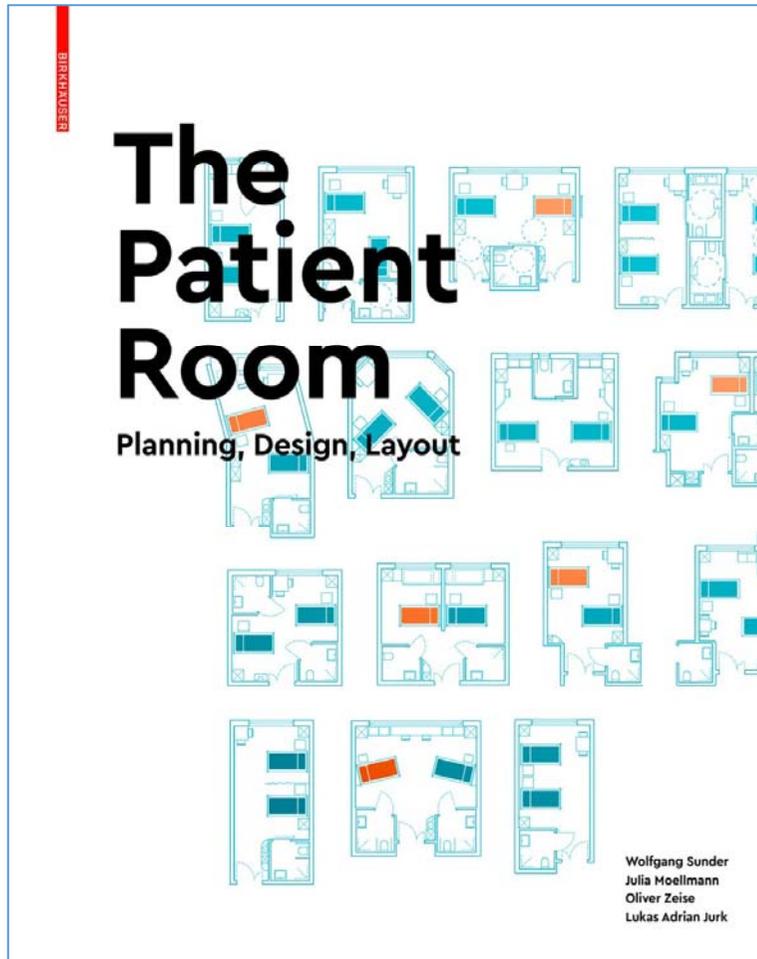


**2ª Mesa Debate doble**

*«Confidencialidad e intimidad, una asignatura pendiente de la Sanidad Pública (¿Derechos constitucionales al alcance solo de quien los puede pagar?)»*

*«La comunicación durante la pandemia en las puertas de los hospitales y de las residencias de mayores.»*

*“Confidencialidad e intimidad, una asignatura pendiente de la Sanidad Pública (¿Derechos constitucionales al alcance solo de quien los puede pagar?)”*



(2020)

## A Fundamentals

**The Emergence of Hospitals** 10  
From the Monastic Hospice to the Modern Clinic

**The Nursing Ward Environment** 15  
Current Care Settings and Their Challenges

**Healthcare-Associated Infections** 21  
Rasmus Leistner

**Material Applications and Material Ageing  
in Hospitals** 24  
Inka Drefßler, Katharina Schütt

## B Typologies of the Patient Room

**The Floor Plan of a Two-Bed Room** 28

**Qualitative Evaluation of Two-Bed Rooms** 38

**Typological Evaluation of Two-Bed Rooms** 44

**Selected Case Studies**

## C Prototype of a Patient Room – the KARMIN Project

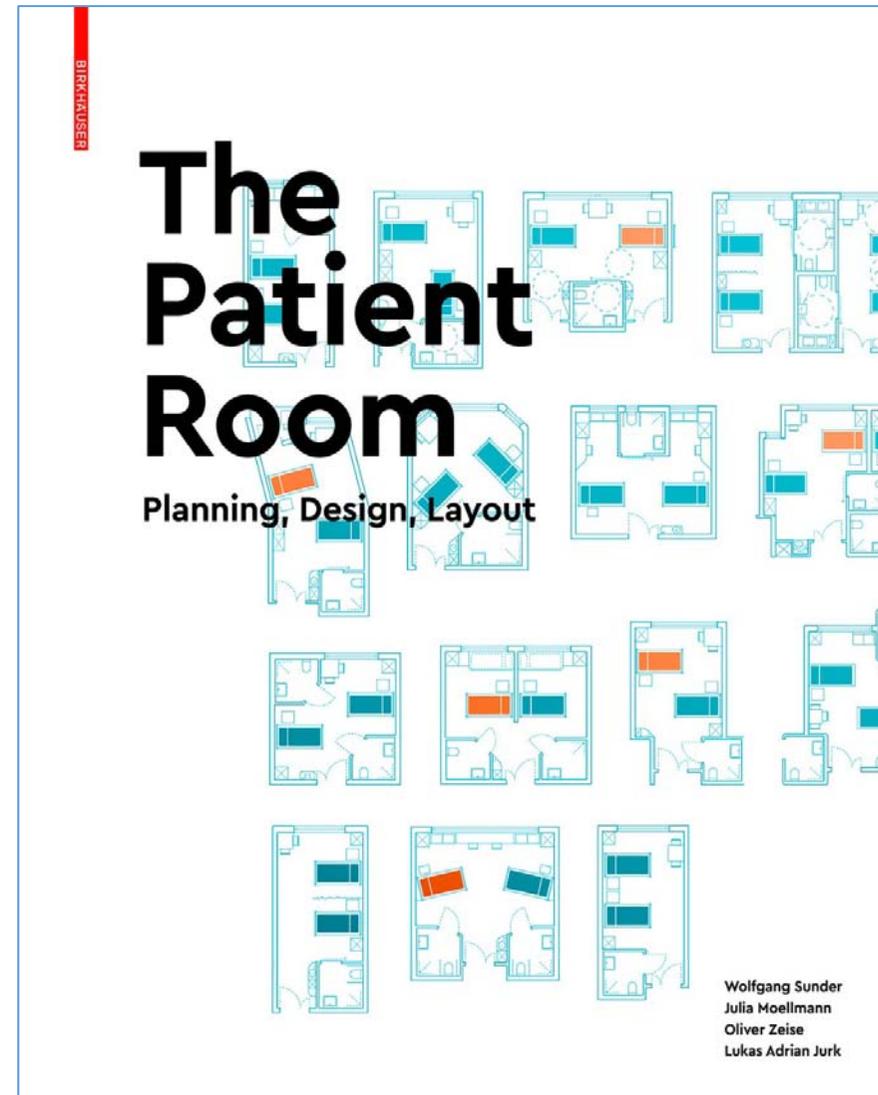
**Architecture of the Patient Room** 170

**Planning and Design** 178  
**Colour and Materials Concept** 183  
**Lighting Concept** 185

**Building the Prototype** 196

**Completed Prototype and Use Scenarios** 198

**Furniture and Equipment** 206



# The Patient Room

El libro realiza una intensa tarea de investigación, análisis y recopilación de ejemplos para esbozar cómo han sido y cómo será el diseño arquitectónico de estos espacios.

La publicación se divide en tres partes.

En la primera de ellas, “**Fundamentals**”, se hace una introducción histórica y presenta los actuales desafíos de los espacios hospitalarios desde múltiples puntos de vista, retos demográficos o la emergencia de nuevos patógenos.

La segunda parte se refiere a las **tipologías de las habitaciones de hospitalización**. Se presentan las posibilidades de **organización de habitaciones dobles** con la agregación del baño, y además se detallan posibilidades de conexión hacia los espacios de circulación y su conexión con el exterior y posibilidades en fachada. Una vez presentadas las posibilidades tipológicas, los autores realizan una **evaluación cualitativa de las habitaciones dobles** a través de seis categorías y poniéndolo en práctica a través de casos concretos: complejidad estructural, capacidad de contención de infecciones, calidad y seguridad del espacio de trabajo de los profesionales sanitarios, cualidades espaciales, seguridad del paciente y grado de satisfacción y privacidad del paciente.

## The Patient Room

The patient room is divided into an area for the patient and the corresponding patient bathroom.

### Floor area requirements

**Minimum standard**  
While the hospital building regulations of many German federal states prescribe only 8 m<sup>2</sup> per bed place, the State Office for Health and Social Affairs in Mecklenburg-Vorpommern states that a two-bed room should have an area of at least 21 m<sup>2</sup>. In either case, the minimum distances must be observed → Fig. 1.

**Barrier-free/low-barrier standard**  
In the context of the floor plan, accessibility considerations primarily concern spaces of free movement. At least one area of 120 × 120 cm must be available for turning and swivelling, and walking and mobility aids must be available in the room and additionally along one long side of the bed (DIN 18040-2). As not all accessibility requirements can be evaluated based on the floor plan, we use the term "low-barrier" to denote the minimising of barriers → Fig. 2.

### Floor plan types on a ward

**Standard floor plan**  
The standard room layout is the most frequently found room type on a ward → Fig. 3.

**Floor plan combination/variation**  
Different floor plan types can be combined, e.g. single and two-bed rooms. In such cases a two-bed room may be a combination of two types or a modified variant of a floor plan layout → Figs. 4, 5.

**Specific floor plan**  
Particular situations may require a specific, atypical floor plan arrangement, such as in the case of corner rooms or rooms that connect to other functional spaces. Where these are a response to structural constraints in the building plan, they typically recur at the same position on each floor → Fig. 6.

### Additive principles for patient rooms

The most common additive principle is a repeating row of patient rooms along a ward corridor. Different repetition patterns are possible:

**Same-handed**  
The same-handed configuration is the simplest form of the additive repetition of rooms along a hospital corridor. Each room is identical in its orientation and fittings. The name derives from the underlying principle that carers can always tend to patients from the same preferred side → Fig. 7.

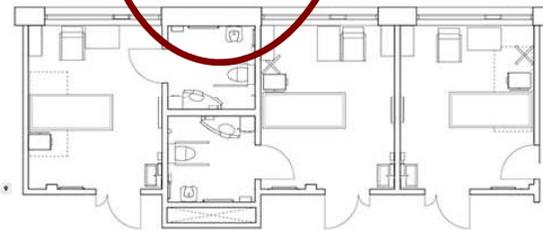
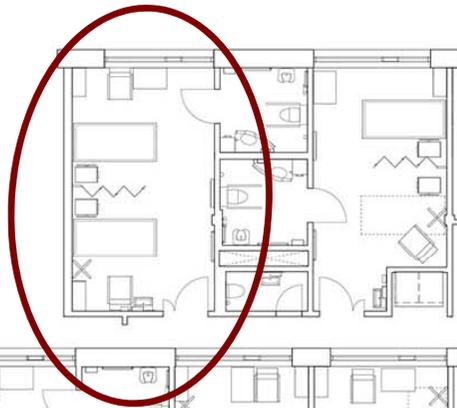
29 Floor Plan

## Mirrored floor plan with parallel bed position

This room layout can be referred to as the "standard floor plan". Beds side by side with inboard wet cells in a mirrored floor plan constitute a patient room type used often in hospitals → Fig. 58, p. 36, Mirrored floor plan.

	Structural complexity	Infection prevention potential	Workplace quality and safety	Spatial qualities	Patient safety	Patient satisfaction and privacy
<b>Patient room</b>	Minimum standard	Standard floor plan	Mirrored floor plan	Two beds deep	Compact	Two-zone room
	Single entrance	Alcove in front of room	Standard fittings	Window with standard sill	Beds side by side	Patient's view outdoors (1 bed)
	Staff's view of the patient (1 bed)					
<b>Patient bathroom</b>	Minimum standard	Inboard	Mirrored floor plan	One bathroom for shared use	Standard fittings with shower	

54 Typologies



92 Typologies



- 6 Atrium with projecting oriel boxes
- 7 Seating niche with a view into the atrium
- 8 A ward corridor
- 9 Floor plans of single and two-bed rooms, 1:100
- 10 Full-height window in a standard room
- 11 Wall cabinet for patients' belongings
- 12 A patient room with two beds

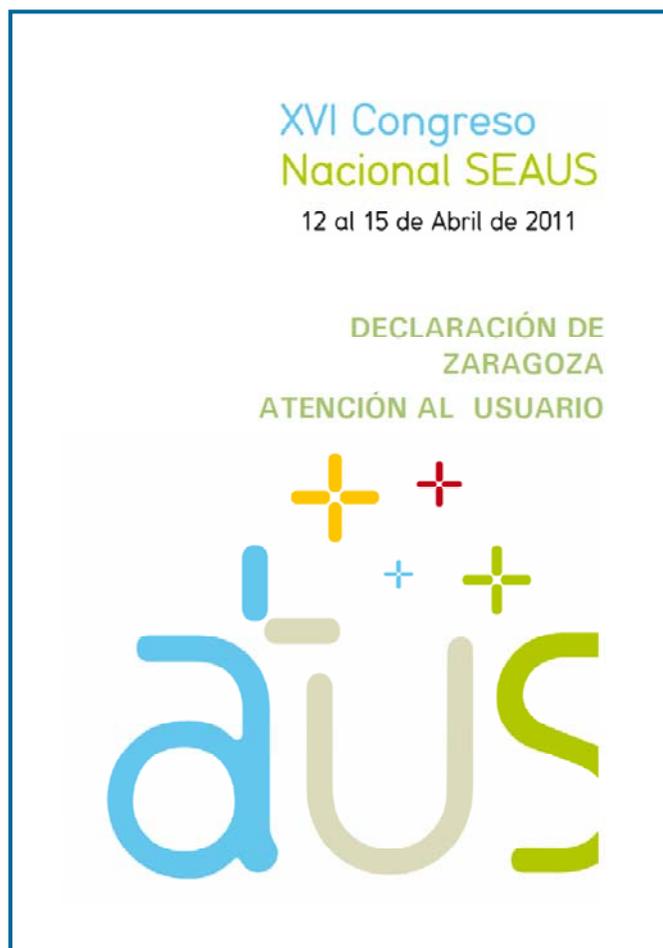
93 Haralds plass Hospital



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

*“La comunicación durante la pandemia en las puertas de los hospitales y de las residencias de mayores.”*



## Declaración de Zaragoza abril de 2011

[https://www.seaus.net/images/stories/pdf/DECLARACION DE ZARAGOZA.pdf](https://www.seaus.net/images/stories/pdf/DECLARACION_DE_ZARAGOZA.pdf)



**SEAUS**

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

# **Declaración de Zaragoza**

**SEAUS** abril de 2011

- 1. INFORMACIÓN Y ACCESIBILIDAD**
- 2. INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES**
- 3. COMUNICACIÓN**
- 4. IMPLICACION DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD Y SEGURA**
- 5. PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA**
- 6. GARANTIA DE LOS DERECHOS. DIGNIDAD EN LOS PROCESOS AL FINAL DE LA VIDA**
- 7. INNOVACIÓN TECNOLÓGICA**
- 8. DETERMINANTES SOCIALES Y SALUD. "SALUD EN TODAS LAS POLITICAS"**
- 9. RESPONSABILIDAD COMPARTIDA PARA LA SOSTENIBILIDAD**
- 10. POTENCIAR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO**



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

# 1. INFORMACIÓN Y ACCESIBILIDAD

El sistema de salud, a través de **los profesionales sanitarios** y, en particular, de los servicios de atención al usuario, como receptores y canalizadores de las necesidades de los ciudadanos, **deben proporcionar información**, que permita respuestas ágiles, normalizadas, adaptadas y eficientes, y que faciliten la accesibilidad al sistema sanitario.



SEAUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

## 2. INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES

Es necesario reconocer el **derecho y la competencia del paciente** en la toma de decisiones sobre su propia **salud** y avanzar hacia una **elección informada**, que evite un consentimiento pasivo, respetando los valores y creencias personales.

La **información previa** a la toma de decisiones ha de ser suficiente y útil para ejercer la **autonomía**, la **corresponsabilidad** y reducir las desigualdades.



SEAUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

### 3. COMUNICACIÓN

La atención al usuario en el Sistema Sanitario es un espacio en el que se canalizan sentimientos, necesidades, emociones, derechos y deberes. **La comunicación es el elemento primordial de la relación entre usuarios y profesionales**, siendo necesario incluir, las habilidades de comunicación entre las competencias profesionales.

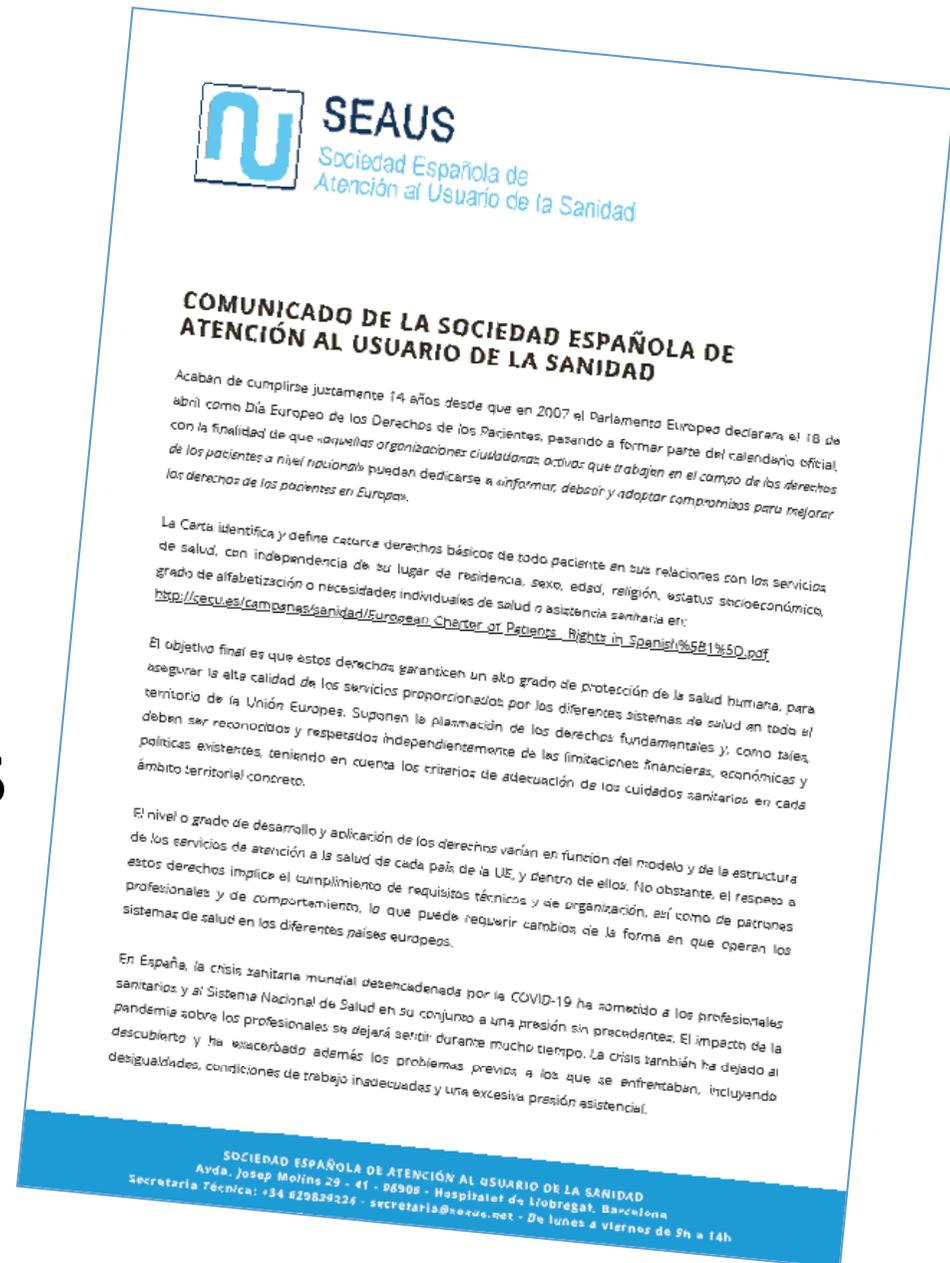


**SE AUS**

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

# Comunicado de la SE AUS

28 de abril de 2021



<https://www.seaus.net/images/stories/pdf/comunicadoseaus.pdf>

«En el trascurso de la crisis se han puesto en marcha nuevos procedimientos y fórmulas de atención que han cambiado enormemente el escenario y el panorama de la atención sanitaria. La pandemia de la COVID-19 ha llevado incluso a **cambiar y rediseñar el modelo de asistencia sanitaria**, tanto en Atención Primaria como en los centros hospitalarios, adaptándolo sobre la marcha a las necesidades del momento, modificando la organización funcional de los equipos, **reorganizando espacios y estableciendo circuitos asistenciales**, planes de contingencia y de actuación sanitaria, así como de protección de los pacientes y profesionales. **La atención sanitaria presencial, especialmente en atención primaria, se ha visto sustituida en gran medida por la atención telefónica y telemática**, fundamentalmente para el seguimiento de muchos tipos de pacientes: casos probables, posibles y/o confirmados de infección por COVID-19, patologías crónicas, pacientes inmovilizados y sus cuidadoras, renovación de tratamientos, procedimientos administrativos, llamadas y resolución de dudas, etc., en la atención médica y de enfermería, tanto de la población adulta como de la pediátrica, sin olvidar el impacto de la pandemia en los Servicios de Salud Mental. En muchos casos se ha señalado que **todo esto ha dificultado (y sigue dificultando) la accesibilidad a los distintos servicios y la comunicación de muchos pacientes con los profesionales sanitarios.**»



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad



Foto: Emilio Morenatti

«Varios informes han puesto de manifiesto que algunas situaciones pueden considerarse claramente como una **vulneración de los derechos y un deterioro en la calidad de la atención sanitaria** prestada a los pacientes.

A lo largo de los últimos doce meses en algunos centros sociosanitarios de personas mayores la COVID-19 no solo ha sido una catástrofe sanitaria y humana, sino que ha funcionado como un extraordinario amplificador del **edadismo**, es decir, de una visión negativa de la vejez que lleva consigo **discriminación, paternalismo y deshumanización de la asistencia**.

El modelo asistencial vigente ha contribuido a esa deshumanización, que se ha traducido finalmente en más personas enfermas y en muertes. Hubo casos en los que se aplicó un **protocolo de exclusión de la atención sanitaria** en los hospitales de referencia a los residentes enfermos que tenían deterioro cognitivo o discapacidad motriz, **no se medicalizaron las residencias**, a pesar de que hubo una sentencia del Tribunal Superior de Justicia en alguna Comunidad Autónoma para que se llevara a cabo; se trasladaron a hospitales privados solo a aquellos residentes que contaban con seguros privados, y no se trasladó a los residentes enfermos al hospital de campaña existente. Cabe añadir a este respecto que algunas residencias de mayores están siendo aún objeto de **investigación por supuestos delitos civiles y penales**.»



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad



Foto: Emilio Morenatti

«Cabe denunciar al menos cinco **violaciones de derechos humanos ocurridas en centros sociosanitarios** (a la salud, a la vida, a la no discriminación, a la vida privada y familiar y a una muerte digna), y conviene alertar del **riesgo de que se repitan**, ahora con el consiguiente retraso en la atención sanitaria y en el diagnóstico de posibles problemas de salud distintos a la COVID-19.

La situación existente, que en gran medida ha supuesto una **quiebra del derecho a la salud de las personas más vulnerables**, aparece estrechamente vinculada a las medidas de austeridad y a la infrafinanciación tanto de la sanidad como de los servicios sociales. Años de desinversión en la sanidad pública han provocado que, a pesar del compromiso, de los esfuerzos y del gran trabajo desempeñado por los profesionales, las condiciones en que se ha desarrollado la asistencia sanitaria no han sido adecuadas ni satisfactorias.»



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad



Foto: Emilio Morenatti

«Un gran número de **quejas y reclamaciones han estado relacionadas con la información y comunicación**. A falta de visitas presenciales, tampoco las comunicaciones estuvieron bien gestionadas. En la mayoría de casos, **las comunicaciones remotas** entre pacientes (o residentes en centros sociosanitarios) y sus seres queridos **fueron limitadas e insatisfactorias**, con llamadas de audio y vídeo improvisadas, poco frecuentes y mal organizadas. A ello se sumó la **falta de información adecuada sobre la situación de familiares** ingresados, como han manifestado en numerosas y reiteradas quejas estas personas. En muchos casos las personas **han muerto solas**, violando su derecho a una muerte digna y suponiendo también un trauma para sus familias la (pésima) gestión de la despedida y del traslado de las personas una vez fallecidas.

La **falta de protección**, la **improvisación apresurada** y la **tardanza en adoptar medidas** eficaces ha causado muertes prevenibles y prematuras en todas las comunidades autónomas de España, pero aún hoy existen **grandes diferencias entre CCAA** que distinguen el buen hacer del mal hacer y el grado de humanización en la atención a las personas que requieren asistencia (socio)sanitaria.

**Escasez de personal, condiciones de trabajo inadecuadas, sobrecarga asistencial y listas de espera** se han agravado con la crisis sanitaria y dificultan el acceso al derecho a la salud de las personas más vulnerables.»



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad



Foto: Emilio Morenatti

*«El futuro, una vez superada la pandemia de la COVID-19, apunta a la reproducción y mantenimiento de muchos de los errores ocurridos que, de no poner remedio, se traducirán en más retrasos y aumento de los tiempos de espera para procedimientos diagnósticos y tratamientos, falta de control y seguimiento de problemas de salud crónicos, desatención e incremento de las situaciones de vulnerabilidad.*

*Y aunque con notables diferencias entre distintos territorios, desde la **SEAUS** queremos hacernos eco de esta **grave situación**, que debe ser un aldabonazo y una **llamada de atención sobre todo a las distintas administraciones sanitarias y a los responsables públicos para cambiar el modelo de atención existente, incrementar los recursos económicos, mejorar la gestión e incrementar la colaboración en el ámbito sanitario y sociosanitario.**»*



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad



Foto: Emilio Morenatti



[https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=%3A\\*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=\\*&fo=and&fq=mssearch\\_fld13&fv=EUR41800020&fo=and&fq=mssearch\\_mlt98&fv=gseg01&fo=and](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=%3A*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=*&fo=and&fq=mssearch_fld13&fv=EUR41800020&fo=and&fq=mssearch_mlt98&fv=gseg01&fo=and)<sub>4</sub>

*«Las residencias nunca pueden ser ‘aparcamientos’ de personas mayores, y la emergencia sanitaria no puede ser excusa para no garantizarles la atención y protección que tienen reconocidas en los principales instrumentos de derechos humanos ratificados por España. En cambio, la mala gestión durante el pico de la primera ola de la pandemia desembocó en falta de protección del personal (sin equipos de protección individual ni acceso a test PCR), escasez de recursos y mínima asistencia médico-sanitaria, la exclusión generalizada y discriminatoria de la derivación hospitalaria y aislamiento de residentes durante semanas enteras sin apenas comunicación con sus familias ni con el mundo exterior.»*

La falta de contacto ha contribuido al aislamiento y a la “invisibilización”, reforzando la tendencia a la inhumanidad (o deshumanización) produciendo frialdad, insensibilidad e indiferencia. De alguna manera las residencias se convirtieron en auténticos “no lugares”, espacios intercambiables donde el ser humano permanece anónimo y aislado.

Esta **situación, que en gran medida ha supuesto la denegación del derecho a la salud a las personas mayores**, está estrechamente vinculada a las medidas de austeridad y la infrafinanciación tanto de la sanidad como de los servicios sociales.



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad



Foto: Emilio Marenatti

Durante este tiempo en las residencias de mayores se han adoptado decisiones muy duras que han contribuido a hacer más difícil la existencia y las condiciones de vida de las personas residentes. El **Informe de Amnistía Internacional** refleja que, en los días más críticos de la pandemia, se convirtieron en **auténticos lugares de encierro**, con sus residentes bajo confinamiento durante semanas en sus habitaciones, lo que constituyó de hecho una vulneración de su derecho a la vida privada y familiar. Sobre ello el secretario de la Fundación Lares señaló **“hemos creado cárceles, alegando su seguridad personal”**, inscribiéndolo en un contexto de “edadismo” o discriminación por razones de edad. A muchas personas mayores no se les explicó lo que estaba pasando y muchos pensaron que se les estaba castigando.

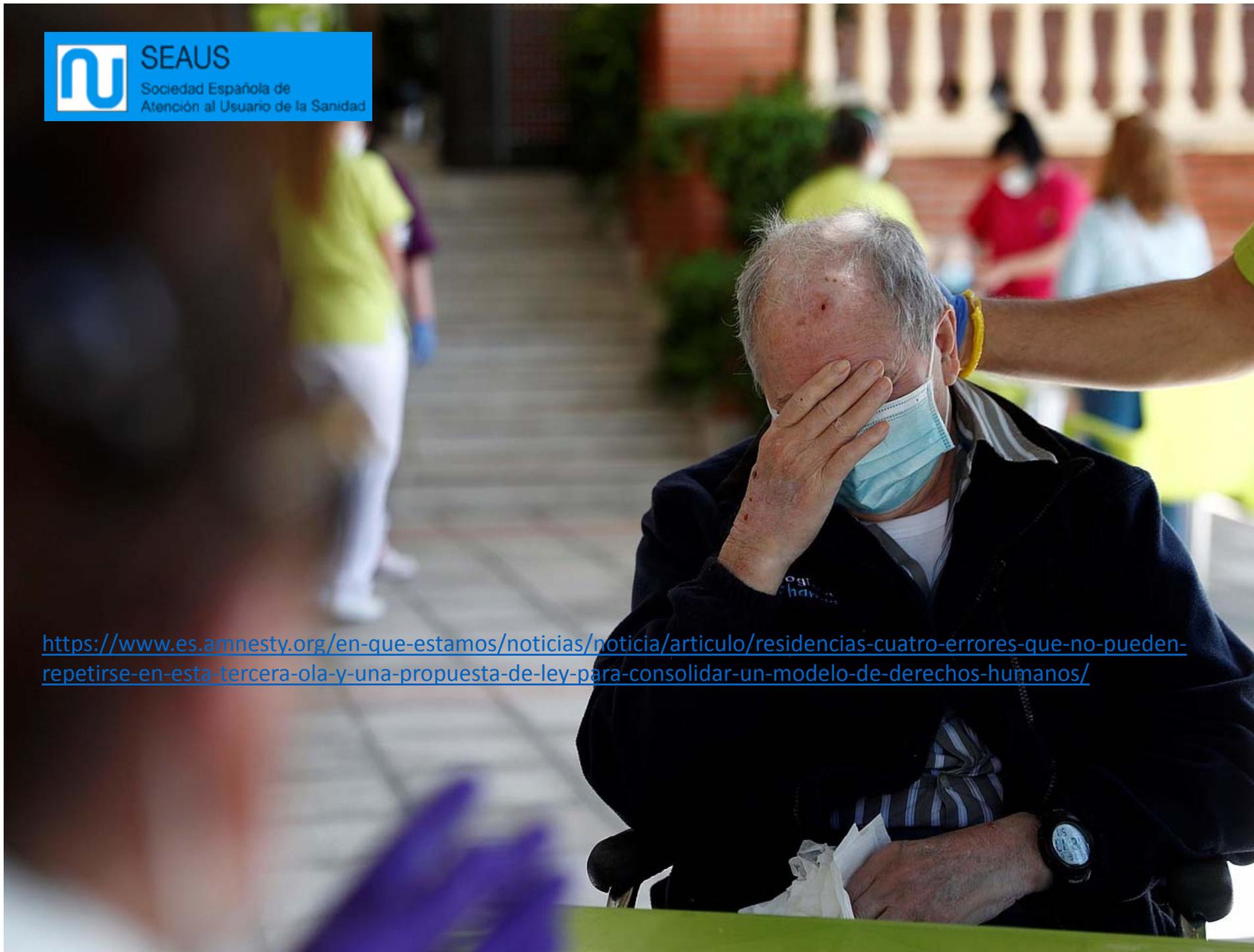
**“Se van a morir de pena... No se han abrazado, con un biombo entre medias: eso es inhumano”**, manifestaban algunos TCAE -auxiliares- de estos centros. Y una médica de una residencia explicaba: *“los que no se han quedado mal por el COVID, se han quedado mal por lo que ha supuesto a nivel psicológico estar dos, tres, hasta cuatro meses encerrados en una habitación sin contacto con casi nadie, sin comprender bien la situación y sin poder ver a sus familias”*.



SEAUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

<https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/residencias-cuatro-errores-que-no-pueden-repetirse-en-esta-tercera-ola-y-una-propuesta-de-ley-para-consolidar-un-modelo-de-derechos-humanos/>





SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad



Foto: Emilio Morenatti



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad



Foto: Emilio Morenatti



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

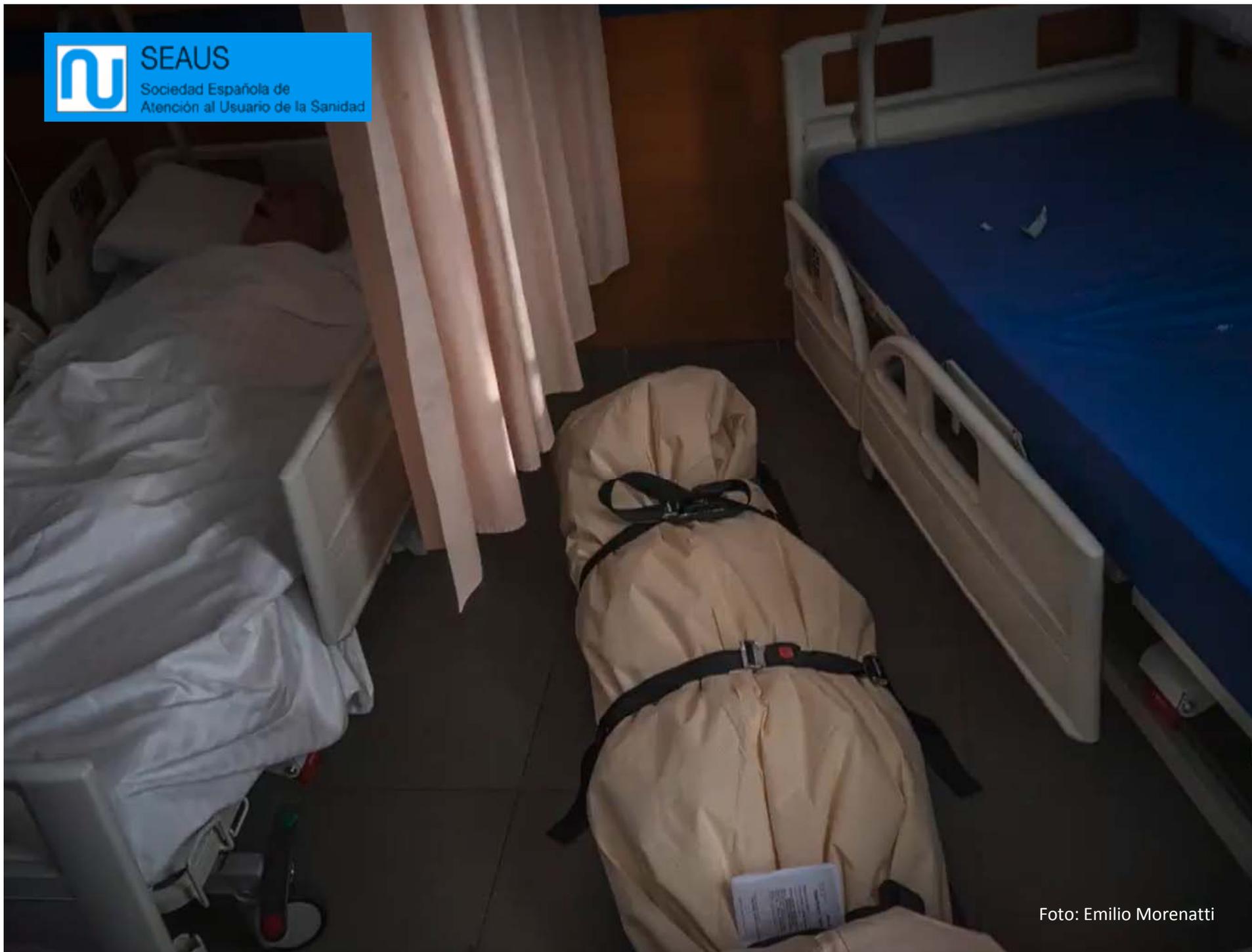


Foto: Emilio Morenatti



SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

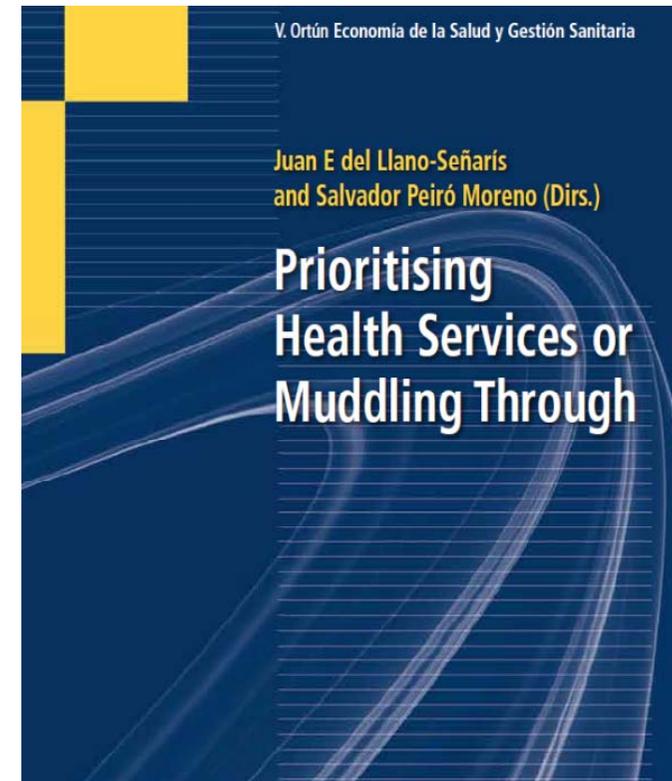


Foto: Emilio Morenatti

## Ángel Puyol

«*Las verdades incómodas  
de la priorización de la atención sanitaria*»

(2018)



1. La **priorización** en la atención a la salud y en la asistencia sanitaria es **inevitable**.
2. Esto conlleva la **denegación de recursos** a pacientes que los necesitan para algún tipo de beneficio para su salud.
3. La priorización **es una cuestión de justicia social** y no de un mero acceso equitativo al sistema de salud.
4. Es también una **cuestión ética**, que no se resuelve mediante un mero razonamiento clínico o económico, y no se resolverá mediante la aplicación de un criterio ético moralmente indoloro.
5. Exige un **compromiso de solidaridad** por encima de la libertad individual.

*«La priorización significa que algunos pacientes no recibirán la atención médica que necesitan, y ningún criterio ético de priorización puede evadir la insatisfacción moral resultante. La **ética de la priorización** consiste en que la decisión final es la más razonable desde el punto de vista de los **valores sociales** y de la **información disponible**, pero el conflicto ético dentro de la sociedad y la insatisfacción moral de cualquier decisor sensible siempre serán inevitables».*



Mary Parker Follet (1868-1933)

***«La ética no es estática; avanza mientras la vida avanza...  
La verdadera prueba de nuestra moralidad no está en la  
rigidez con la que cumplimos lo correcto, sino en la lealtad  
hacia la vida que crea y construye lo correcto.»***



SEAUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

# Muchas gracias

**Rodrigo Gutiérrez Fernández**

<http://regimen-sanitatis.com>

[rodrigo.rgf1@gmail.com](mailto:rodrigo.rgf1@gmail.com)

[@rogufe](#)

Foto: Emilio Morenatti